

QUE pasa con los locos en Portugal a los dos años de la revolución? Hay más, hay menos, ¿están mejor o peor asistidos?

El Duero y el Tajo dividen a Portugal en tres zonas: la del Norte, la Extrema-doura y la del Alem-tejo, lo que está más allá del Tejo, nuestro Tajo. Cada una de las zonas tiene sus peculiaridades económicas, culturales, vitales: en una predominan los pequeños propietarios, en otra la pequeña industria portuguesa, en la otra los grandes latifundios: el señor ausente y el criado reivindicativo. Cada una demuestra sus preponderancias políticas, como se acaba de ver y era presente ya durante la campaña electoral, con el predominio de una derecha matizada en el Norte, del socialismo en el Centro, del comunismo en el Sur. En el Norte no se quieren cambios, en el Centro se buscan, en el Sur se necesitan.

En estos dos años apenas ha habido tiempo para ocuparse de la "saúde" en general. Las cosas han ido por los cauces establecidos, aunque todos los partidos coincidían en la necesidad de un "Serviço Nacional da Saúde", con distintas precisiones según las tendencias ("O Século Ilustrado", número 1948, 9-IV-76): Mientras el PPD denunciaba la mortalidad y morbilidad por enfermedades fácilmente evitables, incluida la mortalidad infantil, el PC llamaba la atención sobre el "trasvase" de fondos de las Caixas de Previsão a empresas monopolísticas residuales del régimen anterior, y el PS se preocupaba de definir lo que debe considerarse como salud: el bienestar físico, social, del medio ambiente y mental.

Y mental. Debo en gran parte la información que sigue al doctor Castro Pereiro de Oporto y al doctor Amaral Rego, de Lisboa. Uno, del cuerpo directivo del Magalhaes, de Lemos de Porto; el otro, del Júlio de Matos, de Lisboa. Nótese que no digo "directores" de tal o tal centro: la primera constatación es que no existen "directores" de centros después de la revolución. En los hospitales funcionan Comisiones de Instalación, dando a la palabra "instalación" un sentido más funcional que el que tiene en castellano. Las Comisiones que dirigen los centros están compuestas por un médico, un administrador, un ATS, una asistente social y un representante de los servicios generales, cada uno de ellos elegido en asamblea de cada grupo constituyente. Se trata de una fórmula directiva que me insistieron en calificar de provisional. Lo cierto es que, en principio, en las entrevistas que he tenido con los médicos siempre estaban presentes varios miembros de la Comisión. La situación, sin embargo, no era tirante. Había preguntas más que el médico estaba más capacitado para res-

ponder y otras sobre las que estaban más informados los ayudantes o el administrador. Incluso, al margen de lo puramente profesional, cambiábamos impresiones sobre la "tendencia política de la clase médica" y había un consenso general —ni adusto ni reticente— en que sobre una normal variedad de opiniones predominaba la filiación socialista. Podía notarse una tendencia más conservadora, derechista, en los farmacéuticos. Por razones obvias. El papel de "farmacéutico-expendedor-de-medicinas" es su-

Los problemas mentales que tiene planteados hoy Portugal son de dos tipos: unos, que están en relación directa con la "revolução"; otros, con el problema de los "retornados". Política, históricamente hablando, en el caso portugués los dos problemas son inseparables. La revolución en sí ha tenido dos fases: la primera, de un año aproximado de duración, de "indecisión del Ejército"; la segunda, del último año, en la que las Fuerzas Armadas se definieron más. La primera etapa fue muy traumatizante para la

personal y, a la larga, social. Claro, que eso pasa también con el resto de la Medicina: el médico puede curar a veces, alivia con frecuencia, pero puede ser el agente de un daño irreparable siempre.

Las reacciones pasajeras, sin historia, intrascendentes a pesar de su aparatividad, pueden conducir a "desarrollos". Este es un tema tan complejo, que por aquí, tirando de este hilo, se llega a la antipsiquiatría famosa. Se entra en el "blackout", en la alteración de conciencia "esquizo-freni-forme", dicho sea con todos los respetos para el idioma. Idioma que a nivel popular se resiste como puede a la asimilación y sigue utilizando expresiones como la de "estar reloche" o la de "irse a uno la onda", bastante más plástica.

Pero volviendo al tema, en los primeros momentos predominaron las "reacciones de pánico", que estuvieron mejor o peor asistidas según los niveles asistenciales básicos que cada sociedad se preocupa, previamente, de organizar. Más adelante, las aguas volvieron a sus cauces normales, y hubieran vuelto del todo a no ser por el problema de los "retornados". Se insiste en llamarlos así —no inmigrantes, o colonos— para alejar cualquier rastro peyorativo de su condición de portugueses a pleno derecho que han estado fuera y han vuelto. Son muchos, casi medio millón, y han traído con ellos muchos problemas adicionales. El más importante: la droga. Si ha aumentado la necesidad asistencial psiquiátrica en Portugal últimamente, ha sido por el problema de los drogadictos. Además, es un problema en crecimiento y de difícil solución. Ha disminuido el alcoholismo o se mantiene en sus cifras corrientes. El aumento de drogados se estima en un 4.000 por 100 con respecto al año anterior a la descolonización, y afecta a la población comprendida desde los diez años en adelante. Me refiero concretamente a la hierba, a la marihuana. En un principio, la hierba fue la solución económica para amplios grupos de retornados que carecían de otros medios de subsistencia, y lo sigue siendo. Desde todos los ángulos políticos se pide una acción represiva enérgica del tráfico de drogas ("Reporter", número 3,8-IV-76). Parece ser que incluso se cultiva ya en Portugal. Y esto plantea dos problemas urgentes: uno, erradicar las "bases sociales" de la drogadicción, hacer que la sociedad en la que vivimos, la cultura en la que estamos inmersos, no sea "un campo de concentración del que hay que evadirse" (Haro Ibars); otro, detener la "escalada": el paso de la casi inocua marihuana a la heroína. El problema nos afecta a nosotros también y al resto de Europa, por razones obvias.

No ha habido variaciones manifiestas en la morbilidad de las

EL MUNDO DE LOS LOCOS EN PORTUGAL A LOS DOS AÑOS DE LA REVOLUCION

Doctor Ortega

mamente discutible en la sociedad del futuro.

Ignoro si en otras especialidades médicas resulta viable la fórmula de las "comisiones" directivas hospitalarias: en psiquiatría lo es. Se resuelven más dinámicamente los múltiples problemas de una asistencia siempre renovada mediante el diálogo abierto y permanente a todos los niveles. El médico dispone de una información técnica aplicable a la valoración del caso, a la terapéutica que conviene seguir, pero apoyado en la información no menos técnica del personal auxiliar que está más en contacto con la cotidianidad del enfermo o de su ambiente social o familiar, y le suministra los datos esenciales sobre su evolución. En la reunión de grupo diaria es válida la opinión de todos sus componentes, sea cual sea su nivel. Se sacan curiosas experiencias, como, por ejemplo, en el caso concreto del "electroshock", "del que somos menos partidarios los médicos que el personal auxiliar, y no sólo por razones de agresividad subconsciente: lo cierto es que en algunos trastornos, como la depresión severa o la agitación reactiva, aún estamos por encontrar una sustancia que le supere en inocuidad y rapidez".

clase alta como para la media. Aún hay muchos chalets abandonados desde el inicio de la revolución: sus ocupantes prefirieron la emigración. Se pueden ver paradores de lujo, como el de Batalha, dedicados a una clase social privilegiada y ahora cerrados "por orden do povo". En los primeros meses, el que no pudo emigrar abasteció abundantemente los sanatorios y las consultas privadas de "reacciones" catastróficas. El concepto psiquiátrico de "reacción" es antiguo. Es un trastorno transitorio que no presupone una alteración mental grave subyacente y que ocurre tras una situación de gran tensión. Puede adoptar distintas modalidades de "expresión": hay reacciones fóbicas, de ansiedad, depresivas, somatizadas —o sea, expresadas en síntomas somáticos objetivables, funcionales—, e incluso reacciones disociativas de la personalidad. Son, como queda dicho, cuadros agudos y reversibles que con un adecuado tratamiento pasan sin historia. Sin el adecuado tratamiento pueden dejar historia, y lamentable. Este es uno de los problemas de la psiquiatría —en Portugal, aquí y en cualquier sitio—: que una asistencia torpe o inadecuada pueda conducir a una catástrofe



Si ha aumentado la necesidad asistencial psiquiátrica en Portugal, ha sido por el problema de los drogadictos, que afecta especialmente a los "retornados" de las antiguas colonias.

"grandes psicosis" —esquizofrenia, depresión endógena, etc.—. Es decir, ha habido las variaciones que son detectables en todo el mundo: su disminución porcentual al variar el criterio diagnóstico dentro del contexto de las ideas psiquiátricas en evolución. Hoy se diagnostican menos no tanto porque hayan disminuido en su frecuencia, que seguramente no han disminuido, sino porque han variado los criterios de valoración con disminución de los criterios de "organicidad" y aumento de los criterios de "psicogeneidad". Lo que varía es el criterio del "psiquiatra-juez", dicho más plásticamente. Si las condiciones familiares y socio-económicas inciden en la morbilidad psiquiátrica, la "revoluçao" lleva aún poco tiempo desarrollándose para que sus efectos se hagan sentir en esa "caja de resonancia" social que es la psiquiatría. La evolución de la Humanidad sigue un curso imparabile, y hay cambios esenciales, por ejemplo, en la interacción familiar o el enfoque sexual por parte de la mujer, que resultan, si cabe, más evidentes en España que en Portugal, quizá porque allí se diluyen entre otras transformaciones de las estructuras sociales y aquí resultan más llamativos por el inmovilismo de las mismas estructuras. El car-

denal patriarca de Lisboa ("O Dia", número 125, 16-IV-76) lamenta que la Iglesia no sea perseguida. Eran tiempos mejores. En Portugal y en Occidente se vive la desacralización, la irreligiosidad, que es peor. Están ahí, "a comproba-lo" las Iglesias perseguidas, que mantienen una cierta pujanza frente a las no perseguidas, que se hunden en la indiferencia.

Las hospitalizaciones corren por cuenta del Estado, o por intermedio de las Caixas, equivalentes a nuestra Seguridad Social, aunque en algunos aspectos menos evolucionadas. Sobrevive la consulta privada, especialmente por lo que respecta a los tratamientos individualizados de psicoterapia. Quizá vaya contra la misma esencia de la psicoterapia individual su estatalización. Desde luego, va contra la esencia del psicoanálisis ortodoxo. Se hace psicoterapia de grupo, especialmente por psiquiatras jóvenes en algunos centros. Por lo demás, siguen vigentes tratamientos clásicos, como el ya comentado "electroshock", y en el capítulo de la farmacología se nota la ausencia de algunos medicamentos recientes que, por razones económicas obvias, son difíciles de importar y allí no se fabrican.

El número de médicos dedicados a la asistencia intrahospitalaria

a veces es el suficiente, a veces se tiene el proyecto de que lo sea en fechas próximas. No es tanto un problema económico como de preparación de especialistas: la socialización de la psiquiatría multiplicará por cinco la demanda en el futuro, a tenor de lo que ha ocurrido en otras especialidades, en Portugal, en España y allí donde se socialice. Lo inteligente es prever esta demanda y tomarse el tiempo necesario para preparar la dotación rítmica y a otros niveles asistenciales que será exigida en un futuro más o menos próximo, sin esperar a las improvisaciones de urgencia, tan difíciles de desmontar luego.

La asistencia psiquiátrica extrahospitalaria, incluida la privada que aún subsiste, esta irregularmente repartida: es una herencia que tardará tiempo en corregirse. En la región de Bragança, para una población de unos 180.000 habitantes sólo hay un especialista. En Vila Real, para 260.000 habitantes también hay sólo un especialista. Las cifras son aún más sorprendentes en el Alentejo o en el Algarve: en Evora, Portalegre, Faro, etcétera. La mayor parte de la dotación psiquiátrica se concentra en Oporto, en Coimbra y en Lisboa. Los médicos prefieren vivir en las grandes ciudades, donde, por otra parte, se dispone de mejores centros asistenciales, puestos de trabajo,

etcétera. En el Sur funcionan una especie de Dispensarios de Higiene Mental que disponen de alguna cama para atender los casos urgentes. El resto de los enfermos se envían a uno de los tres focos indicados. Hay pocos hospitales generales que dispongan de un servicio psiquiátrico al mismo nivel que el resto de las especialidades, lo mismo que ocurre entre nosotros. Quizá la revolución haga más factible allí vencer la inercia asistencial y acomodarla a las necesidades de hoy. Los servicios psiquiátricos hospitalarios, en paridad con el resto de las especialidades médicas, en estrecha colaboración con ellas, son el único camino viable para que los centros manicomiales, herencia directa de la Edad Media, se queden reducidos a albergar a los dos grandes grupos a los que hoy por hoy no se les ve una solución clara: los subnormales y los enfermos seniles. La presión de estos dos grupos está ya acusándose, y aparte de las medidas preventivas que hayan de adoptarse, que necesariamente habrán de adoptarse, la lucha, hoy por hoy, hay que centrarla sobre todo en este nivel asistencial primario. Para evitar la "fabricación de locos" que resulta de una asistencia psiquiátrica inadecuada.

Problema allí. Y aquí. Problema aún en casi todo el mundo. ■