

# AMSM

BOLETIN DE LA ASOCIACION MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

Invierno del 98

## EDITORIAL 11 DE OCTUBRE

La madurez de una sociedad se valora por como trata a sus miembros más débiles y que están en situaciones más desfavorecidas.

Sólo recientemente las personas que sufren trastornos mentales han visto reconocidos legalmente sus derechos a recibir una atención digna y a no ser excluidos.

Pero entre este reconocimiento legal y la situación de atención que de hecho se les da a nivel sanitario y social existe todavía demasiada distancia por recorrer. Más aún si lo que se analiza o evalúa es la integración real en la sociedad.

Este hecho: la existencia del derecho a ser tratados como ciudadanos, con dignidad y sin exclusión, es lo que ha movido a asociaciones de familiares, usuarios y profesionales, a convocar una manifestación demandando el desarrollo efectivo y real de unos recursos sociosanitarios que están recogidos sobre el papel, pero que muchas veces son inexistentes, y en el mejor de los casos tienen un desarrollo raquíctico.

El 11 de Octubre se celebró esta manifestación, y de verdad compañeros, este fue un día importante.

El 11 de Octubre, más de 3.000 personas salimos a la calle para pedir que se impulsara la reforma psiquiátrica que se inició hace años y se dotaran unos recursos asistenciales y sociosanitarios para las personas con trastornos mentales.

El 11 de Octubre fue una fiesta, un día en que muchos enfermos y familiares salieron a la calles, sin vergüenza, sin temor, con la alegría de ver que no estaban solos.

Este día, las asociaciones de familiares y usuarios mostraron que ya estaban maduros, que podían dejar sus diferencias a un lado, y expresar con una sola voz unas demandas que son justas; una petición de que la sociedad haga llegar su bienestar también a las personas que sufren trastornos mentales, de que no les estigmatice, de que las integre.

El día 11 de Octubre, de verdad compañeros y compañeras fue un día importante.

¿Pero en ese día donde estábamos nosotros los profesionales? Nosotros que convocábamos también la manifestación, nosotros que hemos luchado porque se implanten los proyectos de reforma psiquiátrica y que día a día trabajamos para que sigan vivos...

Ya se que una manifestación no es el modo más eficaz de conseguirlo, que la profesionalización de nuestra acción es básica y fundamental para la mejora de la calidad asistencial que se les presta. Un manifestación es sobre todo un signo.

¿Dónde estamos cada uno de nosotros? ¿Participamos ya de ese proyecto colectivo en el que nos enrolamos o todos en mayor o menor medida anteponemos nuestro proyecto individual?

Es evidente la situación de desmotivación y "queme" de la mayoría de los profesionales que trabajamos en la Salud Mental. La saturación, la fal-

ta de participación e incentivos, la ausencia de un proyecto ilusionante... son factores que sin lugar a dudas contribuyen a ello.

También es cierto que nuestra acción se ha ido profesionalizando, ganando en especificidad y eficacia, y que esto repercute positivamente en las personas que son atendidas.

Pero profesionalización no es limitarse sólo a realizar nuestro trabajo entre las asépticas paredes de un despacho. La profesionalización no está reñida con la motivación y el compromiso.

La motivación tiene que ver con la mejora de la calidad de la asistencia con la mejora de las condiciones de trabajo, con las expectativas de una carrera profesional, con la participación en la toma de decisiones; pero también y sobre todo, con el compromiso que uno tiene con lo que hace. Y en nuestra tarea tiene que haber compromiso. Compromiso individual ¿Y por qué no compromiso colectivo? Una sociedad madura



tiene que comprometerse con los que más necesitan de esta solidaridad, y nosotros como profesionales tenemos que demostrar todavía nuestra madurez.

Por supuesto que las administraciones tienen su responsabilidad, dejando que lentamente la situación se vaya deteriorando sin generar alternativas ilusionantes, permitiendo las incentivaciones perversas de la industria, impulsando proyectos de carrera profesional excluyentes, no valorando el trabajo que realizamos... ¿Pero y nosotros acaso somos completamente ajenos a esta situación?

## **UNA OPORTUNIDAD PERDIDA**

Recientemente han aparecido publicadas en el B.O.C.M. dos decretos de la Consejería de Sanidad y Servicios sociales relativos al "régimen jurídico básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes Centros de Servicios sociales especializados" (Decreto 122/1997 de 2 de Octubre de 1997), y al "régimen jurídico básico del Servicio Público de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental a efectos de su prestación con medios ajenos a la Administración de la Comunidad de Madrid" (Decreto 155/1997, de 13 de Noviembre de 1997).

Oficialmente el motivo para su aparición es el establecimiento de un régimen jurídico básico, de acuerdo a la nueva normativa de contratos de las Administraciones Públicas (13/1995, de 18 de Mayo) que permite regularizar los conciertos existentes tanto con diversos hospitales privados como con empresas que gestionan los distintos centros del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización

Psiquiátrica. Si nos atenemos a la letra de los Decretos, en éstos se recoge lo que en uno u otro caso se venía realizando.

Es importante que exista un reconocimiento explícito por parte de la Comunidad de Madrid de la "necesidad de desarrollar como un nuevo Servicio Social especializado la atención social, rehabilitación y apoyo a la integración del colectivo de personas con enfermedades mentales graves y crónicas".

Sin embargo, llama la atención que después de 2 años en que confluyen en una misma Consejería los Servicios Sociales y los Sanitarios, no se haya avanzado en la definición de las competencias y responsabilidades entre ambos; en la homologación de servicios con funciones similares, en la definición de un plan conjunto de actuación. Se ha perdido una oportunidad de superar las desconfianzas y malentendidos que fueron frecuentes en otro tiempo. Se ha perdido una oportunidad de diseñar un Plan Integral de actuación con las personas con trastornos mentales crónicos y graves. Todavía es posible, pero se ha perdido una oportunidad. Por otra parte, es evidente, que además de la regulación de lo existente, estos dos decretos abren posibilidades de contratación de servicios ajenos para la prestación de servicios que son responsabilidad de la Administración. Posibilidades, no se sabe si intencionalmente buscadas, que pensamos deben ser objeto de una reflexión más profunda.

En todo caso creemos, que cualquier concierto debe garantizar la coordinación y el trabajo conjunto, y no debe ir en detrimento de la calidad asistencial o de los recursos necesarios para prestar los servicios. No ha de ser el único criterio la reducción del coste, sino la prestación de un servicio de calidad, de un servicio eficiente.

Mª Fe Bravo Ortiz

## **AMSM**

### **Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental**

#### **Junta de la Asociación Madrileña de Salud Mental**

##### **Presidente:**

Mª Fe Bravo Ortiz

##### **Vicepresidentes:**

Miguel A. More Herrero

Teresa Pallarés Soubrier

##### **Secretaria General:**

Pilar González Gil

##### **Tesorero:**

Pedro Sopelana Rodríguez

##### **Vocal de Publicaciones:**

José García-Noblejas Sz-Migallón

##### **Vocales:**

Pedro Cuadrado Callejo

J.F. Montilla García

Blanca Penasa López

Abelardo Rodríguez González

## **Boletín de la AMSM**

### **Redacción:**

José A. García-Noblejas

Pedro Sopelana

Carmen Carrascosa

José Luis Rodríguez

Ana Moreno

María Jesús Alvarez

Fotocomposición e impresión:  
DINARTE - DESK

Depósito Legal: M.-6.580-1992

ISSN: 1133-9705

Impreso con papel reciclado



Las opiniones vertidas en los artículos firmados no tienen por qué coincidir con los de la Redacción de este Boletín.

## IX JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL: "NUEVAS DEMANDAS EN SALUD MENTAL" (AEN)

Estas jornadas se celebraron en el Aula Magna del Pabellón Docente del Hospital Gregorio Marañón los días 6 y 7 del pasado mes de junio.

Se estructuraron en tres Mesas Redondas y dos Conferencias, dedicando un espacio para las comunicaciones libres.

- 1<sup>a</sup> Mesa Redonda: "Patologías de nuestro tiempo". Moderada por Fernando Mansilla. Las ponencias presentadas fueron: "Nuevas adicciones" (M.N. Aymani Sanroma), "Drogas de diseño" (A. Roig Traver), "Trastornos de conducta en adolescentes" (P. Rodríguez Ramos) y "Comorbilidad trastornos psiquiátricos/trastornos por uso de sustancias" (J. Pérez de los Cobos).

- 2<sup>a</sup> Mesa Redonda: "Nuevas caras, viejos problemas". Moderada por Enrique García Bernardos. Las ponencias fueron: "Psicóticos jóvenes" (J.J. Rodríguez Solano), "Ingresos judiciales" (P. Rojano Capilla), "Trastornos de personalidad" (N. Szerman Bolotner) y "Patología psiquiátrica en los sin hogar" (P. Rico García).

- 3<sup>a</sup> Mesa Redonda: "¿Hacia un nuevo modelo asistencial?". Moderada por Sergio García Reyes. En ella intervinieron: L. Chamorro, F. Cañas, F. Ferre, M.A. Moré y se trataron temas como: zonificación, prestaciones sanitarias, programas asistenciales, programas específicos, hospitalización breve, unidades de larga estancia etc.

- *Conferencia inaugural:* Enrique Echeburúa. "Adicciones sin drogas"

- *Conferencia de clausura:* Prof. Glynn Harrison. "Desarrollo de servicios de Salud Mental dinámicos en respuesta a las necesidades cambiantes de la población".

Durante las Jornadas tuvo lugar el fallo de la 1<sup>a</sup> Convocatoria de las Becas de Investigación de la Asociación Madrileña de Salud Mental.



## ACTOS DEL DÍA MUNDIAL

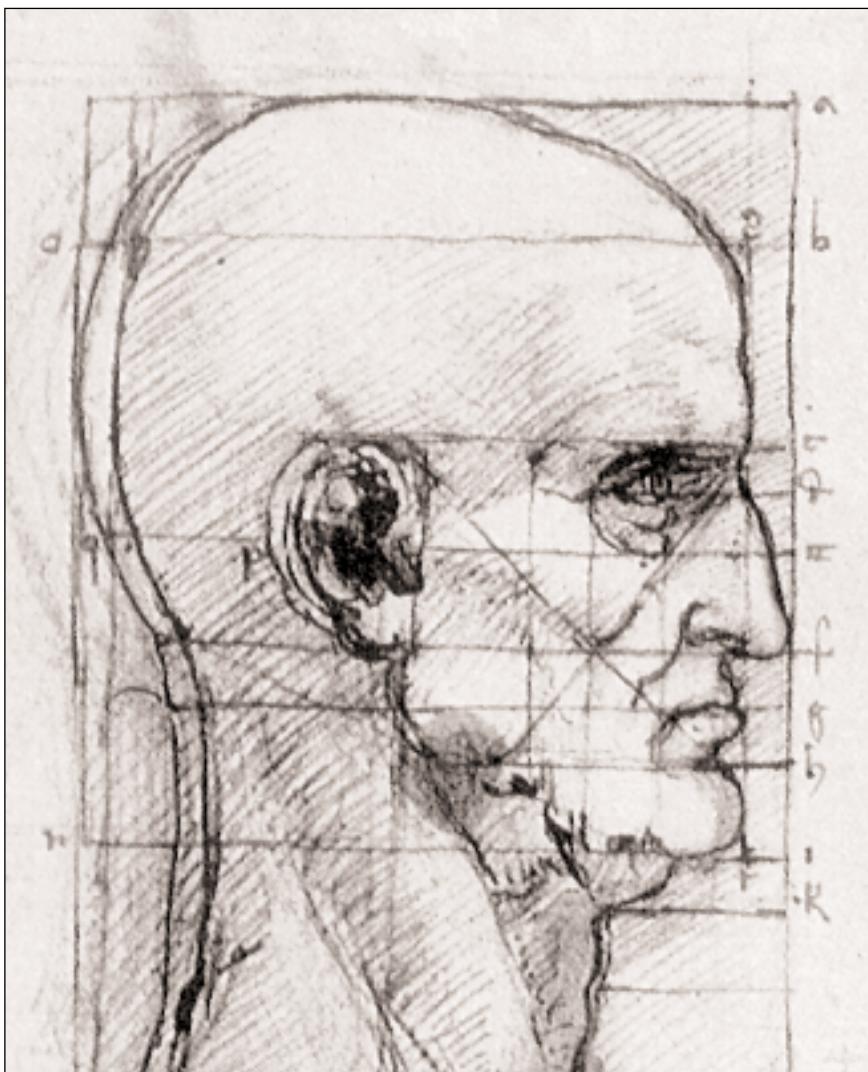
Con motivo del día Mundial de Salud Mental, se han organizado conjuntamente con la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (Femasam) la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (Amrp) y la A.E.N., diversos actos en torno al tema central de este año "Infancia y Salud Mental". Los actos realizados han sido:

**1º.-** Una rueda de prensa el día 8 de Octubre con el objeto de dar a conocer a los medios de comunicación los actos que se iban a realizar, la problemática existente en Madrid en torno a la asistencia a los niños y adolescencia en temas de Salud Mental.

**2º.-** Mesas informativas en 10 Centros Comerciales.

**3º.-** El primer Congreso del Día Mundial de Salud Mental "Infancia y Salud", los días 9 y 10 de Octubre. Dicho Congreso, que contó con gran asistencia (fundamentalmente de familiares y usuarios de los Servicios de Salud Mental), se inauguró con una sugerente conferencia sobre "Estado de Bienestar y Salud Mental" a cargo del Dr. Guillermo Rendueles. Le siguió una Mesa Redonda sobre Actuaciones y Planes de Salud Mental en la Comunidad de Madrid, a la que se invitaron a los principales responsables de las instituciones con competencias en atención psiquiátrica y de Salud Mental.

Asistieron técnicos de la Dirección Territorial del Insalud, Dirección General de Servicios



Sociales y la Comunidad de Madrid y Área de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid. Excurieron su asistencia representantes de la Dirección General de Salud de la Comunidad de Madrid. En la misma se trató de forma genérica sobre la firma del Convenio tripartito en materia de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental; sin que se avanzaran nuevos planes para el futuro.

Por la tarde en la mesa sobre "Trabajo y Salud Mental" se abordaron las distintas problemáticas que en torno al trabajo

y su relación con la Salud Mental, nos preocupan actualmente. Por una parte, la repercusión de las condiciones de trabajo, en la Salud Mental de los trabajadores; por otra la respuesta psicológica frente a la situación de desempleo; y por último la difícil inserción laboral de muchos enfermos mentales crónicos.

El día 10, más centrado sobre el tema de la Infancia, se inició con la lectura del Manifiesto del Día Mundial de la Salud Mental, seguida por una interesante y documentada conferencia sobre "Infancia y Salud Mental:

Relaciones Padres-Hijos"; a cargo de la Dra. Lucía Alvarez-Buillo.

A continuación se desarrolló una Mesa sobre la coordinación interdisciplinar en los equipos. Por la tarde la Mesa Redonda se centró sobre las "Experiencias y carencias en el Área de Salud Mental Infanto-Juvenil. Planes de actuación en la Comunidad de Madrid". En ella se puso de manifiesto la concordancia en el diagnóstico de los problemas detectados en esta área, y la responsable del Servicio de Salud Mental expuso los planes de su departamento para subsanar los déficits.

**4º.-** Una manifestación conjunta promovida por la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental, la A.E.N., la A.M.S.M. y la A.M.R.P, el día 11 de Octubre a las 11 de la mañana, desde la Puerta del Sol hasta la catedral de La Almudena.

Esta manifestación, a la que asistieron unas tres mil personas, recorrió durante más de 2 horas la calle Mayor, poniendo de manifiesto en todo momento, la alegría de salir a la calle todos juntos, para pedir el desarrollo de más recursos Sanitarios y Sociales, y la integración de los enfermos mentales en la sociedad. La manifestación se cerró con un acto festivo en el que se leyó el Manifiesto del Día Mundial de la Salud Mental y los representantes de las organizaciones convocantes, y un representante de los usuarios dijeron unas emotivas palabras. Se realizó una suelta de globos, y un cantautor puso fin al acto con unas canciones.

# SISTEMAS DE SELECCIÓN DE PERSONAL EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

## Acceso a plazas fijas:

**INSALUD:** se rige por el Real Decreto 118/1991 publicado en el BOE del 7 de febrero de 1991, "sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social". Aunque desde entonces no ha habido ninguna convocatoria, por lo que no se ha aplicado todavía.

En el apartado de "**Facultativos Especialistas de Área**", se determina que el acceso a dichas plazas se realizará por el sistema de concurso-oposición.

**En la fase de concurso** se valoran los méritos que se determinan en el baremo. Formación universitaria: se valoran los expedientes académicos de la licenciatura y del doctorado, con una puntuación máxima equivalente al 0,15% de la puntuación total del baremo.

- **Formación especializada:** se valora la posesión de títulos oficiales de las especialidades sanitarias que se determinen, así como los períodos de formación y residencia previos, la puntuación máxima equivalente al 0,35% de la puntuación total del baremo.

- **Experiencia profesional:** se valoran los servicios prestados

como profesional de las especialidades que se determinen en Instituciones sanitarias de la Seguridad Social o en instituciones con programa acreditado para la docencia por la correspondiente Comisión Nacional, la puntuación máxima equivalente al 0,35% de la puntuación total del baremo.

- **Otras actividades:** se valoran las actividades de carácter científico, docente, discente y de investigación, así como los servicios prestados en las Administraciones Públicas desempeñando funciones de ordenación y planificación de servicios sanitarios con una puntuación máxima equivalente al 0,15% de la puntuación total del baremo.

**En la fase de oposición:** la puntuación máxima será igual a la máxima total del baremo de la fase del concurso. Costará al menos de un ejercicio práctico.

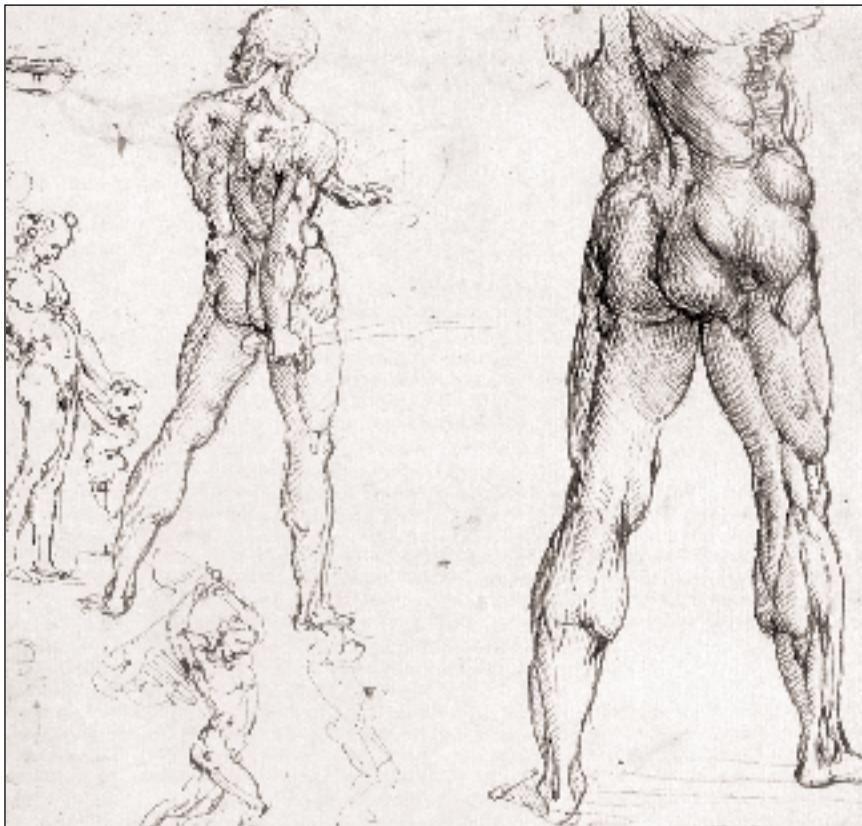
**COMUNIDAD DE MADRID:** las últimas bases publicadas para el acceso a plazas de carácter laboral correspondiente a la Oferta de Empleo Público para 1996 son las del BOCM de 2 de octubre de 1996.

El proceso de selección se realiza por el sistema de concurso-oposición.

**La oposición** consta de dos ejercicios uno teórico y otro práctico. Cada uno se puntuá de 0 a 10 puntos, los que aprueben ambos exámenes se le asignará una nota efectuando una media ponderada de las puntuaciones en la prueba escrita (40%) y práctica (60%).

## Baremo:

- **Experiencia profesional:** en la misma categoría profesional a la que se opta, en cualquier centro de la CM: 0,15 por mes. En cualquier otro centro 0,10 por mes. La



puntuación máxima es de 10 puntos (5,5 años en el primer caso, 8,3 años en el segundo).

- **Méritos académicos:** cursos de formación y perfeccionamiento hasta un máximo de 10 puntos.

La calificación final se determinará por la media aritmética de las puntuaciones obtenidas en la fase de concurso y de oposición.



Para el acceso a las **plazas interiores de la Comunidad de Madrid** se utiliza en la actualidad un baremo diferente que el reseñado en el apartado anterior. La forma de selección es mediante el sistema de concurso y queda a criterio del tribunal realizar una prueba selectiva de aptitud.

Sobre 100 puntos como máximo baremo posibles se distribuye así:

- Méritos académicos relacionados con la categoría profesional: grado de doctor 4 puntos, otras licenciaturas relacionadas 4 puntos, diplomado 2 puntos. (máximo 10).
- Cursos de especialización relacionados con la categoría profesional (máximo 15 puntos).
- Experiencia profesional: 0,75 puntos por mes trabajado en la

misma categoría en la Comunidad de Madrid. 0,50 en otras Administraciones Públicas y 0,25 en otros centros de trabajo. (Máximo 60 puntos).

– Publicaciones, ponencias y comunicaciones en cursos y congresos relacionadas con la categoría profesional (máximo de 10 puntos).

– Docencias relacionadas con la categoría profesional hasta un máximo de 5 puntos.

Por otra parte en las **interinidades del INSALUD** no existe ningún método generalizado para la selección del personal quedando a criterio de Jefe de Servicio del área, que propone el candidato al Gerente del Área.

## INFORME DEL TESORERO DE LA AMSM PRESENTADO EN LAS IX JORNADAS (BALANCE DEL 1/7/96 AL 31/5/97)

El saldo a 1 de julio de 1996, después del IV Congreso: ..... 3.495.167 pts.-

### INGRESOS:

parte proporcional de la cuota de los socios transferida por la Asociación Española de Neuropsiquiatría: ..... 616.000 pts.-

Ingresos pendientes de la Junta anterior e intereses banco: ..... 83.455 pts.-

### GASTOS:

Boletín AMSM: ..... 165.662 pts.-

Becas AMSM: ..... 151.061 pts.-

Impuestos: ..... 57.152 pts.-

Gastos administración y secretaría: ..... 175.751 pts.-

Jornadas y Congresos: ..... 62.237 pts.-

**SALDO** a 31 de Mayo de 1997: ..... 3.582.759 pts.-

## TIEMPOS, COSTUMBRES Y REFORMAS

Dr. Baldomero Montoya Triviño

Ahora que la Ministra del Ramo nos lo ha puesto de tanta actualidad, me viene a las mientes que cuando yo estudiaba la H<sup>a</sup>. de España en el bachillerato, acontecimiento docente tan lejano ya como la inauguración del Acueducto de Segovia, todos los años durante los siete de que constó mi plan de estudios, retomábamos la asignatura comenzando nuevamente con las gestas comerciales de los Fénicios, y como resulta que desde entonces en España hemos tenido mucha historia (en todos los sentidos) los finales de curso nos sorprendían siempre reinando Isabel II. De esta suerte mis coetáneos y yo, salvo voluntarios reciclajes ulteriores, jamás nos enteramos de lo que pasó después (excluyendo el Glorioso... naturalmente).

Viene esto a cuenta de que ahora que alguien ha tenido la osada deferencia de pedir mi colaboración con unas cuartillas acerca de la Historia de la Psiquiatría, se me han reverdecido las viejas vivencias y he optado por referirme al tramo de la historia más reciente, aquel que me tocó vivir en carne propia y coprotagonizar un poco. Adelanto que nada más lejos de mí que la intención de enmendar la plana a otros colegas más versados y autorizados que yo en glosar los acontecimientos psiquiátricos que hicieron nuestra historia; sólo me propongo comentar aquello que se me dio presenciar: lo del último tercio de siglo, preñado de convulsas remodelaciones, no tan justificadas ni útiles como al principio se prometieron<sup>1</sup>.

Permítame el lector la licencia que me tomo de hacer estos comentarios echándole al asunto un cierto toque de humor (mi defensa maníaca, que dirá algún ini-

ciado) pues entiendo que la cosa tanto lo exige como lo necesita a efectos de una desdramatización que nunca sobrará.

Recalé en el hacer psiquiátrico en plena apoteosis del Poder constituido, cuando todo estaba rigurosamente claro: los locos eran los locos y los que no, ciegos. A los ciegos, es decir, a los pendientes de diagnóstico, nos regía un señor (F.F.) y a los locos otro (J.J.), cosas ambas que determinaban prácticamente todo: unas caquéticas libertades y el destino (en lo universal) de todos los acontecimientos en materia psiquiátrica.

Los locos se dividían en dos grandes bloques: los que tenían dinero (tadavía) y los que no lo tenían (desde siempre). Para los primeros existían dos opciones asistenciales, a saber: atención ambulatoria por psiquiatra privado, afamado, complaciente y caro; y cuando el procedimiento fracasaba o el paciente se resistía, se pasaba al segundo escalón: el Sanatorio psiquiátrico privado (o concertado con aseguradora); pero Sanatorio a fin de cuentas.

El segundo grupo, el del proletariado, era inicialmente atendido por el neuropsiquiatra del seguro, eufemismo multidisciplinario que más que atención clínica lo que dispensaba eran recetas y dirigía el tráfico psicopatológico por imperativo de las circunstancias sociales. Cuando la clínica no evolucionaba a pesar de la deglución por el paciente de un número nunca bien precisado de Kg. de los pocos ansio-neuro-timo-lépticos homologados en el mercado farmacéutico de entonces, dicho paciente pasaba directamente al manicomio, previa escala técnica o breve estancia, en los servicios psiquiátricos de la Diputación, o sea, en el H. Provincial, donde se procedía al análisis de sus últimas voluntades para recalificación final.

La otra opción asistencial para desheredados parciales o totales, era la promovida por el Patronato Nacional de Asis-

tencia Psiquiátrica (Panap) que años después se transmutaría en Administración Institucional de la Sanidad Nacional (Aisna); el uno primero y la otra después, eran un mismo Organismo Autónomo que dependió sucesivamente de: la Dirección General de Sanidad (Mº. de la Gobernación: ¡natural!); del Mº. de Sanidad y Consumo; del de Trabajo y Salud y, finalmente, del de Sanidad a secas, dependencias conceptuales sucesivas que concluirían con su transferencia final en 1986 a la Comunidad Autónoma de Madrid, más tarde Comunidad de Madrid (Consejería de Salud e Integración Social, o bien, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que es designación más reciente).

Cuando el paciente inicialmente inscrito en el modelo de familia acomodada suscitaba la sospecha (e incluso la constataba fehacientemente) de iniciar el desacuerdo de la mencionada familia, el caso pasaba al supuesto segundo, es decir, al del loco pre-indigente, con lo cual quedaba definitivamente instalado en este otro dispositivo (neologismo de última generación) público.

El día que al prócer José Antonio Girón de Velasco se le ocurrió inventar la Seguridad Social (initialmente llamada Seguro Obligatorio de Enfermedad: Soe) sus inmediatos asesores en materia de Salud del Imperio, le informaron sin demora de la irrecuperable productividad de los locos en general y asimilados (oligofrénicos, epilépticos, dementes seniles, psicópatas, alcohólicos y demás deterioros sociales). Desde ese momento quedó establecido que el Seguro de Enfermedad sería obligatorio para todos menos para los locos, dadas sus indeseables aficiones cronificadoras. La cuestión ética quedó sabia y tranquilizadora resuelta mediante la prótesis neuropsiquiátrica antes señalada con sus consecuentes vías de evacuación, que siempre pasaban por un previo estacionamiento en el continente familiar. Una vez que éste daba por

<sup>1</sup> El lector interesado dispone de información suficiente en torno al tema en el libro recientemente aparecido como compilación de V. Aparicio Basauri que lleva por título Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España (Grupo Aran. El Editorial Libro del Año. Madrid 1997). En él se reúne un conjunto de trabajos muy interesantes que dan una idea precisa del problema de la Psiquiatría desde el pasado siglo hasta la actualidad. No debe olvidarse tampoco el de E. González Duro Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975 (Akal Editor. Madrid 1978).

agotadas las previsiones presupuestarias dedicadas al loco tras su paso por los psiquiatras y las instituciones privadas, se iniciaba el trámite de su instalación terminal en el manicomio.

Por las razones etiopatogénicas referidas, en esta estructura asistencial se recogía lo más florido y variopinto de la patología social producida por el medio, razón por la que la tal institución terminaba albergando en su seno todo acontecimiento bio-neuro-sociopatológico que pudiera empañar la bienandanza social y, paradójicamente, algunos pocos locos auténticos incluso.

A tenor de la textura generada por estas circunstancias, los sanatorios privados (velé mis primeras armas en uno de los doce que había entonces en Madrid) resplandecían en personal, medios y precios; mientras que los públicos (velé en otro de ellos las mis segundas y definitivas: el de Leganés) adolecían de todo pero cubrían con dignidad la función encomendada de ocultamiento de las vergüenzas sociales. Por eso tal vez en sus plantillas no solía haber médicos, sólo meritorios, y el poder ejecutivo, terapéutico, asistencial, administrativo y laboral era desempeñado por la M. Superiora en un prodigo de multiplicidad hegémónica.

Mi despertar al acontecer psiquiátrico tuvo lugar en el ámbito de la institución privada, como he dicho, en una etapa histórica casi exclusivamente polarizada en el uso de los fármacos y las técnicas biológicas (¡terribles técnicas!) que más parecían ejecuciones sumarias que procedimientos terapéuticos. Especialmente dramáticas eran las aplicaciones de la técnica Celetti-Bini (electroshock) y las Curas de Sackel (inyecciones de insulina en dosis crecientes aplicadas todas las mañanas *al amanecer* hasta conseguir el

coma hipoglucémico) que repetidas por espacio de varias sesiones, curaban supuestamente las depresiones —aque-lllos— y las esquizofrenias —éstas—. No debería ser muy cierta la omnipotencia curativa de todos estos métodos cuando se fueron abandonando y pronto cayeron en desuso<sup>2</sup>.

Hasta 1952 en que los franceses inventaron el Lagarctil, el arsenal psicofarmacológico estaba compuesto por la Reserpina para la psicosis y la Isoniazida para los procesos depresivos tras observarse que administrada en la fórmula base de los tratamientos antituberculosos, los tísicos se ponían muy contentos; ergo... empirismo montaraz. Para las manías Haloperidol y para dormir, Luminal.

Las atención a las agitaciones psicomotrices (sustanciada con la correspondiente dotación de fornidos "mozos" que poblaban las plantillas institucionales) seguía dos formatos: la contención mecánica (previa intervención de los señalados "mozos") a base de unos arneses que conjuntaban en habiloso diseño el cuero con el hierro y el paciente en un mismo bloque; todo ello se remataba con un sencillo cierre de sorprendente eficacia (no como esas mariconadas de nylon policromo de ahora, con mecanismos de imán que no hay forma de poner ni de soltar cuando no aparece el tal imán, ni incluso si aparece, pero que no suelen resistirse a la pericia del contenido). El otro modelo, más elegante aunque exigía dergencias a la leja en profundidad, lo constituía la *camisa de fuerza*, vestimenta inmovilizadora de tronco y miembros superiores a base de lienzos de alta resistencia que era como un chaleco con mangas terminadas en fondo de saco del que salía una prolongación de cuero o tela resistente que se anudaban a la espalda previo ajuste de los brazos cruzados sobre el torso.

Cuando el estado de agitación afectaba también a los miembros inferiores, (opción no infrecuente en la medida en que no suelen darse agitaciones por parcelas), se pasaba a la aplicación de técnicas más científicas y de tan notable eficacia como para permitir al paciente un estado de sosiego por espacio de varios días. Dos eran los modelos homologados: el primero era la *impaludización*, que como su nombre indica, consistía en inyectar al paciente un cultivo atenuado de plasmódios (agentes productores del paludismo del que en los años 40-50 tuvimos en España generosas cosechas que provocaban un cuadro febril de 40-41 grados, y tranquilizaban a cualquiera. La otra técnica, algo más agresiva en verdad, era la conocida como *absceso de fijación* que a los mismo fines de la anterior se producía con la inyección intramuscular profunda de 2-3 cc. de aceite de trementina (alias aguarrás). Con ello al paciente se le producía un absceso (aséptico) que lo mantenía "fijado" tanto por los 42 grados de fiebre como por el dolor que producía el invento. Así no había forma de estar agitado, que era lo buscado, pero no es menos cierto que más de un absceso de fijación dejó cojo al paciente para el resto de su vida por afectación del ciático, consecuencia no infrecuente.

Como bien puede apreciarse, las técnicas terapéuticas de la psiquiatría heróica de posguerra, constituyan un verdadero conjunto de procedimientos básicamente inspirados en el respeto a los derechos humanos.

En similar registro podrían inscribirse muchos casos (frecuentes en las instituciones privadas aunque también se dieron en las públicas en menor número, por razones obvias) en los que el ingreso involuntario de un paciente era habilidamente aprovechado, cuando no urdi-

<sup>2</sup> Cuento esto porque muchas de las generaciones de psiquiatras actuales no vieron, afortunadamente, aplicar ninguna de estas técnicas, pura arqueología terapéutica, cuya inquestionable eficacia nunca se demostró. A pesar de ello el "electro" está siendo tímidamente resucitado actualmente en algunas instituciones públicas con todo género de racionalizaciones justificativas que no dejan de ser inquietantes. No ocurre lo mismo con las Curas de Sackel, definitivamente abandonadas porque requerían una liturgia por demás engorrosa. Otro tanto cabe decir del invento que le valió a Egas Moniz el Nöbel de Medicina de 1949 por su agresividad psico-quirúrgica. Yo nunca llegué a presenciar la aplicación de los choque cardiazólicos de von Meduna aunque sí los de acetilcolina de Fiamberti: menos nueces que ruido. Luego ya vino el estallido psicofarmacológico que nos invade (cada día un poco más).

do, por sus deudos para expoliarle de sus bienes y propiedades, dándose al tema un barniz de legalidad en que en no pocas ocasiones fueron cómplices los propios psiquiatras<sup>3</sup>.

El procedimiento para el ingreso institucional de los locos (o equivalentes) se regía por lo preceptuado en el Decreto del 3 de julio del 31, que era bastante digno, pero los procedimientos para su control y seguimiento aquejaban tanta indolencia como alegría administrativa.

En 1964 López Ibor fundó en Madrid la Escuela Oficial de Psiquiatría, estudios de la Especialidad que pecaban de excesos teórico-académicos, en tanto que el adiestramiento en la parte práctica dependían íntegramente de la capacidad del docente para buscarse la vida. El programa constaba de tres cursos académicos, por el momento era voluntario y había que abonar unas razonables tasas académicas. El título emitido por la Escuela capacitaba a su titular participar en todo género de oposiciones a plazas psiquiátricas, pero sobre todo le facultaba para titularse Especialista. En la primera promoción nos matriculamos 12 españoles y otros 12 sudamericanos, expresión de la inequívoca vocación ultramarina del fundador.

Este sistema estuvo vigente hasta su sustitución por el actual modelo MIR, cosa que debió tener lugar, tímidamente al principio y con todo brio al final, hacia los años de la Transición.

Ni que decir tiene que en aquel primer periodo la docencia de la Psiquiatría estuvo decididamente escorada hacia la concepción germano-fenomenológica



profesada por López-Ibor, y toda divergencia de esta raíz-madre era considerada como una excéntrica extravagancia, habitualmente ridiculizada en el ámbito académico. Fuera de éste, el Psicoanálisis o cualquiera otra opción dinámica eran consideradas heterodoxas y estaban oficialmente prohibidas de un modo más o menos manifiesto. No obstante, el Psicoanálisis, como paradigma de tales doctrinas era oficialmente mostrado en el curso de los estudios escolásticos. Los jóvenes e inquietos psiquiatras de entonces nos sentíamos deslumbrados por la libertad y la variedad de escuelas dinamistas asentadas en el Cono Sur, cuyas múltiples publicaciones adquiríamos en la trastienda de librerías especializadas pues casi todas estaban prohibidas, sobre todo si tenían relación con lo sexual.

En septiembre de 1966 Madrid fue la sede del IV Congreso Mundial de Psiquiatría, y es a partir de este momento cuando se empieza a crear un estado de

opinión a favor de una revisión a fondo de la función tanto de la Psiquiatría como ejercicio clínico como de la razón de ser de los manicomios (que aún no reunían condiciones suficientes como para llamarlos Hospitales Psiquiátricos) y de los procedimientos para la formación de los profesionales. En este movimiento tuvo un decidido papel la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que desde la guerra civil se había mantenido (la habían...) en un mortecino estado por efecto del desmantelamiento de los profesionales que le habían dado vida desde su fundación. Ahora comenzaba a renacer.

Aparece entonces en la escena pública un psiquiatra que polarizará las expectativas de renovación desde una concepción ideológica de clara intolerancia frente al establecimiento: Carlos Castilla del Pino. Amigo y colega del malogrado Luís Martín Santos, era Director del Dispensario de Higiene Mental de Córdoba (Panap) y se había hecho famoso en los medios universitarios progresistas e inte-

<sup>3</sup> En mi Servicio en el Hospital de Leganés descubrimos uno de estos casos, de una sobrecogedora tосquedad, en el que una mujer había conseguido incapacitar a su indefenso cónyuge, hombre tan entrañable como inofensivo, que llevaba allí muchos años procedente de un sanatorio privado. En aquel había ingresado después de la guerra y allí permaneció hasta su incapacitación (con intervención de un famoso profesional del momento). Tras el evento legal, cuando su esposa consideró que la cosa había perdido su inicial vigencia, no tardó en conseguir su traslado a nuestro Centro, donde nadie recuerda (en su Hº Cº no consta) que presentara síntomas de ningún orden ni creara el menor problema. Su saneada fortuna era manejada por su mujer y el administrador de las fincas (que también administraba otras propiedades del incapaz). Cuando las hijas del matrimonio crecieron, llegaron a la sospecha de que había algo turbio en el caso de su padre e iniciaron con nuestra colaboración las gestiones para su rehabilitación legal. Posiblemente el lector no lo creerá, pero cuando el paciente tuvo noticia de estas gestiones se negó a colaborar de forma tajante y en el transcurso de pocas semanas se murió en el Hospital de Canto Blanco donde lo habíamos remitido aquejado de un proceso tuberculoso, en tiempos en que tal enfermedad estaba ya prácticamente erradicada. Entre mis pertenencias documentales conservo una fotocopia completa de esta Hº Cº, cuyo original se encuentra en el archivo central del Hospital.

lectuales de izquierdas por sus publicaciones en las que reivindicaba las libertades constreñidas por el franquismo. Sin embargo, sus publicaciones en el ámbito profesional fueron mucho más importantes aunque para un auditorio más reducido. La radical y mutua intolerancia frente al poder, quedó públicamente manifiesta cuando años después opositó a las cátedras de Psiquiatría convocadas (Santiago, Sevilla y Barcelona) que desenmascaría definitivamente el incuestionable poder de la psiquiatría franquista.

Estudiantes de Filosofía, Derecho, Farmacia y Ciencias y muchos jóvenes médicos que nos sentíamos fascinados e identificados con el significado de la figura de C. Castilla, llenamos el Salón de Grados de la Facultad de Medicina con la intención de no perdernos el espectáculo que se avecinaba partiendo de la convicción de que las tres cátedras tenían cada una su correspondiente destinatario. El espectáculo, como estaba previsto, tuvo lugar al principio de tercer ejercicio<sup>4</sup>.

A pesar de los incipientes movimientos de renovación, los años siguientes siguieron manteniendo con el tradicional esplendor de posguerra el muy cutre y lamentable espectáculo de las instituciones manicomiales. Es entonces cuando se inicia un tímido incremento de las contrataciones de jóvenes médicos residentes, nomenclatura incoincidente todavía con la de años posteriores, puesto que éstos no eran resi-



dentes sino asistentes, y se regían por horarios un tanto peculiares que dependían de las oscilaciones climatológicas o de la disponibilidad de medios propios para acceder a su destino. No debe olvidarse que siguiendo una legendaria tradición, las instituciones manicomiales se solían instalar (rara vez construidas de propio intento, con la sola excepción del *Camilo Alonso Vega*, Hosp. Psiquiátrico de Madrid) a la mayor distancia posible de toda zona habitada; y los caminos que conducían a ellas solían pertenecer al rango de las cañadas reales<sup>5</sup>.

Irrumpe en la escena científica el movimiento antipsiquiátrico promovido en Inglaterra por Laing y Cooper, y aunque en España no llegó a calar a fondo el

mensaje propugnado por su doctrina, tanto por las profundas diferencias conceptuales como por la diferente situación social, cultural, ideológica y política española, no hay duda de que entre los entonces jóvenes psiquiatras causó un profundo impacto que comenzaría a acelerar la reforma.

Pero quizás tal inquietud reformista estuviera esperando un estímulo más próximo a nuestra idiosincrasia, que tomó cuerpo definitivamente con la irrupción de la espectacular revolución propugnada en Italia por Franco Bassaglia, mucho más afín a nuestras coordenadas tanto culturales como históricas. En todos los medios psiquiátricos hospitalarios con mayor o menor solera y con un cuerpo técnico constituido con psiquiatras jóvenes se planteó a partir de este punto la necesidad de iniciar la reconversión de la asistencia por las buenas o por las malas, siguiendo, o sin seguir, el modelo italiano. Son los felices años del romanticismo asistencial en los que básicamente los psiquiatras institucionales deciden abrir las puertas de los manicomios para que tanto salgan los locos como entre el aire,... y de paso sus familias. Se crean las primeras consultas extrahospitalarias estrictamente psiquiátricas y se inicia la sectorización en zonas asistenciales con el fin de llegar a los puntos más distantes con medios suficientes. Estamos en los últimos estertores del franquismo: los primeros años 70<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> Eliminado C. Castillo en el 2º ejercicio porque así estaba previsto, al iniciarse el tercero se acercó al Tribunal (presidido obviamente por López Ibor) y depositando sobre la mesa las fichas preparadas para desarrollar el resto de los ejercicios, se dirigió a sus atemorizados y culpabilizados miembros y dijo: "Ya que no me quieren dar Uds. la oportunidad, aquí les dejo estas fichas por si tienen interés en aprender algo de psicopatología". El criterio, aplausos e insultos en que prorrumpió la concurrencia (L.I. aplaudió también) concluyó con la entrada de las Fuerzas del Orden previamente convocadas por el Presidente del Tribunal, quienes (porra en ristre) compusieron una ingeniosa canalización entre dos filas para conducir al levantisco auditorio hasta la puerta de la Facultad. No obstante, a alguien se le debió escapar algún adjetivo irrespetuoso para las Fuerzas (grises) del Orden, porque en cuestión de segundos se organizó una estampida desde la esplanada del caballo de los Huntington hasta "Casa Manolo" en la calle Princesa. Algunos de los participantes en el maratón académico conservaron por espacio de varios días en sus espaldas el recuerdo amarillado de la disconformidad conceptual de los grises.

<sup>5</sup> Cuando tras ganar plazas de Médicos Residentes en la última oposición que convocara el Panap en 1967 (cinco opositores para siete plazas..., ¡O tempa, o mores!) Nicolás Caparrós y yo nos incorporamos al Hospital de Leganés con un razonable conjunto de reticencias, el municipio tenía censados 6.000 aborígenes (hoy son 175.000), constituía el más importante núcleo de producción y abastecimiento de hortalizas de la metrópoli y contaba con varias reliquias históricas: La iglesia de El Salvador, con un bello retablo de Berruguete; la casa solariega en que vivió Jeromín (D. Juan de Austria) de la que sólo queda un escudo de armas encastrado en la fachada del bloque de viviendas que se construyó en el solar; el Manicomio de Santa Isabel (hoy Instituto Psiquiátrico José Germain); un Juez de Paz y una carretera que se empedró durante la dictadura de Primo de Rivera. En recorrer los 18 Km de dicha vía se podía invertir hora y media: tres cuartos en nuestro caso, que disponíamos de una Lambretta a medias.

Tras la muerte de Franco, se empieza a instaurar un progresivo desencanto entre la juventud rupturista que había estado dispuesta a la revolución-renovación de las estructuras; pero sin que se sepa claramente por qué el proyecto se va transformando en una ceremonia confusa en la que las alianzas y las alienaciones con el poder neo-constituido terminan por agostar toda expectativa. La secuencia de tal fenómeno queda recogida en los sucesivos congresos de la Aen, como comenta Rendueles en su trabajo.<sup>6</sup>

La creciente producción de psiquiatras instaurada por el sistema MIR, dispersa paulatinamente la auténtica realidad tanto profesional como asistencial, de modo que lo accesorio se transforma en fundamental y esto en accesorio. Y con ello, definitivamente desaparece el virginal romanticismo renovador que se transforma en pura tecnología basada en los neo-principios impuestos por la neo-autoridad.

La cuestión se elabora, a mi juicio, desde la trascendente circunstancia del reinado de Reagan en la USA, y la clara premonición del acceso del socialismo al poder entre nosotros.

Nace el INSAM (Instituto de la Salud Mental) en el contexto de la Diputación de Madrid y un equipo de elegidos es comisionado ante las autoridades psiquiátricas de la USA para constituirse en depositarios del secreto mensaje que da cuerpo a la reforma americana. Tras el consumo de algunos millones invertidos en la recepción de las consignas y sus correspondientes adoctrinamientos técnicos, los emissarios nos sorprenden con el descubrimiento del secreto mejor guardado: la reforma asistencial psiquiátrica consiste en trasladar a los inquilinos de las instituciones manicomiales a viviendas unipersonales confeccionadas con embalajes de electrodomésticos (línea blanca), cuyos titulares, en uso del legítimo derecho de sus libertades democráticas, podrán instalar en cualquier lugar, siem-

pre que no afeen demasiado el paisaje urbano y no se note mucho, p. ejem. en el Bronx, Harlem, etc... Dicho y hecho: la reforma en España seguirá esa misma estructura y se comienza la labor de desmantelamiento manicomial con el retorno de la población encronizada a sus antiguos domicilios familiares... o a la (p) calle. De no ser posible el retorno domiciliario, los interesados siempre podría recurrir a la libre instalación en portales, escaleras del Metro, pasos subterráneos, edificios abandonados, en la autovía de Colmenar reducidos a dos dimensiones tan sólo por efecto del tráfico, o en las acequias en torno al Tajo o al Jarama, etc.. Sólo en caso de extrema necesidad podrían ser acogidos en los albergues municipales para indigentes o esperar a ser atendidos en los futuros dispositivos pendientes de invención que se llamarán CSM (Centros de Salud Mental).

Como estaba previsto y era incluso ansiosamente deseado por un amplio sector de la clase médica y desde luego psiquiátrica, el socialismo se instaura en el poder. En muy pocos meses cunde la más absoluta decepción: ni el socialismo cuenta con profesionales capaces para acometer la reforma de la Sanidad, (tampoco los busca ni necesita) ni la clase médica va a contar con el apoyo y la confianza oficial que le permita emprenderla. Lo que inmediatamente se percibe es la consigna establecida desde los poderes públicos de iniciar un inmisericorde acoso y derribo de la clase médica (*¡toda!*) sin distinción de afinidades ideológicas, de doctrinas reformistas, ni soleta en la lucha contra el antiguo régimen:... café para todos.

La ejecución de la reforma sanitaria, una vez excluidos los técnicos como infantería de choque que era la única que dominaba la materia, se deja exclusivamente en manos de una amplia serie de arribistas de última generación que sólo son expertos (*¡muy expertos!*) en el hacer asambleario que se inventan la Sanidad en cuatro noches de aquelarre confuso-onírico.

Lo curioso es que la supuesta reforma asistencial queda en manos de médicos transmutados en políticos y sabido es que la habilidad gestora en política suele ser inversamente proporcional al contenido cerebral mensurable de conocimientos técnicos. Lo malo de la cuestión es que lo que había que hacer era una reforma estrictamente técnica u cuando la cosa empezó a mostrar plenipotenciarios resolvieron la situación por medio de una elemental proyección paranoide inculpando del ya inequívoco fracaso a la resistencia gremialista de los médicos, en su caso de los psiquiatras: Una forma como otra de matar al mensajero.

Aquí es donde termina la reforma sanitaria porque lo que inquieta no es la consecución de un eficiente bienestar social para los ya pomposamente llamados ciudadanos, sino el modo de ingeniar la auto-instalación de unos personajillos que afirmarán su imprescindible presencia con los procedimientos más tortuosos.

Mientras tanto, el ciudadano descontento con el generalizado desmadre sanitario, se dedica a consumir (*¡qué para eso paga!*) en aplicación del principio del pataleo, provocando el bloqueo del sistema asistencial... y del presupuestario, que es peor. Años después, a la vista de que las cosas no cambian, surgirán nuevos modelos de manifestación del malestar, entre ellos el de la judicialización masiva, que luego comentaremos. Todo ello sin detenernos a analizar la nacional picaresca que florecerá al abrigo de cultivo tan propicio. Paradójicamente se asiste a una explosión maníaca de despiñarro a destajo promovida sin criterio alguno por estos virreyes, aplicados en dedicación exclusiva al ventajoso renacimiento del neofranquismo más chabacano, rezumante de consignas y directrices tan confusas como contradictorias: ...*le phénomène dejá vécu*.

En una asamblea que tuvo lugar en mi hospital, ahora no recuerdo en función de qué, experimenté lo que sin duda

<sup>6</sup> Remito en este punto al lector al excelente trabajo de Guillermo Rendueles publicado en el libro *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España*, citado en la nota 1 de este trabajo, que suscribo letra a letra. Constituye a mi juicio un estudio riguroso, objetivo y crítico de la realidad histórica de los bastidores de la psiquiatría de los últimos años.

debo entender como mi Camino de Damasco asistencial. En pleno orgasmo asambleario oí a uno de aquellos iluminados referirse al cuadro médico como *¡Trabajadores de la salud mental!*, adjetivación que fue muy del agrado participativo de todos los presentes, en el sobreentendido de que por fin todos constituyamos una gran comisión de fe, esperanza y rituales. Mucho lamenté haber nacido en mi tiempo, pues sin duda habíamos llegado ya a otro mejor, en que los conocimientos técnicos pueden e incluso deben adjudicarse o denegarse por refrendo asambleario. Después de cuatro años de escuela primaria, siete de bachillerato (con Examen de Estado), un Preparatorio, siete de Carrera, tres de Especialidad, unas oposiciones y el resto haciendo de Psiquiatra y todos ellos soportando franquismo, un niñato que sólo había leído las solapas de El Capital, tenía a bien llamarle trabajador de la Salud Mental. Claro que eso no es nada porque tal y como han evolucionado las cosas, en la acepción política actual hemos debido sufrir una nueva metamorfosis que nos ha llevado a la condición de *jornaleros psiquiátricos*. La reforma debe ser esto.

En estas dramáticas coordenadas, el psiquiatra actual se siente no sólo desmotivado, es cierto que se ha conseguido hacerle perder su autoestima y se ha transformado en un jornalero; desde ahí solo puede esperarse de él que cumpla un funcionamiento mínimo carente de ingenio e iniciativa mientras se procura un mínimo de seguridad autoabastecida. Su propia inestabilidad en el puesto de trabajo le obliga al infamante ejercicio de una aparente sumisión al poder intrainstitucional que no pasa de ser un espectáculo bochornoso: *déjà vu*.

Esa es al menos la vivencia en que en el momento actual nos desenvolvemos los profesionales psiquiatras y los miembros que constituyen los equipos asistenciales de las grandes instituciones públicas. La desmotivación más profunda nacida de la conciencia de lo que hace cada uno en su función diaria carece de valor, está siendo suplantada por un cumplimiento horario riguroso que excusa de toda connotación artística ni la menor iniciativa,

mientras se mira de reojo el reloj, el calendario y las últimas resoluciones judiciales. Porque, eso sí, hace tiempo que sobrevuela nuestro hacer profesional una perpetua amenaza en forma de querella-condena por negligencia. Y la verdad es que siguiendo el viejo refrán de que “el miedo guarda la viña” a los responsables políticos de las instituciones hospitalarias les viene muy bien que las cosas discurran así gracias al miedo internalizado en los profesionales que se entenderán como únicos responsables de todos los males que afectan al sistema. Dicho de otra forma, los profesionales de la Medicina y entre ellos los Psiquiatras y todos nuestros equipos, trabajamos tanto bajo el terror como con la conciencia de ser los responsables-depositarios de la incapacidad del sistema.

Todo esto unido además al hecho administrativo y socioclinico de que los médicos ya no tenemos pacientes, ahora tenemos usuarios, y nuestra función ha dejado de ser la de procurar curarlos para pasar a la de tenerlo contentos, una situación que tanto mantiene el equívoco como favorece el progresivo envilecimiento de la relación. En consecuencia entre el médico y el usuario ya no se plantean cuestiones técnicas sino derechos más o menos conculcados, tema que nos lleva al incuestionable postulado de que “El usuario siempre tiene razón, hasta incluso cuando no la tiene”, y el acomodarse a este principio es el propó-

sito más aconsejable por lo mucho que ahorra en cefaleas, aunque capitalice en indignidad profesional.

Pero lo más grave es que con esa indolencia estamos creando una nueva patología: a los usuarios hay que ingresarlos no porque estén enfermos (me estoy refiriendo evidentemente a las Unidades de Urgencias de las actuales instituciones psiquiátricas) sino porque ellos (o sus familiares, más usuarios aún) así lo han decidido en función de sus temores, necesidades, caprichos, conflictos con la ley, etc... En evitación de colisiones sanitario-asistenciales, entre las que se cuenta la ya establecida costumbre de amenazar con el suicidio (autolisis que llaman los neo-cursis) y en los que el profesional siempre se encontrará solo, será prudente proceder a ejecutar todo ingreso preinstalado. Por este sencillo procedimiento, las Unidades de urgencias psiquiátricas rebosa de psicópatas, borrachos de fin de semana (que no alcohólicos), demencias seniles, retrasos mentales y el nuevo azote social: los drogadictos (que aún no me he conseguido enterar del por qué se han incluido en el ámbito de nuestras competencias técnicas, salvo que sigamos conformando el fondo de saco de las vergüenzas sociales). Una vez más, de todo menos de locos: seguimos como en los tiempos del Padre Jofré.

Junto a esta preinstalación libre del usuario o sus derechos habientes, (junto a la



espontánea colaboración de las fuerzas del orden), un vicio institucional que no desentona nada con lo antes dicho es el de la llamada *Programación*, equívoco asistencial que consiste en establecer el ingreso de un paciente desde el Centro de Salud Mental, la mayoría de las veces "de oídas", lo que a su vez genera la perversión de la célebre escena de los Marx en "*Sopa de Ganso*" que obligará al equipo de guardia a buscar acomodo al supuesto paciente sea como sea: ¡todo menos contrariarle!. Con ello se favorece la situación de que cuando el paciente (normalmente crónico) o sus deudos lo consideran indicado, acuden a la institución con la conciencia de contar con un ingreso garantizado. Se trata generalmente de usuarios estables, perpetuamente preprogramados, cuyo ingreso debería depender de una observación clínica detenida y no de un salvoconducto en forma de puerta giratoria. Pero la mayoría de las veces se trata de usuarios ingresados múltiples veces que ni siquiera son vistos en las consultas de Salud Mental, dadas las extremas demandas que soportan estas unidades bloqueadas por multitud de prestaciones innecesarias. Lo que queda absolutamente claro es que la reforma no hecha tiene pendiente esta terrible cuestión: cómo, dónde y por quién deben ser atendidos los nuevos crónicos que la sociedad está produciendo: en las Unidades de Agudos, llamadas de Hospitalización Breve, desde luego no.

Todo esto por lo que se refiere a la psicopatología aguda, que por su propia textura suele crear inquietudes ocasionales normalmente resueltas con suma habilidad política siempre que vengan promovidas desde un amarillismo secular con capacidad suficiente y necesaria para inquietar las malas conciencias oficiales. Pero salvo imprevistos, como digo, estas tormentas ocasionales pueden conducirse con habilidad por los poderes fácticos y todo sigue igual: los equipos capeando como pueden el temporal, la clientela hostigando con sus amenazas judicializantes y los técnicos mirando el reloj con el paracaídas puesto. Sólo muy de tarde en tarde, una pasada por diligencias previas o una primera instancia sin más alcance, por ausencia de motivos.

Cuestión muy distinta es la que se refiere al rancio tema de la cronicidad. Tras la diáspora impuesta por nuestra incorporación a los programas americanos, supuestamente emparentados con la reforma asistencial que habían importado los comisionados del INSAM, las instituciones psiquiátricas públicas quedaron muy aligeradas de viejos pacientes. Certo que muchos de ellos recalcaron en otras instituciones en régimen concertados pues prácticamente ninguno volvió a su medio familiar y muy pocos pudieron ser transferidos a otros dispositivos asistenciales, ya que tales dispositivos no se habían creado en número suficiente y los que se fundaron al principio quedaron saturados en el primer intento. Tampoco está claro cuáles fueron los criterios técnicos en los que se basaron las redistribuciones internas de las Unidades Residenciales para residuales. Lo único cierto es que la cronicidad psicopatológica no es erradicable por decreto y que la cronicificación es un mal perfectamente posible y frecuente en nuestro medio profesional. La cuestión es que además es un mal que no se puede ocultar por la alta contaminación social que provoca.

Decididamente la reforma psiquiátrica fracasó porque sólo se pretendió hacerla contando con la buena fe de unos pocos, la oceánica incompetencia de muchos de los elegidos, el optimismo desbordante de los poderes públicos.... y muy poco dinero. Lo malo de la cuestión es que ya no estamos en la posguerra providencialista de Girón de Velasco, sino en la democracia consagrada por la Carta Magna de 1978 desde la que los derechos no se distribuyen con voluntarismos.

He aquí unos recientes ejemplos que evocan el indolente fracaso de la reforma psiquiátrica. Téngase en cuenta que hablamos de una reforma que se inició formalmente al principio de los años 80.

En el Congreso de Psiquiatría celebrado en Valencia en noviembre del 97, la catedrático de dicha ciudad Carmen Leal Cercós ha dicho: "*El cierre de hospitales psiquiátricos no ha sido seguido de recursos asistenciales. Nos encontramos con el problema de saber a quien pertenece ese problema: sanidad o servicios sociales. Los psiquiatras detectamos*

*el problema, pero no tenemos capacidad para solucionarlo. Actualmente, la familia es el principal soporte de atención del enfermo mental crónico*"

El 11 de noviembre y bajo el título *Cuando el manicomio entra en casa*, el periódico El Mundo publicaba un artículo de Juan Carlos de la Cal en uno de cuyos párrafos decía: "*Nuestros domicilios se han convertido en los nuevos manicomios. El 84% de los afectados vive con sus parientes y la mitad de sus cuidadores tiene más de 70 años. En un principio, cuando <desaparecieron las tapias> nos pareció una buena idea porque era lo más natural. Pero para eso hacen falta medios: apoyo de profesionales, plazas suficientes en centros de rehabilitación, etcétera. Y la realidad demuestra que no existe nada*". Un legítimo grito de desesperanza y protesta que seguramente nadie oirá.

En su columna habitual "Bajo el Volcán", Martín Prieto publicaba el 31 de octubre pasado lo siguiente: "*Del atroz sistema de poner tras rejas a los locos hemos pasado sin transición al <ahí te pudras> remitiendo al seno familiar a personas tan necesitadas de asistencia como un tuberculoso. (...) La enfermedad mental sigue siendo tabú: primero para adorarla, luego para temerla y ya hoy para ignorarla...*".

El hecho es, aunque lo ignore Martín Prieto, que lo de negar la existencia de la enfermedad mental y sus conjuntos no es un acontecimiento de la actualidad humana sino Historia de España, posiblemente iniciada en tiempos de los fenicios, aunque ya no me acuerdo a pesar de lo mucho que los estudié.

*Lo que haya de venir, aquí lo espero cultivando el romero y la pobreza.*

*Aquí de nuevo empieza*

*el orden, se reanuda*

*el reposo, por yerros alterado,*

*mi vida humilde, y por humilde, muda.*

*Y Dios dirá que siempre está callado.*

Leganés, noviembre de 1997

## NACIONALES

### III Jornadas Almerienses de Salud Mental y I Sympósium Nacional sobre Riesgos Psicosociales y Psicopatología de la Adolescencia

19-20 FEBRERO 1998 - ALMERÍA.  
Organiza: Área de Salud Mental y Grupo de Investigación en Salud Mental del Adolescente "Los Millares". Hospital Torrecardenas  
Información: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Ctra. de Ronda, s/n. Centro Periférico de Especialidades. 04008 Almería.

Tel.: +34 (9) 50 26 04 44 Ext. 207 - Sra. Regina.  
Web: <http://www.a2000.es/adolescencia/symposium/>  
E-mail: j.atienza@lei.servicom.es

### II Congreso de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés

24-26 SEPTIEMBRE 1998 - BENIDORM (ALICANTE)  
Información: D. Antonio Cano Vindel y D. Juan José Miguel Tobal U.C.M.  
Tel.: +34 (9) 1 394 31 11  
Fax: +34 (9) 1 394 31 89  
E-mail: pscog05@sis.ucm.es

### 14th Congress of European Sleep Research Society

9-12 SEPTIEMBRE 1998 - MADRID  
Información: Viajes Iberia Congresos San Bernardo, 20. 28015 Madrid  
Tel.: +34 (9) 1 532 81 37  
Fax +34 (9) 1 522 34 18  
E-mail: congresos-madrid@v-iberia.com

### II Congreso Iberoamericano de Psicología

13-17 JULIO 1998 - MADRID  
Facultad de Medicina de la Universidad Complutense  
Información: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Cuesta de San Vicente, 4, 5<sup>a</sup> planta. 28008 Madrid



Tel.: +34 (9) 1 541 99 99 / 541 99 98  
Fax: +34 (9) 1 547 22 84  
E-mail: ciberoa@correo.cop.es  
Web: <http://www.cop.es/congresos/iberoa.htm>

### XV Reunión Científica Anual de la Sociedad Castellano-Leonesa de Psiquiatría

17-18 ABRIL 1998 - Burgo de Osma (SORIA)  
Información: Ángel Royuela Rico  
Tel.: +34 (9) 75 24 03 07  
Fax: +34 (9) 75 23 66 02  
E-mail: angel.royuela@globalmed.es

### V Symposium Internacional Controversias en Psiquiatría: Hipocondría

27-28 MARZO 1998- BARCELONA  
Hotel HUSA Palace (antiguo Hotel Ritz).  
Organiza: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Dr. Luis Sánchez y Dr. Crisanto Díez)

Información: Grupo Geyseco (Eva Batayé Mármol). Marina, 27 bajos (Villa Olímpica). 08005 Barcelona  
Tel.: +34 (9) 3 221 22 42  
Fax: +34 (9) 3 221 70 05  
E-mail: Geyabcn@adv.es  
Web: <http://www.geyseco.com>

### Curso de Experto en Prevención de Drogodependencias

8 ENERO 1998 - 30 SEPTIEMBRE 1998 - SEVILLA  
Información: Secretaría Científica: Universidad de Sevilla. Facultad de Psicología, Dpto. de Psicología Social. Campus Ramón y Cajal - Sevilla  
Tel.: +34 (9) 5 455 77 08  
Fax: +34 (9) 5 455 77 11  
E-mail: silverio@cica.es

### IV Reunión Nacional sobre el SIDA

11-13 MARZO 1998 - SANTANDER (CANTABRIA)  
Información:  
Secretaría Científica: Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA). Bravo Murillo, 377, 5<sup>D</sup>. 28020 Madrid.  
Tel.: +34 (9) 1 314 34 49  
Fax: +34 (9) 1 314 35 96.  
Secretaría Técnica: Grupo 7 Viajes. Padre Damián, 31 - Madrid.  
Tel.: +34 (9) 1 345 28 51  
Fax: +34 (9) 1 345 76 51  
E-mail: incentur@nexo.es

### XXV Jornadas Nacionales SOCIODROGALCOHOL

26-28 MARZO 1998 - TARRAGONA  
Información: Cas de Drogodepen-

dencias Joan XXIII IMSS. Avda. Dr. Mallafré Guasch, s/n. 43007 Tarragona.

Tel. y Fax: +34 (9) 77 21 63 08  
Web: <http://www3.uniovi.es/~psi-quimica/Cursos/Continuada/xxvjns.htm>

### **V Curso de Actualización en Psiquiatría Simposium Internacional - Psiquiatría y Medicina**

12-14 MARZO 1998 - VITORIA-GASTEIZ

Información: Universidad de Oviedo. Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Julián Clavería, 6. 33006 Oviedo

Tel.: +34 (9) 8 510 35 52  
Fax: +34 (9) 8 510 35 52  
Web: <http://www3.uniovi.es/~psi-quimica/Cursos/Continuada/actual.htm>  
E-mail: bousono@sauron.quimica.uniovi.es



Tel. 202 682 619  
Fax 202 682 6114  
E-mail: ocam@psych.org  
Web: [http://www.psych.org/sched\\_events/future\\_meetings.html](http://www.psych.org/sched_events/future_meetings.html)

### **XXI Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum Congress**

12-16 JULIO 1998 - GLASGOW (Reino Unido)

Información: XXIst CINP Congress Central Office- Bellway House. 813 South Street. Glasgow G14 0BX Scotland (UK)  
Tel.: + 44 (0) 141 954 4441  
Fax: +44 (0) 141 954 2656  
E-mail: gill@glasconf.demon.co.uk  
Web: <http://www.healthworks.co.uk/hw/cinp.html>

### **5th World Congress on "Innovations in Psychiatry - 1998"**

19-22 MAYO 1998 - LONDRES (Reino Unido)

Información: International Institute of Psychiatry. P.O. Box B135, Huddersfield HD1 1YG, United Kingdom  
Tel.: +44 1484 53 21 02  
Fax: +44 1484 42 56 99

## **LIBROS**

**Greenberg LS, Rice LN, Elliot R. Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto. Paidós. Barcelona 1996.**  
**385 págs. 3500 pts.**

En una época en la que con frecuencia se da connotación negativa a las emociones, los autores de este libro defienden que, por el contrario, las emociones son procesos organizados capaces de mejorar las tareas de adaptación y de solución de problemas. Para conseguir esto, hay que trabajar en el interior del marco vivencial, producir cambios en el significado y resolver los distintos problemas psicológicos planteados. El libro se basa en una explicación de las interrelaciones existentes entre la emoción, la cognición y el cambio, ilustrando los métodos presentados mediante extracto de transcripciones auténticas. Plantea también temas tan controvertidos como la selección de clientes y las dificultades o dilemas potenciales.

**Pelechano V (coordinador). Psicología de la personalidad. I Teorías. Ariel Psicología. Barcelona 1996.**  
**387 págs. 4100 pts.**

Volumen centrado en una selección cuidadosa de las principales aportaciones que forman el panorama actual de las teorías de la personalidad, sin excluir aquellas perspectivas no científicas que, pese a su pervivencia y difusión, no suelen recogerse en las publicaciones.

En el libro se hace un intento de ofrecer un marco interpretativo mínimo aunque suficiente con el fin de ayudar al lector a situar las distintas aportaciones dentro de un panorama general coherente sin que ello le obligue a

## **INTERNACIONALES**

### **151st Annual Meeting, American Psychiatric Association**

30 MAYO- 4 JUNIO 1998 - TORONTO (CANADÁ)

Información: Meetings Management, APA. 1400 K Street. N.W., Washington, D.C. 20005



aceptar uno u otro modelo de los expuestos de forma acrítica.

En cada capítulo, además de las exposiciones habituales, se añaden lecturas complementarias dirigidas a un conocimiento real y asequible sobre el tema tratado así como actividades ilustrativas y ejemplificadoras de las tesis centrales defendidas que pueden cubrir la parte más importante de las prácticas de la materia.

**Babbie E. Manual para la práctica de la investigación social. Desclée De Brouwer. Bilbao 1996. 656 págs. 6900 pts.**

Como el autor mismo indica, la falta de un texto sobre el método de encuesta que no fuera eminentemente teórico o una relación de instrucciones, les llevó a organizar su "texto ideal" en base a tres premisas: comprender los principios teóricos en los que se basa la investigación científica, ver cómo esos principios teóricos se reflejan en las técnicas establecidas para hacer investigación y estar dispuestos a llegar a los compromisos adecuados cada vez que las condiciones de campo no permitieran la aplicación de las técnicas habituales. Tanto para quien se dedique a la investigación como para quien pretenda ser un consumidor bien informado, el libro pretende transmitir el entusiasmo que ellos encuentran en esta empresa. Dividido en cinco capítulos, abarca desde los principios teóricos, estructura, diseño, métodos de observación, análisis de datos,...has-

ta usos y componentes éticos de la investigación social.

**Desviat M. Nuestra forma de ser. Las claves de la personalidad, el carácter y el temperamento. Temas de hoy (colección Fin de siglo). Madrid 1997. 255 págs. 1750 pts.**

¿Cómo se construye la personalidad? ¿Qué se entiende por personalidad y qué por carácter? ¿Cuáles son los mecanismos, conscientes e inconscientes, que definen nuestra conducta? ¿Cuál es el comportamiento de las personas obsesivas, fóbicas o narcisistas? A estas y otras preguntas pretende dar respuesta el autor en un libro sobre la forma de ser y las razones de nuestros actos. Hace un recorrido por distintas definiciones de la personalidad, aportación de factores biológicos y psicosociales y los trastornos de la personalidad. Analiza también varios test de personalidad y concluye con una reflexión sobre el hombre de hoy.

**Escohotado A. La cuestión del cáñamo. Una propuesta constructiva sobre hachís y marihuana. Anagrama (colección Argumentos). Barcelona 1997. 153 págs. 1700 pts.**

El cáñamo, planta de uso inmemorial, unida frecuentemente a contextos religiosos, y cargada también de prestigios terapéuticos y múltiples aplicaciones industriales, se convirtió desde los años sesenta en droga favorita de la "contestación", inaugurando un empleo lúdico que no ha dejado de crecer desde entonces en todos los sectores.

Sus partidarios le atribuyen las más diversas cualidades, y lo mismo hacen sus enemigos, hasta el punto que unos y otros parecen disertar

sobre objetos distintos. El objetivo de este libro es intentar evitar semejante cosa. A tal fin, el autor comienza exponiendo la situación mundial en sus rasgos básicos, agrupando las políticas en cuatro modelos. Luego pasa revista a las principales investigaciones oficiales y trata de describir con ecuanimidad efectos primarios y secundarios de su consumo. Por último, expone una hipótesis constructiva sobre hachís y marihuana, sugiriendo modos de mejorar la concreta situación española. A título de apéndices, el texto incluye una breve historia de la planta desde las primera noticias registradas, una descripción de la "marihuana de diseño" y el proyecto de modificaciones legislativas elaborado por jueces, fiscales y penalistas del Grupo de estudio de Política Criminal.

**McNamee S, Gergen KJ. La terapia como construcción social. Paidós. Barcelona 1996. 2778 págs. 2700 pts.**

Este libro explora las posibilidades que la adopción de la perspectiva de la construcción social abre al proceso terapéutico. Parte, por un lado, de que nuestra concepción del yo, de la identidad y del sentido de la vida está arraigadas en la sociedad y la cultura. Por otro, ningún "guion" cultural es todopoderoso. En la terapia entendida como construcción social, el cliente y el terapeuta trabajan juntos para cocrear historias nuevas y más satisfactorias, por medio de procedimientos que reconocen su carácter social y relacional. Desde ahí, el libro se dedica a examinar, primero, la base teórica de este proceso y, después, las consecuencias que ello puede de generar en las relaciones cliente-terapeuta. Revisan también distintos enfoques de la práctica terapéutica, presentando simultáneamente estudios de casos, algunos de los cuales incluyen trabajo con familias.

