

Situación asistencial en Castilla León

Pilar de la Viña

Psicóloga

Presidenta de la Asociación de Castilla León

Viejos y nuevos manicomios: ¿de la salud mental a la asistencia psiquiátrica?

Cerrar los manicomios, tratar la locura de forma ambulatoria, parecía, en los años 70, una loca e imposible utopía. En aquel lejano entonces, la vida del país transcurría a dos niveles. La esfera oficial era la de la Dictadura; pero por debajo de los Decretos y de la fuerza policial, se hablaba, se luchaba... y tanto en el debate clínico, como en la práctica asistencial se buscaba alternativas a la asfixiante y anacrónica realidad asilar.

En el trasvase de un nivel a otro se cambiaba el lenguaje, se empleaban otros argumentos. Así, en la cuestión de la Reforma, se argumentaba apelando a criterios de racionalidad en el gasto del dinero público, dejando en claroscuro, para leer entre líneas, lo fundamental del discurso que inspiraba el cambio y que tenía que ver con la dignificación del enfermo, era aquello de lo que hablábamos, eso de dar la palabra al loco, de ofrecerle un lugar de

escucha, eso de convivir con la locura, también con la propia.

En este país nunca hubo un esquirol empeñado en quitar las cadenas a los alienados, ni un Pinel, que propusiera tratamiento moral alguno. Tan sólo una política asilar, "de caridad", auspiciada por las Diputaciones Provinciales y regentada, las mas de las veces por órdenes religiosas. (ver cuadros 1 y 2)

En aquel momento del tardo-franquismo se intentó dar un salto de casi siglo y medio, tomando como apoyo para el impulso a pensadores y clínicos modernos, desde Freud, a Laing y Cooper, Basaglia.

Sin embargo, quizá demasiado habituados al doble discurso -el de afuera y el interno-, apenas se desarrolló esta faceta más ideológica y clínica. Todos los esfuerzos estuvieron mayoritariamente orientados hacia cambiar el modelo organizativo. Esto era realmente imprescindible: abrir los manicomios, pero luego ¿Qué hacer?

¿Qué fue de los manicomios?

En Castilla y León, de los viejos hospitales psiquiátricos, algún resto queda, pero en la

Cuadro 1. Los antiguos manicomios (1985)

Población asilada	3.320 personas
Nº de instituciones	10
Población por institución	332 personas

Cuadro 2. Características de esta población

+ De 60 años	40%
Analfabetos	32,9 %
- Del salario mínimo	96,21 %

generalidad de los casos podemos decir que esas instituciones pasaron a la historia. El Plan de Salud Mental de 1990, diseñó un proyecto de reconversión de los Asilos. Así dispuso que en cada hospital se creara un área asistencial dotada de una Unidad de Rehabilitación encargada de preparar la externalización de los más capaces. Los otros siguieron viviendo en lo que desde entonces se convirtió en Unidades Residenciales y que desde ese momento pasaron a depender de la Consejería de Servicios Sociales.

pudo realizar sin ruido y eso, a pesar de lo precario de los recursos y de lo tarde que han ido llegando: Unidad de Rehabilitación en Soria, Pisos en León Los nuevos crónicos pueden vivir en la comunidad y con sus familias, aunque estos últimos, los familiares, se quejen de que lleven el máximo peso en la asistencia y tienen parte de razón.

Cuadro 3. Panorámica de los recursos asistenciales. Año 2001.

Provincia	Habitantes	E.S.M.	E.S.M.I.G.	Campos U.Ags.	Campos U.R.	Plazas C.D.	Plazas H.D.
Ávila	170.549	3	-	14	21	20	-
Burgos	348.605	5	1	42	80	24	25
León	365.728	5	-	20	33	-	-
Ponferrada	153.580	2	-	15		-	-
Palencia	181.510	3	-	16	-	20	-
Segovia	144.252	3	-	19	56	30	-
Salamanca	538.870	5	1	31	40	-	15
Soria	93.978	2	-	21	20	20	-
Valladolid-Este	270.522	3	1	26	40	20	20
Valladolid-Oeste	220.572	3	1	22		30	-
Zamora	206.631	3	-	26	-	-	-

Esta política, por una parte escamotea la realidad, pues fueron relativamente pocos los que salieron. Pero también es cierto que los que se quedaron ya no estaban en un universo cerrado que se autoabastecía. Las condiciones de vida en el interior se dignificaron y la puerta estaba abierta.

Aún así, en nuestra región, todavía hoy encontramos instituciones “a la antigua” como el Asilo-Residencia San José del Burgo de Osma, cuyo funcionamiento pre-reformista fue denunciado por dos trabajadoras el año pasado. La AEN estuvo allí con una Comisión de Investigación y nuestra Asociación está actualmente siguiendo de cerca el proceso de cambio.

Pero si que es cierto que en bastantes ocasiones, los “viejos crónicos” y sus rebautizadas residencias, quedaron excéntricos a la Red. La Salud Mental empezó a jugarse en los nuevos espacios al margen de las viejas instituciones.

Aún así, lo que parecía tan peligroso se

La situación actual

En el Plan Sectorial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de 1990 se dice: “Se dará prioridad a las atenciones prestadas fuera del marco hospitalario, constituyéndose los Equipos de Salud Mental de Distrito, en el eje de articulación y prestación de servicios asistenciales psiquiátricos en cada área sanitaria” (ver cuadros 3 y 4)

Acabar con los manicomios, ese anacronismo, desde el principio fue un acuerdo al que se llegó desde dos posturas divergentes. La primera, la que inspiró la Reforma, aportó el modelo organizativo y una práctica clínica de orientación dinámica, que basa la cura en la palabra y la rehabilitación, apoyado todo ello en un uso moderado de los psicofármacos; en el marco del diálogo interdisciplinar dentro de los Equipos y del contacto con la Atención Primaria de Salud y con los agentes e instituciones sociales.

**Cuadro 4. Dónde están los profesionales**

Profesionales	E.S.M.	U.A.G.S.	U.R.	C.D.	H.D.	TOTAL
Psiquiatras	73,8	35,5	10,5	-	4	123,8
Psicólogos	48,3	4,5	4,5	11	2	70,3
A.T.S / D.U.E.	38,3	85	41	1,5	4	169,8
A.S.	14,1	5	5	3	1,5	28,6
Aux.Clinica	19,1	99	86	22	4	230,1
Aux. Administrativo	19,5	8,5	-	-	-	28
T. Ocupacional	-	1,5	3,5	-	-	5
Otros	7	14,5	-	-	-	21,5
Total	220,1	253,5	107,5	37,5	15,5	672,1

La otra opción, la que al final estuvo de acuerdo en cambiar el modelo de asistencia, desembarca en la nueva estructura con posiciones ideológicas y clínicas distintas. Piensan la enfermedad mental como un trastorno del cerebro cuya terapéutica principal son los fármacos, apoyados, en ocasiones, por el uso de la palabra. Entienden la interdisciplinaridad desde la jerarquía médica y aspiran a la equiparación de los trastornos mentales con las enfermedades del cuerpo; a la integración del enfermo, y sobre todo de los psiquiatras, en los hospitales generales y al reconocimiento científico para la psiquiatría y para ellos mismos. Ponen el énfasis en el ingreso hospitalario, seguido de revisiones del tratamiento en consulta externa. La estructura puede ser la misma, pero el funcionamiento es opuesto. El Coordinador de Área, figura prevista en

el Plan de Salud Mental de 1990 con el objetivo de velar por el espíritu de la reforma, nunca tuvo autoridad real.

En el momento actual, un nuevo Plan de "Asistencia Psiquiátrica" ha venido a sustituir al anterior. Ya no se habla de Salud Mental, la figura del coordinador de área ha desaparecido. La autoridad vuelve a estar en donde siempre estuvo y de donde nunca salió, en los Jefes de Servicio de Psiquiatría. En Castilla-León hay que tener en cuenta que, aunque hubo Centros que lucharon -Oña- y se adelantaron a su tiempo -Villacián-, la Reforma sólo se llevó a cabo cuando hubo una Ley que así lo dispuso.

En el momento actual asistimos a un cambio de paradigma; de la Salud Mental, volvemos a la Psiquiatría, esta vez "científica" o científista. De la pluralidad estamos llegando al pensamiento único de la D.S.M. A nivel estructural esto se nota en importantes "matices" (cuadros 5 y 6).

Cuadro 5. Dónde están los profesionales

	1990	2000
E.S.M.	35	36
E.S.M. I/J	2	4
TASA DE COBERTURA	76.614	69.724

1º.- Mayor presión asistencial para los Equipos (ver cuadro 7). Si sólo han de realizarse controles del tratamiento farmacológico, bastan los 20 minutos por consulta que se nos quieren imponer como norma. El espacio de escucha se está comprimiendo, tampoco hay tiempo para poner en



Cuadro 6. Equipos de salud Mental. Datos de actividad.

Auton.	1ª Consultas	Revisiones	Consultas Totales	Frecuentación (x1000 Hab)	1ª Consultas (x1000 Hab)	1ª Consultas (Técnico/Día)	C. Sucesivos (Técnico/día)	Índice C. Suc./1ªCitas
Avila	1.313	11.767	13.079	76,6	7,7	0,5	4,8	9,0
Burgos	4.757	32.052	36.801	108,5	15,6	1,3	8,7	8,8
León	3.357	14.710	18.047	49,3	9,1	1,2	5,2	4,4
Pamplona	1.855	12.614	14.469	94,2	12,1	1,2	7,9	6,8
Palencia	2.107	19.017	21.124	118,7	17,7	1,0	8,6	8,7
Salamanca	3.706	22.459	26.165	73,9	10,5	0,8	4,9	6,1
Segovia	1.313	16.373	17.486	121,2	8,4	0,4	6	13,6
Soria	875	7.905	8.778	87,5	8,8	0,7	6,7	9,0
Valladolid Este	5.557	36.804	40.341	112,2	13,1	1,0	7,3	7,6
Valladolid Oeste	2.414	24.815	27.229	123,4	10,9	0,8	7,7	10,3
Zamora	1.701	7.119	8.790	90,1	5,8	0,6	3,6	6,0
Castilla León	26.434	195.193	221.627	88,3	10,5	0,9	6,5	7,4

común las experiencias ni para contactos con Atención Primaria.

2º.- Reorganización de la rehabilitación entendida como un proceso psico-educativo que “va más allá de la atención sanitaria y la supresión de la psicopatología”, estableciendo una “distinción entre síntomas y funcionamiento social” (Documento de consenso sobre la organización y funcionamiento de los Centros de Rehabilitación Psicosocial, Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud, Soria 2001) .

Pero la dificultad para el contacto social, la tendencia hacia el autoabandono, la apatía, el desorden forman parte de la clínica de la psicosis tanto como el delirio y la alucinación. Tras más de 15 años de experiencia, sabemos que estas características de “funcionamiento social” precisan de un abordaje multiprofesional y que ningún trabajo, el rehabilitador entre ellos, que se realice en este sentido, está más allá ni más acá de la atención sanitaria.

La cronicidad, ese molesto aspecto de la enfermedad mental que no responde a los

Cuadro 7. Equipos de Salud Mental

	1994	2000
Consultas totales	165.502	221.627
Frecuentaciones x1000 hab.	67,01	88,3
1ª Consultas x1000 hab.	8,62	10,5
1ª Consultas técnico/día	0,80	0,9
Sucesión técnico/día	5,40	6,5
Índice	6,77	7,1

psicofármacos, está a punto de ser separada del tratamiento “estrictamente clínico”; de la manera más fácil: concertando esta labor con Fundaciones y con Ordenes Religiosas. Se puede estar creando un nuevo espacio manicomial al margen de la Red Asistencial. Las estructuras rehabilitadoras están llegando tarde, ¿y viciadas?

Parece que la experiencia demuestra que la estructura organizativa por sí sola, por excelente que sea, no garantiza una práctica clínica y asistencial de calidad. Somos los profesionales con nuestro personal bagaje de formación los que las llenamos



de contenido. En nuestra región, los MIR y PIR se están formando mayoritariamente en los hospitales clínicos de Valladolid y Salamanca.

Además, en este país, como decía al principio, apenas ha habido tradición de estudio e investigación en psicopatología. Sólo a principios del siglo XX, y después, durante los años 70 y 80, se ha producido un debate y cierta confrontación entre Escuelas. Pero antes de que pudieran consolidarse corrientes bien definidas llegó la D.S.M. y

cayó sobre un terreno fértil y sin sembrar, sin apenas cultivos anteriores, sin historia. En estos momentos en que la corriente organicista no sólo se piensa como dominante, sino que niega la existencia de otras maneras de entender el sufrimiento psíquico, las Asociaciones que formamos parte de la AEN podemos ofrecer un marco plural, alejado del pensamiento único y de los centros de poder, en donde cada corriente pueda expresarse.

