

EDITORIAL

PAG 2

OPINIÓN

PAG 4

Frente a una cuestión de Fuero.

A. Escudero Nafs

PAG 7

**Usos y abusos de la deontología
médica para sancionar médicos:
a propósito de un caso.**

J.R. Repullo Labrador,

M. Hernández Monsalve

PAG 9

**Sobre la especialidad
de Psicología Clínica.**

V. Suárez Blázquez

INFORMES

PAG 11

**Análisis del Plan de Salud
Mental.** Grupo de Trabajo AMSM

PAG 15

Informe sobre trabajo social.

Aula de formación de trabajadores sociales
de los SSM de la CAM

PANÓPTICO

PAG 20

COLABORACIONES

PAG 22

**Atención Primaria y Salud
Mental, la coordinación
como necesidad.**

P. Rico García, D. García Villar

HEMOS LEIDO

PAG 25

ANUNCIOS Y CONVOCATORIAS

PAG 27

EN OTRO CONTEXTO

PAG 30

**Literatura y creación.
El enigma de la alteridad.**

J.C. Somoza

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

INVIERNO

**BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL**

**JUNTA DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD MENTAL
AMSM**

PRESIDENTE

Antonio Escudero Nafs

VICEPRESIDENTES

Cristina Alonso Salgado
Juan González Cases

SECRETARIA

Violeta Suárez Blázquez

TESORERA

Esther Pérez Pérez

VOCAL DE PUBLICACIONES

María Diéguez Porres

VOCAL DE DOCENCIA

Déborah Ortiz Sánchez

VOCALES

Carmen Carrascosa Carrascosa
Alberto Ortiz Lobo
Ivan de la Mata Ruiz

BOLETÍN

María Diéguez Porres
Alberto Ortiz Lobo
Iván de la Mata Ruiz
Eva Grau Catalá

EDITORIAL

Presentación de la nueva junta

Desde el 6 de Junio ha transcurrido mas de una estación, y estamos inmersos en pleno invierno. Nos hemos tomado un tiempo para elaborar este primer Boletín, quizás con la necesidad de tomar contacto con la realidad de Madrid cargada de novedades y cambios, no todos para mejor como sabeis. Hemos intentado cargar tambien el Boletín de estos contenidos, algunos difíciles de eludir por su gravedad.

Nos encomendabamos para este primer contacto la tarea de presentarnos, mas bien, la de justificar por qué esta Junta es la que es. Habeis tenido ocasión de conocer cómo pensamos y qué defendemos a través de nuestro programa de candidatura y probablemente no sea este el lugar sino de resaltar nuestra posición ante los cambios en la realidad asistencial de Madrid y acerca del papel que ha de tener la Asociación en estos momentos.

En líneas muy básicas, defendemos un modelo de asistencia comunitaria pública y participativa, cuyo crecimiento se realice a través de financiación y provisión públicas. La Red por otra parte debe basarse en el principio de territorialización de los servicios en Áreas Sanitarias, entendiendo que los Distritos deben ser las unidades básicas de actuación. Hasta aquí realmente, poco o nada nos alejamos de los principios fundacionales de esta Asociación, si cabe, intentamos fortalecerlos dado que nuevos modelos de gestión que se están propugnando, pueden quebrar el modelo comunitario en un claro riesgo hacia el hospitalocentrismo o la desmembración y desarticulación de los recursos.

Mas allá de clásicos planteamientos acerca de continuismos o no, hemos pretendido constituirnos en torno a criterios diferentes que nos ha parecido útiles y que devienen de las circunstancias actuales. Los miembros de la actual Junta pretendemos representar a los profesionales que han vivido distintos momentos del Proyecto de reforma. Los hay quienes participaron activamente en él, otros que se vieron inmersos en el punto álgido e inicio del declive en la provisión de servicios y que desarrollaron sus periodos de formación al inicio y a lo largo de lo que dio por llamarse “Década del Cerebro”, e incluso ya por último, quien incluso ha acabado su formación en el presente siglo.

De esta forma, unos nos iniciamos, se iniciaron en la ilusión, otros parecíamos representar aquello que se llamó “generación x”, en este caso dentro de la Salud Mental, y todos en una etapa donde los receptores neuroquímicos parecían haber borrado cualquier seña de lo social de la Salud Mental. A más datos: el sesenta por ciento de la Junta son mujeres y sólo el treinta por ciento tenemos lo que se denomina plaza “fija”. (De hecho en estos meses acumulamos un número importante de contratos laborales entre todos). Algunos hemos pasado ya por el paro y la recolocación desde

su elección. Ninguno tenemos ningún cargo de coordinación asistencial, o en otras palabras, todos somos profesionales de “a pié”. Puede que con estas condiciones representemos bien una situación de indefinición, inseguridad y riesgos a la que se van sumando nuevos profesionales. La multidisciplinariedad que intencionadamente hemos buscado representar el la Junta nos parecía la mejor manera de perfilar una mejor manera de adaptar a estos nuevos tiempos el modelo asistencial que esta Asociación defiende desde su fundación.

Nos parece que el modelo comunitario, no solo no ha perdido vigencia a la hora de afrontar los cambios que las transformaciones sociales imponen, sino que sigue siendo el más capaz de captar las peculiaridades de nuestra sociedad cambiante, de adelantarse a sus necesidades y aplicarlas. Aunque tengamos que hacerlo, es casi absurdo hablar de modelo, pues entendemos, que aquella es la única forma lógica de trabajar en Salud Mental. Resultan paradójicas algunas de las consecuencias del parcial desarrollo de la Reforma Psiquiátrica. Uno de sus aspectos básicos, la creación de unidades hospitalarias en Centros Generales se ha cumplido en gran medida. Queda a veces cuestionada la calidad de algunas de estas unidades, pero sobre todo, lo que había de ser un elemento más de la Red parece a destinado a convertirse en las atalayas desde las que se dirigen la gestión “psiquiátrica”. Se ha pasado del hospitalocentrismo manicomial al de los hospitales generales asociadas al academicismo universitario.

Nuestra posible ventaja: formamos parte de este nuevo tejido de profesionales adherido a nuevas estructuras y formas de gestión. Hemos tenido suficientemente cerca, quizás por lo breve de su desarrollo, el inicio y declive de la reforma. Nos hemos formado en gran medida cuando las psicoterapias y las interrelaciones entre la salud mental y lo social, parecen desvanecerse a favor del paradigma positivista. Vemos el rápido cambio en las demandas de la población, y la nueva emergencia de otras nunca conocidas. Tenemos que reinventar, pues los viejos libros de texto o las ediciones del DSM IV, esta vez ya si sacralizado como tratado no nos dan respuestas.

Quizás, intentamos entre otras cosas no “quemarnos” como profesionales. Se quema aquel que habiendo sido defraudado, forzado a perder la ilusión, y sobrepasado por una demanda a la que parece no saberse (o querer) dar salida, se instala en una actitud (lógica) defensiva. Pero en los propios límites o barreras que eleva para protegerse, corre el riesgo de combustionarse. No estamos exentos de ese riesgo, pero quizás por ello, somos una Junta a la que las circunstancias han hecho adaptarse a hacer convivir en nosotros la inquietud laboral (su precariedad y sus fines) junto a permanecer fieles a unas ideas (formas de trabajar), que no ideales (pues lo que proponemos no es ningún ideal). Si esto mismo podemos demostrarlo a lo largo de los próximos años, podemos tener la esperanza de incorporar o despertar de nuevo la ilusión en muchos de nuestros compañeros. Y si no lo conseguimos nosotros del todo, lo importante siempre será el capital humano de profesionales que integran la Asociación, por lo que el proyecto, siempre continuará avanzando.

Antonio Escudero Nafs

Frente a una cuestión de fuero

“Cuestión de fuero”, éste es el título del editorial de Junio de la Revista del Colegio de Médicos de Madrid. El inicio del texto no aporta ninguna pista en torno al origen del título que lo encabeza; sólo en la segunda columna se empieza a tejer el argumento. Básicamente comienza por una queja por la insuficiencia numérica de las plantillas sanitarias, para la “realización adecuada del trabajo”. Según el editorial, este problema se vuelve más acuciante en los periodos vacacionales, pero *“en lugar de proceder como lógicamente cabría esperar (no especifica por parte de quién), optando por médicos especialistas, las soluciones que se adoptan son variopintas, llegándose en algunos casos a determinaciones que pueden no ser adecuadas, incluso quizá ilegales”*. Continúa el texto, aludiendo ya al título: *“La ocupación de un puesto para el que se requiere una titulación determinada no puede variar según las hojas del calendario. Se trata de una cuestión de fuero...”*

El editorial hace alusión a algo ocurrido en la Sanidad de Madrid, pero no nombra quienes participan en ello; sin embargo, por el momento en que se publica y el contexto, parece obvio para el redactor que los hechos a los que aluden serán identificados. Quizá excesiva pretensión ésta, por lo que desde estas líneas vamos a aportar un pequeño apoyo de esclarecimiento.

LOS HECHOS (I)

En Marzo de este año el Colegio de médicos de Madrid, inicia un expediente por acciones derivadas de su gestión contra dos médicos Alberto Fernández Liria, como psiquiatra responsable del Área y Ángel Sainz Ainz, como gerente de Atención Especializada de dicha Área.

Este año el Colegio de médicos de Madrid inicia un expediente por acciones derivadas de su gestión contra dos médicos del Área 3 de Madrid.

Las actuaciones derivadas de su gestión administrativa son consideradas como una vulneración de algunos artículos del Código de Ética y Deontología Médica y de los Estatutos Colegiales. Tras una prolija explicación de los deberes de los médicos, primero para sí mismos y de

añadido para los pacientes, y tras señalar que los conflictos entre médicos han de dirimirse en el silencio, salvo que el colegio estipule, como en este caso hacerlo público, se explica el motivo del expediente. Aunque podéis encontrar descritos los hechos en distintas cartas y comunicados publicados en vuestra página web: <http://www.sie. mes/amsm/>, recordemos brevemente la situación.

Hace escasos años, en un Centro de Salud Mental del Área 3 de Madrid se genera un conflicto entre una psiquiatra, que junto a un psicólogo atienden el Programa Infanto-Juvenil del Centro, y las personas que coordinan el Equipo y el Área a la que pertenece. La primera profesional mencionada, considera que comparte múltiples funciones con otros psiquiatras dedicados a los programas de adultos, como pueden ser las guardias, y no cree justo supeditar la elección de sus vacaciones a un acuerdo con su compañero de equipo, psicólogo. Los responsables acuerdan sin embargo que es necesario no solapar los periodos vacacionales para que la atención a este sector de la población no quede descubierto. La profesional interpone entonces una demanda contra el INSALUD ante el Juzgado de lo Social, de quien depende, siendo aquella finalmente desestimada. Ante ello, acude al amparo del Colegio de Médicos, solicitando que determine la diferencia de funciones entre psiquiatras y psicólogos. Y el Colegio inicia el expediente, pues considera que *“sutilmente el posible intru-*

sismo aquí contemplado puede que "en algunos centros ocurra" (entrecuillados del original). Es obvio que las funciones del psiquiatra sean claras y no equiparables, ni solapables (ni nada en absoluto) con las de otros profesionales sanitarios, incluidos los psicólogos (que tendrán las suyas) quizá "invasoras" (entrecuillados del original) de las de aquellos. Finalmente, se dirige el expediente contra los profesionales mencionados y señala, que la comisión de una falta grave (que parece que se presupone) *"será corregida con la suspensión del ejercicio profesional por tiempo inferior a un año"*.

LOS HECHOS (II)

Lo cierto es que nunca hubo suplantación de funciones, puesto que en el caso de que algún niño o adolescente hubiese requerido un tratamiento farmacológico, el psicólogo podía recurrir al resto de psiquiatras que permanecían en ese turno vacacional (recordemos que todavía no existe una especialización determinada para este grupo de edad). No hubo ninguna indicación administrativa en sentido contrario; pero que se sepa, tampoco hubo ningún acto en sí por el cual los niños y adolescentes se viesen, o bien privados de tratamiento farmacológico, o bien prescrito por el psicólogo del equipo. ¿Qué intrusismo ha habido pues?. Se puede discutir, que la psiquiatra se haya sentido más o menos injustamente agraviada por tener que "cambiar su turno vacacional para ser disfrutado por el psicólogo" (tomado textualmente del original). Pero, lo que no cabe duda es que ese conflicto pertenece a otro orden categórico de cosas.

Menos aun olvidemos que estas personas han actuado de acuerdo con el Plan de Salud Mental de Consejería de Sanidad vigente desde 1989 y los acuerdos recogidos en los diferentes convenios firmados por dicha Consejería, el INSALUD y el Ayuntamiento de Madrid en 1988 y 1997. Esto nos abre una importante cuestión: ¿Por qué no se dirige entonces el Colegio de Madrid "contra" esas instituciones que sí han delimitado un marco de trabajo que admite, y entiende, una actuación compartida por médicos y psicólogos clínicos y que en nada contravienen la indicación de mantener cubierta la asistencia infanto-juvenil.

*Se ataca a personas,
pues parece que una acción
sobre ellas puede
ser ejemplarizadora
para otros trabajadores.*

Sin embargo, la acción punitiva se realiza sobre dos personas. No es cierto que sea, como argumentan simplemente un expediente para investigar los hechos. No nos cabe por menos que ver un alto grado de cinismo en una expresión como la siguiente: *"Y que no se vea en el expediente disciplinario que se acuerda un ánimo estrictamente sancionador de la conducta examinada"*. ¿Quiere decir esto que quizá es solamente sancionador, o que su fin es aun más amplio que el castigo?

Lo cierto es que desde el primer momento, cuando sin argumento alguno se daña la imagen de unos compañeros, el expediente es punitivo. Es punitivo cuando puede generar angustia en aquellas personas contra quienes a través de un texto se dirige una amenaza que tiene más formato de ejecución sumarisima, que no de otro tipo.

Se ataca a personas, pues parece que las personas son sacrificables (todavía esperamos, pese a la insistencia de numerosas asociaciones, una respuesta por parte de la Consejería en defensa de sus trabajadores). Y son sacrificables, porque aisladas son más vulnerables, y una acción sobre ellas puede ser ejemplarizadora para otros trabajadores. Y todo esto suena a

cobardía.

No acaba aquí el absurdo. La acción contra estos profesionales se basa supuestamente en un acto administrativo: organización de turnos de vacaciones. Por tanto, nada de lo que se acusa deriva de una mala praxis médica de los expedientados. Y, el Colegio de Médicos no tiene competencia alguna sobre actos administrativos. Es más, lógicamente si estos profesionales no pertenecieran a esa profesión, ni siquiera la medida habría podido iniciarse. Pero pese a todo ello, el expediente se articula desde la Comisión Deontológica.

ACCIONES

Muchas asociaciones y compañeros, y la Asociación Madrileña de Salud Mental entre ellas, han intentado clarificar el tema, ante la Consejería de Sanidad y frente al Colegio de Médicos de Madrid. Se han enviado una ingente cantidad de cartas al ICOMEM y a la Consejería de Sanidad, muestra de una masiva movilización colectiva; se ha aclarado ante la prensa la situación y se han hecho cuantos intentos han sido posibles para informar

adecuadamente de lo reseñado. (Así, fueron dirigidas cartas personalizadas a todos los miembros de la Junta del Colegio de Médicos, ante la posibilidad de que la información hubiese llegado de forma incorrecta a quienes la componen.)

Pero las respuestas siguen siendo silencio y, por llamarlo de alguna manera, orgullo. El silencio, largo, profundo, hiriente, corresponde a la Consejería de Sanidad. Un silencio que nos daña a todos, pues nos desvela que podemos ser “carne de cañón”. Un silencio que es un mensaje de soledad por parte de quien tiene la función de dar la cara frente al ataque injusto a sus trabajadores. Por otra parte la respuesta del Colegio de Médicos de Madrid, queda clara en su editorial: *“Pretender que el Colegio mire hacia otro lado cuando el puesto de un médico es ocupado por otro profesional diferente es condicionar a la institución a que cometa un acto cuyas consecuencias son susceptibles de ser adversas para la entidad y, lo que es peor, para el colectivo médico y los ciudadanos, alejando de la excelencia a la sanidad madrileña”*.

Es evidente que nadie ha pretendido que mire a otro lado, sino todo lo contrario. Es curioso que se mencione el concepto de excelencia, término en boga entre las altas instancias de la Comunidad de Madrid.

Acaba el editorial con el siguiente texto: *“No es nuestro deseo entrar en guerras corporativistas, pero sí deseamos manifestar que no debemos admitir que en aras de unas supuestas necesidades se creen situaciones que atenten contra la deontología, y vayan en detrimento de los enfermos”*.

LA RESPUESTA

No sabemos qué entiende el Colegio por guerras corporativistas, máxime cuando la declaración parte de una de las instituciones más paradigmáticas del más rancio corporativismo.

Son muchos los que piensan, y hay razones para hacerlo, que éste no es un hecho aislado. Demasiadas cosas están ocurriendo a un mismo tiempo en distintas Áreas sanitarias de nuestra Comunidad. Todas tienen en común el retorno a una asistencia hospitalocéntrica, donde la posibilidad –sea cual sea la que aún quede– de

un modo de trabajar en forma de equipos, en una asistencia global y próxima a la ciudadanía es borrada. El verdadero corporativismo pasa en primer lugar por establecer una primacía de poder de un grupo de profesionales. Por ello, se intenta eliminar el primer escollo, e igual que el polluelo del cuco va desplazándose por el nido arrojando al vacío las crías de su huésped, se empiezan a redefinir en un Área muy concreta las anteriores funciones de los/las psicólogos/as, independientemente de que ahora que exista por fin un reconocimiento a través de la especialidad de Psicología Clínica. Pero podría ser ingenuo pensar que las únicas víctimas de esto sean los/las psicólogos/as. Acto seguido habrán de ser los propios psiquiatras, especialmente aquellos que trabajan en los centros ambulatorios de las Áreas, convertidos en consultorios externos (pro-

longaciones) del único lugar de privilegio que como un gigante dormido ha esperado su momento: el Hospital. Y por ahora no parece preocuparles demasiado el resto de profesionales en unas plantillas que siempre han estado infra-dotadas, entre otros, de personal de enfermería. Es verdad que ya no son los hospitales psiquiátricos los que detentan la primacía o marcan las

directrices, ahora este lugar parece que ha de corresponderle a los Servicios de Psiquiatría de los hospitales generales. Los que habían de ser un instrumento más de igualdad de los pacientes mentales, se han convertido en el pedestal desde el que se observan las necesidades de la población. Es curioso, que uno de los Jefes de Servicio de hospital que más han luchado por la integración de los hospitales generales en la red comunitaria, sea uno de los expedientados.

Se dirá que no, que los/las psicólogos/as conservan su función clínica, pues en algunos sitios se les está diseñando una cartera de psicoterapias, amén de sus incuestionables capacidades para realizar “pruebas complementarias psíquicas” (esto es, pruebas psicodiagnósticas). Pero, ¿no pudiera ser que ello quizás sólo sea el intento de negación de las psicoterapias como medio terapéutico?. Pareciera que se tratase de despejar a los/las psiquiatras de una vez de esas retóricas psicoterapéuticas que enturbian su discriminación médica, su efectividad como psicofarmacólogos y en

Son muchos los que piensan que éste no es un hecho aislado. Todo lo que está ocurriendo tiene en común el retorno a una asistencia hospitalocéntrica.

definitiva su capacidad como “auténticos especialistas médicos”. Quizás sólo sea una extraña casualidad, pero es curioso que una de las personas que más han trabajado por la integración de las psicoterapias en el Sistema de Salud Público y en el sistema de enseñanza de “mires” y “pires”, sea una de las personas expedientadas.

Ojalá, todo lo aquí escrito al margen del expediente sean simples conjeturas. Ojalá pequemos de exagerados. Ojalá sólo detentemos rasgos paranoides.

FINAL...

Retornando al editorial del ICOMEM, nuestra Asociación profesional junto con otras muchas que ya están y otras que se van sumando, están respondiendo, pero no en una guerra. Simplemente respondemos ante la iniquidad. Sabemos que cualquiera de nosotros podemos ser también carne de cañón. Y efectivamente, luchamos contra la “Cuestión de Fuero” que encabeza el editorial del Colegio. Porque la palabra “fuero” tiene muchas acepciones. En el Diccionario de la Real

Academia Española se recogen nueve. La octava describe: “*Competencia jurisdiccional especial que corresponde a ciertas personas por razón de su cargo*”. La cuestión es que, si sobre la base de ese cargo de privilegio, se realiza un uso injusto aprovechándose de esa condición, se está prevaricando, es decir puede que se esté delinquiendo.

La sexta acepción de “fuero” es breve: “*Arrogancia, presunción*”, quizá ahora sí podamos entender algo del Editorial del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid.

No sabemos a ciencia cierta, qué conexiones puede tener este hecho con otros cambios que dinamitan el concepto de atención comunitaria y que en los últimos meses emergen en distintas Áreas de Madrid. Eso es algo que en todo caso veremos próximamente. Pero, por ahora no nos quedemos de brazos cruzados, impotentes y sin voz. Por ello las primeras medidas frente al “acto” aquí descrito ya siguen su proceso.

Antonio Escudero Nafs

Usos y abusos de la vía deontológica para sancionar médicos: a propósito de un caso⁽¹⁾

Los Colegios de Médicos son instituciones que provienen de un modelo decimonónico de práctica liberal de la medicina, en el cual recibieron de los poderes públicos una importante responsabilidad delegada para la regulación de su propio colectivo profesional, que incluía la capacidad de sanción, a través de la vía deontológica. El siglo XX ha supuesto cambios radicales en la medicina, y también la aparición de sistemas sanitarios públicos, en los cuales el Estado actúa como propietario y gestor de centros y servicios, siendo el principal contratador de médicos. La moderna medicina exige redes de servicios, especialización, y participación de distintas profesiones. La excelencia en la práctica clínica hoy implica cooperación y orientación a los procesos y pacientes.

Este dinamismo de la medicina y de los sistemas sanitarios no ha sido seguido por las organizaciones colegiales, especialmente en España, aunque ha habido y está habiendo meritorios intentos por mover las obsoletas estructuras hacia la modernidad. Sin embargo, el

cuadro que presentan muchos colegios parece ser desalentador: estos colegios se han enquistado en estructuras gremiales miopes, más atentas a la defensa corporativa que a las responsabilidades de promover el avance de la medicina y de los sistemas sanitarios.

Esto permite que de pronto surjan problemas de difícil explicación a la sociedad, como el reciente caso ocurrido en el Colegio de Médicos de Madrid, en el cual se plantea sancionar con hasta un año de suspensión de colegiación a dos médicos por decisiones de carácter organizativo (y no clínica). Este caso puede ser ilustrativo de un uso inapropiado y desproporcionado de dicha facultad sancionadora.

Los hechos son en esencia sencillos: en un Centro de Salud Mental del Área Sanitaria 3 de Madrid, existe un equipo especializado en Salud Mental Infante-Juvenil con un Médico-Psiquiatra y un Psicólogo Clínico. A la hora de organizar las vacaciones reglamentarias, por parte de los responsables del servicio se prefiere evitar que ambos se vayan de vacaciones a la vez, para que al

menos alguien de la unidad pueda dar continuidad al contacto con los pacientes atendidos (evitando el cierre completo de la unidad). Hay que señalar que durante las vacaciones el Centro de Salud garantiza la existencia de Psiquiatras en todo momento en el propio Centro, por lo cual para aquellas funciones que un psicólogo no esté facultado (por ejemplo recetas o valoración clínico-médica) siempre existen facultativos Psiquiatras que pueden actuar.

Esta decisión de garantizar que no se vayan a la vez los dos miembros de la unidad, tiene carácter organizativo y se toma en beneficio de los pacientes. Sin embargo, puede ser que suponga una restricción o molestia al Médico-Psiquiatra que pasa a tener que acoplar sus turnos a los de su compañero Psicólogo Clínico. Y con seguridad le asisten derechos para protestar y recurrir dicha decisión administrativa (por más que la racionalidad de dicha protesta pueda parecer a priori muy endeble). Sin embargo, y esto es lo insólito, se busca en el Colegio de Médicos de Madrid el amparo ante dicha decisión administrativa, y éste activa la vía deontológica para abrir expediente a los dos responsables que avalaron este sistema de turnos de vacaciones; el Psiquiatra responsable del área, y el Gerente de Atención Especializada del Área (dado que es médico, porque si no lo fuera no podría actuarse sobre él en vía deontológica).

Es difícil saber porqué el Colegio de Madrid decide actuar con este celo en un tema tan abiertamente ajeno a los problemas de malpraxis, celo que no parece ser habitual en tantos casos de profesionales cuya práctica clínica (no es necesario recordar los temas que recientemente han salido en los medios sobre la sanidad privada en Madrid) se aleja del cientifismo y se aproxima peligrosamente al chamanismo. Quizás este particular interés venga de un conflicto de límites profesionales que lleva a un grupo de Psiquiatras a intentar limitar el espacio de desarrollo profesional de los Psicólogos Clínicos. Por supuesto que toda pugna por límites profesionales parte de una retórica de garantías al paciente, pero en la práctica sabemos que

detrás de este tipo de proclamas también pueden existir importantes elementos de defensa gremial, que fundamentalmente parten de una incomprensión de la interdependencia y las ganancias que para el enfermo supone la cooperación y colaboración entre profesionales.

Sin entrar en esta falsa polémica Psiquiatras-Psicólogos, lo verdaderamente sorprendente es que el Colegio de Madrid actúe en resonancia, y utilice la vía deontológica para castigar en las carnes de dos colegiados el presunto pecado que corresponde a las autoridades administrativas. El Estado de Derecho ofrece vías para que se impugnen o recurran estas decisiones ante los órganos judiciales correspondientes (Laboral, y Contencioso Ad-

ministrativo). Pero parece que es más fácil y cómodo usar una vía en la que se puede ser a la vez juez y parte.

Pero al usar esta vía fácil, es inevitable cometer una clara extralimitación de las funciones para las cuales se estableció la vía deontológica. Si la razón de la posible sanción es evitar el “intrusismo” profesional, se está de hecho haciendo un “intrusismo” en facultades administrativas de organización de servicios que corresponden a los poderes públicos.

Los colegios se han enquistado en estructuras gremiales miopes, más atentas a la defensa corporativa que a las responsabilidades de promover el avance de la medicina y de los sistemas sanitarios.

Además, se hace un daño a las personas, absolutamente injusto y desproporcionado; se ataca al débil (los responsables médicos a título individual), para no enfrentarse a la organización (Consejería de Sanidad como entidad responsable de las decisiones), importando en este caso poco que sean también colegiados que merecen amparo y consideración de su propio Colegio.

Además, cuando preocupa mucho más el hipotético “intrusismo” en funciones médicas, que la necesidad de continuidad asistencial en el programa infanto-juvenil, es difícil no acabar pensando que el bienestar del paciente es un valor secundario frente a la defensa gremial.

Y si tanto preocupa el posible riesgo de la salud psíquica de los niños durante las vacaciones de un facultativo, posiblemente el Colegio de Médicos debería poder exhibir un perfil corporativo mínimamente reivindicativo

ante las autoridades autonómicas para el desarrollo de la red de salud mental y sus servicios psiquiátricos, habida cuenta los problemas reales de sobrecarga y escasos medios que se acumulan desde hace años en estos servicios, y que entre otras cosas obliga a gestionar de la mejor forma posible las substituciones en un contexto de restricciones de personal notables; sin embargo solamente parece haber silencios clamorosos a este respecto.

Y por último, pero no menos importante, se desacredita a la propia organización colegial que usa estas vías, modos y maneras para administrar una competencia sancionadora que le ha sido delegada por el Estado.

Cuando los Colegios de Médicos se quejan amargamente de las iniciativas autonómicas para liberar de la obligatoriedad de colegiación a aquellos médicos que trabajan solamente como empleados públicos, deberían reflexionar no sólo de las responsabilidades ajenas, sino también de las propias: Ser organizaciones de derecho público no sólo da derechos, sino que también da importantes obligaciones. Con esta práctica

arbitraria e insólita del Colegio de Médicos de Madrid, se ayuda bien poco a defender dichos argumentos de obligatoriedad. También se obstaculizan los esfuerzos renovadores de otros Colegios que están

intentando actualizar sus organizaciones y darles una mayor proyección social. Y, finalmente, se presta un flaco favor a todos aquellos que creen que los Colegios de Médicos (con obligatoriedad de colegiación o sin ella), pueden y deben jugar un importante papel en la modernización científica, la profundización en la dimensión ética, la mejora de la imagen profesional, y el

verdadero cumplimiento de los compromisos del juramento hipocrático.

José Ramón Repullo Labrador
Mariano Hernández Monsalve

El Colegio de Médicos debería poder exhibir un perfil corporativo mínimamente reivindicativo para el desarrollo de la red de salud mental y sus servicios psiquiátricos.

(1) *Este artículo se publicó en Tribuna de Opinión de la sección MADRID del Diario EL PAÍS el día 23 de mayo de 2002.*

Sobre la especialidad de Psicología Clínica

El Real Decreto 2489/1998 de 20 de Noviembre crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

El 18 de Mayo de 2002, 3 años y medio más tarde se publica en el B.O.E. la Orden Ministerial que regula los procedimientos para solicitar dicho título: ORDEN PRE/ 1107/2002, de 10 de Mayo.

EL Real Decreto fue recurrido, en cuatro procedimientos distintos, por varias Sociedades de Psiquiatría, por dos Asociaciones de psicólogos privados de Galicia y por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Dichos recursos han sido finalmente desestimados por el Tribunal Supremo, a finales de Octubre pasado, habiéndose hecho públicas las sentencias.

Aunque legalmente la interposición de los citados recursos no paralizaba el desarrollo

del Decreto que creó la Especialidad de Psicología Clínica, la realidad era que la Orden Ministerial necesaria para regular la aplicación de dicho Decreto no acababa de salir, no existiendo por tanto el reconocimiento por parte de los Ministerios de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo, a pesar de que la formación vía P.I.R se está llevando a cabo a nivel nacional desde el año 1993, y en el ámbito de las distintas comunidades autónomas desde algunos años antes.

Esta situación suponía, de hecho, que los profesionales formados vía PIR, aquellos que directamente deberían obtener al final de su formación el Título de Especialista en Psicología Clínica, no lo obtenían, no pudiendo, por tanto incluirlo en su currículum, ni constaba en el baremo de las plazas a las que pudieran presentarse.

Algunos pensamos que podía existir cierta relación entre los recursos presentados por las distintas Sociedades de Psiquiatría (Recurso 48/99) y por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (Recurso 49/99) y la demora en la aprobación y publicación de la Orden Ministerial.

La parte recurrida del Real Decreto era, en ambos casos, la Disposición Adicional Tercera, y el Artículo 1.2 en el recurso presentado por la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.

EL artículo 1.2 se refiere a los requisitos previos necesarios para la obtención del título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica: (a) Título de Licenciado en Psicología u equivalente homologado legalmente por el Ministerio de Educación y Cultura, b) Haber realizado la formación en la especialidad con arreglo a los programas determinados y c) Haber superado las evaluaciones establecidas.

El recurso 48/99 pretende invalidar dicho artículo por que en su apartado a) *al establecer los títulos que permiten*

el acceso a la especialidad de Psicología Clínica, no incluye al de Licenciado en Medicina.

A esto argumenta el magistrado, entre otras (argumentaciones) que *no puede compartirse la tesis salvo que se entendieran iguales los títulos de psicólogo y de licenciado en medicina*, desestimando el recurso. Sobran los comentarios.

Más sustancioso es el contenido argumental para pretender anular la Disposición Adicional Tercera. Dicha Disposición dice:

“La creación del título oficial del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y la realización por estos titulados de diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico, se entenderá, sin perjuicio de las competencias al médico o especialista en psiquiatría, cuando la patología mental atendida exija la prescripción de fármacos o cuando de dicha patología se deriven procesos biológicos que requieran la intervención de los citados profesionales”.

El recurso pretende, en este punto, dar fundamento jurídico al presupuesto de que sólo el médico tiene

capacidad para diagnosticar, negando a los psicólogos la capacidad de realizar diagnóstico de los trastornos psicológicos, a los que identifica, por otra parte, con la enfermedad mental, de la que sólo puede ocuparse el médico psiquiatra.

Un segundo argumento del recurso se apoya en que la norma impugnada (la Disposición) amplía la esfera competencial de actuación de los psicólogos, en perjuicio de segundos.

Alega el recurso que esta Disposición Adicional Tercera vulnera las reglas sobre delimitación de competencias entre los Médicos Especialistas en Psiquiatría y los Psicólogos. Entiende el recurrente que el Psicólogo trata de la Salud Mental, y el médico (Psiquiatra) de la Enfermedad Mental, y se apoya, según dice, en el artículo

20 de la Ley General de Sanidad, que, siempre según su interpretación, *“hace una clara diferencia entre enfermedad mental y salud mental, la primera se refiere al aspecto patológico de la salud mental, que requiere una atención psiquiátrica en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. Evidentemente, este es el núcleo esencial de la actuación de los psiquiatras,*

al que no tienen acceso los psicólogos, cuya actuación se centra en el aspecto no patológico de la salud mental...” (sic). Deduce de este planteamiento que el psicólogo no puede derivar a la consulta de un psiquiatra a un enfermo.

El magistrado ponente propone la desestimación del recurso, entendiendo que el Decreto, y en concreto la norma impugnada no pretende delimitar competencias y se limita a señalar una de las competencias que corresponde a los Psicólogos Especialistas: la realización de diagnósticos, tratamientos y evaluaciones de carácter psicológico, sin agregar nada a las competencias de éstos, y a recoger dos supuestos en los que no pueden intervenir éstos y sí los Médicos y especialistas en Psiquiatría.

El Tribunal Supremo falla desestimando el recurso, y ello supone, indirectamente, el reconocimiento legal de nuestra capacidad para realizar diagnóstico, tratamiento y evaluación, cuestionada por el Consejo de Colegios Oficiales de Médicos.

No puedo evitar relacionar el planteamiento de estos

*Algunos pensamos que
podía existir cierta relación
entre los recursos
presentados y la demora en
la aprobación y publicación
de la Orden Ministerial.*

recursos con los expedientes abiertos el pasado mes de Marzo por el Colegio de Médicos de Madrid contra nuestros compañeros (psiquiatras) Alberto Fernández Liria y Ángel Sáinz Aiz. El transfon- do me parece el mismo: con- flicto de competencias, con- cepción de la salud-enferme- dad mental desde una perspec- tiva no comunitaria, ausencia del concepto de interdiscipli- nariadad, intento de acaparar más poder (¿científico?).

Ni tampoco me parece ajeno a él el hecho de que a algunos psicólogos no se les permita realizar evalua- ciones diagnósticas en los Servicios de Salud Mental de nuestra Comunidad. Espero que esta situación cambie a no tardar, ya que el fallo desestimatorio de estos recursos y la salida de la Orden Ministerial nos ofrece un marco, al menos legalmente, mas favorable

Ni tampoco me parece ajeno a él el hecho de que a algunos psicólogos no se les permita realizar evaluaciones diagnósticas.

a evitar este tipo de situaciones arbitrarias, que espe- remos desaparezcan por completo cuando todos los psicólogos que podamos optar a dicho título tenga- mos reconocida por ambos Ministerios (Sanidad y Consumo y Educación, Ciencia y Tecnología) la es- pecialidad, y tras estas sen- tencias, nuestra incuestio- nable capacidad para reali- zar diagnóstico, tratamiento y evaluación psicológicos.

Por cierto, el plazo para presentar la documentación necesaria para solicitar el Título finaliza el próximo 18 de Febrero de 2003.

Violeta Suárez

Psicóloga. Junta de la AMSM

INFORMES

Análisis de la AMSM sobre el Plan de Salud Mental

INTRODUCCIÓN

A lo largo de este año se han produ- cido dos circunstancias, la llegada de las transferencias y la aprobación de la nueva **Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)** que sitúan a la sanidad madrileña en una nueva encrucijada. En lo que respecta a la Salud Mental hemos asistido duran- te este año a la preparación de un nuevo **Plan de Salud Mental** que ha sido presentado recientemente en público. Ante lo anteriormente expuesto la Asociación Madrileña

de Salud Mental ha constituido un grupo de trabajo con el objetivo de analizar y ejercer un seguimiento del mismo.

En cuanto a su elaboración es evi- dente que se ha producido un cam- bio (no suficiente, pero al menos un cambio) en el método de trabajo respecto al anterior Plan que nunca salió a la luz. Se generaron ciertas expectativas al crearse varios gru- pos de expertos para participar en su elaboración y se realizaron algu- nas reuniones informativas con las asociaciones profesionales. Esto es

de agradecer pues ya se nos olvida- ba que esto es lo mínimo en una sanidad participativa. Sin embargo como asociación nos hubiera gusta- do un mayor nivel de discusión y transparencia. Por ejemplo que se hubieran hecho públicos los infor- mes de los grupos de expertos y que se hubiera discutido más con las asociaciones profesionales ver- daderamente representativas.

El Plan es extenso, ambicioso y se ocupa de la mayoría de las cues- tiones que afectan a la Salud Men- tal, algunas de ellas con detalle,

otras de forma más imprecisa. En ocasiones aparece como un catálogo de intenciones y servicios y en otras ocasiones estima de forma precisa necesidades de recursos. Los valores y principios generales que promulga podrían ser suscritos con sincera adhesión: la integración en una red sanitaria única de utilización pública, la defensa del paciente como centro del sistema, la territorialización, el modelo comunitario, etc. Sin embargo el plan de salud mental es el plan de la LOSCAM y es desde esta nueva ordenación sanitaria desde dónde debe analizarse. Tenemos dudas de que esos principios puedan ser compatibles con el nuevo modelo sanitario de la LOSCAM a no ser que nos estemos refiriendo a conceptos diferentes. Por eso creemos que el principal problema del Plan de salud mental es su marco normativo. Estas dudas se dispararían si se aclaran una serie de preguntas que nos surgen tras la lectura del borrador:

1-¿CUÁL ES PRESUPUESTO, INCLUIDO EL DE LA CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES, CON EL QUE VA A CONTAR EL PLAN DE SALUD MENTAL? ¿CUÁL ES EL CRONOGRAMA?

Creemos absolutamente necesario que para que el Plan de Salud Mental tenga credibilidad y pueda ser evaluado se acompañe de una **memoria económica** y un **cronograma aproximado** de su desarrollo. En esta memoria se debería incluir un presupuesto aproximado del gasto que se va a destinar a la salud mental tanto incluyendo las partidas actuales, las próximas inversiones, el porcentaje de gasto que se utilizará en las nuevas

estructuras burocrático-administrativas (agencia sanitaria, oficina regional de salud mental), el dinero con el que va a contar los programas dependientes de servicios sociales, el presupuesto de la agencia antidroga y el destinado a formación y docencia. Creemos que estos datos son fundamentales para que los usuarios y profesionales vean que las promesas de que la salud mental va a ser *discriminada positivamente* en los próximos ejercicios presupuestarios son una realidad y cuál va a ser el modelo de crecimiento y desarrollo de la asistencia.

2-¿CÓMO SE VA A REALIZAR LA INTEGRACIÓN DE LA RED ÚNICA DE SALUD MENTAL?

Tanto la integración de la salud mental con el resto de prestaciones del SNS como la creación de una verdadera red integrada de recursos ha sido desde siempre uno de las reivindicaciones básicas de esta asociación. Aunque el plan establece en una de sus ideas fuerza que “los recursos proveedores deben integrarse en atención especializada en cada área sanitaria conformando una *red única de utilización pública*” el texto del borrador, y la LOSCAM como marco general de desarrollo, no sólo no aclara suficientemente cómo va a ser esta integración, sino que aporta esquemas organizativos que tienen el **riesgo de producir una mayor fragmentación** de la red asistencial.

2.1- La integración funcional y administrativa en un solo organismo (IMSALUD) de las actuales redes públicas aparece en el texto como una posibilidad y no como un firme compromiso.

2.2- El texto del Plan de salud mental es muy confuso a la hora de definir los recursos que conforman los **“Servicios de Psiquiatría y Salud Mental de área”** (SPSM). En el organigrama jerárquico de estos SPSM sólo aparecen los dispositivos de hospitalización y los centros de salud mental de distrito que pasarían a estar gestionados por un Área Clínica funcional de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental dentro de la Gerencia de Especializada de cada área. El reto que se nombran como “camas de cuidados psiquiátricos de media y larga estancia, camas de pacientes judiciales, hospitales de día, recursos intermedios de rehabilitación psicosocial y recursos de soporte social para la integración del enfermo mental, y todos los servicios que sea preciso proveer” **quedan fuera de esta unidad asistencial y de gestión** encargándose el SERMAS de “planificar y gestionar la compra para cada SPSM de área” de estos recursos. La AMSM entiende que esto no es un modelo de verdadera integración de recursos asistenciales en cada área sanitaria, sino mantener e incluso incrementar la separación entre los recursos destinados a los pacientes con trastornos mentales graves necesitados de mayores cuidados del resto de la atención. La oportunidad histórica que ofrecían las transferencias de avanzar en la integración en cada área sanitaria de todos los recursos necesarios para la adecuada atención de los pacientes puede quedar de esta manera desaprovechada.

2.3- La separación que establece la LOSCAM entre aseguramiento, compra y provisión con el objetivo de favorecer incentivos a la competencia permite al SERMAS contra-

tar programas o unidades específicas a proveedores privados o públicos con el riesgo de fragmentar la red. Creemos que el crecimiento de recursos para la atención de necesidades no cubiertas, nuevas demandas, atención a grupos o procesos clínicos con cierta especificidad, etc. se debe hacer incrementando los recursos de los Centros de Salud Mental de distrito evitando así fragmentar la red en diferentes dispositivos con estrategias competitivas, que además podría afectar a la territorialización.

3-¿CÓMO SE VA A MANTENER LA TERRITORIALIZACIÓN Y LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS?

En el texto del Plan dentro de los Principios Generales del Modelo se establece que la asistencia psiquiátrica y de salud mental tiene un modelo de atención territorializada definiéndose el Área Sanitaria como la unidad asistencial básica del sistema. Sin embargo esta apuesta por la territorialización del Plan de Salud Mental creemos que se ve **amenazada por el nuevo modelo sanitario**.

3.1- Los responsables políticos han incorporado a la LOSCAM el derecho de los ciudadanos a la libre elección de especialista, derecho que es positivo como valor, pero difícil de llevar a la práctica. Para regular este derecho la LOSCAM prevé la creación de una **red de agencias sanitarias** para gestionar las citas, a modo de una “agencia de viajes”. Es difícil de entender cómo se pueden articular en la práctica la territorialización y la libre elección de centro.

Y además, ¿cómo se puede garantizar la adecuada **coordinación**

entre niveles si con las **agencias sanitarias** se difumina la territorialización? Creemos que las decisiones sobre cuál es la mejor opción ante un determinado problema de salud no deben sustraerse en ningún caso del ámbito clínico-asistencial, ya que no es un acto simplemente administrativo, sino una parte integral del proceso de atención a los problemas de salud. Es el médico de atención primaria el profesional más cualificado para informar al paciente, vía experiencia, de los centros, servicios y profesionales de la atención especializada de su entorno. El modelo de las agencias sanitarias puede acabar definitivamente con la posibilidad del trabajo conjunto entre los equipos de atención primaria y los de salud mental.

Creemos que para que fueran útiles las agencias al ciudadano, deberían contar con una adecuada información de los centros y programas que se “ofrecen”. Las demandas de atención en salud mental no suelen estar tan delimitadas como en los procesos de cirugía programada por lo que el esquema informativo de estas agencias puede revelarse inútil. Si se establece un **mercado sanitario** se corre el peligro de que la información se vea sustituida por elementos de marketing en los que los intereses profesionales, modas, presiones comerciales, etc. induzcan la demanda del ciudadano sustituyendo al criterio de necesidad como regulador de la actividad asistencial. También tenemos la preocupación de que con este sistema organizativo se incrementen los **gastos administrativos** en perjuicio de las inversiones en recursos asistenciales.

3.2- Como hemos señalado antes, otra amenaza a la territorialización y a la continuidad de cuidados de los pacientes puede ser la proliferación de **unidades de patología o tratamiento específicos** (dispositivos específicos para tratar por ejemplo los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos borderline... o para hacer psicoterapias de algún tipo), ya sean de titularidad pública o privada. Nos parece que la aparición de dichas unidades específicas se debe más al interés particular de algunos profesionales que a una necesidad asistencial real porque creemos que la atención a estas patologías y la dispensación de estos tratamientos se debe hacer desde los dispositivos normalizados, incrementando sus recursos en la medida necesaria.

4-¿CUÁL VA A SER EL MODELO DE ATENCIÓN A LO ENFERMOS CRÓNICOS NECESITADOS DE MAYORES CUIDADOS?

El Plan es confuso y en ocasiones contradictorio en lo que se refiere al desarrollo de los recursos del programa de continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial. En concreto nos preocupa lo siguiente:

4.1- Como hemos señalado antes nos preocupa que estos servicios **no queden adecuadamente integrados** al establecerse modelos contractuales (con empresas privadas o públicas) que obstaculizan la adecuada planificación y la continuidad de cuidados.

4.2- En la cartera de servicios se definen los servicios de rehabilitación psicosocial, incluyéndose

CRPS, centros de día, centros de rehabilitación laboral y alternativas residenciales comunitarias. **No hay un claro análisis de las necesidades de este tipo de recursos, ni cuál es la propuesta o modelo de desarrollo.** Queda pendiente saber, más allá de las buenas intenciones, si desde la Consejería de Servicios Sociales va a haber un incremento presupuestario para el programa de rehabilitación laboral y alternativas comunitarias.

4.3- No queda claro qué recursos van a ser considerados de área y cuáles no. Por ejemplo los CRPS en unos párrafos aparecen como recursos compartidos por áreas y en otros se habla de la necesidad de que cada área cuente con uno. Lo mismo sucede con las alternativas residenciales comunitarias.

4.4- Y lo más preocupante, en el Plan no se habla de sustituir los hospitales psiquiátricos existentes (públicos o concertados) por recursos alternativos, sino que incluso se habla de incrementar estas camas (con una lectura errónea del cuaderno técnico publicado por la AEN). Todo parece indicar que la necesidad de Unidades de Rehabilitación Hospitalarias se va a cubrir mediante el incremento de camas de media estancia en el Hospital Psiquiátrico y con la concertación de más camas en los Hospitales Psiquiátricos de titularidad privada. Creemos, como recomendó el propio grupo de expertos, que estas

unidades deben ubicarse fuera de los hospitales psiquiátricos y contar programas y personal adecuado.

5-¿CUÁL VA SER LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS?

Sin una adecuada política de recursos humanos no es posible hablar de Plan de Calidad de la sanidad madrileña ni de Plan de Salud Mental. Este apartado deja la mayoría de los temas pendientes:

5.1- En primer lugar, como hemos dicho, es necesario conocer el presupuesto para saber si va a haber un **crecimiento real de los recursos**.

5.2- ¿Cómo y cuándo se van a solucionar los diversos problemas, situaciones injustas y agravios comparativos (ya son tantos que no es posible exponerlos todos) de los profesionales?. La integración de las redes públicas en el IMSALUD con **homogenización de las condiciones laborales** aparece, como hemos señalado antes, como una posibilidad y no como un compromiso con plazos aproximados. Así mismo no se dice nada de que desde la administración se vaya a garantizar mínimamente las condiciones laborales y las necesidades de formación de los profesionales de la red concertada. La realidad es que la tendencia en los últimos años ha sido hacia una creciente desigualdad y desmotivación entre los profesionales dentro de la red

de titularidad pública (tras la aparición de la carrera profesional) y en general unas aún peores condiciones en la red concertada (CRPS, red de drogas, hospitales psiquiátricos y de más recursos concertados). Y esta tendencia no tiene visos de detenerse si nuestra preocupación de que se produzca una mayor fragmentación asistencial se cumplen.

5.3- Otro tema que deja pendiente el plan es la **definición de las competencias y funciones** de cada uno de los profesionales que trabajan en la red de salud mental. Esperamos que el SMS aborde este tema un plazo breve para evitar que determinadas opciones medico-corporativistas impongan criterios que amenacen el trabajo de los equipos multiprofesionales o persigan a los profesionales que no comparten sus particulares criterios.

Creemos que de poco sirve una “red única de utilización pública” si esta está fragmentada y atomizada en múltiples dispositivos que están desintegrados en distintas instituciones y empresas que amenazan la continuidad de cuidados y los principios de territorialización, para regirse por una lógica de mercado y no de equidad asistencial en la que los profesionales tienen unas condiciones laborales heterogéneas y donde la atención a la cronicidad puede quedar de nuevo relegada a un segundo plano respecto a la atención hospitalaria y ambulatoria.

Informe sobre Trabajo Social

En la Reunión General celebrada en Montreal, en julio de 2000, la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS) adoptó la nueva definición de trabajo social. Recientemente, la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW) también adoptó esta definición:

“La profesión del trabajo social promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social”.

Los Trabajadores Sociales venimos trabajando en los Servicios de Salud Mental desde los comienzos, esto quiere decir que tenemos una experiencia en este campo de al menos veinte años. Desde hace tiempo, sentimos la necesidad de definir nuestra tarea profesional, de estructurar nuestras intervenciones y de elaborar lo que podría ser una guía básica de intervención del trabajador social en los equipos, acorde con la demanda actual en los Servicios de Salud Mental

Hasta ahora, hemos estado quizás centrados en nuestra tarea en cada uno de los equipos y adaptando nuestra intervención al contexto de cada Servicio ocupados en nuestro quehacer cotidiano, pues una de las características de nuestra labor es atender a demandas desde diferen-

tes lugares y en su mayor parte imperiosas. Pensamos que estos momentos, a partir de la experiencia acumulada, de haber podido habilitar espacios propios de reflexión y análisis de nuestro trabajo y unido a la próxima implantación del nuevo Plan de Salud Mental, son muy oportunos para elaborar un documento que recoja nuestra actividad profesional, que sea reconocido y de utilidad en todos los servicios.

En el borrador de la nueva ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid se centra la actuación de los Servicios Sociales Generales en la Vulnerabilidad y la Dependencia. Los pacientes de nuestros servicios presentan un alto índice de estos factores; asociado a otro tipo de necesidades. Tienen derecho, por tanto, a ser perceptores de un trabajo social especializado, además de usuarios de los Servicios Sociales Generales. Los trabajadores sociales somos los técnicos responsables de la intervención social dentro del equipo terapéutico y nuestra pretensión es que ésta tenga un lugar más relevante en los planes de tratamiento y que las actuaciones en todos los servicios sean lo más homogéneas y eficientes posible.

La relación entre el Trabajo Social y la Psiquiatría tiene una larga tradición ya que en el terreno de lo mental, aun más que en el de lo físico, un buen análisis de las situaciones objeto de intervención, depende en gran parte de su comprensión y estudio dentro del contexto social en el que los sujetos se desarrollan. El tratamiento subsiguiente suele consistir, en gran medida, en lograr una buena integración con

el medio. Nuestra disciplina, desde su conceptualización (finales siglo XIX), aporta ideas que van a contribuir a que el trabajador social sea un profesional imprescindible en el abordaje de situaciones y contextos relativos a la salud mental.

Consideramos que el Trabajo Social Clínico en Salud Mental es una forma especializada de TS. Desde el mismo se realiza un proceso de ayuda a personas, familias, grupos y comunidades; con el objeto de desarrollar capacidades psico-sociales, de tal manera que puedan hacer frente a sus problemas actuales y a potenciales situaciones conflictivas en un futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social. (Amaya Ituarte “Procedimiento y proceso en TS. Clínico”).

Entenderlo como un proceso supone que se interviene en forma particular siguiendo una determinada secuencia u orden. No es una intervención espontánea. Se necesita de un conocimiento previo de la situación, así como de una fundamentación teórica. El procedimiento es una forma particular y ordenada de realizar una acción determinada, para tratar de alcanzar un cierto fin propuesto de antemano. Este proceso entonces permite: analizar la demanda y elaborar el plan de intervención social, desarrollando las acciones psicosociales de carácter terapéutico que procedan.

El análisis de la demanda es un elemento esencial del TS. en los equipos

de Salud Mental. Las demandas nos pueden llegar de profesionales, familias o pacientes y son en gran medida divergentes. Analizamos la demanda desde los tres elementos que la caracterizan: *síntoma, sufrimiento y alegación*. (pedido de ayuda) (Neuberger. R. "L'autre demande") Trabajar desde esta perspectiva, facilita la convergencia de los distintos elementos y el desarrollo del plan de intervención social. Atender a "lo social" no es posible sin una perspectiva globalizadora de la persona.

En cuanto a los recursos debemos tener claro que el trabajador social, como profesional, es el principal recurso en la intervención y no un instrumento en la gestión de los mismos. El recurso es un medio utilizado para la obtención de un fin, no el fin en sí mismo. La dimensión del Trabajo Social es más que el mero trámite de prestaciones y recursos. Características del trabajo social son investigar, denunciar, crear opinión pública, favorecer los avances sociales, comprender a los individuos y familias en su historia, no solamente en el aquí y ahora...

Como señalábamos anteriormente, los trabajadores sociales, por tradición, formación, facilidad de acceso a las familias, a los domicilios, al entorno social, a otros profesionales y recursos, así como por posición en los equipos de salud mental, debemos participar activamente en el análisis de las distintas problemáticas que se atienden desde los equipos de Salud Mental y en la intervención con las mismas. Son necesarios profesionales con dedicación plena en los distintos programas que se implementen desde los equipos de trabajo

Aunque no queremos centralizar nuestra intervención social a deter-

minados colectivos, sabemos que existen enfermedades y circunstancias que propician situaciones, que necesitan casi siempre de intervención social.

Estos colectivos prioritarios son:

- Enfermos mentales crónicos y sus familias.
- Menores con familias desestructuradas o conflictivas.
- Familias de enfermos mentales con hijos menores.
- Enfermos mentales ancianos sin soporte familiar.
- Adultos con problemática social grave asociada a su patología psiquiátrica.

De la perspectiva integradora del Trabajo Social se deducen tres grandes bloques de funciones, desarrolladas a través del análisis de la demanda y del método específico de TS.:

1. Asistenciales/terapéuticas: que comprenden acciones de esclarecimiento y apoyo a la demanda. Acciones encaminadas a garantizar una atención integral al usuario y su familia. Pueden ser directas o indirectas según la intervención con el propio paciente o su entorno.

2. Preventivas: Con el objetivo de evitar potenciales situaciones de desamparo y exclusión social.

3. De coordinación o de enlace. El trabajo en red

La coordinación es un espacio de encuentro donde distintos profesionales deben construir un espacio horizontal de intercambio, para poner en común los distintos saberes que parcialmente no pueden dar respuesta a los temas que tratan.

a) Interinstitucional: coordinación con otras Instituciones y Servicios (Sanitarios, Educativos y Sociales).

b) Intra servicios: Con el propio

equipo y el resto de los Servicios de la red de Salud Mental

Partiendo de esta perspectiva holística la intervención del Trabajador Social se desarrolla en estos tres niveles: Individuo, Grupo, Comunidad.

ATENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Engloba las intervenciones preventivas, asistenciales y de coordinación que el Trabajador Social desarrolla sobre un caso.

- Servicio de información, orientación y valoración: orientación formativa-laboral, derechos y prestaciones sociales, redes de apoyo social, alternativas residenciales, alternativas de ocio y tiempo libre, recursos específicos.
- Asesoramiento y tratamiento social: seguimiento del caso, coordinación de la intervención, tramitación de recursos, derivación si procede.
- Evaluación psico-social y diseño de la intervención social con pacientes que se deriven a los programas en que intervenga el trabajador social, estableciendo criterios según las necesidades y características de la población y el equipo (infanto-juvenil, alcoholismo, psicogeriatría...).
- Trabajo específico de coordinación de cuidados y rehabilitación de enfermos mentales crónicos (diseño del plan de intervención, coordinación del mismo en los casos en que sea responsable el TS).
- Intervención con pacientes tras las altas hospitalarias (Unidades de Agudos y Media estancia) por falta de apoyo social o enganche a los recursos de la red.
- Evaluación social para derivaciones a recursos específicos (Mini-

residencias, CRPS, CRL, ARCO, Unidades de Media y Larga estancia).

- Tramitación y evaluación de las ayudas individuales de rehabilitación del SMS
- Intervención en pacientes que no estando en tratamiento en el CSM, pero que se considere necesitan vincularse al mismo (posibles enfermos mentales con patología severa de larga duración u otras patologías de prioritaria intervención): desde el CSM o en coordinación con otras instituciones.

INTERVENCIÓN GRUPAL

Intervenciones dirigidas a facilitar la resolución de conflictos interpersonales, favorecer la relación entre pacientes, familiares y otros miembros de la comunidad.

Supone también el desarrollo de funciones preventivas asistenciales y terapéuticas.

- Grupos terapéuticos y de apoyo en distintos contextos de intervención.
- Grupos de habilidades sociales.
- Grupos de Psicoeducación (escuelas de familias).
- Grupos de ayuda mutua (de familiares y de pacientes)
- Grupos control de Seguimiento (intervenciones grupales enmarcadas en el trabajo de seguimiento de la intervención con los pacientes).
- Grupos con voluntarios o cuidadores informales (no familiares)
- Creación y potenciación de grupos de apoyo informal (pacientes).

INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Se basa en el conocimiento del entorno social en donde se desarrolla nuestra actuación, tanto en los pro-

blemas que presenta como en las posibilidades que ofrece.

Supone realizar funciones preventivas, y de coordinación centradas en la población objeto de la intervención. Esto requiere una labor básica de coordinación y colaboración con los diferentes recursos comunitarios.

- Potenciación del asociacionismo y apoyo técnico a las asociaciones de usuarios y familiares existentes.
- Promoción de grupos de ayuda mutua en colectivos específicos de Salud Mental.
- Participación en coordinaciones y elaboración de proyectos para la creación de equipamientos sociales (como plataforma y cauce de relación y coordinación para los diferentes grupos y asociaciones).
- Promoción y participación en actividades de prevención o concienciación comunitaria o sectorial: educación sanitaria, campañas divulgativas...
- Actualizar el conocimiento de los diversos servicios y prestaciones sociales, así como la legislación social que afecta al colectivo objeto de intervención.
- Conocer las características de las instituciones y servicios de la zona, procurando el máximo aprovechamiento de los recursos sociales comunitarios.
- Investigar y analizar las necesidades detectadas como instrumento de mejora para la intervención y/o evaluación de recursos.
- Coordinación y potenciación de recursos de apoyo social para enfermos mentales crónicos de los distritos (Clubes Sociales...).
- Potenciación del voluntariado y organización/coordinación/seguimiento de los proyectos existentes

(con Asociaciones de Familiares, Cruz Roja, Ayuntamientos).

DOCENCIA Y SUPERVISIÓN

Alumnos de prácticas de Trabajo Social.

Alumnos del Ciclo Superior de Formación Profesional (Técnicos de Integración Social).

Otros profesionales (MIR, PIR, Enfermería, etc.).

ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN

Coordinaciones Externas

Coordinación interinstitucional, que supone una labor básica de mediación entre la comunidad y el SSM, permitiendo el desarrollo de los programas de apoyo comunitario de manera eficaz, con:

• Servicios Sociales.

- Generales Municipales U.T.S.
- Programas de Familia.
- IMAMEF.
- Mayores (Centros de Día, Residencias etc.).
- Ayuda a Domicilio.
- Voluntariado.
- Inmigrantes.
- Enfermos mentales sin hogar.

• Educación

- Centros Educativos.
- Equipos de Orientación.
- Atención temprana.
- Educación Especial.
- Educación de Adultos.

• Salud

- Atención Primaria y Especializada.
- Hospital General.
- Salud Pública.

• Empleo

- INEM
- Programas Municipales de Empleo.
- Empleo para Personas con Minusvalías.

- Formación Laboral (C. De Empleo, IMEFE, Asociaciones).
- Escuela Taller, Casa de Oficios.

- **Sistema Judicial**

- Juzgados y Fiscalía.
- Agencia de Tutela del Adulto.
- Fundaciones Tutelares.

- **Otros Programas Municipales**

- Cultura y Ocio.
- Juventud.
- Mujer.
- Minusválidos.

- **Asociaciones**

- Grupos de Ocio y Tiempo Libre
- Juveniles.
- Mujeres.
- Familiares y afectados de diferentes patologías.
- Inmigrantes.

- **Otros**

- Centro Base de Minusválidos.
- Oficina del INSS.

Coordinaciones Internas

Como miembro del equipo interdisciplinar, el Trabajador Social participa, junto con otros profesionales en las coordinaciones con los diferentes recursos de la Red de Salud Mental, (U.H.B. y otras unidades hospitalarias, Hospital de Día, Unidad de Rehabilitación, Centro de Día, pisos protegidos, ARCO, así como los recursos de rehabilitación psicosocial y residenciales que de-

penden de la Consejería de Servicios Sociales con el objetivo de garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes.

- Coordinaciones intra-servicios (dentro del equipo de los SSM y del Área de Salud):

- Reuniones de equipo.
- Reuniones de apoyo a otros profesionales en la atención de casos.
- Comisiones de Rehabilitación.
- Comisiones de seguimiento y derivación a recursos (donde existen).
- Reuniones equipo de Rehabilitación y continuidad de cuidados.
- Sesiones clínicas.
- Coordinaciones establecidas de seguimiento de pacientes con los recursos del área: CRPS., Mini-residencia, CRL., Unidades de hospitalización, Hospitales de Día.

SOPORTE DOCUMENTAL

Historia social

Es el documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualquiera otros significativos de la situación socio-familiar de un usuario. La demanda. El diagnóstico y subsiguiente intervención y la evolución de tal situación.

Ficha social

Es el soporte documental del Trabajo social en el que se registra la información sistematizada de la Historia social.

Informe social

El informe social es el dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma el trabajador social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.

Proyecto de intervención social

Es el diseño que comprende una evaluación-diagnóstico de la situación y las personas con quienes actuar, una determinación de objetivos operativos, actividades y tareas, método de trabajo, utilización de recursos, temporalización y criterios de evaluación.

**Documento elaborado
por el aula de formación
de trabajadores sociales
de los Servicios de Salud Mental
de la Comunidad de Madrid^(*)**

(*) Este documento es el producto de la reflexión de un grupo de trabajadores sociales, con representación de todas las áreas sanitarias de Madrid y casi todos los distritos que las componen, es un intento de plasmar algunas de nuestras consideraciones sobre las funciones y metodología del trabajo social en un equipo de Salud Mental Comunitario.

Es el punto de partida de un trabajo que continuamos actualmente. Tenemos intención e interés en seguir elaborando escritos con el objeto de dar a conocer nuestro ámbito de intervención, así como el método y el soporte teórico que nos permite llevar a cabo el mismo. Buscando potenciar nuestra contribución en los equipos multiprofesionales, siempre con el objetivo de mejorar la atención que reciben los usuarios de nuestros servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica- Ministerio de Sanidad y Consumo, abril 1985.
- Revista de Trabajo Social nº 145 marzo 1997 Edita: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo social de Cataluña.
- National Institute for Social Work. “Trabajadores Sociales, su papel y cometidos”. Ed. Narcea. Madrid 1995.
- Revista Trabajo social Hoy.- Monográfico El Trabajo Social en Salud Mental. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo social Madrid primer semestre 2000.
- Revista Trabajo Social Hoy. Nº28. “Coordinadora de Trabajadores Sociales de Alcalá de Henares y Meco”. 2000.
- Revista de Treball Social Edita Colegio de Trabajo Social de Barcelona Monográfico de salud mental marzo 1997.
- ItuarteTellaache. A. “Procedimiento y proceso en trabajo Social Clínico”. Ed. Siglo XXI. Madrid 1992.
- J. Leal. “Salud Mental y transversalidad: la articulación de recursos”, en Boletín de la AMSM. Primavera de 2001.

APERTURA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DEL HOSPITAL LA PAZ

El Hospital La Paz va a contar por fin con una unidad de hospitalización psiquiátrica de 24 camas (dos de ellas para la población infanto-juvenil) que atenderá a los pacientes del área 5. Esta buena noticia se ve sin embargo ensombrecida por varias cuestiones. En primer lugar el cómo se ha llevado a cabo el proceso de organización y planificación de la Unidad ha generado cierto malestar entre los profesionales del área al imponer la autoridad sanitaria y la gerencia del Hospital sus criterios organizativos y asistenciales sin contar con la opinión de las personas que trabajan en los centros a los que va a dar cobertura el hospital. En segundo lugar, al ser todavía insuficientes el número de camas para satisfacer las necesidades asistenciales, el Área 5 va a contar todavía con 28 camas de agudos y 12 de psicogeriatría en el Hospital Psiquiátrico de Madrid sin que se adivinen criterios claros de cómo se van a distribuir los pacientes en uno u otro hospital. Como Asociación nos preocupa que esto termine creando una “unidad de primera clase” en el Hospital de La Paz y otra “unidad escoba” en el Hospital Psiquiátrico que recoja la patología más problemática.

UN “NUEVO MANICOMIO” PARA LA ZONA SUR

La red de servicios de salud mental de Área que constituyen el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, producto de un largo proceso de desinstitucionalización y creación de recursos comunitarios (que incluyen tanto la atención ambulatoria, como la hospitalización y programas de rehabilitación) puede ser desmembrada en el proceso de integración al IMSALUD. Esta red se había planificado con la idea de integrarse como unidad de gestión clínica, Instituto, Departamento o Servicio en la Gerencia de Atención Especializada del Área (Hospital General Severo Ochoa-Hospital de Fuenlabrada) completando su desaparición como centro monográfico. En la actualidad, cuando las transferencias sanitarias parecían ser el marco esperado para la culminación de este proyecto, surge la incertidumbre con el Plan de Salud Mental que

deja abierta la posibilidad de desmembrar el centro integrando solo los centros de salud mental y la Unidad de Hospitalización Breve en la Gerencia del Hospital Severo Ochoa. No sabemos si para poder mantener los puestos del Gerente y Director Asistencial –superpuestos a la plantilla de los servicios en el último año– como rebote de despidos y reestructuraciones, o como consecuencia de un plan que mantiene los hospitales psiquiátricos como depósito de la cronicidad y arroja a servicios sociales todo lo que tiene que ver con la rehabilitación. Nos consta que la Comisión de Asistencia del Instituto ha comunicado reiteradamente a los responsables de la sanidad y la salud mental de Madrid las graves repercusiones que puede tener este desmembramiento y el deterioro que ya está sufriendo el centro por las presiones del nuevo gerente y director asistencial, la falta de contrataciones, el deterioro asistencial de la unidad residencial –sin responsables desde hace un año–; de las instalaciones; de las obras pendientes y el cerco continuo a la organización en red del área, obviamente incompatible con el futuro de los nuevos “mandos”.

Es difícil saber si todo esto responde a una política planificada para suprimir una experiencia que ya no responde a las privatizadoras ideas dominantes, a las consecuencias de tener que colocar gentes del PP sin importar si son necesarios o no, ni mucho menos su competencia, o a todo un poco. Con todo, esperamos esperamos que las protestas de nuestros compañeros del Área 9 tengan suerte y puedan proseguir su labor que tantas veces nos ha servido de ejemplo.

BREVE CRÓNICA DE UNA EXCLUSIVA

En Enero de 1999 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, sin avisar y sin informar, comenzó a dejar de abonar el complemento salarial de exclusividad a los nuevos contratos de facultativos. Tras diversas reclamaciones, la explicación oficiosa que se dio es que la exclusiva sólo se pagaría a quien la viniera percibiendo y no optara por la Carrera Profesional que, con su aparición, modificaba el sistema retributivo de los facultativos. Los interinos no podemos desde entonces optar a la Carrera Profesional, pero eso es culpa nuestra por ser interinos.

Después de mucho insistir, a finales de ese año nos recibió a unos cuantos afectados el Gerente del entonces Servicio Regional de Salud, D. Jorge Tapia. Nos comentó que él no tenía la culpa de lo que estaba pasando aunque por otra parte, el ahorrarse ese dinero le había venido muy bien como “instrumento de gestión” pero que no nos preocupásemos, que desde Enero de 2000 volveríamos a cobrarla porque entendía nuestra situación y había que arreglarla. A las pocas semanas dimitió o lo cesaron, ya no está en la memoria pero su promesa se despidió con él.

Entonces aparecieron las primeras Reclamaciones Judiciales. Algunas se ganaron, otras se perdieron y todas se recurrieron por una u otra parte. La primera que llegó al Tribunal Superior de Justicia y que sentó precedente acabó con nuestras esperanzas en la lenta vía judicial: la Comunidad de Madrid no tiene la obligación legal de abonar la exclusiva, su concesión es “graciable”, no lo olvidemos.

A finales de 2001 los afectados en Salud Mental, en número ya múltiplo de diez logramos agruparnos y pensar cómo poder reclamar lo que es nuestro. Después de algunas medidas de presión menores y unos encuentros poco fructíferos con la Directora General del SER+MAS, Dña. Carmen Navarro, decidimos convocar con la colaboración de U.G.T. una huelga programada para finales

de Noviembre de 2002 con un lema que puede parecer obvio: a igual trabajo, igual salario. A partir de ese momento, sin que se sepa exactamente por qué, Dña. Carmen Navarro se apiada de nosotros. Será que se acercan las Navidades... o las elecciones. Sin embargo, el lema, en efecto, no era tan obvio y a los afectados de ahora sí que nos van a pagar la exclusiva, pero a partir del año que viene todos los nuevos contratos que no sean laborales fijos o con cargo a una O.P.E. se tendrán que conformar con el complemento de atención continuada (550.000 pesetas anuales en vez de 1.400.000). ¿Por qué esta nueva discriminación sin sentido?

Es motivo de alegría el avance que hemos conseguido, ya no van a hurtarnos más, al menos por ahora (a algunos esta “graciabilidad” de la exclusiva nos ha costado 5.200.000 pesetas más gastos en abogados), pero no podemos evitar quedarnos con un sabor amargo. No conceden la exclusiva porque nos devuelvan la razón y piensen que igual trabajo se paga con igual salario, si fuera así no harían esta nueva discriminación. Tampoco lo hacen porque piensen que el concepto de exclusividad pueda ser importante para la sanidad pública, esta posibilidad ya la desecharon con el proyecto de carrera profesional. Simplemente hemos tenido la coincidencia de que se acercaban las Navidades o las elecciones.

COLABORACIONES

Atención Primaria y Salud Mental, la coordinación como necesidad

COORDINACION ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD MENTAL EN PEDIATRÍA^(*)

La coordinación entre Atención Primaria (A.P.) y Salud Mental (S.M.) estaría justificada por la alta incidencia y prevalencia de trastornos mentales de la población en general, que es de cerca del 30% en adultos y en el caso de los niños de 15-20%.

Mediante la relación entre Salud Mental y el Equipo de Atención Primaria (E.A.P.) se intentará dar asistencia al componente psicológico de la salud; ampliando a los temas psicológicos y psicosociales, los objetivos de una atención integral, continuada, permanente, activa, accesible, basada en equipos interdisciplinarios y biopsicosociales, comunitaria, participativa, programada-evaluable; y con docencia e investigación en su propio nivel.

La coordinación está contemplada y tiene marco legal en la Ley General de Sanidad de 1986.

Esta ponencia tiene como objetivo tratar de transmitir experiencias personales vividas a lo largo de 14 años de experiencia profesional en Pediatría, de los cuales los 10 últimos han sido en A.P.

Pasemos a definir lo que significa "coordinación", según el Diccionario de la Real Academia Española: Disponer ordenadamente los elementos que intervienen en una acción común. Esta definición aplicada a la coordinación entre A.P. y S.M. se descompone en: Acción común: Salud Mental infanto-juvenil. Promoción, prevención y tratamiento.

Elementos: S.M., pediatra de A.P., D.U.E. de Pediatría, trabajadores sociales, Gabinete psicopedagógico de Educación, Centros escolares (Psicólogos y Maestros).

Ordenación: Sistematizar un método o metodología de trabajo en el que todos nos entendamos, aprendiendo a priorizar situaciones.

Tengo la suerte de pertenecer y poder colaborar en distintos grupos de trabajo e instituciones, como el Grupo P.A.D.I. (Prevención y Atención al Desarrollo Infantil), Defensor del menor en la Comunidad de Madrid, Interconsulta con S.M. en mi E.A.P., etc. Esto me ha permitido reflexionar sobre cual es la "filosofía principal" para llegar a una buena coordinación, siendo lo más importante el sentido común y ponerlo a funcionar. Otras características son:

1. Predisposición personal. Motivación:

- Difícil por aumento de carga de trabajo: Organización del tiempo.
- Temores infundados a comunicarnos con los demás: Inseguridad.
- Formación. Buena información del caso. No tener miedo a equivocarnos.

- Intentar que haya buen ambiente de trabajo.

- Modestia: todos somos iguales. Cada uno entiende más de su campo de trabajo.

2. Tolerancia:

- Saber escuchar, debatir, intentar llegar a un consenso.
- No dogmatizar.

- Admitir las opiniones de los demás, aunque nos parezcan equivocadas.

3. Accesibilidad:

- Estar dispuesto siempre a escuchar a los compañeros.
- Organizarse los horarios para atenderlos (teléfono).

Una vez hecha esta reflexión sobre actitudes de los profesionales, habría que cumplir un programa de colaboración entre el E.A.P. y S.M. que podría resumirse en:

- Interconsulta periódica E.A.P.- S.M.
- Formación básica en S.M. para los E.A.P.

(*) Esta Ponencia fue desarrollada en las XI Jornadas de la AMSM que se celebraron en el Hospital Ramón y Cajal bajo el lema "La Coordinación: ¿un término a reinventar?", expuesta de forma independiente pero coordinada, por Pilar Rico García y Daniel García Villar. Esta ponencia no llegó a ser publicada en anteriores números del boletín por motivos ajenos a los autores. Dado su valor, hemos considerado fundamental rescatarla para este número.

- Participación en la elaboración del plan de salud del sector de referencia (E.A.P. y S.M.)
- Colaboración en la elaboración de los programas de salud preventivos que se desarrollen en atención primaria de salud.
- Concretar un sistema de soporte documental para el intercambio de información clínica en las derivaciones o informes.

Como citaba la introducción de las Jornadas, la coordinación es muy compleja y difícil, pero cuando se consigue resulta muy eficaz para llevar a cabo esa acción común que es la Salud Mental de nuestros niños y adolescentes.

Daniel García Villar
Pediatra

REFLEXIONES TRAS 14 AÑOS DE COORDINACIÓN CONTINUADA^()**

Presento en estas jornadas un trabajo que es fruto de una experiencia de coordinación llevada a cabo durante doce años con 3 equipos de atención primaria de Getafe (Sector III, Greco I y Greco II), y lo más importante a mi entender para el día de hoy: una reflexión sobre este trabajo. Hemos compartido esta experiencia distintos profesionales de Salud Mental y de Atención Primaria (médicos de Atención Primaria, psicólogos, psiquiatras, DUE, asistentes sociales de ambos equipos) con diferentes edades, experiencia y motivación. Todos nos hemos “atrevido”, con el apoyo institucional (Jefe de Servicio de Salud Mental, Dirección del Área 10 de INSALUD) a poner en marcha y desarrollar la coordinación pensando que ésta es importante, da sentido

en buena parte a nuestro trabajo y beneficia al paciente, que en última instancia, es el destinatario de nuestros esfuerzos.

Recogiendo las opiniones expresadas por los profesionales de Atención Primaria y Salud Mental en numerosas ocasiones (de forma espontánea, en las revisiones de las actividades de interconsulta, en pequeñas encuestas realizadas al respecto...) se suelen oír las siguientes expresiones, relacionadas con la experiencia que se genera en las coordinaciones:

“DESMOTIVACIÓN”. “no hay experiencia previa y hay que hacerlo todo sobre la marcha”, “hay muy buena voluntad y uno se quema”.

“SOBRECARGA LABORAL, TRABAJO AÑADIDO AL TRABAJO HABITUAL”.

“NO RESPONDEMOS A DEMANDAS CONCRETAS QUE SE NOS PIDEN”.

“A VECES PONTIFICAMOS SOBRE ASPECTOS DE LOS QUE NO HEMOS SIDO PREGUNTADOS”.

“IR PARA NADA”, FALTAN MUCHOS MÉDICOS

“A PESAR DE TODO LO QUE NOS COORDINAMOS, SIGUEN ENVIANDO CADA VEZ MÁS CASOS”.

Creo que esta visión/percepción negativa nace de un modelo de coordinación en el que se acentúa una “estrategia radial” frente a una “estrategia nodular” (ver fig. I) Estamos acostumbrados a lo “unidireccional”: uno habla, muestra, expone, enseña y otros escuchan (habitualmente el Centro de Salud Mental suele poner la palabra o el contenido y el Equipo de Atención Primaria

suele ser el receptor). Es la estrategia a la que todos estamos acostumbrados desde que aprendemos en la escuela. Frente a ésta, existe la estrategia nodular, donde la fuerza la tiene el núcleo o nódulo, el flujo de la información no es unidireccional, es bidireccional y todos somos aprendices de todos y todos venimos a fortalecer el núcleo reticular. La “fortaleza” vendría dada por todos los miembros que participan (sean dos o catorce, sean “nuevos” o “antiguos”) y todo lo que éstos puedan aportar (información respecto al paciente y familia, nivel de conocimientos teóricos, cada uno desde su lugar, muchas experiencias personales en relaciones basadas en la ayuda a terceros...). Tanto los profesionales como sus aportaciones fortalecen el “núcleo” y “la red”. Esta experiencia de comunicación, aportación y aprendizaje es bastante “novedosa”, pero a la vez muy gratificante para los profesionales: quizá suponga mayor esfuerzo creativo, más capacidad de escucha, pero crea cultura de equipo y vínculos más fuertes basados en la tarea común.

Estamos acostumbrados a una coordinación (me refiero especialmente a la interconsulta y no tanto a los seminarios teóricos o al acceso directo telefónico entre profesionales) basada en una progresión temporal; así, desde el principio y progresivamente íbamos trabajando:

1. Criterios de derivación: qué pacientes derivar, con qué urgencia o prioridad... urgencias, consultas normales, preferentes...

2. Información en forma de seminarios (por ejemplo, relación médico-paciente, patologías más frecuentes, recursos a usar desde

(**) Subtítulo Original: Reflexiones tras 12 años de coordinación continuada (momento en el que fue desarrollada en las Jornadas referidas). En el texto de Daniel García se han mantenido las fechas tal como fueron expresadas entonces.

ESTRATEGIA RADIAL	ESTRATEGIA NODULAR
SINCRONIZACIÓN EN FASES Y MOMENTOS	DESINCRONIZADO: DIFERENTES TIEMPOS
LA VISIÓN "GLOBAL" SÓLO LA TIENE EL CENTRO	OBSERVATORIO PERMANENTE DE LO "GLOBAL"
PUESTA EN COMÚN DE LO INDIVIDUAL	REFLEXIÓN SOBRE "LO COMÚN"
SE NECESITA "QUORUM"	NO SE NECESITA "QUORUM"
SENTIDO DE EFICACIA: "RESULTADOS"	TIENE SENTIDO EN SÍ MISMA
GENERADORA DE REUNIONES	GENERADORA DE PROCESOS INTERNOS

FIGURA 1

Atención Primaria...).

3. Criterios para altas a Atención Primaria, informes de derivación al médico de Atención Primaria, etc... Cuando cambian los equipos (médicos de Atención Primaria suele ser lo más frecuente), tenemos la sensación de que “hay que empezar de nuevo, todo lo que llevamos trabajado no sirve, hay que volver a explicarlo todo otra vez”. La vivencia es de “empezar de cero”. He aquí un modelo “sincronizado en fases”. Ello causa desmotivación y más cuando “no nos sobra el tiempo” o es un “trabajo añadido al trabajo habitual”. Este sentimiento es típico del “modelo radial”, no de la estructura nodular. La estructura nodular se refuerza con lo que somos y tenemos con los nuevos profesionales, con sus conocimientos y sus experiencias o incluso con sus “rechazos” que a veces se observan. En este sentido no importaría volver a repetir modelos, criterios de derivación... que podrían volver a ser evaluados o reflexionados. Frente al sentido de rentabilidad (“mandarán menos

casos”) primaria el sentido de la “cultura de equipo”: más profesionales se benefician del encuentro entre diferentes áreas de conocimiento y del trabajo, en este sentido no se precisaría “quórum” para que la coordinación tenga sentido.

La repetición de “los principios” que guiarían la interconsulta enumerados antes puede ser útil para todos, tanto para los más veteranos como para los noveles, tanto para los profesionales de Atención Primaria como para los de Salud Mental, ello no ensombrece otros aspectos importantes. Así, no iríamos a ver qué pasa, sino a “que pase algo”: ese algo lo decide el “equipo” en función de su momento y necesidad, y partiendo de que el paciente, en la mayoría de los casos es y debe ser “COMPARTIDO”, puede tener que ver con ciertos abordajes, cronicidad, diagnóstico precoz, intervenciones en Atención Primaria, dudas, exposiciones por parte de cualquier miembro... múltiples situaciones o múltiples casos que se necesitan abordar y que ninguno es igual que

otro, pero todos pueden ayudar o servir para otros casos llevados entre ambos. Ese “algo” también puede tener que ver con momentos difíciles del equipo, con cambios, y también es buen momento para la autocrítica o la evaluación de la trayectoria de la coordinación, pues lo más fácil es potenciar el primer modelo (modelo de la izquierda) ya que estamos acostumbrados a ejercerlo; lo más difícil es el potenciar el modelo de la derecha (no son contrapuestos) y periódicamente hay que pararse a pensar en ello.

Por otro lado, este lugar de coordinación es un observatorio privilegiado y permanente de “lo global”. Me atrevo a dar algún ejemplo sobre “lo global” que pueda hacer a nuestro trabajo en la coordinación y sobre todo en la pluralidad de situaciones más allá de lo puramente clínico y que incide directamente en ello:

- Realce de la población marginal/inmigrante.
- Malos tratos y abusos en la familia bajas laborales.
- Desbordamiento de situaciones

fronterizas (marco escolar, trastornos del comportamiento, dificultad para poner límites, desbordamiento en el rol de los padres...).

- La edad en el inicio del consumo de alcohol y otras drogas.
- Adelanto en la edad de jubilación

Por último, frente a una coordinación que prima los “resultados” o

que basa su sentido en la eficacia: “el tiempo invertido se rentabiliza en menos demanda” (modelo izquierdo del esquema I), proponemos un modelo de coordinación que tiene sentido en sí misma, como se desprende de lo anteriormente expuesto, y que en vez de ser generadora de reuniones sea generadora de

“procesos internos” basados en la mayor sensibilidad, mayor escucha, mayor empatía, mayor capacidad de atender al paciente en sus aspectos bio-psico-sociales, lo que repercute en trabajar más y mejor.

Pilar Rico García
Psiquiatra

HEMOS LEIDO

Del Manicomio al área de salud

Manuel Desviat

Gráficos e imágenes de un proceso de reforma

Manuel Desviat,

Carlos González y Roberto Celis
Madrid: EMISA, 2002

En un momento en el que la situación política y social presagia un futuro más que incierto para la salud mental comunitaria y la sombra del hospitalocentrismo vuelve a cernirse sobre Madrid, se agradece un trabajo como éste.

La presentación, muy original y cuidada, consta de un texto impreso, “*Del manicomio al área: apuntes históricos*”, firmado por Manuel Desviat y de un CD, “*Gráficos e imágenes de un proceso de Reforma*”, llevado a cabo por el mismo autor junto con Carlos González y Roberto Celis.

El libro desarrolla un recorrido que se inicia en la historia del manicomio de Leganés con la inauguración de la Casa de Salud Santa Isabel a mediados del siglo XIX, para terminar en el desarrollo del Plan de

reforma del Psiquiátrico de Leganés, (1986-1991) y su resultado, la red de servicios de salud mental del cinturón metropolitano Sur de Madrid. Vivo y ágil, el texto dirige este viaje con precisión. Las citas, muestras de antiguos documentos y la reproducción de un precioso conjunto de grabados evocan lo que fue la vida y el funcionamiento del antiguo asilo.

El CD, además, aporta, a lo largo de varios apartados, la síntesis en datos objetivos de lo que significa esta red comunitaria en relación a la población que atiende, de los programas y dispositivos de que dispone, de su evolución y del servicio que ha ofrecido a lo largo de 14 años, desde 1986 hasta 2000, incluyendo la docencia, la investigación y el apoyo a procesos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización en otros países. Los gráficos y fotografías –y un formato estéticamente impecable, imaginativo y práctico a la hora de manejar– reproducen en imágenes la esencia de todo el proceso.

Un regalo para los que conocemos el significado de la historia del

Instituto José Germain de Leganés– especialmente para los que han formado parte de ella, muchos de los cuales se encuentran reflejados en las referencias bibliográficas– y una sorpresa para los que inexcusablemente no.

Eva Grau Catalá

El núcleo del trastorno límite de personalidad:

una hipótesis integradora.

De la teoría del apego a la psicoterapia

G. Liotti.

Revista de Psicoterapia, 2001;
45: 137-158 y 48: 63-87

Se han publicado en la Revista de Psicoterapia dos interesantes artículos de Giovanni Liotti.

En la primera, “El núcleo del trastorno límite de personalidad: una hipótesis integradora” propone la existencia de un proceso mental e interpersonal unitario, que se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego, del que emergen tanto

una representación múltiple y disociada del sí mismo como una dificultad para reconocer y regular los estados mentales, incluidas las emociones. Considera el “apego desorganizado” como trastorno nuclear de la patología límite, subrayando que esto no significa ni que sea el único factor de riesgo ni suficiente por sí mismo para que se produzca el trastorno. En el segundo artículo, “De la teoría del apego a la psicoterapia”, enumera los aspectos fundamentales de tal teoría, a la que considera dentro de los modelos interpersonales, reflexionando sobre sus posibles aplicaciones psicoterapéuticas.

Revisa también los tipos de apego, centrándose de nuevo en cómo algunos serían factor de riesgo para trastornos de personalidad, y explica cuidadosamente tal relación.

Josefina Mas Hesse

Sesgos y dificultades en la investigación de los nuevos antipsicóticos.

De la Mata I, Ortiz A.

Rev Asoc Esp Neuropsiq 2001; 79:57-74.

La cantidad ingente de artículos sobre el tema, la presión “cultural” del ambiente –incluyendo la intervención diaria y directa de los agentes comerciales– y la escasez de foros “a salvo” de intereses donde elaborar este tipo de inquietudes, están haciendo crecer desde hace unos años entre muchos de nosotros una desagradable sensación de incertidumbre y desconfianza a la hora de juzgar los fundamentos teóricos en los que se basan nuestras decisiones como prescriptores de psicofármacos. Sobre todo desde la introducción de los nuevos y caros neurolépticos atípicos (NAP).

Iván de la Mata y Alberto Ortiz han escrito un artículo, –basado en la cuidadosa elaboración de una

extensa revisión–, en el que las dudas intuitivas que a cualquier clínico que se precie se le pudieran plantear al respecto quedan ordenadamente materializadas y fundamentadas.

Repasan uno por uno los fenómenos que contribuyen a la distorsión del conocimiento que tanto los trabajos de investigación –en su mayoría ensayos clínicos controlados– como la literatura científica derivada de los mismos pueden generar. Los ejemplos se centran sobre todo en los (NAP)

Los defectos en el diseño de los estudios, en el análisis y la interpretación de sus resultados, el sesgo en la publicación de los mismos y los conflictos éticos que todo ello plantea son los puntos esenciales que desarrollan desde una posición que, siendo crítica y cuestionadora, no pierde rigor ni minuciosidad.

La cita del encabezamiento no tiene desperdicio.

Eva Grau Catalá

ANUNCIOS Y CONVOCATORIAS

CURSO SOBRE PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA

ORGANIZADOR

Escuela Madrileña de Salud Mental (Asociación Madrileña de Salud Mental-AEN).

Escuela de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría).

PRESENTA

Alberto Fernández Liria.

PONENTES

Dr. Lluís Botella, Antonio Crego, Alejandro Bello, María Rodríguez, Dr. Robert Neimeyer, Dr. Guillem Feixas.

PROFESIONALES A LOS CUALES SE DIRIGE EL CURSO

Psiquiatras, psicólogos y profesionales de la salud mental interesados.

FECHA

26 a 28 de Febrero de 2003.

LUGAR

Universidad Autónoma de Madrid.
Facultad de Medicina.

DURACIÓN: 24 h.

HORARIO: De 10 a 14 y de 16 a 20 horas.

NÚMERO DE PLAZAS: 50

Precio de la matrícula:

Socios de la AEN-AMSM, MIR, PIR, EIR: 140 €

No socios: 180 €

Estudiantes: 100 €

TALLER DE FORMACIÓN DE FORMADORES EN HABILIDADES PSICOTERAPÉUTICAS

ORGANIZADOR

Escuela Madrileña de Salud Mental (Asociación Madrileña de Salud Mental-AEN)

Escuela de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría).

PROFESORES

Alberto Fernández Liria.

Beatriz Rodríguez Vega.

PROFESIONALES A LOS CUALES SE DIRIGE EL CURSO

Psiquiatras y Psicólogos Clínicos con especial interés en la formación de residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica.

FECHA

29-31 de Enero de 2003.

LUGAR

Universidad Autónoma de Madrid.
Facultad de Medicina.

DURACIÓN: 25 h.

HORARIO: 29 y 30 de Enero: de 9 a 14 y de 16 a 21h.
31 de Enero: de 9 a 14 h

NÚMERO DE PLAZAS: 25

Precio de la matrícula:

Socios de la AEN-AMSM: 130 €

No socios: 180 €

La matrícula incluye los Manuales de Entrenamiento en Habilidades Psicoterapéuticas.

BECA MIGUEL ÁNGEL MARTÍN VI BECA DE INVESTIGACIÓN ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

BASES

1. Temas

- Los proyectos de investigación serán de libre elección en contenidos y metodología científica, pero siempre referidos al campo Asistencial-Público de Salud Mental en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.

2. Aspirantes

- Podrá optar cualquier profesional de la salud mental que trabaje en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.
- Los proyectos tendrán un Coordinador de referencia.
- Al menos 1/3 de los firmantes de cada proyecto serán Especialistas en Formación (M.I.R. / P.I.R.)

3. Jurado

- Composición: el Jurado, que será designado por la Junta de Gobierno de la A.M.S.M., estará compuesto por tres profesionales de la salud mental con relevancia contrastada y que no ejerzan su actividad en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.
- Un miembro de la Junta de Gobierno de la A.M.S.M., designado por ésta, asumirá como Coordinador Técnico los aspectos organizativos y de apoyo administrativo al Jurado; ejerciendo así mismo como Secretario sin derecho a voto.

4. Beca

- Número y cuantía: se convoca una beca de 3.000 euros, destinada a financiar / premiar el desarrollo de un proyecto de investigación.
- Forma y condiciones de cobro: el pago se fraccionará, ligado al desarrollo real del proyecto becado, ejerciéndose por el Jurado el seguimiento de dicho desarrollo. Caso de que no se realice, parcial o totalmente, la investigación becada, no se efectuará el pago

correspondiente. Se establecen en tal sentido tres fracciones de percepción de la beca en los siguientes momentos y cuantías:

- 1ª) Al fallo del Jurado: 600 euros.
- 2ª) En un momento intermedio, fijado por el Jurado según los contenidos del proyecto: 1.200 euros.
- 3ª) Al finalizar el desarrollo y entrega del Proyecto de Investigación: 1.200 euros.

5. Plazos

- 1º) Admisión de los Proyectos Investigación: hasta el 22 de Abril de 2003.
- 2º) Fallo del Jurado: en acto público a desarrollar durante las XIII Jornadas Anuales de la A.M.S.M. (22 y 23 de Mayo de 2003).
- 3º) Finalización y entrega de los trabajos de investigación: Junio de 2004; presentándose en el VII Congreso de la A.M.S.M.

6. Otros requisitos y condiciones

- Los proyectos se enviarán por cuadruplicado y soporte informático a la sede de la A.M.S.M.: C/ Villanueva 11, bajo el siguiente epígrafe que se hará constar en el sobre: "Beca de Investigación A.M.S.M.".
- A la finalización del trabajo, los autores se comprometen a entregarlo por escrito y en soporte informático, para su posible publicación.
- Los trabajos de investigación quedarán como material científico de la A.M.S.M.
- En el uso que la A.M.S.M. pudiese hacer de ellos siempre se referenciará a los autores y su condición de becados. A su vez, los autores también referenciarán dicha condición en el uso particular que hagan de los trabajos.
- Si fuere de interés para los autores, se propiciará la publicación de los trabajos en la "Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría".

I CONGRESO DE LA CAEN

“NUEVAS PERSPECTIVAS: HACIA LA NADA”

1. Mesa sobre Psiquiatría Administrativa

- **Nuevos retos:** Tetris 5.0 ¿Podremos pasar pantalla?
- **Hacia un nuevo diseño ergonómico de la poltrona.**
- **Nuevas perspectivas desde el ventanal de mi despacho.**
- **El desayuno de 2 horas:** desde el derecho natural, la prevención del queme, las dificultades digestivas.
- **Nuevas tácticas dilatorias en el papeleo.** La introducción de programas de control y desarrollo de la pérdida de tiempo: Las fichas de las fichas de asistencia, el auto-pic, programa de excelencia en la pérdida de historias clínicas.
- **Discusión sobre la aplicabilidad en las listas de espera de los planes Bush contra los incendios o contra las propias listas de espera en Irak.** Posibilidades aquí y ahora.

2. Mesa de Nuevas Terapias y nuevos avances

- **Terapia Integradora:** el suero amarillo y el azul dan el suero verde. (Dr. Ku-Yau).
- **Nuevos avances en los Programas de Seguimiento:** el seguimiento del seguimiento: Descripción del programa diseñado en un CSM para tutorizar a los tutores y enfermeros del Programa.
- **La inclusión de nuevas técnicas televisivas en nuestro trabajo.** Canal de TV de 24 horas con profesionales y pacientes. La Nominación y Expulsión por el público de pacientes y terapeutas como modo de dinamizar el modelo. La publicidad en las batas. El público y la audiencia deben juzgar nuestro trabajo y la carrera profesional. Un Operación Triunfo para residentes destacados.

3. Symposium: Aprender del paciente

- **El lloriqueo neurótico prolongado como motivo de ILP.** Teoría y técnica.
- **Las medidas de presión.** Coladeros en la lista de espera. El ingreso por cojones. Estrategia y tácticas.
- **La demanda continuada y arbitraria de parabienes como reforzador narcisista.**

- **La gratificación inmediata del insulto al terapeuta.** Ejemplos prácticos.
- **Estudio y análisis del “pelming” de algunos pacientes como modo de vencer por aburrimiento y aislamiento neuronal del terapeuta.** El pelmazo, a propósito de un caso.
- **Análisis comparado de la organización en la plantilla y agenda de pacientes y en la de profesionales:** Los pacientes: muchos, bien preparados y perpetrados, con sustitutos inmediatos en las bajas y gran profesionalidad. Profesionales: pocos, sin banquillo, inseguros y ambivalentes.

4. Mesa sobre la Reforma Psiquiátrica

- **Pasado, presente, futuro, aquí, acá, acuyá, esto y lo otro de la Reforma.**
- **¿Es un “pelming” hablar hoy de la Reforma?**
- **¿De dónde venimos ?¿Adónde vamos ?¿Estamos solos en la galaxia?**
- **La reforma en sus inicios.** Grandes Batallas Navales de la Historia (con álbum desplegable).
- **La Rerereforma como revolución continua o mero tartamudeo.**
- **Nuevas herramientas para el cumplimiento de estrategias de un nuevo paradigma para algo.**
- **Grandes figuras de la Contrareforma:** Martín Lutero.
- **Los Servicios Centrales como pilar fundamental de la Psiquiatría Comunitaria:** Programa interno de prestidigitación y magia “Programa Borrás”: cómo parecer lo que no es; el arte de hacer creer a los profesionales que son ellos los importantes; cómo disimular la carcajada; manejo del birlibirloque y la varita mágica; las mañanas mágicas en Conde de Peñalver con los más de 200 expertos como público; taller práctico sobre la utilización del nada por aquí, nada por acá, todo sigue igual.

COMITÉ ACIENTÍFICO PRESIDIDO POR:

- D. Francisco González Aguado.
D. José Antonio Soto López.

EN OTRO CONTEXTO

Literatura y creación. El enigma de la alteridad

Agradezco profundamente esta invitación, que me ha permitido sentirme entre colegas, y agregaré: entre amigos. No es, para mí, una circunstancia banal ésta de sentirme entre colegas y amigos. Me explicaré. La profesión de escritor, que es la que actualmente desempeño, es una actividad bastante aislada cuyo ejercicio no favorece, precisamente, el contacto con otras personas. A eso hay que añadir la circunstancia de que los congresos y reuniones de escritores son muy escasos en comparación a los de otros profesionales. En el mundo científico, como sabéis muy bien, no resulta tan extraño intercambiar impresiones en congresos, comer e incluso viajar con otros colegas. Lo de intercambiar impresiones es hasta cierto punto posible entre escritores, pero, como digo, no tan frecuente. Lo de comer con otros escritores ya resulta casi milagroso. Y me pregunto cómo y adónde podríamos viajar un grupo de escritores juntos y, sobre todo, quién pagaría tal viaje. Por otra parte, en los pocos congresos a los que asistimos los escritores, las charlas o conferencias de colega a colega son rarísimas. Los escritores casi nunca admitimos que otro escritor nos diga algo, salvo circunstancias muy excepcionales, como cuando a uno de nosotros le dan un asiento en la Real Academia, el premio Cervantes o el Príncipe de Asturias. Y aun en los raros casos en que un escritor habla a otros escritores, no es frecuente que estos últimos lo escuchen. Por lo general, el público al que nos dirigimos los escritores y que –según qué casos– nos escucha o no, está formado por lectores. Dicho lo cual, seais o no lectores acérrimos, reitero mi agradecimiento por esta invitación que me ha permitido encontrarme o reencontrarme con colegas de antaño, con amigos de antes, de ahora y de siempre. Es cierto que, pese a todas las diferencias ya enumeradas y otras aún más obvias que puedan señalarse, psiquiatras y escritores, psiquiatría y literatura, tienen bastantes espacios comunes. Imaginemos dos países –Psiquiatría y Literatura– y un terreno compartido. Pues bien, en épocas pre-psicoanalíticas, las fronteras de este territorio compartido se extendían más hacia el país, digamos, médico, científico, psiquiátrico: los escritores

se sentían muy atraídos por la locura, la enajenación mental, las posibilidades más ominosas o grotescas de la mente humana, y esto desde Eurípides hasta Edgar Allan Poe. Pero a partir de Freud, el territorio común comienza a extenderse también hacia el mundo literario, y psiquiatras y psicólogos, de repente, se interesan por los procesos de creación, indagan en la génesis de las obras e incluso tratan de interpretarlas desde el punto de vista psicopatológico. Sin embargo, en ese imaginario terreno compartido existe una zona que ha permanecido más o menos inalterable ante los avatares “geográficos”: una zona densa, aún no cartografiada, que ha interesado y sigue interesando por igual a escritores y psiquiatras, y es la de la personalidad.

La zona de la personalidad es casi una república independiente, de fronteras borrosas, con una característica terrible: procedemos de ella, pero no la conocemos. Somos personas, pero es como si viviéramos exiliados de la personalidad. Transportamos este país tenebroso de un lado a otro, allá donde vamos, pero no podemos penetrar en él. Lo observamos desde fuera, o mejor dicho, nos observamos desde fuera viviendo en él, y su oscuridad nos asombra. De las tres preguntas mágicas –qué somos, de dónde venimos, adónde vamos–, la primera es la más difícil de responder. Religiones, filosofías y teorías científicas nos han ofrecido innumerables respuestas para las otras dos, pero frente al “qué somos”, frente a ese agujero negro del conocimiento, toda explicación, toda respuesta, parecen sucumbir. Quizá, para responderla, necesitemos un espejo mágico. Ya sabemos que la bruja del cuento tuvo uno, pero también sabemos lo que le preguntó. Es posible que en la pregunta de: “¿Quién hay más hermosa que yo?” esté incluida la pregunta: “¿Quién soy yo?” Pero la bruja perdió la oportunidad de hacer esta última pregunta directamente y observar ahí, en el azogue, observándola a ella, la tremenda respuesta.

El único espejo mágico que conozco es la literatura. Cuando lo uso, siempre le pregunto quién soy aunque no lo haga directamente, como la bruja del cuento. Y su respuesta, en apariencia distinta cada vez, siempre es la misma en el fondo: “Eres otros”, me dice. Me gustaría

invitaros a reflexionar acerca de esta fantástica respuesta del espejo mágico de la literatura: la misteriosa capacidad de inventar personas diferentes, de convertirnos, en suma, en otros seres. Esta capacidad de ser otro, esta alteridad, como la denominaré, no es sólo privativa del escritor, naturalmente. Y precisamente por tal motivo, precisamente porque, a nuestro modo y manera, todos nosotros, escritores y no escritores, podemos ser y somos “otros”, es por lo que creo que el tema trasciende las fronteras de mi profesión literaria y alcanza a esa zona borrosa pero definitiva, oscura como el interior de nuestro cerebro, ese reino de todos y de ninguno llamado “qué somos”.

Hablar de cómo los escritores podemos ser otros es hablar de los personajes.

Los personajes son cosas realmente extrañas. Y digo “cosas” porque son algo, pero no sabemos a ciencia cierta qué. Hamlet no es, desde luego, una persona, pero tampoco es un objeto: no es un conjunto de páginas, no es un libro, no es cierta cantidad de tinta impresa. Es decir, es todo eso también, y, en cierto modo, también es persona. Pero Hamlet parece encontrarse en un estado intermedio entre persona y objeto, una especie de tercer estado distinto de la vida y de la muerte, de lo real y lo irreal. Lo más parecido al estado en que se encuentra Hamlet es el pasado. Veamos un ejemplo. Hallamos, un día, en un viejo baúl, las cartas de un ser querido ya fallecido hace mucho tiempo, un abuelo, un bisabuelo, y las leemos. Esa criatura que se nos aparece de repente en la imaginación, que ama, que odia, que piensa por sí misma, cuyos rasgos vemos uno a uno dibujarse en el aire, ya no existe. Podría decirse, a fin de cuentas, que no es más que un conjunto de papeles viejos manchados de tinta. Pero en el momento en que leemos esos papeles, nuestro bisabuelo vuelve a ser. No a vivir, desde luego, pero sí a ser. Nadie podría afirmar, ninguno de nosotros lo afirmaría, que este señor, o señora, a quien probablemente no hemos conocido nunca, de quien (lo más probable) quedan menos vestigios sobre la tierra que los que quedan de Hamlet, es ficticio o ficticia. Pero tampoco nos sentiríamos del todo cómodos, a la luz de esas simples cartas, diciendo que nuestro bisabuelo es real, que está ahí, que de alguna forma pertenece al orden de las cosas sensibles como esta mesa o este vaso. Por supuesto, el ejemplo se detiene ante una especie de precipicio: la palabra “fue”. Sabemos que nuestro bisabuelo fue real y Hamlet no, y ahí podría estribar una importante diferencia entre la ficción y el pasado. Pero, ¿es tan importante? ¿Qué ocurriría si, de repente, llegáramos a saber que Hamlet existió, y que lo único que hizo su autor fue transcribir, con más o

menos fortuna, las palabras que realmente dijo en un momento dado? Desde luego, variarían en gran medida nuestra consideración sobre la obra y el mérito que le adjudicamos, pero, ¿se nos haría Hamlet, por ello, más real de lo que ya es? Al saber que vivió y dijo lo que leemos que dijo, ¿toma, acaso, más cuerpo su sombra, se nos aparece tan nítida como a él el espectro de su padre? Por otra parte, si descubrimos —¡oh sorpresa!— que las cartas de nuestro bisabuelo son ficticias, que no han sido escritas por él, o que son, en realidad, el proyecto abortado de una novela epistolar, ¿acaso nuestro verdadero bisabuelo, muerto hace tiempo y ya silencioso, olvidado por todos, se nos hará de repente más real que esa figura (falsa pero ya corpórea) que hemos ido construyendo con las cartas? La realidad del fue es muy frágil. Ello es debido a que la memoria necesita inventar. La memoria es escritora. Cuando recordamos a la persona fallecida, es como si la escribiéramos dentro de nosotros: recordamos, sobre todo, al personaje. Nuestro destino es transformarnos en personajes en la memoria de los demás, y como la memoria es peor, muchísimo peor escritora que Shakespeare, podría decirse que nuestro destino no va a vender ni siquiera cien ejemplares (que son el mínimo que podría esperar vender el autor de una obra autofinanciada). Como personajes, lo más que podemos esperar vender son cinco o seis ejemplares: es decir, podemos esperar ser editados en la memoria de nuestros hijos, en la de algún amigo que otro, etcétera, pero tras el paso de una sola generación, y a veces antes, ya no seremos reeditados nunca más. Quedarán, eso sí, nuestras cartas, como las del bisabuelo, encerradas en un baúl. Pero si son ficticias, ni eso. Por ello, en el conocido consejo de Unamuno sobre la inmortalidad —escribir un libro, plantar un árbol, etc.—, habría que matizar: escribir un libro, sí, pero de No Ficción, como se les llama hoy día.

Así pues, no puede afirmarse con total justicia que el personaje no es real, pero tampoco que lo es por completo. Pertenecer a un territorio indeterminado como el que antes decíamos que mediaba entre Psiquiatría y Literatura. Afirmar que pertenece a la fantasía es, en cierto sentido, incorrecto. A la fantasía pertenecen muchas cosas que no poseen, ni de lejos, el mismo grado de realidad. Por ejemplo: pensar que el sol va a salir mañana y pensar que mañana entraremos en contacto con una civilización extraterrestre son pensamientos que pertenecen, por igual, a la fantasía, ya que, hasta que no llegue el día de mañana, nada nos asegura con total certeza que vaya a ocurrir una cosa u otra. Sin embargo, nadie podría afirmar que ambos pensa-

mientos poseen el mismo nivel de realidad. En cierto modo, Hamlet es mucho más real que la idea de que mañana vamos a ver un platillo volante aterrizando en Gran Vía. Y fijaos que Hamlet, como ficción creada en el pasado, posee la desventaja de que ya no puede ser, mientras que el platillo, como ficción del futuro, posee la ventaja de que todavía puede ser.

Hemos llegado a la conclusión, pues, de que los personajes viven en un lugar misterioso que no es del todo real ni del todo irreal. Este lugar, aunque Platón lo creyó de otra manera, parece encontrarse dentro de nosotros, como nosotros mismos. Pero ¿de qué forma? ¿Cómo logramos ser al mismo tiempo uno sólo y varios? Os contaré una anécdota que me ocurrió hace poco y que trata de otro escritor que, según creo, ilustrará (aunque no iluminará) mejor el misterio.

En un viaje reciente que hice a Portugal una periodista me preguntó qué autor portugués prefería por encima de todos. Por lo general, cuando nos hacen esta pregunta, los escritores siempre mencionamos a alguien que está muerto, para evitar rencillas. Pero, en este caso, mi respuesta habría sido la misma aunque el autor hubiera estado vivo, porque lo tenía muy claro. “Pessoa”, dije, “sin lugar a dudas”. La periodista, que era portuguesa y conocía muy bien a Pessoa, comentó entonces, con una sonrisa de asentimiento: “A mí me gustan, sobre todo, Alberto Caeiro y Álvaro de Campos”. Y yo repliqué, sin pensar en mi respuesta: “Pues yo prefiero a Pessoa”, y me quedé tan ancho, con un aire terco en la cara. Por fortuna, me salvó del ridículo el hecho de que ella hablaba en portugués y yo en castellano, con lo cual, aunque al final terminábamos entendiendo lo que el otro decía, las palabras que emitíamos sufrían un necesario proceso de descompresión en la cabeza del otro, algo parecido al paso de fronteras, y durante ese lapso caí en la cuenta de que estábamos hablando, por supuesto, del mismo escritor, y pude rectificar a tiempo afirmando que Álvaro de Campos era el heterónimo de Pessoa que yo prefería. Pero no es tan extraño que los entusiastas de este escritor hablen así de él, separándolo, cortándolo en las finas, intangibles lonchas de las distintas pessoas (ya sabéis que en portugués *pessoa* significa “persona”) que adoptó a lo largo de su proceso creativo y que denominó “heterónimos”, de los cuales, como es sabido, fueron Álvaro de Campos, Alberto Caeiro y Ricardo Reis los más famosos: en verdad, Pessoa pareció multiplicarse en diferentes autores-personajes. De hecho, lo curioso es que mi respuesta no fue tan absurda como podía parecer: porque Pessoa también tenía otro heterónimo que se llamaba

Fernando Pessoa, claro, y que de vez en cuando también escribía, lo que ocurre es que era peor que los otros.

Desde luego, nadie más indicado para ofrecer una visión sobre el “enigma de la alteridad” en la creación literaria que Pessoa. Este escritor rizó el rizo de la alteridad: inventó personajes que inventaron personajes. En alguna de sus declaraciones sobre sí mismo afirma: “Me siento múltiple. Soy como una habitación con innumerables espejos fantásticos que distorsionan en reflejos falsos una única realidad anterior que no está en ninguno y está en todos”. Y añade, poco después: “Que esta cualidad sea una forma de histeria, o de la llamada disociación de la personalidad, el autor de estos libros ni lo rechaza ni lo apoya”. Y yo me sumo a él en esta neutralidad y os entrego a vosotros la pregunta, por si acaso la creéis digna de una discusión ulterior. Pero no fue Pessoa el único en inventar personajes inventores de personajes: Cervantes inventó a Cide Hamete, que a su vez, inventó el Quijote. Borges, a quien le fascinaban las alteridades, inventó a Pierre Menard, que a su vez reinventó a Cide Hamete que a su vez reinventó el Quijote. Y el propio Borges se reinventó a sí mismo en algunos cuentos memorables, siendo uno de los más desasosegantes el titulado Veinticinco de agosto, 1983, en el que el narrador se ve a sí mismo 20 años después, moribundo en una cama, y el agonizante Borges le dice al Borges más joven todo lo que le va a ocurrir durante esos veinte años. Algunas cosas son ciertas, otras no, porque existe un tercer Borges, no mencionado pero presente, el autor del cuento, distinto de los otros dos, que no murió en 1983 sino en 1986, y que es el inventor de esos otros pacíficos Borges que se contemplan mutuamente en medio del triple crepúsculo del sueño, la ceguera y la muerte.

Ejemplos como éstos nos hacen dudar: ¿inventamos personajes porque queremos ser otros y vivir la vida de otros, o porque queremos, de una vez por todas, llegar a ser nosotros mismos, llegar a reunirnos en uno? La respuesta a esta pregunta convive con nosotros en el centro del “qué somos”, y ya sabemos que a ese lugar no tenemos acceso, aunque vivamos en él.

Hemos hablado de las alteridades literarias que corresponden con lo que podríamos llamar desdoblamientos de personalidad. Existe otra alteridad muy importante en literatura que no quería dejar de mencionar, y que ofrece también sobrados motivos para la reflexión (que es lo que pretendo con esta charla: plantear lugares de reflexión, porque las respuestas nunca son literarias). Me estoy refiriendo a lo que podría denominarse “la vieja aspiración de la androginia”, pero que, ya que la tradición, desde Platón, parece situar sobre todo en los hom-

bres, quizá habría que terminar denominando “vieja aspiración transexual”. La alteridad del escritor que se transforma en mujer es muy frecuente, incluso hoy día (ahí tenemos a Pérez-Reverte diciendo que tuvo que pensar durante un año y medio como mujer para escribir su última novela), pero se instauró definitivamente en el siglo XIX. Los ejemplos de retratos femeninos perfiladísimos casi podría decirse que abundan en esta clase de literatura: la Isabel Archer del Retrato de una dama, de Henry James y la Ana Karénina, de Tolstoi, por citar sólo dos, son buenos y grandes ejemplos. Lo curioso es que las escritoras, las escasas escritoras célebres de la época, también nos dejaron retratos femeninos impresionantes: la Emma Woodhouse de Jane Austen o la Dorothea Brooke del Middlemarch de George Eliot (seudónimo, como sabéis, de la escritora Mary Ann Evans), por no citar la Sra. Dalloway de Virginia Woolf, son joyas literarias indiscutibles de caracterización psicológica. Hay un detalle a notar en estas alteridades: mientras que los personajes femeninos de autores masculinos se caracterizan por su pasión, su impulso y su no demasiado brillante inteligencia (es decir, son hermosas, apasionadas y un poco tontas; una excepción podría ser Isabel Archer), los personajes femeninos creados por autoras muestran, en general (y desde luego, así ocurre con los ejemplos citados), una extraordinaria inteligencia, a veces gélida, distante, inquisitiva, como ocurre con Emma Woodhouse, sin dejar de ser bellas, por supuesto. Puede resumirse todo esto en una especie de ecuación: las alteridades hombres-personajes femeninos son sobre todo impulso; las alteridades mujeres-personajes femeninos son, sobre todo, inteligencia, lo cual da qué pensar. Es obvio que muchos retratos femeninos célebres de la literatura son artificios de la manera en que el hombre, el autor en este caso, ve a la mujer. Sin embargo, cuando se habla de alteridad de sexo en literatura no se puede olvidar a Gustave Flaubert. Flaubert, hablando de su obra cumbre, declaró su alteridad con una sola frase, limpia, honesta, que hoy día puede sonarnos a anuncio de perfume: Mme. Bovary c'est moi.

Existe la opinión generalizada de que la literatura tiene un antes y un después con Flaubert. La afirmación es cierta, pero debemos matizar añadiendo: “sobre todo para los escritores”. Flaubert, como Henry James, es un genio de la literatura que parece haber nacido para enseñar a sus colegas cómo deben hacerse las cosas. Y hay un aspecto en Flaubert que me parece muy interesante al hablar de la alteridad: hasta él, los personajes que escogíamos los escritores (hablo en términos generales) eran los que más

simpatía nos despertaban. De esto tiene mucha culpa el sturm und drang, la tradición romántica que redujo a cenizas la alteridad con la llamarada del Yo: las alteridades románticas eran proyecciones heroicas de los autores, trasuntos de sus propios egos encerrados entre cuatro paredes, que buscaban el amor inmortal, la sabiduría eterna, el conocimiento supremo, etc. Flaubert partió hacia el camino opuesto. Se dijo, con notable perspicacia: “Si quiero ser realmente otro, no puedo ser otro que me guste mucho, porque voy a carecer de objetividad para analizarlo, para reconocer sus mediocridades, sus defectos.” Flaubert fue, quizá, uno de los primeros escritores que buscó ser otros muy irritantes. Es posible que no los odiara tanto como muestra en sus copiosas cartas, pero lo cierto era que sufría siendo ellos. Sus personajes no son heroicos sino, por el contrario, absolutamente mediocres. Su Emma Bovary (uno de los retratos literarios más perfectos que se han escrito) es una mujer ilusionada, con ínfulas románticas, un poco pueril y bastante mediocre en todo: en sus amoríos, en sus decisiones, en sus capacidades. Sin embargo, como gran personaje que es, no obedece a las fórmulas “autor-personaje femenino = impulsivo y bobo” o “autora-personaje femenino = frío e inteligente”. Emma Bovary es impulsiva, pero dentro de unos límites, y no es, desde luego, un genio agudo e inquisitivo pero tampoco es tonta. Lo más increíble de la Bovary de Flaubert, lo más misterioso también, es que, siendo una persona normal y corriente con varios detalles desagradables (incluyendo su muerte, alejada de todo idealismo romántico), lleguemos a quererla tanto, a sufrir con ella, a sentirnos (como su autor) ella. “Mme. Bovary soy yo”, dijo Flaubert, cuando le preguntaron sobre el misterio de su creación, y, con ello, consiguió que Mme. Bovary fuéramos todos los lectores.

Ahondando un poco más en el misterio del personaje literario, nos percatamos, en primer término, de que son inevitables. La historia de los personajes es la historia de la literatura. Fijaos que casi todo ha variado a lo largo de los siglos: la técnica narrativa, el punto de vista, la adopción de un plano temporal, la intromisión de la fantasía, la ingeniosidad de la trama... Pero los personajes están ahí, desde Homero hasta nuestros días. No existe posibilidad de literatura sin ellos. Beckett, ese minimalista del intelecto, escribió algunas novelas que podrían denominarse “paupérrimas de personajes”, la última de ellas, El innumerable, es la narración de una criatura apenas humana, agonizante, cuya identidad él mismo ignora. Pese a todo, está eso, está la criatura que narra, por anónima que sea. La literatura es antropomórfica. No sabemos cómo escri-

birían una hormiga o una silla, qué narraría un prado lleno de flores o qué tal autor sería el concepto de Libertad, pero nosotros, como seres humanos, necesitamos al menos de un personaje (el narrador) para poder inventar.

Pese a todo, aunque el personaje es inevitable, al mismo tiempo parece imposible, o inalcanzable. Es decir, mientras que su nacimiento se produce siempre que escribimos, su máximo desarrollo (entendemos por tal, como es lógico, alcanzar la realidad fáctica) no llega a producirse nunca. Los personajes son más o menos creíbles, están mejor o peor hechos, pero ahí se detienen. Nunca se transforman en personas reales. En esto, el idioma inglés es más tajante que el castellano. Los anglosajones llaman *person* al ser humano, a la persona, y *character* a la criatura de ficción, como si quisieran delimitar desde el principio la diferencia estricta que existe (o que creen que existe) entre uno y otro. En cambio, en castellano, “personaje” parece un despectivo de “persona”, como decir “personaco” o “personajo”. Sin embargo, no está muy alejado de nosotros: es como un guiñapo que nos imita y que, quién sabe, lo mismo un buen día toma posesión de nuestra realidad. Todo ello deviene de que, en latín, *persona* es, precisamente, la máscara teatral, el actor. Parece como si los latinos (y he mencionado ya a Pessoa, a Borges, a Cervantes) fuéramos más conscientes de que, en el fondo, no existe tanta diferencia y de que, a la larga, un personaje puede llegar a transformarse en una persona o viceversa. Pero lo cierto es que, en puridad, los personajes literarios se quedan como tales. Y, de hecho, nunca son totalmente independientes, completamente autónomos del creador. Se ha hablado hasta la saciedad del milagroso Shakespeare, y de su increíble poder para crear personajes que parecen estar vivos antes de comenzar la obra y continuar vivos después de finalizada. Pero que duda cabe que su arte es un hipnotismo. Haced esta prueba: id a cualquier buena representación de *Otelo*. ¿Qué es lo que veis? En el primer acto, un moro consigue casarse con la hija de un noble, pese a la oposición de este último. En el segundo, vemos al moro amando tiernamente a su joven esposa. En el tercero y el cuarto lo vemos humillarla, llamarla “puta” y golpearla. En el quinto, lo vemos matarla, arrepentirse, indignarse cuando se descubre todo el pastel y suicidarse por fin. Y de repente la obra termina, parpadeamos y decimos: “Genial”. Pero si regresamos a las escenas con la moviola y nos detenemos en cada una de ellas, descubrimos el increíble artificio: las insinuaciones de Yago provocan demasiado pronto (en un tiempo escasamente verosímil) las más terribles acusaciones de *Otelo*, y las acusaciones de *Otelo* dan lugar demasiado pronto a la

certeza, la obtención de pruebas y la venganza. Todo sucede demasiado rápido. *Otelo*, en realidad, no es una “persona”, sino un “personaje”. Un guiñapo perfecto creado y movido con absoluta maestría, pero un guiñapo, a fin de cuentas, un títere que debe amar, recelar, maltratar, asesinar y suicidarse en un período de tiempo no superior a 3 horas, y entretanto recitar poesía.

En novela, con más páginas y más tiempo a nuestra disposición, parecería que el acabado podría ser más perfecto, y sin embargo no es así. *Otelo* o *Hamlet*, con sus 3 horas de vida, son tan reales (o irreales) como *Don Quijote*, con sus centenares de páginas de existencia; o como *Sherlock Holmes*, cuya vida anda repartida en microrrelatos; o, para el caso, como el dinosaurio de *Monterroso*, que sigue estando “todavía” allí, aunque hayamos despertado y aunque el cuento que lo menciona sólo ocupe una línea. Parece, pues, existir un nivel de realidad para los personajes más allá del cual es imposible llegar, por perfecta que sea la técnica del autor. Los personajes resultan creíbles de igual forma que la existencia de un vaso de agua puede resultar creíble para una persona hipnotizada, pero cuando abrimos los ojos y parpadeamos, advertimos que el vaso y el personaje son falsos. Por lo tanto, un personaje, a diferencia de una persona, goza de dos curiosas características: es inevitable y, al mismo tiempo, en cierto modo, imposible, o, si preferís, improbable. No ocurre igual con nosotros: no podemos imaginar literatura sin personajes, como he dicho, pero es perfectamente válido imaginar la realidad sin nosotros, y de hecho así ocurrió durante miles de millones de años. Por otra parte, lejos de ser imposibles o improbables, somos perfectamente posibles y probables. Para bien o para mal, peores o mejores, somos. De hecho, hemos alcanzado nuestras posibilidades máximas de realidad. Nadie es más ni menos real que los demás, ni siquiera el rey. La realidad puede prescindir de nosotros con toda tranquilidad, pero una vez instalados en ella somos tan reales como lo que más.

A lo largo de mi aún breve experiencia como creador de personajes he encontrado, sin embargo, una similitud importante entre nosotros y ellos: las personas necesitamos tiempo y esfuerzo para conocer al otro, sea persona o personaje. Veamos un caso curioso a este respecto.

Existe una pregunta que nos hacen a todos los escritores en algún momento: si es verdad que nuestros personajes, a veces, pueden “desobedecernos”, sorprendernos, hacer cosas que nosotros, sus creadores, no esperábamos que hicieran. La frecuencia con que me han hecho esta pregunta sólo es superada, en mi caso, por la de si me consi-

dero un escritor cubano o si mi profesión de psiquiatra ha influido en mi literatura, y con ello quiero decir que se trata de una pregunta bastante frecuente. Pero nunca nadie me la preguntó como hizo un alumno en una universidad de Lima, sin duda un escritor en ciernes, que, aunque no lo recuerdo textualmente, me dijo: “¿Qué debemos hacer cuando un personaje se sale de los cauces que le hemos trazado?” Me pareció una pregunta bellísima, sobre todo porque advertí que aquel alumno estaba buscando, casi con angustia, algún tipo de consejo para atar corto a ese personaje libertario y rebelde, como quien acude a un consultorio de revista inquiriendo: “¿Qué debo hacer con mi pareja, que me ha dicho que no me quiere?” Lo que yo le respondí, desde luego, no es lo que le hubiese respondido al amante entristecido que pide ayuda para solventar su fracaso de pareja. Ante la pregunta: “¿Qué debemos hacer cuando un personaje se sale de los cauces que le hemos trazado?” recuerdo que respondí: “Pues felicitarnos, porque raras veces conseguimos eso”.

No sólo es perfectamente posible que un personaje nos “desobedezca” sino, aún más, es deseable. Los escritores nos parecemos a los padres de hijos adolescentes en la obsesión por que nuestras criaturas se independicen lo antes posible. Este “lo antes posible” ocurre, a veces, casi al final de la novela. Siempre que busco un ejemplo de mi experiencia cito el de Heracles Póntor. Este personaje, de mi novela *La caverna de las ideas*, se había acomodado casi todo el tiempo a mis instrucciones de autor. Yo le decía: ahora por aquí, y él desplazaba su oronda anatomía y se iba por aquí; yo le decía: por allí, y se iba por allí. Heracles, a diferencia de otros personajes como Crántor, nunca me cuestionaba nada y eso me hacía amarlo con la bondadosa torpeza del papá complacido con su hijo más dócil. Pero he aquí que, cerca del final del libro, Heracles es obligado a beber una droga que, hasta ese momento, ha provocado un efecto brutal en todos los que la han bebido. Yo ya tenía previsto, como autor, que a Heracles la droga le haría también efecto. Y recuerdo haber estado escribiendo esa escena, que para mí carecía ya de sorpresas, cuando de repente el personaje me dijo que no, que de efecto nada, que a él esa droga no le hacía ningún efecto. Es decir, no me lo dijo, claro, pero yo sentí que me lo decía. Fue un momento bastante extraño: había otro personaje en la escena que estaba esperando lo mismo que yo, o sea, que a Heracles le hiciera efecto la droga, y recuerdo que se sintió tan desconcertado como yo mismo, como si me dijera: “Hombre, esto no se hace a estas alturas”. Este personaje se puso a preguntar, ansioso: “¿Te hace efecto ya, Heracles?” y era como si yo lo preguntara también y

ambos aguardáramos la respuesta. Y Heracles, siempre pausado, siempre con esa expresión neutra y pacífica, como Vicente del Bosque en las ruedas de prensa, respondía: “No, no me hace efecto”. Y realmente no le hizo ningún efecto. Esta rebeldía de Heracles, totalmente inesperada para mí, me llevó a corregir un aspecto fundamental de la novela: la droga no era tal sino una mezcla inofensiva de hierbas. Todo lo demás era sugestión y Heracles, simplemente, no se había dejado sugestionar. Por supuesto que los personajes sorprenden a los autores, pero para ello —y Flaubert lo sabía—, se necesita tiempo y esfuerzo. Un aspecto no es nada sin el otro. Y en este sentido, sólo en este sentido, personas y personajes somos iguales. Necesitamos tiempo y esfuerzo para conocernos, para sabernos diferentes y apreciar las diferencias, para saber que ahí, delante de ti, tienes a alguien tan complejo y tan libre como tú. Una teoría psicológica muy curiosa afirma que los verdugos, los torturadores, los autores de espantosas atrocidades, carecen de imaginación para ponerse en lugar de las víctimas, para llegar, siquiera, no ya a sentir, sino a imaginar lo que deben sentir aquellos a los que torturan. Esta teoría me seduce, porque parece querer decir que la falta de imaginación es algo malo, y yo siempre lo he creído así. Y esto me lleva a una reflexión final que relaciona a los personajes con las personas. A lo largo de este primer milenio, la doctrina imperante ha sido la socrática, la de la “autor-idad”: Conócete a ti mismo, sé tú mismo. Quién sabe si no nos encontramos, ahora, al inicio del nuevo milenio, con otra doctrina acaso más importante, la de la “alter-idad”: Conoce a los demás, intenta ser, un poco, los demás. Este congreso se llama “Tiempos Modernos”. Creo que el intento de conocer a los demás, de acercarnos a los demás, sean personajes o personas, el intento de ser también el otro, en una palabra, de ejercer activamente la alteridad, puede ser mucho más urgente en estos “tiempos modernos” de lo que lo ha sido nunca. Para ello, necesitamos tiempo y esfuerzo, en la vida y en la literatura: para conseguir, en la primera, comprensión y compasión, y en la segunda, personajes bien creados, capaces de desobedecernos, lo que quizá no sea sino otra forma de comprender y compadecer.

Y hablando de tiempo y esfuerzo, mi tiempo se ha acabado, mi esfuerzo, hoy, no ha sido mucho, el vuestro ha sido mayor al escucharme, pero en cualquier caso mi placer en estar hoy aquí ha sido inmenso, y en esto, en disfrutar tanto haciendo una cosa, es en lo único en lo que la literatura y la vida, a veces, me parecen iguales.

José Carlos Somoza

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Madrileña de Salud Mental)

D.
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (Centro de trabajo)
y con domicilio en
Población D.P. Provincia
Teléfono

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la AMSM, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación.

La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

.....
Banco/Caja de Ahorros

Sucursal

Cuenta n.º

Población

Muy Sres. Míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Cuenta de Ahorros n.º el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día mes año

Firma:

Enviar solicitud a: AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. C/ Villanueva, 11, 3ª pta. 28001 Madrid