



La senda del camino (en la asistencia en salud mental también se hace camino al andar)

The path of the road (in mental health care, the path is also made by walking)

Antonio Porrás Cabrera

Enfermero especialista en salud mental (jubilado).

Contacto: aporrascabrera@gmail.com

Fecha de recepción: 2 de marzo de 2020 / Fecha de aceptación: 12 de marzo de 2020

Ahora, cuando deambulamos por el final de la segunda década del siglo XXI, cuando los viejos recuerdos afloran a caballo de la nostalgia y remembranzas del pasado, donde el ayer se diluye en las evocaciones de viejas ilusiones y de luchas, propias del empuje de una juventud pretenciosa, para cambiar el pasado y sembrar el futuro de justicia y libertad, de igualdad y equidad entre los seres humanos, donde el “loco” deje de ser loco para denunciar la locura colectiva de una generación que impuso sus ideas, principios y valores dictatoriales, por la fuerza de las armas y de credos anacrónicos a través de una guerra fratricida, para anatematizar lo divergente... Ahora, digo, inmerso en este cuerpo cargado de achaques y sufrimientos, gusta recordar, porque recordar es volver a vivir. La vida no es lo que uno quiere, sino lo que uno hace al enfrentarse con la realidad del día a día. Esto ha sido mi vida. Crear el pasado, viviendo el presente, sin poder controlar el futuro.

Sentado ante el crepitante hogar que ofrece su calor para paliar el gélido efecto de un invierno, donde la llama juega entre los leños dulcificando los efectos de este otoño vital al que nos aboca la jubilación, con la suave melodía de Sarah Brightman entonando “Winter in July” y un libro en la mano que eleva el espíritu a un cosmos insondable de pura fantasía, la mente se transporta más de cuatro décadas para depositarme en un tiempo apasionante, un pretérito en el que fuimos fraguando este hoy que nos ubica en otro mundo forjado por aquellos avatares.

¡Oh! ¿Lo has visto? Un relámpago de luz ha inundado la casa y, a lo lejos, se escucha el fragor del trueno de un rayo distante. Al instante surge el encanto y una nueva melodía repiquetea sobre los cristales, ¡está lloviendo...! Escucha el ritmo trepidante de ese chaparrón que ha surgido de repente y flagela la aspidistra

batida por el viento, mientras truena a lo lejos la tormenta. Sí, suena a aquel otoño de 1977. La mente queda abducida por elementos singulares que la despiertan a través de los sentidos. Olores, sonidos y el *flash* luminoso del furtivo relámpago evocan el ayer y, a caballo de este meteoro, me transporta a finales de los setenta.

Mariquilla, aquel encanto de locura, sencilla y amable, arrastra, diligente, su torpe pie, subiendo la rampa del patio para guarecerse del ataque indiscriminado de la lluvia, como respuesta a mi llamada.

—Mariquilla, ven, rápido, que te vas a empapar, sube a la sala. Ten cuidado no te resbales, vayas a caer y hacerte daño.

Entra en la sala dándome las gracias con su verbo escasamente inteligible.

—Cómo llueve, me he mojado —me dice.

—Ha sido poco, vete al lado de la estufa y caliéntate, vayas a resfriarte —le indico, y se dirige a la estufa frotándose las manos.

¡Qué tiempos aquellos! Fuerza, voluntad, empuje, dedicación vocacional e ideológica a un proyecto ilusionante: “Romper con el pasado para sembrar un futuro de libertad y justicia, donde la discriminación de la enfermedad mental se erradique”. Donde los muros del manicomio se diluyan como un azucarillo en el café, movido por el brío de las nuevas generaciones venidas a enterrar el pretérito con su proyecto del mañana, de su propio futuro... ¡AINS!

En esta tesitura andaba, meditando y reviviendo mi ayer, cuando mi nieta se acerca y me dice:

—¿En qué piensa, abuelo? Acabo de escucharte un buen suspiro.

—En nada, Carmen, estaba recordando viejos tiem-

pos, allá por 1977, cuando empecé a trabajar en el hospital psiquiátrico de Málaga. Era octubre y nos incorporamos tres nuevos enfermeros (en aquellos tiempos ATS): Maribel, Juan y yo. Cuando le dije a la familia y amigos donde iba a trabajar, todos coincidieron en advertirme: “¡Ten mucho cuidado con los locos, no les des la espalda!”. Luego, con el tiempo, me di cuenta de que los peligrosos locos estaban fuera —le comenté.

—Abuelo, ¡qué interesante! Cuéntame cosas de aquellos tiempos —me dijo.

“¡Ay! Pobre chica”, pensé, “¿cómo vislumbrará lo que le cuente, qué imágenes le pondrá a mi relato?, ¿podrá hacerse una idea justa de lo que eran aquellos tiempos, con lo que ha sido su infancia y viene siendo su juventud, con lo que ella vive en el presente?”. Y me lancé al ayer de mis recuerdos.

—Bien, te hablaré de ese ayer, inimaginable para ti, pero ya que te interesa la salud mental, es bueno conocer algunas cosas del pasado —le dije—; prepárate a escuchar un poco de aquella historia.

—Seguro que me encanta, abuelo —comentó.

—Empecemos, pues.

Los años setenta fueron cruciales para la evolución y el cambio en España y su integración en Europa, integración que se fue consolidando posteriormente, hasta llegar al hoy que tú vives. Existía un régimen político agonizante intentado perpetuar una ideología disonante con el contexto europeo, mientras la sociedad había tomado conciencia de la necesidad del cambio. En estas circunstancias, para tener una idea de la situación sanitaria y la realidad política del momento, hemos de hacer un ejercicio de imaginación, por parte de los que no lo habéis vivido, y de recuerdo, por parte de los que tuvimos la oportunidad de ser protagonistas.

Partimos de un posicionamiento político-administrativo surgido de una guerra civil, donde el ideario se basaba en los planteamientos obsoletos de los vencedores de la contienda, cargado de paranoias y prejuicios que no permitían asimilar el proceso evolutivo que estaba viviendo la sociedad española. La concepción social, política y religiosa de la España franquista entendía la asistencia sanitaria desde la inercia histórica, siendo las organizaciones religiosas un pilar importante de la misma. La injusticia social, que ha pululado a lo largo y lo ancho de nuestro devenir, se veía mitigada por las actuaciones de organizaciones y colectivos religiosos que asumían, en parte, el protagonismo de la asistencia sanitaria con un gran componen-

te caritativo, al amparo de sus convicciones y en una clara connivencia con la administración. Esta situación permitió que las propias organizaciones religiosas, implicadas en la asistencia, tomaran parte activa en el desarrollo de la reforma en mayor o menor medida. No obstante, la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP) había iniciado un proceso de reforma asistencial significativo, pero solo cubría la psiquiátrica ambulatoria, que era asumida por los neuropsiquiatras de cupo.

Desde el punto de vista de la asistencia sanitaria pública, podemos diferenciar tres organismos de actuación distintos: el Ministerio de Sanidad, la Seguridad Social y las corporaciones locales. Estas últimas se ocupaban de la beneficencia, un proceso asistencial cimentado en la caridad y el apoyo a las personas sin recursos económicos fraguado, inicialmente, en los siglos XV y XVI. El ministerio asumía, sobre todo, la prevención y tratamiento de enfermedades infectocontagiosas mediante hospitales específicos asistidos por personal funcionario. La Seguridad Social, sostenida por el INP, cubría la medicina somática de los afiliados a la misma a través del Seguro Obligatorio Español (SOE). En resumen, la asistencia sanitaria no era un derecho, ni siquiera estaba organizada para garantizar una cobertura en un sentido amplio, por lo que las distintas administraciones debían asumir diferentes aspectos de la misma sin coordinación entre ellas.

Mientras tanto, ¿en qué situación se encontraba la asistencia psiquiátrica? Desde mi punto de vista, al no tratarse de manifestaciones somáticas, donde la sintomatología no se observaba como consecuencia de un problema orgánico reversible mediante la aplicación de un tratamiento médico, sino, más bien, como conductas inapropiadas y vergonzantes, amparadas por el concepto marginal del mito de la locura y la peligrosidad social sin visos de cura, se relega y segrega del resto de la asistencia, siendo su cenicienta. Se tapa y oculta el estigma social a través de los manicomios, usándose estos, en algunos casos, como lugar de reclusión para indeseables sociales y, ocasionalmente, para opositores políticos. Estos ciudadanos marginados y dejados de la mano de Dios no tienen derechos, están a disposición del psiquiatra y de su “santa voluntad”, puesto que la del paciente está anulada, incluso desde el punto de vista legal. Mientras tanto, la responsabilidad de la asistencia psiquiátrica recae en las diputaciones (recuérdese que eran las encargadas de la beneficencia), que cuentan con hospitales psiquiátricos para el ingreso y tratamiento de los pacientes. Los trata-

mientos son sumamente agresivos con el objetivo de reducir al paciente, aplacarlo y neutralizar la crisis de excitación, sus delirios y alucinaciones. La aparición de la clorpromazina y su uso como antipsicótico fue desechando y relegando viejas prácticas relacionadas con las inyecciones intramusculares de esencia de trementina para producir abscesos de fijación con cuadro febril intenso, choques cardiózólicos, inducción de comas insulínicos y el propio *electroshock*. Mientras la Seguridad Social, como ya hemos mencionado, cubre la asistencia ambulatoria de sus afiliados.

En estas circunstancias surgen diversos movimientos reivindicativos, que pretenden crear conciencia sobre la normalización y el entendimiento de la enfermedad mental como otra manifestación más del deterioro de salud de la persona. Tal vez el más impactante y beligerante sea la antipsiquiatría, desde el que la especialidad médica se veía como un agente de control social y un arma contra la libertad individual. Desde este componente sociopolítico se va sembrando una opinión crítica que sustenta un movimiento reformador del sistema asistencial, donde se implican la gran mayoría de los profesionales jóvenes del sistema. Es, pues, una demanda de justicia que tiene acogida en el mundo político de oposición al régimen dictatorial franquista.

Por tanto, el conflicto está servido y la citada demanda encuentra eco dentro de las reivindicaciones sociopolíticas del momento. La lucha por el cambio ha arrastrado a gran parte de la ciudadanía y la reforma empieza a encajar y tener cuerpo en esa dinámica, llevando a los profesionales concienciados a implicarse de forma desinteresada y altruista en la pugna y defensa de esta. En este sentido, Europa llama. Hemos de modernizar el país, cambiar las instituciones, beber de la fuente y la experiencia exterior, subir al caballo del progreso y acercarnos a las estructuras políticas y sociales del mundo que nos rodea y nos espera con los brazos abiertos en la CEE, bajo ciertas condiciones democráticas.

Pero si hay dos pilares de especial importancia en el progreso y bienestar de los pueblos, estos son la educación y la salud. El cambio político y social no será posible si no se reforman, prioritariamente, estos dos campos; cualquier grupo político que pretenda el progreso ha de asumir estos objetivos. Por tanto, se ha de desvestir a la psiquiatría del atuendo de cenicienta de la asistencia sanitaria y tirar los muros del manicomio que ocultan la vergüenza. Para ello, los profesionales

“van a muerte”. Se implican, dedican todo su tiempo, se reúnen, manifiestan y exigen los cambios para vehicular la reforma.

¡A la calle, que ya es hora! Esta voluntariedad se plasma en su compromiso activo, que les lleva a salir a la calle, a asociarse y manifestarse públicamente exhibiendo pancartas reivindicativas junto a los pacientes, codo con codo, proponiendo iniciativas, exigiendo a la Administración una mayor implicación. Profesionalmente se toman iniciativas que llevan a visitar familiares, establecer programas de integración familiar, recorrer pueblos visitando a las fuerzas vivas, alcaldes, concejales, médicos, enfermeros, asociaciones, incluso el cura, para crear el compromiso colectivo que les permita acercar la asistencia a los pacientes. Se crean consultas en los pueblos y se sectoriza el territorio, organizando equipos multidisciplinares con psiquiatras, enfermeros, auxiliares y trabajadores sociales, lo que permite ese acercamiento para trabajar con la familia y el entorno, para conseguir que los pacientes ingresados puedan reintegrarse a su núcleo familiar y establecer una nueva política asistencial que lleve la problemática de la salud mental a una situación de igualdad con el resto de patologías.

El hándicap de la institucionalización es una de las claves para demoler, en sentido real y figurado, el manicomio. Son muchos los pacientes que llevan años en la institución, que se han habituado a la vida de ingresado, que presentan serios problemas de adaptación a un medio externo y extraño, incluyendo el propio medio familiar que, en muchos casos, ha estado ausente durante años. Esto requiere planes específicos de actuación, sistemas de reinserción social, el desarrollo de programas de autocuidados, manejo del dinero, habilidades sociales y de relación, que les permitan desenvolverse con garantía en un medio, a veces, demasiado hostil. Se crean hábitats externos (pisos y casas) para facilitar la convivencia y la independencia bajo la tutela de auxiliares y enfermeros. De esta forma se inicia un proceso de aprendizaje que les lleve, con cierta garantía, a la referida reinserción social. Otra cuestión a considerar es la resistencia o impermeabilidad del colectivo social ante la reforma y la asimilación del enfermo, desvistiéndolo de la connotación de locura y sus prejuicios.

Por otro lado, la segregación de género se empieza a resolver mediante la creación de lugares de encuentro, a los que se les puede identificar como club social. En ellos encontramos los primeros, y ocasionalmente

conflictivos, contactos entre ambos sexos. Se ve hasta qué punto el enamoramiento vuelve a su vida, la ilusión frustrada y, posiblemente, soñada les da alas de felicidad y llega a emocionarnos a todos. Su reafirmación y autoestima empiezan a tener sentido. En ocasiones ese amor pasional se desborda y crea problemas que se han de reconducir hacia un buen término, desembocando, en algunos casos, en la creación de parejas o en algún embarazo no deseado.

La estrategia que garantice la viabilidad de la reinserción familiar y/o social pasa por un seguimiento *in situ*, con carácter permanente, hasta la consecución del objetivo. Para ello se establecen las llamadas “rutas terapéuticas”, consistentes en la identificación de los pacientes y lugares incluíbles en una ruta de consultas a domicilio o visitas a instituciones, que sean operativos en una jornada de trabajo. El equipo se reúne de forma habitual cada día y establece la ruta, determinando los responsables de la misma. Estos responsables identifican e instauran contratos tácitos de colaboración con los agentes formales, del entorno familiar, para implementar y hacer el seguimiento de los programas que se determinan en cada caso, realizando evaluaciones periódicas de la evolución del proceso, haciendo partícipe al resto del equipo mediante la información del mismo.

Por otro lado, la reforma se encuentra con la necesidad de establecer diferentes programas de trabajo en función del tipo de pacientes y los objetivos de rehabilitación que se persigan, pudiendo identificarse tres grandes grupos:

1. Pacientes susceptibles de reinserción en el seno familiar.
2. Pacientes con posibilidades de desarrollar su vida de forma independiente o tutelada.
3. Pacientes residuales e institucionalizados que requieren cuidados y permanencia en residencias asistidas o unidades de larga estancia.

Todo esto enmarcado en una política que lleve la asistencia directa a la población para yugular las crisis precozmente, dentro de una estrategia que incluya promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud mental.

—Querida, se nos ha pasado el tiempo volando —le digo, mirando el reloj—, ¿tú no habías quedado en salir esta tarde con ese chico guapo?

—Sí, abuelo. Llego justo a tiempo a la cita —me contestó.

—Bueno, otro día te sigo contando esas viejas historias que me hacen revivir el pasado. Pero antes de irte te diré que tu madre (entonces tenía tres años) no permitía que alguien le dijera que su padre trabajaba con los locos y respondía, como un resorte, inmediatamente: “No, mi papá trabaja con los enfermos mentales”... Entonces me di cuenta de que ganaríamos aquella guerra.

—Gracias, abuelo, eres un encanto. Hasta luego.

Me dio un beso con sabor a su infancia y me emocionó. Mi mente saltó del viejo manicomio a mi familia en aquellos años “locos” y la imagen de su madre (mi hija) diciendo: “Mi papá trabaja con los enfermos mentales” se clavó en mi recuerdo y me hizo brotar una sonrisa de felicidad, a la par que los ojos se me humedecían... Ya apuntaba como una excelente enfermera. Aticé el fuego, volví a coger el libro, y en ese momento entonó la Brightman una nueva canción, “It's a Beautiful Day”. Dejé el libro y seguí leyendo, en armonía, el pasado en mi memoria... ¡Era un hermoso día!