

LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN ESPAÑA

informe



GUILLERMO LUIS DIAZ-PLAJA



UN día cualquiera, el «nunca pasa nada» de la cotidianidad se astilla en mil pedazos y la compacta pantalla de lo normal deja a la vista todo lo que no queremos saber que está ahí, porque preferimos pensar que está detrás. Y ese día se rompe también el espejismo de expectativas personalizadas en los demás. «Pensábamos que la muerte era una ropa para los otros»; roba all'uso degli altri, decía en sus reflexiones el príncipe de Salina del «Gattopardo». Y es cierto que intuitivamente atribuimos al consumo ajeno, sin identificarnos siquiera en un cálculo vago de probabilidades, no sólo la muerte, sino todo tipo de desgracias. Acaso el cáncer y los accidentes de tráfico son las calamidades que han logrado generalizar una conciencia de peligro acechante.

Pero entre los muchos factores que amenazan dramáticamente nuestra normalidad ya no es un secreto para nadie que nuestra sociedad contiene gérmenes patógenos. Y que éstos no son sólo los que surgen de la tan traída y llevada polución atmosférica, sino que proceden de las vías contradictorias de nuestra civilización alienante. Y que, en buena

parte, gracias a sus ventajas todos somos en un grado u otro alienados que vivimos, como el caracol con su cáscara, con nuestras pequeñas neurosis a cuestas. Pequeñas o grandes, las adaptamos y conseguimos sobrevivir con apariencias de normalidad. Pero en ocasiones de modo gradual, o en otras repentinamente, nos quedamos sin defensas —por utilizar un símil clínico—, y se presentan de forma ingrata los síntomas de la enfermedad mental. Por supuesto que la enajenación psíquica puede venir, y viene de hecho, motivada por otros factores de todo tipo.

Esta encuesta empieza a partir de ese momento. He tratado de investigar las respuestas que nuestra sociedad tiene preparadas para cuando se abre el interrogante vital y médico por el que un hombre traspasa el umbral alucinante de lo que se considera objetivamente como la locura. Con criterio realista y un tanto crítico he procurado seguir, en la medida de lo posible, el camino que los mecanismos asistenciales marcan a los ciudadanos afectados por la enfermedad mental. →

LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN ESPAÑA

«Conciencia médica, conciencia psiquiátrica y "manías"»

He realizado esta encuesta con una metodología que pretende ser ilustrativa. A partir de la figura-tipo de un hombre que presenta unos síntomas de enfermedad mental vamos a seguir su itinerario médico y asistencial. Con los datos que he recogido con la valiosa colaboración de profesionales de la Psiquiatría que me han orientado se puede realizar una proyección ideal que, entendiéndose bien, no está construida como una imagen abstracta, sino siguiendo la pista real de cientos, de miles de individuos que han hecho esta ruta. Excepciones aparte, ¿qué le ocurre a una persona que sufre trastornos mentales en España, hoy?

En primer lugar hay que hablar del medio —geográfico, económico, cultural— en el que este individuo se mueve. Parece incontestable, por todos los indicios, que en las zonas rurales el grado de conciencia psiquiátrica tiende a ser bajo, incluso nulo. Es frecuente ver por el campo, por los pueblos, niños y adultos enfermos mentales que una conciencia sanitaria normal habría detectado a tiempo y tras una asistencia y un diagnóstico estarían sometidos a un tratamiento adecuado. Algunos, con posibilidades de curación; otros, de alivio. Pero todos sin sufrir una existencia plena de los sufrimientos suplementarios que las vejaciones y molestias, fruto de la ignorancia de sus prójimos, les imponen. ¿Cuántos subnormales, oligofrénicos, neuróticos o psicóticos viven en el campo o en la ciudad al margen de todo tratamiento médico? Es imposible calcularlo; fácil imaginar que muchos.

Pero la conciencia sanitaria no se mide sólo por la ignorancia de los ciudadanos. Y ésta no es imputable nunca a quienes en todo caso son sus víctimas. Ni queda relegada a zonas rurales o deprimidas. También en los núcleos de población y en zonas de renta más alta puede darse, como de hecho se da. Habría que buscar otras claves para la no asistencia o la asistencia errónea a los enfermos mentales. Cuántos han acudido a consultas médicas con síntomas claros, de manual, de trastornos psíquicos y han salido con un diagnóstico de palmeta en la espalda: «Eso son manías». Y el paciente acaba repitiendo, convencido, que «el doctor dice que esto viene de los nervios...». A base de esas visiones clínicas y muchas pastillas es frecuente que los cuadros sintomáticos se vayan empeorando hasta los extremos del demasado tarde.

¿A quién es imputable esto?

Quizá convenga aclarar que los médicos que realizaron sus estudios antes de la guerra sólo tuvieron que aprobar una asignatura llamada Medicina Legal y Psiquiatría, dos conceptos unidos en una extraña amalgama pedagógica. Y con ese aprobado tenían en su haber toda la base científica para afrontar en teoría la compleja sintomatología de las enfermedades mentales. Los que han pasado por las Facultades de Medicina en los últimos treinta años han debido superar dos disciplinas —Psicología y Psiquiatría— aisladas en cursos distintos. Pero no han tenido una conexión interdisciplinar con aspectos de la anatomía, fisiología o patología que implicase —y explicase— algo tan indiscutido como la unidad psicopatológica del ser humano. Y así es frecuente —tanto en médicos viejos como jóvenes— una lamentable simplificación o errores diagnósticos frente a síntomas psicopatológicos a cuya evidencia no llegan a veces más que por exclusión de los clínicos orgánicos.

Un complejo proceso que acaba en laguna

Queda, pues, claro en qué consiste la conciencia médico-psiquiátrica y lo que su carencia o debilidad comporta: que el enfermo no llegue a ser asistido.

Aunque estos casos se dan con bastante frecuencia, no pueden servir de norma para nuestra encuesta. Para la metodología de nuestro estudio hemos de bifurcarnos y contemplar primero al enfermo cuyo nivel de renta no le permite acogerse más que a la Seguridad Social en alguna de sus formas. Después, en un segundo artículo veremos al enfermo que cuenta con medios propios.

El enfermo más representativo es obviamente el primero. Un trabajador, un empleado que sufra trastornos psíquicos del tipo que sea puede fácilmente vivir, además de sus sufrimientos y los de su familia, un largo y penoso camino hasta dar con el tratamiento al que tiene derecho por prescripción facultativa. Esta ruta comienza con el médico de cabecera de la Seguridad Social, y debe ir a parar al neuropsiquiatra del ambulatorio; pero sin descartar el paso por algunos especialistas, con los consiguientes requisitos médico-administrativos de análisis, radiografías, etcétera. El proceso bien podría acabar provisionalmente ahí, con el ambiguo y tranquilizador veredicto de «manías» o un diagnóstico clínicamente negativo: «No tiene nada». Pero también el proceso podría llegar a desarrollarse con una cierta normalidad, y así nuestro enfermo poder acce-

der a su especialidad oficial: la Neuropsiquiatría. Entonces hay que contar con que el especialista tiene asignada una mecánica médico-administrativa que se traduce en un horario de visitas, generalmente de una a dos horas diarias. En ese exiguo lapso, el médico debe despachar a todos los enfermos que acudan ese día a la consulta. Sean uno o sean treinta. Es más frecuente lo segundo, sobre todo en grandes ciudades, y entonces es fácil calcular los minutos que puede dedicar a cada paciente. Lo más fácil es que con esa cadencia contra reloj la entrevista se reduzca a un puro intercambio de información: síntomas contra remedios farmacológicos. La rutina puede repetirse «ene» veces, con ligeros variantes sintomatológicos y farmacológicos, pero sin que para un número crecido de trastornos psíquicos signifique ni curación ni tan siquiera alivio. Y sí es pensable un empeoramiento.

Ahora bien, el neuropsiquiatra, dentro de las variedades y limitaciones tempoespaciales de su consulta, puede, y más que nada debe, detectar diagnósticamente los casos graves y proceder en consecuencia para que, entre otras cosas, ese enfermo salga de su jurisdicción y de la órbita de la Seguridad Social. Porque, por extraño que parezca, la Seguridad Social no cubre la asistencia psiquiátrica más que a nivel ambulatorio. Esta laguna queda cubierta como se verá a continuación.

El calvario del ingreso

Una vez que nuestro enfermo queda apartado de la asistencia ambulatoria por el diagnóstico inicial del especialista, pueden ocurrirle varias cosas. Una, que la familia se asuste y renuncie a seguir el tratamiento. Otra, que por algún consejo amistoso los familiares desconfíen de la asistencia que van a recibir y acudan a la consulta de algún psiquiatra particular. Este caso se verá más adelante cuando tratemos la asistencia psiquiátrica privada, aunque sí se puede avanzar que las consecuencias económicas que esta temeraria decisión comporta suelen ser funestas para la familia que abandona los cauces oficiales, y no siempre con buenos resultados garantizados. De esta manera es pensable que muchos tienen que regresar a los cauces asistenciales tras haber agotado sus recursos económicos.

Haya o no pasado por la experiencia de la medicina privada nuestro paciente, si su caso es agudo y presenta síntomas de urgencia, puede ir a parar a dos tipos de instituciones. En las ciudades donde haya Facultad de

Medicina, a los servicios de la clínica de Psiquiatría, donde el catedrático titular, profesores y alumnos estudiarán el caso y refutarán o confirmarán el diagnóstico. Las grandes ciudades suelen disponer también de un preventivo psiquiátrico, generalmente dependiente del Ayuntamiento, que está pensado para atender a los casos críticos que con características de urgencia requieren un internamiento y una asistencia médica de modo ineludible. Ambos tipos de centros, dado su carácter de emergencia, están pensados en función de tratamientos breves, generalmente intermedios entre los primeros auxilios psicoterapéuticos y médicos y una recuperación o ingreso de carácter más definitivo. Pero tanto en los casos en que el internamiento psicoterapéutico viene recomendado con el sello de estas instituciones de emergencia, como si viene a través del cauce asistencial con el aval del neuropsiquiatra, la aceptación de ese enfermo no es automática. El número de plazas de la red sanitaria y psiquiátrica es muy inferior al de las necesidades que hay que cubrir, y así se da con frecuencia el caso de pacientes calificados de urgentes y que tienen que esperar un plazo de meses para su ingreso. En ese caso, los centros de emergencia deben ampliar su periodo asistencial, que normalmente es breve. Y en cualquier caso esos centros prestan unos servicios de utilidad incontestable.

Los familiares del enfermo que precisa internamiento, aunque no sea urgente, deben proseguir sus gestiones-pesquisas, topando a veces con niveles de información insuficientes o inadecuados que pueden favorecer despistes sustanciales. Si llegan a dar con su destino oficial, este es la Sección de Asistencia Psiquiátrica de las Diputaciones Provinciales. A estas corporaciones locales está encomendada oficialmente la salud mental de los ciudadanos, que para todas las demás especialidades médicas son atendidos por la Seguridad Social.

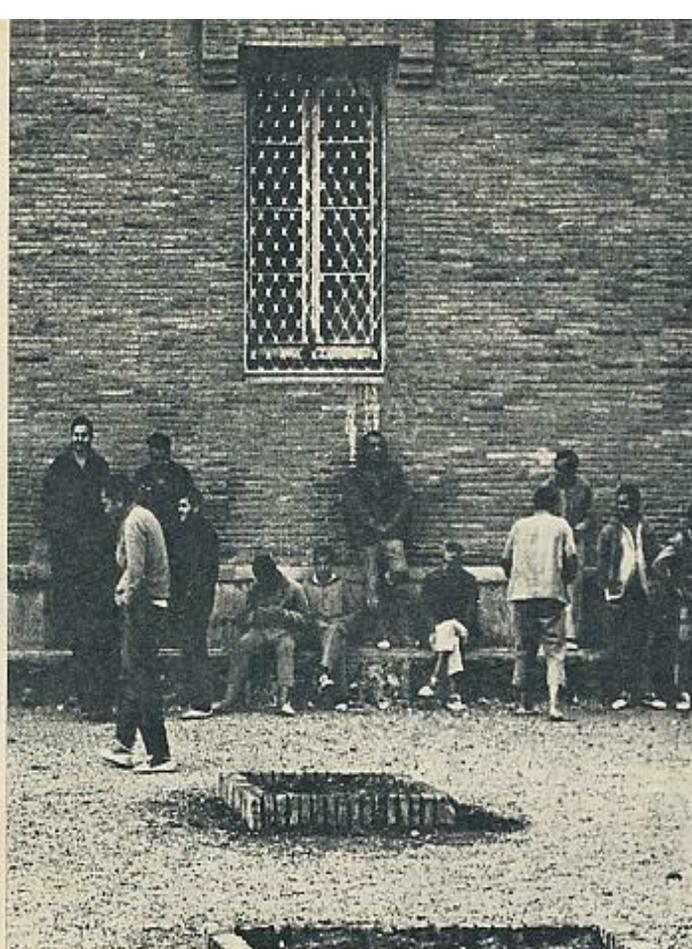
Esto justifica teóricamente la práctica carencia de instituciones psicoterapéuticas de la Seguridad Social, y naturalmente obliga a las Diputaciones a proveer los medios económicos y prevenir los medios materiales para la asistencia psiquiátrica. Por tanto, una vez se accede a ese cauce médico-administrativo, y tras los trámites de rigor, el enfermo es reconocido por el médico de la institución correspondiente, y pueden ocurrir varias cosas: Que no confirme el diagnóstico ni la indicación de reclusión, en cuyo caso habría que estudiar el tipo de tratamiento que puede recibir quien sí sufre trastornos

mentales pero no ingresa. Ese tipo de enfermos recibe en el extranjero una asistencia terapéutica en centros adecuados de tipo intermedio, como son los hospitales de día o los hospitales de noche. De esto aquí no existe prácticamente nada. El otro caso posible es que sí decreta el ingreso, pero que no haya una plaza disponible y tenga que esperar, no se sabe de qué modo, a que se produzca la vacante. Y también puede darse que el médico ordene el ingreso y el enfermo ingrese.

El diagnóstico, ¿una sentencia?

Una vez visto el largo y sinuoso camino hasta el internamiento se podrían recapitular las distintas jurisdicciones en las que puede recaer la prevención, el diagnóstico y la atención médica. Seguro Obligatorio de Enfermedad, Facultad de Medicina, Ayuntamiento, Diputación... y eventualmente psiquiatría de consulta privada e incluso de algún seguro particular. Hay que mencionar que existe el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), que es un organismo que depende de la Dirección General de Sanidad, que, además de realizar unas funciones teóricas de coordinación, posee algunos centros asistenciales bajo su control directo. Estos, sumados a los otros de las Diputaciones, contribuyen a paliar el problema de la escasez material de camas psiquiátricas. Según datos del propio PANAP, de 1967, en España había en números redondos 42.000 camas psiquiátricas, repartidas en unos 160 centros. Para saber si son muchas o pocas baste decir que los «standards» que la OMS recomienda son tres camas por mil habitantes: España tendría que tener aproximadamente algo más del doble de sus existencias actuales: 90.000.

Otro aspecto a tener en cuenta es la práctica carencia de documentación médica con la que enfermo y doctor se encuentran a la hora del ingreso. Tras el penoso y largo recorrido, ninguna ficha clínica o historia médica acompaña al infeliz que, por fin, debe ser ingresado, y el psiquiatra último que le atiende sólo cuenta con su propia exploración y con la información aproximativa y científica que los familiares puedan suministrarle sobre los inicios, desarrollo de la enfermedad y tratamientos a que ha sido sometido. Esto es particularmente grave en los casos en que el paciente, por diagnósticos tardíos, erróneos o tratamientos inadecuados, llega deteriorado y con posibilidades de recuperación disminuidas.



El panorama habitual es de ociosidad y falta de horizontes.

El ingreso en una institución psiquiátrica es, además, en sí un acto jurídico-administrativo, y como tal está regulado. Existe, en primer lugar, el ingreso voluntario, prácticamente inexistente a esos niveles asistenciales, por el que el enfermo firma su propia aceptación del ingreso. De los involuntarios, el más normal es el que se produce por indicación médica, que requiere la firma de un médico, del familiar más próximo responsable y, naturalmente, la del médico director de la institución psiquiátrica. También es posible que el ingreso venga decretado por vía judicial o gubernativa, en casos especiales que hayan bordeado la peligrosidad o entrado en la criminalidad, aunque también para estas circunstancias se requiera la firma del médico director.

Bajo el punto de vista del paciente, a partir del momento del ingreso, la figura capital es la del director de la institución hospitalaria. Su visto bueno y su firma equivalen de hecho a una sentencia de reclusión. A partir de ese momento el enfermo está, bajo el punto de vista médico, pero también jurídico, en sus manos. Es decir, que si bien el ingreso

no comporta automáticamente la figura de la incapacidad jurídica, que requiere un proceso independiente, sí significa «de facto» la pérdida de derechos. O cuando menos de la posibilidad de ejercerlos. Humanamente, el individuo queda no sólo en régimen de tratamiento médico-psiquiátrico teórico, sino que queda bajo la total dependencia de una autoridad suprema, con todas las implicaciones de dependencia que eso supone de puertas adentro de un lugar cerrado. De puertas afuera la cosa es también grave: el enfermo no puede salir más que con la autorización explícita y firmada del director.

Esto se presta a que en algunos casos se prolonguen las estancias más allá de lo que se debiera por error, negligencia o incuria. Para paliar estas situaciones anómalas, en algunos países, por ejemplo en Gran Bretaña, existe un asesor jurídico adscrito a cada institución, al que los enfermos y sus familiares pueden acudir para reclamaciones, y que puede abrir una investigación si lo cree pertinente en el momento oportuno, para que las garantías médico-jurídicas sean controladas y aplicadas con rigor.

«Lasciate ogni speranza»

La visita a uno o varios centros de internamiento psiquiátrico es imprescindible para completar de modo directo las informaciones recibidas, tanto por testimonios verbales como escritos, y que siempre pueden ser tildados de parcialidad, deformación profesional o falta de perspectiva. Es inevitable tener presente una serie de ideas propias o recibidas que ayuden a una composición de lugar; pero en mis visitas a los centros psiquiátricos más representativos de la mayoría he procurado guardar la objetividad. Es difícil. Me gustaría poder transcribir con fidelidad para que, además de las escasas fotografías con que se puede contar, el lector de TRIUNFO pudiese hacerse también una composición de lugar.

Hay que adelantar que penetrar en ese tipo de institución psiquiátrica es una experiencia a la vez impresionante y deprimente incluso, aunque a nivel instintivo uno sepa que la visita concluye y que la puerta se cerrará tras haber abandonado tú el recinto. No cuesta imaginar la depresión que puede producir a quien ingrese para quedarse. A ello contribuye poderosamente ya la estructura arquitectónica, que en una buena parte de los centros manicomiales españoles data del siglo pasado o principios de éste. Por tanto, el lenguaje constructivo expresa las ideas médicas y sociales que lo inspiraron y sus interminables teorías de galerías encristaladas, pasillos abovedados, salas de dimensiones alargadas y altísimos techos denotan una concepción claramente asilar. La sensación de aislamiento no sólo la dan los módulos constructivos —de los que los gruesos muros, las altas tapias o las macizas puertas serían los últimos reductos definidores—, sino el conjunto del tratamiento del espacio resultante, eminentemente cerrado, que implica una visión del tiempo cíclico, claustral, igualmente cerrado. El sentido de la institución médico-psiquiátrica era en la época de construcción el del aislamiento de los enfermos respecto de la sociedad sana.

Todo esto es relativamente fácil de comprender haciendo un análisis histórico y procurando comprender la mentalidad de la época, pero escalofriante al verlo en vigencia en 1971. Hablando de escalofríos, observo que el doctor que me atiende lleva su abrigo puesto bajo la bata blanca. Me explica que muchas de las dependencias están en esta época invernal a temperaturas que bordean los cero grados. Mi primer impacto arquitectónico acaso sería más justificado al contemplar otros centros posteriores o incluso de reciente cons-

LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN ESPAÑA

trucción que —según me aclara mi guía—, aunque hayan resuelto algunos problemas de habitabilidad y confort, en su disposición y estructura básica responden al mismo concepto psiquiátrico de aislamiento social. Este, por otra parte, no se produce sólo respecto del mundo exterior, sino también se refleja en una rigurosa separación de sexos, que es general y preceptiva en la inmensa mayoría de los hospitales psiquiátricos del país. Por si quedaba algún punto de similitud con la realidad.

Largas hileras de camas de barrotes blancos a las que separa una espartana mesilla de noche componen la suma de individuos y de sus bagajes de intimidad reducidos a la mínima expresión. Desde que ingresan, su espacio, como su tiempo, reglamentado, deja de pertenecerles para ser el común que la institución les impone. Observo las largas mesas de mármol estilo refectorio conventual, en las que los enfermos comen sin tener a nadie enfrente. Es una medida, se me explica, justificada por el deseo de que no se molesten entre sí, pero esto es válido para una minoría y causa a todos una sensación paradójica de aislamiento en medio de la comunidad. Los locales que hacen las veces de cuarto de estar, con sus paredes desnudas y embaldosadas, unas sillas y un par de mesas, y en el centro una estufa rudimentaria alrededor de la cual se acurrucan unos cuantos. En general veo que hablan poco entre sí. El doctor lo explica en algunos por sus especiales características psicopatológicas que les impiden toda comunicación o la hacen sin interés. En otros bien podría ser del hastío de una vida rutinaria, siempre igual a sí misma, cuya falta de acontecimientos relevantes y perspectivas quita alicientes a cualquier comunicación. Es el hastío de las horas transcurriendo monótonas en un cuadro de días, en un cuadro de años. No hay que perder de vista que la media de permanencia en este tipo de centros oscila entre los diez y los catorce años. Al sonar la campana de la iglesia pienso en la inscripción a las puertas del infierno del Dante: «Lasciate ogni speranza...».

El régimen interior

De vez en cuando nos viene a saludar un enfermo. Unos, por curiosidad con el visitante; otros,

para comunicarle al doctor «que ya están bien, que se encuentran bien». Algunos llegan a formular la petición que se deriva: «¿Cuándo me voy?». Otros, más modestos o más realistas en sus aspiraciones, solicitan que se les cambie de sección, pensando acaso que sus problemas se van a resolver con ese cambio de horizonte ínfimo.

En el pabellón de mujeres veo pasar a hombres que arrastran un carrito, otros que llevan un cubo o un martillo. Son enfermos que —según me explica mi guía— tienen encomendados trabajos. En realidad, la mayoría de los servicios mecánicos que no impliquen excesiva responsabilidad y peligro están desempeñados por enfermos. Así la institución se ahorra una fuerte cantidad en sueldos de personal que podría pagar y al mismo tiempo sirve de distracción o similitud con la normalidad para los enfermos. Como la laborterapia, tiene un valor escaso, pero acaso previene o alivia el deterioro que comporta la existencia asilar casi puramente vegetativa.

El ocio continuado y la ausencia de terapias adecuadas son factores graves. El capítulo de terapéuticas puramente coercitivas para los periodos agudos de ciertas manifestaciones es también digno de mención. Parece que la camisa de fuerza es uno de los mitos manicomiales que realmente conviene desterrar, pero es imposible afirmar que en algunos de los centros aún no se emplee. No cabría decir lo mismo de las inyecciones de fijación, que a base de tremolina producen abscesos, que con sus dolorosas manifestaciones mantienen al enfermo no sólo alejado de la crisis violenta, sino francamente dolorido y con fiebre. Con qué frecuencia se aplica este método es difícil de saber, pero su existencia es cierta y generalizada. En cuanto a las celdas, también va en franca disminución, camino de ser una reliquia, como las que yo vi que ya no se usan. El psiquiatra baja la voz y me confía que a veces se ha descubierto que los enfermos o personal subalterno habían hecho uso de las celdas a espaldas de los médicos, en una interpretación libre y personal. Es de suponer que el uso y abuso de estos métodos contribuyen, junto con los factores de rutina y falta de libertad, a que el enfermo sea ya institucional, que su permanencia se cronifique y

que en la jerga médico-psiquiátrica se hable irónicamente de que quien más altas concede es el doctor Tapia, refiriéndose a las numerosas evasiones.

Los medios del «ghetto»

Los jóvenes psiquiatras que con las ideas nuevas y al uso en otros países aterrizan en este mundo asistencial, van a chocar, sin duda, mucho más con la estructura y la concepción de la Psiquiatría implícita que con los propios enfermos mentales. Porque la pura visión, incluso para mis ojos de profano, de las condiciones no sólo sanitarias de los centros psiquiátricos es un revulsivo crítico que sugiere automáticamente la idea de miseria. Las ropas, el mobiliario, la calefacción, escasos o inexistentes, y otros muchos índices hacen suponer lo peor en otros terrenos y hablan bien claramente de la escasez de medios. El presupuesto por enfermo es de 120 pesetas diarias. Hay que añadir que por irrisoria que aparezca esa cantidad, hasta hace pocos años la asignación era, aproximadamente, la mitad.

Con ese presupuesto nada tiene de extraño el nivel no sólo asistencial, sino de confort y de mínimos vitales, como alimentación, vestido, temperatura ambiente. Con esos medios de financiación sólo puede haber un número de médicos generalmente exiguo en proporción al número de enfermos. Uno por cada 100, 200 o incluso 300 enfermos, e incluso esos doctores no pueden prestar sus servicios más que a «part-time», dado lo exiguo del sueldo. En cuanto al personal subalterno, el problema es también grave. La inmensa mayoría tienen un nivel de cualificación ínfimo o nulo para puestos delicados, que exigirían una formación adecuada y seria. Hoy existen unos cursillos brevísimos que tienden a titular más que a enseñar esta especialidad. Como aun y así la remuneración es escásima, siguen nutriéndose de un personal que reúne poquísimas condiciones, y que para colmo es pluriempleado de otros lugares, con todas las desventajas que eso comporta. Y aún hay que tener en cuenta que las órdenes religiosas suministran una gran parte de ese personal, que, independientemente de su nivel profesional, tiene la ventaja de que está poco o mal remunerado.

Albores de reforma

Toda esta deplorable penuria asistencial está creando una conciencia crítica en los cuadros psiquiátricos más consecuentes con las exigencias técnicas y humanas de la especialidad. No obstante, a niveles oficiales no hay indicios que permitan atisbar gran inquietud renovadora ni siquiera crítica de un sistema que parece darse por bueno. A este respecto, es interesante constatar que en las previsiones del II Plan de Desarrollo se consideraba cuantitativamente la asistencia psiquiátrica como suficiente, aunque ya hemos visto que está un 50 por 100 por debajo del nivel recomendado por la OMS. Se preveía la creación de un número de camas que, teniendo en cuenta el crecimiento demográfico y de cumplirse la previsión, no haría relevante un incremento en la proporción. Por otra parte, el presupuesto también se da por adecuado a las necesidades, ya que no se prevé su aumento. Todo ello hace suponer que el análisis cualitativo, científico y humano da un balance positivo de aptitud. En definitiva, los centros creados más recientemente revelan en su estructura y planteamiento poca o ninguna renovación respecto al concepto de asistencia y terapéutica psiquiátrica.

Con todo, sería injusto no hacer constar que se están produciendo unos albores de reforma que, aunque limitados, corresponden a focos de inquietud dispersos. Todavía no se pueden considerar más que como excepción y como esperanza, por lo que pueden llegar a ser más que por lo que realmente son. En algunos casos se mueve casi a nivel catacumbal. Grupos de doctores jóvenes que —incluso dentro del sistema oficial manicomial asilar— hacen esfuerzos a base de pequeñas reformas graduales, no espectaculares, limitadas, pero eficaces. Pueden ser la lenta introducción de trato más humano o disposiciones que afecten a una mejor integración social dentro de la institución, o la limitación de las terapias coercitivas o en general de las formas represivas. O incluso la introducción de pequeños intentos de psicoterapia de grupo, etcétera. Claro que en ese etcétera pueden volver a quedar aminoradas en su eficacia o anuladas por el peso global del sistema.

Se hace difícil dar nombres



**El enfermo mental
es un ser
sin tiempo
ni espacio propios.**

de estos esfuerzos incipientes por lo dispersos y condicionados que están. Su labor tiene por el momento que quedar forzosamente anónima. En algunos casos hay ya nombres que en la práctica se han impuesto por su prestigio renovador y su alto nivel científico. Sería el caso del doctor Castilla del Pino, en Córdoba, que es, sin duda, además, un eminente teórico. En Madrid es altamente interesante la experiencia que lleva a cabo el doctor Molina en la clínica Peñarretama. Y en Barcelona habría que citar el grupo capitaneado por el doctor Montserrat Esteve. Basten estas muestras, aunque, sin duda, tiene que haber más nombres propios que constituyan las excepciones esperanzadoras, reales ya.

A otra escala, parece obligado citar centros enteros que han entrado en una fase renovadora, ya francamente notable, tales como el Instituto Pedro Mata, de Reus (Tarragona), y el Hospital Psiquiátrico Provincial, de Oviedo. El primero está ligado en sus métodos con el movimiento de psicoterapia institucional francés, y tiene una importante característica: la desaparición de la figura autoritaria y omnipotente del director. El segundo está planteado como una institución más abierta y con un énfasis en la proporción personal/enfermos que alcanza un nivel ya extraordinario: aproximadamente unos veinte médicos a

«full-time» para unos 1.300 enfermos, lo cual obviamente permite unos resultados muy positivos respecto a la media nacional.

Hay otros centros con una personalidad propia que son de difícil encasillamiento. Tal es el caso de San Baudilio de Llobregat o Sant Boi, en las afueras de Barcelona, que con sus casi 3.700 camas es uno de los mayores de España. Este reúne, junto a características comunes con la mayoría de centros psiquiátricos —masificación, escaso número de médicos, bajo presupuesto—, otros rasgos específicos. Si se visita el centro desde el principio, sorprende, comparativamente, claro, una estructura más abierta. No sólo porque sus vallas son relativamente bajas y en algunas zonas inexistentes, sino también porque los distintos pabellones están separados por calles y no por claustros o patios. De ese modo se forma una pequeña ciudad, por la que los enfermos circulan con una relativa libertad y sin el agobio de espacios más enclaustrados. Durante mi recorrido he podido ver diversos talleres mecánicos, carpintería, metalurgia, una imprenta, algunas secciones más artesanales, en las que los enfermos desarrollaban su potencial creativo y laboral. La laborterapia está muy extendida. A juicio de algunos expertos, incluso demasiado. Pero a simple vista los enfermos aparentaban un aire de normalidad mucho ma-

yor que los de los centros de tipo más asilar. Les he visto regresar paseando, solos o en grupos, a sus pabellones; detenerse a mirar la foto de Sarita Montiel en «El último cuplé», que se proyectaba en el cine del centro; entrar en el bar a tomar una cerveza... El psiquiatra que me acompaña me explica que, además, se hace, en la medida de lo posible, psicoterapia de grupo; que también se organizan deportes, juegos, paseos. Todo el esfuerzo de una actitud reformista en el seno de una estructura caduca. Me muestra ejemplos de aberraciones que persisten también en Sant Boi, como el tener indiscriminadamente a los oligofrénicos congénitos con otros tipos de psicóticos que no tienen por qué estar juntos, y que podría incluso ser contraproducente.

Un aspecto interesante de este centro es la ósmosis que se produce entre el sanatorio y el pueblo de San Baudilio. Especialmente en días festivos. Son muchos los enfermos que, solos o acompañados de familiares, se van a pasear por las calles de la localidad y son aceptados y estimados. Y, por el contrario, las puertas también están abiertas hacia dentro. Y no sólo los familiares penetran. Matrimonios con sus hijos o grupos de chicos y chicas entran con frecuencia a pasear por los jardines, a utilizar los campos de deportes, al cine del Hospital Psiquiátrico. Es una simbiosis espontánea, que

de modo intuitivo parece comprender perfectamente la aberración injusta, la hipocresía social, el atavismo hipócrita de la segregación manicomial. Y haciendo voluntariamente imprecisa y equívoca la frontera maniquea entre enfermos y sanos, entre locos y cuerdos, ponen en cuestión la llamada «normalidad». Entre comillas, claro.

Epílogo en la televisión

Me decía el médico que me guiaba que a base de esta relativa convivencia el pueblo sabía que los mitos del loco agresivo, violento o creador de conflictos es una justificación más de la sociedad para desentenderse de un problema suyo. Hay más agresividad en cualquier conductor, cualquier espectador de fútbol o cualquier bebedor de taberna o jefe de taller, y esto lo saben por experiencia. Estamos al final de la visita, en uno de los centros sociales. Ha anochecido y los enfermos esperan la hora de la cena. Algunos esquizofrénicos pasean o están sentados solos, con la mirada perdida. No les interesa nada ni nadie alrededor, por cerca que estén. Otros escuchan embelesados las fabulaciones delirantes de otro «esquizo» de signo contrario. Dos oligofrénicos juegan al parchís. Otro grupito juega con los pájaros a través de la reja de la jaula: todo un símbolo del «teatro dentro del teatro». Conversaciones, silencios y monólogos en convivencia. La risa del imbécil y el rictus amargo y hermético del psicópata depresivo. Hombres en proceso de recuperación y otros deteriorándose...

Es, en otra escala, una muestra de la sociedad que hay de puertas afuera. Y que es la que en definitiva hace posible ésta. Y la tiene apartada. Me fijo en que la televisión está en marcha: un programa cualquiera, más bien insulso. Acaso a diferencia de lo que ocurriría en un bar o en una familia «normal», sólo la observa una cuarta parte de los enfermos. El resto —¿un reflejo de cordura?— la ignora. Pregunto al doctor qué tipo de enfermos está atento a la pantalla. Un 70 por 100 son débiles mentales, «oligos»; en el resto predominan los epilépticos. A mi pregunta sobre si hay algún programa que reúna unánimemente a todos los enfermos, me contesta sin vacilar: «El fútbol». ■ G. L. D-P.

EN EL PRÓXIMO NÚMERO: «LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA» (I Y II). INSTITUCIÓN, REPRESIÓN, CONTRADICCIÓN.