

P.—Antes, la gente se refería, cuando hablaba del Hospital Psiquiátrico, y en un sentido entre irónico y despreciativo, a "La Cadellada". Sabemos que La Cadellada es el lugar donde está emplazado el hospital, no tendría que extrañar, pues, el que se refiriesen así a él si no fuera por lo que decimos. En tanto que ahora, la denominación casi general es Hospital Psiquiátrico. Entonces, si el público, si el pueblo, cambia el nombre es porque algo se transforma... ¿qué fue lo que se transformó?

M.—Bueno, lo que se transformó fue el hospital y la asistencia que allí se estaba dispensando. Además, se puede decir que fue una transformación radical; de una fase custodial —manicomial— en que estaba antes del sesenta y cinco pasó, por medio de un proceso evolutivo, a fases de asistencia psiquiátrica moderna. Porque tampoco se puede decir, ¡ni mucho menos!, que el proceso actual hubiese alcanzado el techo. Entonces, esto ha sido lo que ha concienciado al pueblo, y lo que ha hecho que haya aumentado el consumo psiquiátrico una barbaridad en el período de tiempo que va desde el año sesenta y cinco hasta ahora.

P.—Lo que antes se llamaba "La Cadellada", esto es, el manicomio, ¿cómo estaba estructurada?, ¿cuál era su organización?

M.—Antes, el hospital estaba dividido en dos zonas, por llamarlo así, con separación absoluta entre ellas. Cada zona tenía como director y actuante a un médico. Entonces, ya os imagináis... las salas eran manicomiales, las unidades cerradas. Estaba en una fase manicomial, custodial, y ello hasta la reforma del sesenta y cinco.

P.—¿Esta reforma que señaláis de quién partió?

M.—Hay que decir que el hospital depende de la Diputación Provincial. La reforma se inició cuando era presidente de la misma el señor López Muñiz.

P.—¿Entonces la reforma partió de la Administración?

M.—La Administración —digamos— de López Muñiz, aparte de unos presupuestos más elevados, lo que hizo fue contratar dos psiquiatras para que hicieran una evaluación del hospital, para que confeccionaran un estudio y emitieran un proyecto de organización. Naturalmente que esto ya implica una reforma estructural, ¿no? Poco a poco se empezó a contratar nueva gente, nuevos re-

Los hechos acaecidos en el Hospital Psiquiátrico de Asturias nos remiten a la crisis de la asistencia hospitalaria española. El caso asturiano presenta, no obstante, algunas particularidades: se frenó un proceso difícilmente puesto en marcha. El actual conflicto hay que conectarlo con el de mayo del 71. Entonces, y una vez solucionado, el presidente de la Diputación asturiana hizo unas declaraciones a la prensa en las que anunciaba un cambio en la política hospitalaria: se integraba en la gestión al personal médico. A esta conclusión se llegó también en el Congreso de Psiquiatría celebrado en Málaga el año pasado. Sin embargo, parece que la selección de nuevos médicos en diciembre último no se llevó a cabo de acuerdo con esta participación. En efecto, el sistema de selección estaba concebido de manera que los médicos contasen a la hora de escoger los profesionales más adecuados para el centro. En el caso que nos ocupa, la Comisión seleccionó los candidatos más idóneos de acuerdo con las normas establecidas y con las condiciones exigidas en la convocatoria de ingresos («Boletín Oficial» del 30-10-71). Pero el Tribunal modificó —con el voto en contra de los dos componentes psiquiatras— la valoración que sobre los candidatos se había efectuado. Al quedar confirmada esta decisión caía por los suelos la co-gestión anunciada por la Diputación. Los médicos —casi la totalidad de la plantilla— presentaron la dimisión, y una buena parte de los auxiliares de Psiquiatría y asistentes sociales se vieron despedidos.

No son estos hechos, sin embargo, el tema del trabajo que publicamos a continuación. En estas páginas, un grupo de médicos y del personal enfermero —hoy apartados del centro— explicarán la medicina practicada en el Psiquiátrico de Asturias, reconocida en numerosas ocasiones como muy notable. Sólo así podrá entenderse en profundidad el conflicto planteado.

## EL PSIQUIATRICO DE ASTURIAS UNA EXPERIENCIA INTERRUMPIDA

cursos humanos. También hubo una reforma de la estructura arquitectónica del centro.

P.—Bien, entonces habladnos de esa reforma.

M.—En primer lugar, hay que decir que se dividió la asistencia psiquiátrica por sectores —digamos— geográficos (central, oriental y occidental), a excepción de un sector o sección dedicado exclusivamente a alcohólicos.

«El porqué de esta división está en que se había alcanzado una fase de asistencia psiquiátrica moderna: Psiquiatría de sector. Se

ha visto que una buena manera de dispensar una buena asistencia psiquiátrica es asignar a cada equipo un número determinado de población, ya que es la única manera de garantizar una eficacia asistencial. Por otro lado, la división en sectores geográficos permite que el equipo encargado de estos sectores tome un contacto pleno con la comunidad y que haga verdadero hincapié en la asistencia extrahospitalaria, que es —por decirlo así— la vanguardia de la asistencia, y ello porque el hospital —a lo largo del proceso que se venía desarrollando— ha tomado conciencia de que no era suficiente lo que se estaba reali-

zando dentro del hospital. Había que salir y ponerse en contacto con la sociedad.

P.—Acabáis de decir que hay que ir a un contacto con la sociedad. Que hay que salir del hospital y estudiar al hombre en el medio en que se desenvuelve. Se nos ocurre... ya que esa sociedad está realmente estructurada, si no sería más eficiente realizar una división en cuanto a zonas desarrolladas y subdesarrolladas, o industriales y agrícolas, ya que tienen una problemática realmente diferenciada...

M.—Bueno. Es que al hacer una división en sectores hay que tener en cuenta las comunicaciones. Hay que hacer en cada sector un dispensario, o varios, que sean la fuente donde confluyen, donde convergen los alrededores. Entonces se han elegido unos puntos que se creían podrían ser los lugares donde se podría seguir luego, ambulatoriamente, a las personas enfermas... O llegar a la consulta extrahospitalaria. La división se ha hecho, pues, teniendo en cuenta unos puntos geográficos que equidistaran, y también contando con los ingresos que en aquel momento —cuando se planificó esta organización— había en el hospital, es decir, la procedencia de esos ingresados. Entonces se evaluaron las áreas geográficas que más ingresos daban, y un poco a tenor de todo esto se ha hecho el reparto... Quizá no era el mejor reparto, esto es siempre cuestionable, pero estos han sido los criterios que se han seguido.

P.—Refiriéndonos a nuestro país... esta división sectorial, ¿es una particularidad del Psiquiátrico asturiano?

M.—Sí, sí. El único sitio donde se hacía Psiquiatría Sectorial era aquí. Parece que ahora en Barcelona se está haciendo algo de esto.

P.—Bueno, y ya que esas áreas divisorias con geográficas, suponemos que se evaluará la procedencia del hombre, esto es: si procede de zona industrial, agrícola, etcétera.

M.—Como decíamos antes, la ventaja que tiene la Psiquiatría Sectorial es la toma de contacto del equipo asistencial con la comunidad. Entonces se evalúa cuál es el medio del enfermo, y ello, sobre todo con vistas a una posible hospitalización —caso de ser necesaria—, para evitar en ella el rechazo. Es decir, se estudia el medio ambiente en que se desenvuelve el enfermo para aco-



Los métodos aplicados en el Psiquiátrico de Oviedo habían convertido a esta Institución en una excepción. Se había pasado de la «represión» a la «terapia», del manicomio al Hospital Psiquiátrico.

modarlo dentro de esos límites una vez internado.

P.—¿Cuál es entonces la política que seguís, respecto al enfermo, en su fase extrahospitalaria?

**AUXILIARES DE PSIQUIATRÍA.**—Bajo la dirección del médico elaboramos la historia médica del enfermo, esto es, un expediente clínico que es uno de los aportes al diagnóstico.

**ASISTENTES SOCIALES.**—Y estudiamos el medio ambiente en que se mueve el enfermo: su trabajo, su familia..., en suma, sus relaciones sociales, su contexto social.

P.—¿Este tipo de organización, de planificación psiquiátrica, de dónde se ha tomado?

M.—Realmente, este tipo de asistencia, este tipo de planificación nace en la Psiquiatría inglesa y en la francesa fundamentalmente. En Francia recibe el nombre de «Psiquiatría de Sector», y en Inglaterra, el de «Psiquiatría de la Comunidad».

P.—En España se efectuó la innovación aquí, en Oviedo, en mil novecientos sesenta y cinco. Entonces, en los países europeos, ¿ya se llevaba a cabo hace tiempo?

M.—Por supuesto. Esta es una Psiquiatría que se hace indispensable en cuanto empiezas a tener en cuenta, a considerar al individuo no como un objeto, sino como un sujeto. Y un sujeto que mantiene relaciones, que está inserto en unas circunstancias sociales..., entonces no puedes

prescindir del medio social. Entonces tienes que evaluar y pesar todas estas cosas. Y la única manera de poderle asistir convenientemente es reducir por sectores el ámbito provincial o regional que atiendes.

P.—Bien, ya vemos que se consideraba a la persona. Entonces, y a tenor de esto, imaginamos que ya dentro del hospital la relación personal sanitario-personal enfermo sufriría una transformación.

M.—Bueno, nosotros preferiríamos que hablara el personal enfermero antes acerca de esta cuestión...

A. DE P.—Quizá habría que decir, en primer lugar, que el enfermo —al revés de lo que antes ocurría— no estaba marginado. Se les hacía participar en varios problemas, incluso relacionados con el hospital. Tenían iniciativa para organizar excursiones, fiestas, etcétera. Se les asesoraba un poco —es cierto—, pero siempre se buscaba que la iniciativa partiese de ellos. Y esta es una cuestión esencial, ya que lo que se pretende es equilibrar a un individuo marginado.

P.—Estas excursiones que mencionáis, ¿eran fuera del recinto hospitalario?

A. DE P.—Sí, naturalmente. Podían ser a la ciudad, a algún pueblo de la provincia o incluso fuera de la provincia. Como os decíamos, se les asesoraba un poco, pero se procuraba que fueran ellos quienes las organizaran. Tú los acompañabas, por

supuesto, y esto implicaba también una manera de observar al enfermo en su desenvolvimiento en la sociedad, puertas afuera del hospital...

P.—Estos bloques de personas, ¿eran mixtos?

A. DE P.—Sí, sí, por supuesto.

M.—A nosotros nos parece muy interesante esta pregunta que planteáis, es decir, la relación personal sanitario-enfermo. Esto es algo que se venía viviendo, de tal manera que se incrementaba cada vez más. Hace cuatro años, por ejemplo, esta participación del enfermo no se vivía tanto —ni mucho menos— como se vivía en los últimos meses.

«Todo el equipo asistencial nos dimos cuenta de la necesidad de la participación del enfermo para hacer una terapéutica adecuada. Y últimamente se hacían unas asambleas mixtas de enfermos y equipo asistencial correspondiente. Allí se trataba de que el enfermo participase auténticamente en los problemas del hospital..., problemas de limpieza, de comida, y todo ello —por supuesto— democráticamente, en mesa redonda: ellos y nosotros. Esto, naturalmente, con los límites que tiene la Administración. Por ejemplo, que tuviese unos recursos para determinado problema... bueno, de ahí no se podía pasar.

P.—¿Todo esto quiere decir que el personal asistencial, en cualquier momento, tenía relación con los enfermos: en paseos, en comidas, etcétera? ¿Quizá esto empezó a anular —por decirlo

así— las llamadas «consultas de despacho», con todo lo que ello implica para un enfermo de este tipo?

M.—Pues sí. La relación de tú a tú —digamos— se iba superando por la relación de equipo, de conjunto. Pensamos que, cada vez más, todos los que integrábamos el equipo nos íbamos dando cuenta de la necesidad de intensificar las relaciones y mejorarlas. Y no solamente las relaciones con los enfermos, sino las relaciones entre nosotros.

A. DE P.—Sí, efectivamente...

P.—¿Tiene alguna relación esta técnica, toda esta técnica, con lo que se ha dado en llamar el socio-drama o el psico-drama? Es decir, este nuevo teatro que trata de que el actor represente su propia vivencia en escena...

M.—Mirad, en alcoholismo se hacía algo de psico-drama. Este último año solamente pudimos hacer seis, puesto que el tiempo que teníamos era cortísimo, y, por otra parte, ya dijimos que de personal no andábamos sobrando precisamente. Pero, en realidad, se puede decir que en esto estábamos comenzando. Lo que no cabe duda es que estas sesiones de psico-drama eran francamente positivas, pues en ellas te enterabas de muchas cosas que el enfermo no te había mostrado.

«Lo que no cabe duda es que nuestra forma de asistencia de lo que está más cerca es de lo que se llama «la comunidad terapéutica», no en el sentido ortodoxo, sino en el sentido de que la comunidad terapéutica entiende que ya no es sólo el médico y el personal enfermero quien tiene funciones terapéuticas, sino que es el propio enfermo quien también tiene esa función en esa comunidad en que está integrado dentro del hospital. Y esto es, evidentemente, lo que se estaba haciendo de manera más o menos ortodoxa.

P.—O sea, que eso se puede entender como que es el mismo hombre el que deshace su propio ovillo.

M.—Pues sí. Esto es un poco lo que decíamos antes. Se dio un giro en el sentido de ver al enfermo como un sujeto, que no como un objeto. Y un sujeto que puede ser en determinado momento (puesto que está integrado en una comunidad), que puede tener y que tiene un papel de terapeuta de sí mismo y de sus propios compañeros. Pensamos que en esto se venía haciendo verdadero hincapié, en hacer

# EL PSIQUIATRICO DE ASTURIAS

comprender a los enfermos que ellos tenían papel de protagonistas plenos en su curación.

P.—Estas reuniones o asambleas de que hablabais antes, ¿cuánto tiempo hace que se venían desarrollando?

M.—Esto era un proceso. Es decir, es el fruto y consecuencia de todo un proceso. No se puede decir que hace cuatro años funcionara así, pero se veía venir como un algo necesario para crear la «comunidad terapéutica» de que hablábamos antes. Entonces, en los últimos seis meses, esto se hacía más patente, y es cuando hacíamos este tipo de asambleas, de reuniones, donde participábamos todos: enfermos y personal asistencial.

»Por decirlo así, la técnica de todo esto era una reunión —generalmente semanal— de todo el equipo con los enfermos asignados a él; su duración venía a ser de unos tres cuartos de hora. Posteriormente, el equipo se reunía y sacaba conclusiones de todo ello.

P.—¿El enfermo es consciente de esta política desarrollada por vosotros?

A. DE P.—Sí, sí, por supuesto. Ellos comentaban, incluso nos preguntaban —ya que sabían de nuestra reunión posterior— que qué era lo que se había tratado en ella...

M.—Habría que resaltar un aspecto. Al principio el enfermo, y a medida que se le va haciendo tomar responsabilidades, cuesta un poco el que esto lo acepte, puesto que no está en sus esquemas el que esto sea así. Pero en cuanto se da cuenta de los efectos que esto tiene, entonces lo acepta y se integra.

»Hay que tener en cuenta que antes una persona enfermaba en un medio y automáticamente se le separaba de ese medio. Actualmente se intenta reintegrarle, o sea, no le intentas pasar de «círculo a círculo», sin ningún tipo de conexión, sino que intentas ir conectando estos círculos cada vez más, de manera que las actividades que probablemente vaya a tener fuera, las responsabilidades que vaya a tener allí, tú eso ya lo estás previendo y lo estás —en consecuencia— preparando en el hospital para reintegrarle a ese medio. El participa entonces de su curación.

P.—Al objeto de ver resultados, ¿nos podríais dar índices de curación?

M.—Bueno, en Psiquiatría, más que de curación, se debe hablar de rehabilitación. Esto depende

también de lo que el medio tolere. Hay que ver el caso, por ejemplo, de que una familia tenga miedo del enfermo al regreso a casa. Si previamente la asistente social se encarga de traer la familia al hospital, de que vean cómo está el enfermo, la evolución que está sufriendo respecto a la situación anterior, que no se desconecte, entonces se la va preparando para recibir nuevamente a ese familiar. Entonces la familia sabe a qué atenerse, y entre los dos se mantiene un tipo de conexión que hacen que, en definitiva, la familia le reciba mucho mejor que si se separa seis meses de él... Esto es lo que ocurría antes: el enfermo quedaba enclaustrado, completamente separado de la sociedad. Actualmente, el índice de rehabilitación era, comparado con el pasado, muy satisfactorio.

P.—Nos parece muy interesante el problema que planteáis de la familia con relación al enfermo. ¿Realmente está la familia preparada para recibir a ese enfermo?, y otra cuestión: ese enfermo, después del trato de comprensión, digamos, recibido en el hospital, ¿está dispuesto a readaptarse en la sociedad sin peligro de que eche en falta la asistencia recibida?

A. S.—Yo creo que sí, que se trabaja adecuadamente con la familia para una recepción eficaz del enfermo. Y esto, tanto dentro del hospital como fuera, en los dispensarios. Ya desde que ingresa se empieza a historiar, por decirlo así, al enfermo. Muchas veces son los médicos y auxiliares psiquiátricos quienes señalan el problema que prevén para encauzar por ahí nuestra investigación. Y a partir de ahí ya se actúa con la familia, con el medio, con el enfermo. Por tanto, la familia participa desde el momento del ingreso del enfermo en el hospital.

M.—Sí. Esto que vosotros habéis tocado son postulados esenciales para hacer una «Psiquiatría de la Comunidad». Esta psiquiatría exige precisamente esto: el salir del hospital, el explorar el medio social donde vive el enfermo.

»Lo que hay que hacer es evitar que el ingreso se produzca, y si se produce hay que preparar al medio, a la familia, al enfermo para que, en definitiva, no se produzca el rechazo. Esto tendría, no cabe duda, que haber llevado —tal como se desarrollaban las cosas— a la asistencia domiciliar incluso.

»Y una cosa en la que hay que hacer mucho hincapié es que el alta no significa que se corten las relaciones que hay con el equipo asistencial. Y hacer saber

a la familia que tiene a su disposición a este equipo no solamente en el hospital, sino en su propio medio social —en el dispensario—, para usar de él en cuanto lo necesite.

»Desde luego que nosotros somos conscientes de este peligro que vosotros planteáis: esto es, que el enfermo se sienta muy bien en el hospital, quizá aquello es mejor que su casa, que su medio. Pero si realmente se le procura dar responsabilidad a este enfermo es para que vaya tomando él sus decisiones, para que vaya recuperando su confianza en sí mismo, su equilibrio. Pues es evidente que al individuo, al enfermar, se le exime de una serie de circunstancias y responsabilidades. La sociedad ya le rechaza, le considera marginado. Si el enfermo tiene que ingresar se establece una ruptura todavía mayor, pues el hecho de ingresar y pasarse allí algún tiempo significa una ruptura con su medio sociofamiliar. Entonces hay que empezar, por decirlo así, de nuevo: tiene que empezar a hacerle tomar responsabilidades progresivamente, gradualmente, para que cuando vuelva al medio pueda «funcionar» de una manera semejante a antes de la enfermedad. Incluso si a este hombre la enfermedad le ha dejado un defecto, un deterioro... lo que le queda de sano ¡hay que usarlo!, para que pueda juzgar con responsabilidades. Es ni más ni menos que una adaptación social.

P.—Bueno, y ya desde este prisma, ¿cuál es la diferencia esencial con el pasado manicomial?

M.—Esencialmente, la diferencia está en que antes la sociedad recluía a un individuo. Este individuo enfermaba en un medio y se le «lanzaba» a otro medio, medios —naturalmente— que estaban incomunicados. Entonces, a este individuo se le recluía en el sector, llamémosle así, manicomial, con un completo cuidado de que no saliera. Se ponían rejas fuera. Se buscaba, en definitiva, que no molestara.

»Entonces, ahora de lo que se trata es de mantener la comunicación del enfermo con el medio. Es la diferencia que encuentras en la Medicina, en general, con la readaptación del accidentado —por ejemplo—: tratas de que ese hombre pueda valer por medio de una gimnasia reeducativa. Naturalmente que en Psiquiatría todo esto es mucho más complejo, pues no se trata de movimientos gimnásticos... vas haciendo el proceso de reintegración hasta el máximo, siempre y cuando los dos medios cooperen.

P.—O sea, que el paso de mani-

comio a Hospital Psiquiátrico es un proceso paralelo al paso de represión a terapia. Pero ese medio del que hablamos, ¿tiene interés en recibir otra vez a ese hombre?; es que esta es una cuestión realmente muy interesante...

M.—Sí...; realmente ocurre que no sabes, muchas veces, si el medio está más alienado que el propio enfermo.

»De todas maneras, de lo que no cabe duda es que se ha dado un giro fundamental para mejor afrontar esta cuestión. Antiguamente, la institución manicomial —todavía vigente en muchos centros de España— buscaba proteger al enfermo y proteger a la sociedad, pero lo que está claro es que se había desviado hacia esta segunda parte: ¡la que se protegía era la sociedad del enfermo! Y ya decimos que este es el giro internacional de la moderna Psiquiatría: el pasar de una institución represiva, con funciones de archivo y de almacén —que era el manicomio—, a instituciones abiertas, instituciones que se ven como un paso más en la asistencia psiquiátrica. Por ello hay que dejar constancia que el Hospital Psiquiátrico ya no tiene más importancia que el dispensario, simplemente es un medio más de terapéutica que tenemos.

P.—O sea, que se ha alejado el «Marat-Sade» del enfermo. Que en España, en alguna de sus regiones, todavía se da...

M.—En alguna, no; en la mayoría. La mayoría son instituciones represivas.

P.—¿Se puede considerar a este hospital el más avanzado de España en su género?

M.—Sí. Y más que hospital, habría que decir que la asistencia de esta provincia estaba muy por delante de la del resto del país. Lo cierto es que ahora estaba en una etapa en que se veía que llevaba bastante ventaja a los demás.

P.—Parece que las unidades, lo que llamáis unidades, era el engranaje fundamental del sistema, por así decirlo. Sabemos que la unidad, por lo general, constaba de una supervisora, auxiliar de Psiquiatría y asistente social. ¿Cómo funcionaban estas unidades dentro de cada sector?

A. DE P.—Hay dos aspectos en el funcionamiento de las unidades: el mecánico y el terapéutico. El primero se refiere más bien al aspecto de organización de unidad, a cargo del supervisor-auxiliar psiquiátrico; de ob-

servación del enfermo, dietas, inyecciones —medicación en general—, confección de notas fruto de la observación a que se somete al enfermo y que luego pasarán a ser incluidas en la historia clínica del paciente. En el aspecto terapéutico se dedica todo el tiempo posible al enfermo, charlar con ellos, escuchar sus problemas... hacíamos grupo de relación entre ellos, etcétera; en una palabra, fomentábamos la relación entre los enfermos psiquiátricos y entre ellos y el personal asistencial.

P.—¿Cómo respondía el enfermo a esto?

AUXILIARES DE CLINICA.— Respondía de una forma muy positiva. En las salidas, por ejemplo, él llegaba al hospital muy contento de haber salido y muy satisfecho. Te rechazaba mucho más antes, en fase manicomial, que ahora. Además, el personal asistencial iba aumentando poco a poco, lo que es esencial para hacer grupos más pequeños, donde puedes llegar más al enfermo...

M.—También sería bueno decir que el rechazo es fruto de la actitud de todo el personal asistencial con el enfermo. El personal enfermero y el equipo en general se ha cuidado más de las relaciones con el paciente que antes —desde luego—. Esto es algo que cada uno, personalmente, ha de vivir día a día; es fruto de una práctica, de una formación, de tiempo, de dedicación, de paciencia...

P.—¿Se hacían estadísticas en cuanto a grados de evolución de problemas psiquiátricos, de rehabilitación con respecto al medio?

M.—Sí. Hay que señalar cómo esta forma de asistencia exige que se vaya a una horizontalización, a una democratización de las estructuras del hospital. Si el enfermo tiene que participar, porque es parte de su curación, entonces tienes que democratizar las estructuras y cambiar un poco la estructura vertical. Porque en este tipo de estructura —y esto lo vivíamos en el hospital—, de arriba abajo no hay comunicación, hay órdenes. Entonces la comunicación va de abajo arriba..., pero precisamente por la verticalidad, cada uno se cuida de mantener una comunicación que le ponga en peligro lo menos posible..., y claro, en la base de toda esta pirámide está el enfermo, que es —por decirlo así— el que lleva los palos. De ahí que al llegar a una fase se imponga un cambio estructural. Es decir, este cambio estructural es ya una necesidad para poder seguir con estas técnicas de asistencia...

P.—Y ese cambio estructural, ¿vosotros llevabais camino de lograrlo?

M.—Sí. Creemos que en parte el conflicto ha sido un choque de estructuras, esto conviene resaltarlo, porque la pregunta que se hace mucha gente es: «¿Cómo un hospital de vanguardia —como es éste— puede generar un conflicto así?». Y es precisamente por esto: porque el hospital seguía un proceso, y a medida que éste avanzaba exigía una serie de cosas, y si no se dan esas cosas sufre un colapso. Esto es lo que ha pasado aquí.

«Quizá lo que más ha conmovido a las estructuras fuese, posiblemente, este tipo de reuniones de personal médico y enfermos. Porque evidentemente las demandas aumentaban, y entonces, si el enfermo toma conciencia de que puede discutir el «hábitat» que tiene, las comidas, etcétera, entonces a la Administración se le plantean una serie de demandas..., hasta el extremo de comisiones de enfermos que fueron a plantear estos problemas al administrador.

«Ellos también tienen verdadera conciencia del choque con la Administración.

P.—¿Entonces este colapso de que habláis se plantea a nivel nacional, en el resto de hospitales psiquiátricos?... ¿Puede inhibir esto a otros centros que se dispusieran a poner al día su política asistencial?

M.—Sí, sí. La gente estaba pendiente de la experiencia de Oviedo, y si lo de Oviedo parece que se malogra...

P.—Y las familias de los enfermos, ¿cómo han reaccionado?

M.—Las familias han respondido más bien a nivel anecdótico. Claro que esto es cuestión de falta de conciencia social de la comunidad, pues si no se considera como un bien común la asistencia médica...

P.—¿Y en qué condiciones volvéis vosotros al hospital?

TODOS.—En el caso de retrotraer la situación a antes de la crisis. En el caso de auxiliares de Psiquiatría y asistentes sociales parece que la posición de la Diputación es de rechazo total..., en fin. De todas maneras juzgamos que se debería poner el motivo del litigio en manos de un árbitro imparcial, como podría ser la Dirección General de Sanidad. ■ JOSE DIAZ DE ESPADA y ALBERTO DEL RÍO. (Entrevista realizada con magnetófono.)

## FEIFFER

YO TENIA  
UNA MADRE



DE LA CUAL  
DEPENDIA



PERO ME  
TRAICIONO



YO TENIA  
UN AMIGO



DEL CUAL  
DEPENDIA



PERO TAMBIÉN,  
ME TRAICIONO



YO TENIA  
UNA NOVIA



DE LA CUAL  
DEPENDIA



Y YO LA  
TRAICIONO



ESTA VISTO QUE  
NO SE PUEDE  
DEPENDER DE NADIE



Y MUCHO MENOS  
DE UNO MISMO.

