

LA REFORMA DE JAEN, ENTRE LA CONTRADICCION Y LA AMBIGÜEDAD

Enrique GONZALEZ DURO *

El manicomio público ha cumplido históricamente con una importante función de «defensa social», de defensa del orden establecido en una sociedad burguesa y clasista, en contra de quienes exhibían conductas socialmente anómalas. Actualmente es una institución en decadencia y que tiende a desaparecer en las sociedades más modernas, más desarrolladas y menos groseramente explotadoras. Sin embargo, en este país el manicomio sigue estando plenamente arraigado en el contexto social, por lo que su transformación y desmantelamiento resulta sumamente difícil. No obstante, aún aquí es una institución anacrónica, desfasada e incapaz de atender adecuadamente la creciente demanda de atención psiquiátrica (una demanda que rebasa ampliamente al simple internamiento forzoso) y absolutamente impropia de una sociedad que pretende evolucionar hacia la democracia y el progreso. Las nuevas Diputaciones democráticas, hasta ahora responsables de la Asistencia Psiquiátrica Pública en sus respectivas provincias, y sobre todo las gobernadas por fuerzas políticas teóricamente progresistas, difícilmen-

te podían seguir manteniendo intacto el manicomio público, símbolo de la intolerancia social, del oscurantismo, de la represión y de la opresión del hombre por el hombre. Y ciertamente algunas Diputaciones han tomado una cierta conciencia de esta lamentable situación, y pretenden, no sin dudas y vacilaciones, transformar la Asistencia Psiquiátrica Pública de sus provincias, y convertirla en un Servicio Público a las clases sociales populares, que son las que hasta ahora han venido «utilizando» el manicomio.

EL CASO DE JAEN

Este podría ser el caso de Jaén, cuya Diputación de izquierdas (con mayoría absoluta del PSOE) se encontró, tras las elecciones municipales de 1979, con un vetusto, infradotado e imprevisible manicomio, «Los Prados», el único Centro Psiquiátrico existente en la provincia, con más de setecientas camas, ocupadas en su mayoría por enfermos «crónicos», gravemente desocializados, institucionalizados y deteriorados, y sin dispositivos de atención extrahospitalaria. Una situación condicionada en gran parte por el abandono en que se le había mantenido largamente por parte de los

* Director de los Servicios Psiquiátricos Provinciales de Jaén.

anteriores gestores políticos de la Diputación y por la ausencia de alternativas organizativas mínimamente viables por parte de sus directivos médicos, mal remunerados, pluriempleados y con fuertes intereses en la medicina privada. He aquí algunas muestras indicativas: un médico, Jefe Clínico, tenía a su cargo dos pabellones de «crónicas», un pabellón de «niños» subnormales, además de actuar como Electroencefalografista y de atender una consulta de psiquiatría, dependiente del Servicio de Medicina Interna, en el cercano Hospital Provincial; y todo ello, en una extraña media jornada laboral de cuatro a ocho de la tarde. Otro Jefe Clínico se limitaba a hacer de Psicólogo, pasando tests a algunos pacientes internados, que inevitablemente resultaban ser débiles mentales, por lo menos. Los médicos adjuntos eran meros adjuntos de los dos Jefes de Servicio, realizando tareas subalternas de casi residentes, además de las guardias. Sólo existía una Asistente Social, dedicada a meras, aunque ingentes, gestiones administrativas. Los pabellones de «crónicos» estaban prácticamente en manos de monjas, que, aún con las mejores intenciones, gobernaban la vida de los dóciles pacientes y las rutinarias tareas de los auxiliares (extrañamente divididos en muy diversas categorías laborales), quienes además estaban férreamente controlados por los enfermeros jefes (con funciones de capataces) y por el Administrador, cuya figura detentaba, realmente, el mayor poder dentro de la institución. En ella, todo estaba quieto, excepto algunos grupos de auxiliares psiquiátricos que, en el plano sindical, luchaban por mejorar sus condiciones de trabajo.

Ante este panorama, se encarga a

JOSE LUIS MONTOYA RICO un informe y un Plan de Reforma de la Asistencia Psiquiátrica Provincial, que luego sería aprobado por el Pleno de la Diputación de Jaén. Más tarde dimite el Director de «Los Prados» (que pasa a ser Jefe de Servicio), lo que facilita la contratación de un nuevo Director de los Servicios Psiquiátricos Provinciales, quien, antes de llegar, cuenta con la oposición manifiesta de la mayoría de los médicos del Sanatorio.

El Plan Montoya es un Plan indicativo, realista, racional, viable y flexible. Por tanto válido, como punto de partida y de referencia. Básicamente consiste en el desarrollo de una asistencia comunitaria que, partiendo del manicomio provincial, posibilite la rehabilitación y reinserción social del mayor número posible de enfermos cronicados, que evite al máximo la reclusión marginadora de los enfermos aún no cronicados y que preste a la colectividad un auténtico servicio público ante la creciente demanda social de atención psiquiátrica, y en relación con la prevención y la promoción de la Salud Mental de la población. Eso implica el desplazamiento del eje de la asistencia, desde el manicomio, que progresivamente ha de ser despotenciado y desmantelado, a la comunidad, sectorizando la provincia y creando una amplia y diversificada red de dispositivos extrahospitalarios.

Para ello, la Administración amplía la plantilla profesional de los Servicios Psiquiátricos, creando y dotando las siguientes plazas: 6 médicos (2 Jefes de Servicio, 2 Jefes Clínicos y 2 Adjuntos), 4 Psicólogos, 1 Terapeuta Ocupacional, 7 Asistentes Sociales y 5 A.T.S. Con lo cual la plantilla completa quedará compuesta por 18 médicos (un Director, 4 Jefes de Servicio, 7

Jefes Clínicos y 6 Adjuntos), de los cuales 12 lo serán con dedicación exclusiva, 4 Psicólogos con dedicación exclusiva, un Terapeuta Ocupacional con dedicación exclusiva, 8 Asistentes Sociales, 16 A.T.S., 210 Auxiliares Psiquiátricos, 93 trabajadores entre personal administrativo y servicios generales, 12 monjas y un Capellán-Funcionario.

El Plan de Reforma adolece, desde el principio y hasta ahora, de un planteamiento y de una planificación económica adecuada, tanto en lo que se refiere a una dotación presupuestaria y adaptada al previsible desarrollo de la Reforma propuesta, como a una orientación del gasto en la dirección de los objetivos asistenciales. Da la impresión de que en la elaboración de los presupuestos únicamente se había estudiado y previsto el incremento del gasto en la dotación de las nuevas plazas creadas. Lo que creará no pocos problemas y contradicciones a lo largo del tiempo, frenando a menudo el desarrollo de la asistencia.

Puede establecerse que la llamada Reforma Psiquiátrica de Jaén se pone en marcha con la incorporación del nuevo Director de los Servicios Psiquiátricos el 1º de Junio de 1981, y hasta final de ese año transcurre una primera fase, de estructuración de las bases organizativas y funcionales mínimas, sobre las que asentar un complejo proceso de cambio en la concepción y en la práctica de la asistencia, en buena parte radicalmente opuesta a la anteriormente existente. Y, efectivamente, al final de 1981 se aprecian resultados positivos y datos que evidencian una evolución significativa hacia el cambio. Por ejemplo, el número de enfermos acogidos en «Los Prados», al 31-XII-81, es de 540, lo

que supone un descenso de 102 con respecto a la misma fecha del año anterior, y de 101 al 1-VI-81. Desciende asimismo el número de ingresos, de 1.050 en 1980 a 953 en 1981. Y disminuye en 22.085 el número de estancias hospitalarias. Así pues, la Reforma funciona y progresa: apenas hay resistencias activas (aunque sí, mucha inercia institucional), no hay grandes problemas ni graves contradicciones. El cambio parece imparable, irreversible: aparentemente hay una clara voluntad política para propiciarlo y apoyarlo, y un creciente entusiasmo en un número cada vez mayor de profesionales, y no sólo en los «nuevos» que vienen de fuera.

A partir de Enero de 1982 comienza una segunda fase, que debería haber sido de consolidación y pleno desarrollo del Plan indicado, con las oportunas evaluaciones y con las correcciones que en cada momento fuesen precisas, con la propuesta de nuevos objetivos inmediatos, etc. Pero, de hecho, es una fase en que empiezan a surgir las contradicciones, tal vez ya latentes desde el principio. Aumentan las resistencias, hay serios problemas, continuas fricciones, conflictos a todos los niveles e incluso claros enfrentamientos. Los que significa limitaciones, frenos, errores tácticos, regresiones, estancamiento, momentos de desmoralización, pérdida del entusiasmo inicial, etc. Pese a todo, a trancas y barrancas, la Reforma caminará hacia adelante, con una marcha cada vez más lentificada. Por el momento.

EL COMIENZO DE LA REFORMA

El primer mes de «Reforma», el mes de Junio de 1981, fue simplemente un período de preparación, de toma de

contacto, de conocimiento de la realidad y de la psicología institucional, de tanteo, de mentalización, de elaboración de estrategias y de disposición de las primeras tácticas. Había que establecer todo tipo de contactos y discusiones, para explicar, aclarar, vencer resistencias, disipar fantasmas y temores, tranquilizar, asegurar, estimular, movilizar, motivar, incentivar, al mayor número posible de gente, para que pudiesen asumir y participar en el Plan de Reforma. De entrada, no fue una tarea demasiado difícil: en la mayoría del personal, especialmente en el auxiliar, había una expectativa positiva hacia el cambio, una expectativa un tanto vaga, difusa, ingenua y tal vez desmesurada, y por ello fácil de frustrarse, en tanto que casi nadie estaba satisfecho de la situación anterior y que se intuía que la Reforma podría suponer una mejora en las condiciones de trabajo, incluso en el aspecto laboral, y significaría la solución de viejos problemas y reivindicaciones pendientes y la atenuación del rígido sistema disciplinario tradicionalmente existente en la institución. Naturalmente, también se notaban serias reticencias entre las personas que, hasta entonces, habían venido detentando puestos claves y posiciones de poder en el viejo orden manicomial, entre las personas más identificadas con ese orden: enfermeros jefes, practicantes a la antigua usanza, monjas, y evidentemente los médicos «viejos» que no habían aceptado la dedicación exclusiva. Seguramente temían ser o sentirse perjudicados por el cambio, que en un principio se veía como inevitable. Razón por la cual en la primera fase nadie mantuvo una oposición manifiesta a la reforma.

De cualquier modo, desde el co-

mienzo era preciso viabilizar espacios de discusión grupal y colectiva, estimular la comunicación y un mayor intercambio de información a todos los niveles, combatiendo la tendencia al aislamiento, el asentamiento en microespacios de poder y de contrapoder y la imperante «ley del silencio», democratizando en lo posible unas estructuras excesivamente jerarquizadas y autoritarias, e invitando a la gente a la participación en la asistencia y en la toma de decisiones. Uno de esos espacios fue, y sigue siendo, la «reunión de los viernes», en la que se intentaba discutir libremente en debate abierto y a todos los niveles, sobre cuantas cuestiones tuviesen que ver con la asistencia, unificar criterios, definir objetivos concretos y llegar, siempre que fuese posible, a acuerdos y decisiones consensuadas sobre distintos aspectos de la práctica institucional y extra-institucional. Se trataba también de reemplazar, de un modo más ágil, flexible y operativo, algunas de las esclerosadas funciones de la Junta Facultativa, poco democrática, nada representativa y posiblemente en manos de los técnicos más identificados con el viejo orden institucional. A esta reunión fueron convocados los técnicos de grado superior y medio, el administrador, la superiora de la Comunidad Religiosa, el jefe de personal de los servicios generales, el enfermero jefe, miembros del Comité de Empresa y representantes de los auxiliares psiquiátricos. Pero pronto se irían descolgando de la reunión personas significadas dentro de la Institución, quienes, al no querer participar ni implicarse en los acuerdos colectivos, se fueron progresivamente desvinculando de sus compromisos asistenciales, mostrándose a veces inso-

lidarios y convirtiéndose, por lo menos ocasionalmente, en puntos de resistencia e incluso de oposición al proceso de cambio, en agentes activos o pasivos de desinformaciones, tergiversaciones y manipulaciones, con lo que se estaba fomentando situaciones tensas y confusas en las que pretenderían beneficiarse los «pescadores de ríos revueltos». De cualquier modo, esta reunión, que actualmente precisa una reestructuración inmediata, paulatinamente fue perdiendo interés, vaciándose de contenidos y perdiendo operatividad, en la medida en que fue haciéndose masiva y desorganizada, con la incorporación de los nuevos profesionales contratados, y en la medida en que fue haciéndose difícil la toma de determinadas decisiones y el asumir plenamente los problemas concretos que habían de resolverse conjuntamente con la Administración, una Administración cada vez más distanciada de la Dirección e indiferente a los planteamientos asistenciales que la Reforma iba exigiendo. Curiosamente, estas reuniones fueron siempre mal vistas desde determinadas instancias político-administrativas, calificándolas de asamblearias, caóticas y potencialmente peligrosas.

En el mes de Junio se introdujeron ya pequeños-grandes cambios, que simbólicamente vinieron a romper la rigidez, el estatismo y tradicional hastío del manicomio, dándole un cierto nuevo aire, un clima de dinamización. Así, se eliminaron las horribles «salas de visita», para reconvertirlas en despachos útiles para las *Consultas Externas*, hasta entonces casi inexistentes. Se permitió que los familiares pudiesen entrar a los pabellones de enfermos, tradicionalmente cerrados y

aislados del medio exterior, ampliándose el horario de visitas y haciéndolas diarias. Poco a poco se fueron abriendo los pabellones, no sin vencer fuertes resistencias de parte del personal, y aumentó la movilidad y circulación de los pacientes, dentro y fuera de la institución. Se empezó a «limpiar» los dos pabellones de «sucios», dantescos y repletos hasta el hacinamiento, que pronto dejaron de existir como tales. Se suprimió la censura de cartas y de comunicaciones con el exterior. Se disminuyó considerablemente las dosis de medicación en los enfermos. Se abolió el uso del electroshock, etc.

También desde el principio se introdujeron algunas prácticas de intervención en la comunidad, tales como «intervenciones en crisis», que reemplazaron parcialmente al «servicio de recogida de enfermos»; contactos con autoridades, médicos generales, asociaciones de vecinos, visitas domiciliarias, etc.

Se estudió la futura delimitación de los Sectores en que habría que dividir la Provincia, para una mejor racionalización de la Asistencia intra y extrahospitalaria, barajando diversas variables, tales como los datos de población, las características geográficas, la morbilidad psiquiátrica de las comarcas, sus recursos sanitarios y sociales, los medios de comunicación, las distancias-horas al hospital psiquiátrico, la posible ubicación de las cabeceras y subcabeceras de Sector, etc. Hicimos viajes exploratorios a diversas ciudades y pueblos de la provincia, manteniendo entrevistas con los Alcaldes, Concejales, Médicos, etc., con vista a la creación de los Dispensarios. Los resultados fueron altamente positivos, ya que los primeros Dispensarios em-

pezaron a funcionar en el mes de Agosto.

Y se delimitaron cuatro Sectores asistenciales:

Sector I Jaén-Alcalá la Real.— Cubre la Capital, su periferia y la zona sur de la provincia, con un total de población de 238.877 habitantes y 28 ciudades y pueblos. La cabecera de Sector se establece en Jaén Capital, y se diferencia un subsector en Alcalá la Real y su comarca, una zona aislada y de intensa morbilidad psiquiátrica. Más tarde, se abre otro Dispensario en Martos.

Sector II Linares-Andújar.— Recoge la zona norte y noroeste de la provincia, recorrida por la carretera general IV Madrid-Cádiz y el ramal Bailén-Albacete. Tiene núcleos de población importantes, tales como Linares, La Carolina, Andújar y Bailén. Es la zona mejor comunicada y la más industrializada de la provincia. Consta de 175.632 habitantes y 23 ciudades o pueblos. La cabecera de Sector se establece en Linares, y se diferencia un subsector centrado en Andújar.

Sector III Ubeda-Cazorla.— Abarca la zona centro y sudeste de la provincia, atravesada por las carreteras Bailén-Albacete y Torreperogil-Baza. Cuenta con núcleos de población urbana, rural y de sierra, con una población de 129.693 habitantes y 23 ciudades y pueblos. La cabecera de Sector es Ubeda, y un subsector en Cazorla-Peal de Becerro.

Sector IV Villacarrillo-Orcera.— Abarca la zona nordeste de la provincia, entre la sierra de Cazorla y la de Segura, cruzada por la carretera de Baelén-Albacete. Está constituida por pequeños núcleos de población rural, bastante diseminados, y es la zona

más aislada, peor comunicada y de menos recursos sanitarios de la provincia. Cuenta con una población de 70.774 habitantes y 21 pueblos. Se establece la cabecera de Sector en Villacarrillo, y un subsector centrado en Orcera.

LOS EQUIPOS ASISTENCIALES

Tras superar unas pruebas abiertas (que permitieron evaluar a los candidatos por su previsible adecuación con los planes asistenciales indicados y por su indentificación con el modelo de psiquiatría comunitaria), se incorporan a los servicios psiquiátricos, el mes de Julio, cuatro médicos contratados con dedicación exclusiva. Estos, juntamente con otros cinco médicos «antiguos» que habían aceptado la dedicación exclusiva y con cuatro asistentes sociales interinas, pueden ya constituir la base organizativa de los cuatro equipos de sector, así como la puesta en marcha de los primeros dispensarios en la comunidad. Posteriormente se irán incorporando, escalonadamente, a los distintos Equipos de Sector, tres médicos, cinco A.T.S., cuatro psicólogos, y ocho asistentes sociales (que reemplazan a las interinas), seleccionados todos ellos por su adecuación al modelo asistencial que se pretende. De tal manera que los Equipos, aunque empezaron a funcionar ya en el mes de Julio, no quedarían configurados hasta mediados del mes de Diciembre, y no del todo, puesto que algunas plazas están aún cubiertas por interinos o incluso aún están vacantes.

La composición de los Equipos de Sector se ha hecho manteniendo difíciles equilibrios, teniendo en cuenta

los distintos grados de experiencia en Psiquiatría Comunitaria de cada uno de sus miembros, su titulación, la categoría laboral, la disponibilidad para viajar y para asumir tareas de mayor o menor responsabilidad, el nivel de compromiso con la asistencia, las características y afinidades personales, así como la necesidad y demandas de los respectivos sectores de población. Aunque pendientes de una próxima reestructuración, la composición de los equipos es la siguiente:

Equipo del Sector I

- 1 Médico Jefe de Servicio, con dedicación exclusiva.
- 2 Médicos Jefes Clínicos, con dedicación exclusiva.
- 1 Médico Adjunto, con dedicación exclusiva.
- 2 Psicólogos, con dedicación exclusiva.
- 3 Asistentes Sociales.
- 3 A.T.S.
- Un número variable de Auxiliares Psiquiátricos.

Equipo del Sector II

- 1 Médico Jefe de Servicio, con dedicación exclusiva.
- 2 Médicos Jefes Clínicos.
- 2 Médicos Adjuntos, con dedicación exclusiva.
- 1 Psicólogo, con dedicación exclusiva.
- 2 Asistentes Sociales.
- 2 A.T.S.
- Un número variable de Auxiliares Psiquiátricos.

Equipo del Sector III

- 1 Médico Jefe de Servicio.

- 2 Médicos Jefes Clínicos, 1, con dedicación exclusiva.
- 2 Médicos Adjuntos, con dedicación exclusiva.
- 1 Psicólogo, con dedicación exclusiva.
- 2 Asistentes Sociales.
- 2 A.T.S.
- Un número variable de Auxiliares Psiquiátricos.

Equipo del Sector IV

- 1 Médico Jefe de Servicio.
- 1 Médico Jefe Clínico, con dedicación exclusiva.
- 1 Médico Adjunto, con dedicación exclusiva.
- 1 Asistente Social.
- 2 A.T.S.
- Un número variable de Auxiliares Psiquiátricos.

Forzosamente los equipos han tenido que ser heterogéneos, lo que a menudo ha generado tensiones, conflictos, confusiones, tendencia a la dispersión y al individualismo, sobre todo cuando la figura del jefe del equipo no ha estado clara ni ha dado cohesión al equipo. Los mayores problemas de integración surgen por parte de los médicos, entre los cuales no todos están igualmente identificados con la reforma, ni tienen los mismos enfoques ni participan de los mismos objetivos. De los diecisiete médicos, once lo son a dedicación exclusiva, condición fundamental para poder comprometerse con una práctica de psiquiatría comunitaria. Los seis restantes no tienen dedicación exclusiva, por lo que sus disponibilidades son mucho menores, especialmente tres de ellos que, hasta hace poco, han tenido una jornada laboral reducida y de tarde.

Son médicos habituados a una praxis tradicional, excesivamente medicalizada e individualista que tiende a rechazar el trabajo en equipo, cuando no a boicotearlo. Dos de ellos son, además jefes de servicio, que en la práctica no han podido asumir realmente las funciones de jefe de equipo, al no conocer y coordinar todas las actividades del mismo, muchas de las cuales son extrahospitalarias y exigen desplazamientos. Por lo que sus equipos han tenido que ser liderados por otros médicos de inferior categoría.

Los psicólogos y las asistentes sociales, como era de esperar, no han tenido especiales problemas en su integración a los equipos, ni en su incorporación activa al proceso de cambio. No ha ocurrido lo mismo con los A.T.S., que tienen horarios dispares, funciones distintas y prácticas diferentes, y por ello no todos han sido fácilmente integrables en las actividades de los pabellones o en la comunidad.

Particularmente compleja y contradictoria ha sido, y es, la integración participativa de los auxiliares psiquiátricos, personal muy numeroso, laboralmente no cualificado, tradicionalmente infravalorado en su experiencia de convivencia con los enfermos, excesivamente disciplinado y sometido al viejo orden manicomial, faltos de estímulo, desmovilizados y desinteresados por el trabajo. Por ello, muchos de ellos se mostraban deseosos de participar activamente en la nueva asistencia que se pretendía y de adquirir nuevos roles, más gratificantes y creativos, a lo que contradictoriamente se oponía la inercia institucional y lo viciado de su práctica secular, rutinaria, mecánica y alienante. Pese a todo, se

ha conseguido adscribir a un gran porcentaje de ellos en los distintos equipos y «fijarlos» en los pabellones correspondientes. Debido a la posición de subalternidad que siempre han ocupado en la escala jerárquica del manicomio, al margen de cualquier decisión relativa a la organización de la asistencia e independientemente de su valía personal y profesional, los auxiliares han tenido que estar sometidos a continuas influencias, presiones y tensiones, derivadas de la lucha por el poder, que, soterradamente, se produce entre los técnicos más comprometidos con la reforma y los que se mantienen en posiciones más conservadoras. Lo que, a menudo, les lleva a reaccionar con inhibición, resistencia pasiva o añorando las órdenes claras y el autoritarismo, ante el que se sienten más seguros.

Por otra parte, el bajo nivel salarial, que frecuentemente conlleva el pluriempleo, impide al auxiliar un mayor compromiso con el cambio, al tiempo que le afectan relativamente las fantasías, más o menos manipuladas, que el propio cambio genera dentro de la institución, además de la angustia que le produce el asumir un nuevo rol en su trabajo. Su apego al viejo rol de simple vigilante de enfermos le lleva a «fijarse» excesivamente a los «crónicos». En consecuencia, la progresiva disminución del número de enfermos hospitalizados, derivada de la política de altas y de reinserción social de los «crónicos», genera el temor, hábilmente manipulado, a una posible reducción de plantilla, lo que insensiblemente lleva al auxiliar a posicionarse en contra de la reforma. La superación de esta aparente contradicción habrá de venir por la reconversión en la praxis de sus funciones, que no ten-

drán que limitarse al trabajo intrahospitalario, sino que tendrá que extenderse hacia el exterior, con su progresiva participación en la asistencia comunitaria. En la medida que se progresa en esta dirección, ese temor disminuye, al tiempo que la asistencia mejora realmente, dado que la tarea del auxiliar en la comunidad puede ser muy eficaz, ya que actúa en sectores populares, en los que le resulta fácil la identificación, por su común mentalidad, por el uso de un mismo lenguaje, etc. Pero el trabajo comunitario exige, de alguna manera, al auxiliar mayor compromiso, más dedicación y mejor cualificación, lo que no se corresponde con la escasa remuneración que recibe y con la ausencia de incentivos económicos, lo que lógicamente le ha de llevar a plantear reivindicaciones económicas y de cualificación profesional a la Administración, que, olvidándose de que está propiciando la reforma, reacciona como simple empresa, frenando la lucha de los trabajadores más identificados con esa reforma, lo que obviamente les lleva a la confusión, a la frustración, a la desmoralización.

La actitud vacilante y ambigua de la Administración ha generado a menudo otros temores: el que la reforma naufrague, el que el Director arroje la toalla o sea despedido, dejando a los auxiliares más comprometidos solos y a la intemperie, y expuestos a posibles represalias si el poder volviese a los de antes, a los que ahora adoptan posiciones más reticentes y conservadoras. Así pues, el cambio implica una constante lucha política dentro de la institución, y la necesidad de superar continuamente las contradicciones que se generan. La misma lucha que también habrá de mantenerse fuera de la institución.

Pese a todo, la incorporación de los auxiliares a las actividades asistenciales y comunitarias, ha sido paulatinamente creciente, aunque con inevitables retrocesos. Esta incorporación es ya amplia, pero todavía minoritaria, lo que, por contraste, lleva pendularmente a la mayoría de los auxiliares restantes a marginarse del proceso de cambio, a sentirse marginados, situándose ocasionalmente en posiciones de indiferencia o incluso contrarreformistas.

A pesar de todo, los Equipos asistenciales han funcionado, y siguen funcionando según los objetivos marcados, alternativa y sucesivamente, fuera y dentro de la institución, atendiendo en lo posible las demandas que surgen en el seno de los Sectores de población, y trabajando con y por los pacientes hospitalizados e institucionalizados, para que tarde o temprano puedan reinsertarse en su comunidad de origen.

LA REHABILITACION DE LOS «CRONICOS»

Esto exigía, casi previamente, la sectorización del Sanatorio, la *división sectorial* de la población de enfermos cronificados, que son la mayoría. Y ésto ya se logró en los meses de Septiembre y Octubre de 1981, en un porcentaje superior al 95%, desclasificando a los «crónicos» de las antiguas categorías clínico-sociales (pabellón de «sucios», pabellones de «distinguidos», etc.), y agrupándolos en función de su lugar de procedencia, facilitando así la continuidad de la tarea de los diferentes Equipos. En este sentido cada Equipo dispone actualmente de dos pabellones o departamentos de «crónicos» (hombres y mu-

jeros), en los que están acogidos prácticamente todos los enfermos provenientes de su respectivo Sector. No están sectorizados los pabellones «especiales» de Ancianos y Subnormales, ni las unidades de admisión, a cargo, al menos nominalmente, de distintos equipos.

Un objetivo prioritario que los Equipos se han planteado seriamente es el de la rehabilitación de los llamados crónicos. Eso hace precisas dos líneas de actuación constantes, diferenciadas, pero convergentes: a) potenciar al máximo el grado de autonomía de los pacientes, con la readquisición de sus capacidades perdidas, reaprendizaje de hábitos de convivencia, mejora de la comunicabilidad, aumento de la sociabilidad, la libre disposición de sí mismo, la toma de iniciativas y decisiones, etc.; b) recuperación y reforzamiento de los vínculos del paciente con la comunidad exterior, posibilitando al máximo su vuelta a ella del modo más integrador posible. Es necesario, por tanto, trabajar por la rehabilitación dentro del manicomio y fuera, en el posible medio receptor del expaciente.

El primer apartado implica, de entrada, la mejora del hábitat de los pabellones, procurando eliminar el hacinamiento de los pacientes, lo que ya parece haberse conseguido, excepto en un pabellón que aún alberga a 70 pacientes. El resto de los pabellones son inferiores en número a los 50. Es preciso también el procurar la individualización de los espacios en los pacientes, potenciando su derecho a la intimidad: para ello se ha dotado a la mayoría de los pacientes de un taquilla individual para el uso de sus objetos personales, y se intenta que la ropa sea diferenciada para cada uno de ellos y

vivida como algo propio. También es fundamental el potenciar al máximo la autonomía del paciente con respecto al aseo personal, comida, hábitos de limpieza y control de esfínteres, así como el manejo del propio dinero y reaprendizaje del sentido del tiempo. Es importante que el enfermo recupere su propia identidad perdida y el sentimiento de autovalía personal, y en este sentido se ha dotado a los pabellones de los suficientes espejos, hasta ahora casi inexistentes, se ha conseguido el carnet de identidad para muchos, la reactualización de sus pensiones y recuperación de las mismas, etc. Todos éstos son aspectos de la vida cotidiana, que en la medida que se logran mejora notablemente la imagen del paciente, ante sí mismo y ante los demás.

Otro aspecto importante es la progresiva *desmedicalización* del tratamiento de los pacientes crónicos, tradicionalmente sobremedicados, lo que les hacía estar casi todo el tiempo adormilados y tumbados por el suelo. Era entonces prioritario el orden manicomial, y el silencio, aún a costa del atontamiento de los internados. Para que renacieran a la vida era preciso reducir al mínimo los tratamientos farmacológicos, e imaginar otras respuestas terapéuticas a los problemas que los enfermos desmedicalizados planteasen. En este sentido puede considerarse que el gasto farmacéutico ha disminuído hasta un tercio de lo anterior. Es indicativo que ya para el año 1981 el gasto en medicamentos fue de 6.368.476 pesetas, mientras que en 1980 fue de 7.863.860. Cabe esperar que para el presente año la reducción sea aún mayor.

Los diferentes equipos han procu-

rado activar y movilizar progresivamente la vida de los pabellones crónicos, tradicionalmente estáticos y silenciosos. Y en este sentido se han programado múltiples actividades grupales colectivas, que se llevan a cabo de forma regular:

- Asambleas generales.
- Asambleas con grupos diferenciados de pacientes.
- Asambleas mixtas (hombres y mujeres).
- Grupos terapéuticos. .
- Gimnasia.
- Lectura colectiva de periódicos.
- Escuelas.
- Grupos de expresión corporal.
- Grupos de psicomotricidad.
- Grupos con familiares de enfermos.
- Salidas colectivas o por grupos a la ciudad.
- Fiestas en los pabellones, con invitados del exterior.
- Fiestas generales de todo el Sanatorio.
- Excursiones.
- Cine semanal, etc.

Se ha procurado invertir el sentido de las excursiones que tradicionalmente se realizaban de un modo esporádico, aumentándolas en número y evitando que tengan un exclusivo carácter turístico, y que únicamente se beneficien de ellas los enfermos mejor conservados y de mayor autonomía. En este sentido se ha procurado que las excursiones se organicen por Sectores y que sirvan para estimular la sociabilidad y el contacto con personas de la sociedad exterior, familiares, antiguos amigos, etc.

Se ha procurado romper mínimamente el esquema de absoluta separación de sexos, imperante anteriormente. En este sentido se han esti-

mulado las actividades comunes de hombres y mujeres. Obviamente, una cierta convivencia entre hombres y mujeres mejora considerablemente la sociabilidad de todos. En este sentido, consideramos fundamental la creación de un *Club Social*, con locales suficientemente amplios para que durante el día pudiesen estar y convivir todos los pacientes del Sanatorio, siempre que lo desearan. Este club podría ubicarse en el antiguo pabellón de «sucios», lo que tendría un considerable valor simbólico, e implicaría un cambio radical en la imagen clásica del manicomio.

En cuanto a la *Terapia Ocupacional*, su desarrollo actual es aún escaso, dado que se ha partido de cero. Espontáneamente, en la mayoría de los pabellones se han iniciado algunas actividades en este sentido, juegos diversos, pintura y modelado. Muchos de estos dibujos realizados por los enfermos adornan las paredes de los pabellones, dándoles vida y una cierta alegría. Los equipos de Villacarrillo y Linares, a los que está adscrita la única Terapeuta Ocupacional, son los que han desarrollado más la Terapia Ocupacional, llegando a producir diversos objetos de artesanía, relativamente vendibles en un puesto del «mercadillo».

En cuanto a lo que oficialmente consta como laborterapia, ha de decirse que no es tal en la medida que no ha servido para la rehabilitación y reinserción social de los enfermos, sino más bien todo lo contrario. Consiste en una gama variable de «trabajos» que benefician sobre todo a la institución (costurería, lavandería, limpieza, cocina, barbería, jardines, sastrería, etc.), y que en algunos casos supone aún una clara explotación del enfermo. En mu-

chos casos la asignación, más o menos gratificada, a los enfermos de funciones útiles a la institución, ha servido para fijarlos tal vez más a la misma, institucionalizándolos progresivamente. Se da la paradoja que muchos enfermos bien conservados, teóricamente los más rehabilitables, plantean serias resistencias a la reinserción, precisamente por esa fijación. Tan sólo se ha logrado que uno de estos enfermos consiga un salario laboral por el trabajo que venía realizando, desde hace años, en la cocina. Este «salario» le ha servido para emanciparse de la institución y vivir fuera de ella, con resultados inmejorables. Conseguir este mismo resultado en otros muchos pacientes es un reto que no podrá solucionarse sin el apoyo explícito de la Administración.

Otros muchos enfermos, casi la mayoría, realizan trabajos esporádicos, que no le fijan excesivamente a la institución, y que si se mantienen es porque proporciona a los mismos una mínima gratificación económica, útil sobre todo para los que no tienen ningún dinero. Aunque la mayoría de los enfermos disponen de una parte de la pensión que reciben del F.N.A.S.

Como consecuencia del esfuerzo realizado en la movilización y activación de los enfermos crónicos, así como el trabajo realizado en el medio familiar y social, se ha conseguido dar un número considerable de altas de pacientes, que ahora siguen tratamiento ambulatorio, con el apoyo de los equipos del Sector correspondiente, materializado, entre otras cosas, en múltiples *visitas domiciliarias*.

En síntesis, en 17 meses de «reforma», del 1-VI-1981 al 30-X-1982, el número de enfermos crónicos en la

institución ha descendido de 593 a 433. Es decir, que en ese tiempo, 160 «crónicos» han sido dados de alta. Teniendo en cuenta que 26 han sido altas por defunción, el índice probable de reinserción logrado en la población cronicada podría estimarse en el 23,6%.

Merece la pena hacer algunas precisiones sobre la reinserción social de los crónicos. Nuestra experiencia nos dice que ha sido menos difícil de lograr en los hombres que en las mujeres, y que en las zonas rurales, donde la sociedad está más integrada pese a los trastornos originados por la emigración, la reinserción ha sido más posible que en las zonas urbanas. En cualquier caso, es preciso aclarar que la reinserción social de nuestros «crónicos», institucionalizados tras larguísima años de hospitalización, desocializados y desvinculados de la sociedad exterior, es una labor extraordinariamente ardua e ingrata, en la que los equipos han participado con constancia a dos niveles: activando al enfermo y potenciando al máximo su autonomía personal, y preparando el «terreno» para su posible reinserción, con contactos frecuentes con el mundo exterior, apoyo a los familiares, permisos de fin de semana, permisos de corto plazo, permisos temporales, permisos por Navidades, Semana Santa y otros festivos, etc. Muchos de los frutos de esta paciente labor de «siembra», probablemente se recogerán en el futuro.

Es de destacar la reinserción lograda en unos 18 pacientes que han pasado a vivir a tres pisos-hogar, organizados y tutelados por al Asociación Protectora de Subnormales de Jaén, trabajando durante el día en talleres ocupacionales o centros de empleo protegido.

LA ASISTENCIA A LOS AGUDOS

Pendiente, casi desde el principio, de la inauguración de una nueva Clínica Psiquiátrica, que asumirá, entre otras funciones, la hospitalización de corta estancia, aún no se ha reestructurado globalmente la asistencia a los enfermos «agudos», y sólo se han introducido, hasta ahora, algunos cambios.

En el Sanatorio de «Los Prados», desde hace años, venían funcionando dos Unidades de Admisión, las llamadas Clínica de Hombres y Clínica de Mujeres, cada una con su capacidad para 35 enfermos, y en régimen cerrado. Si en ellas el paciente no podía ser dado de alta en un tiempo relativamente corto, se cronificaba allí o era trasladado a otros pabellones de crónicos, por lo que el índice de cronicidad de estas clínicas era bastante notable. Es decir, que las clínicas funcionaban también como unidades de clasificación de enfermos, así como unidades de «agitados» a donde pasaban todos los enfermos crónicos en situación de crisis o con tendencias a fagarse.

A partir de Junio de 1981 se ha intentado disminuir los índices de cronicidad de estas Unidades, impidiendo el paso a otros departamentos de crónicos, lo que no ha podido conseguirse del todo, aunque sí de un modo muy considerable. Ha disminuído también de un modo muy notable su uso como unidad de «agitados», tendiéndose a que todo problema o crisis se resuelva en el pabellón en donde se produzca. Por el contrario, se ha estimulado el paso de estos departamentos cerrados a la «Unidad de Voluntarios», abierta y mixta.

Al frente de estas Unidades, que no

están sectorizadas, siguen estando los mismos médicos de antes, que se responsabilizan de lo que es estrictamente la «cura» en régimen de hospitalización cerrado, con estancias muy cortas. Pero con dichos médicos habrían de coordinarse miembros de los distintos equipos sectoriales, pues ellos habrían de ocuparse de los enfermos ingresados de sus respectivos sectores, a efectos de contactos con los familiares, seguimiento posterior de post-cura, etc. Esto ha creado numerosos fallos de coordinación y multiplicidad de enfoques asistenciales, que en la práctica resultan difíciles de corregir. La solución en el futuro vendrá dada por la sectorización de la asistencia a los «agudos», lo que habrá de conseguirse en el nuevo pabellón (antigua Escuela de Enfermeras), actualmente en reforma. El mal funcionamiento de estas Clínicas se evidencia, entre otras cosas, en el hecho de que no se ha conseguido disminuir sensiblemente el número de reingresos, aún bastante alto.

La «Unidad de Ingresos Voluntarios» fue creada a finales de Junio del pasado año, en un intento de alternativa al internamiento forzoso, procurando reinvertir la demanda de internamiento en ingreso voluntario. El enfoque de esta Unidad primaba lo psicoterápico y pretendía ser una Comunidad Terapéutica, que funciona en régimen abierto y mixto.

Se pretendía una estructura asistencial de vanguardia que de algún modo rompiera la imagen negativa del manicomio clásico y contribuyera a dinamizar sus estructuras. Al mismo tiempo se pretendía entrenar al personal, para que las nuevas Clínicas a inaugurar pudiesen funcionar con un

enfoque más abierto y más comunitario.

Esta Unidad recibe enfermos de las Consultas, de los Médicos de Guardia y de las Unidades de Agudos actualmente existentes. Algunos enfermos son tratados en régimen de Hospital de Día.

En el cómputo total de los ingresos en las Unidades de Admisión y en la Unidad de Voluntarios, la evolución es claramente descendente. La «Unidad de Voluntarios» resta el 28,1% de los ingresos a las dos Clínicas, que se han visto aligeradas en el número de sus ingresos. Sin embargo, es preciso matizar que los porcentajes de la Unidad de Voluntarios en el total de ingresos sigue una línea irregular, lo que hablaría de una aún no lograda estabilidad funcional.

LA ASISTENCIA EN LOS SECTORES

Las funciones de los equipos en los Sectores correspondientes son múltiples y muy variadas, pero tienen unos objetivos muy claros: la prevención, la asistencia y la rehabilitación de todos aquellos enfermos o probables enfermos, que hasta ahora la Diputación Provincial de Jaén venía atendiendo casi exclusivamente en el Sanatorio de «Los Prados». Eso significa que los equipos han de atender a los llamados *enfermos agudos*, antes y después de su hospitalización, evitando ésta siempre que sea posible; de ahí el sentido de las *intervenciones en crisis*. Es preciso entender que el problema de estos enfermos en la mayoría de los casos tiene que ver con sus condicionamientos socio-familiares; de ahí que tenga sentido la actuación en su marco social, el contacto con sus fa-

miliares e incluso las *visitas domiciliarias*. Y han de tratar los aspectos puramente clínicos de cada paciente; de ahí el sentido de las *consultas ambulatorias*.

Con respecto a los llamados *enfermos crónicos*, los equipos han de actuar potenciando los vínculos, en algunos casos casi perdidos, con el medio exterior, facilitándoles su posible reinserción familiar, social e incluso laboral. Una vez dados de alta es preciso continuar atendéndolos en consulta ambulatoria, y apoyándolos en su medio familiar, social y laboral; de ahí el sentido de las *visitas domiciliarias*, y de las visitas al medio social, laboral, etc.

Es preciso también atender la demanda de *consultas ambulatorias* de personas sin riesgo de hospitalización. Aunque ésto en ningún caso debiera ser prioritario, al menos por el momento.

Los equipos han de aprovechar los recursos sanitarios asistenciales y sociales de sus respectivas zonas, coordinándose con los médicos generales o de cabecera, instituciones sanitarias, asilos de ancianos, residencias, Asociaciones de Subnormales, Hogares de Pensionistas, autoridades locales, etc., ofreciéndoles las adecuadas contraprestaciones. De ahí el sentido de las constantes *visitas a instituciones*.

En el terreno de la prevención y de la promoción de la Salud Mental de la población, tienen sentido los contactos periódicos con escuelas, asociaciones de vecinos y otras organizaciones ciudadanas. Así como todo tipo de *charlas de divulgación*.

En consecuencia, no debe confundirse nunca los Dispensarios de los

equipos de Sector con simples ambulatorios para Consultas Externas. Sus funciones son muchísimo más amplias. En definitiva, el Dispensario ha de servir sólo de plataforma a partir de la cual realizar el trabajo comunitario en el Sector.

Para dar una idea aproximada de las actividades que se realizan en los sectores, podrá servir de indicativo el señalar que hasta el 30 de Abril de 1982, los equipos habían realizado 2.764 consultas ambulatorias, 686 visitas domiciliarias, 84 contactos a familiares, 276 contactos con otras instituciones y 87 intervenciones en crisis.

DESPLAZAMIENTOS

El desarrollo del Plan de Reforma Psiquiátrica conlleva la potenciación de la Asistencia Extrahospitalaria, la creación de una red de Dispensarios por toda la provincia, la reinserción social de los enfermos crónicos y, en definitiva, trabajo comunitario. Esto exige forzosamente el desplazamiento de miembros de los respectivos equipos de Sector, no sólo a los Dispensarios, sino a otros pueblos y zonas del Sector. Obviamente, al comienzo, los desplazamientos fueron mínimos, pero progresivamente han ido aumentando, en función de las necesidades y demandas que surgían en la población. Paralelamente, ha ido decreciendo la población de enfermos crónicos y el número de ingresos y de estancias hospitalarias. Por tanto, es necesario entender que la Reforma Psiquiátrica conlleva un cambio en la orientación del gasto público, en el sentido de que ha de disminuir el gasto en la asistencia intrahospitalaria y aumentar el

gasto en la extrahospitalaria. Lo que, por otra parte, significa un aumento de la rentabilidad asistencial. Naturalmente, el Plan de Reforma ha supuesto una inversión de dinero, especialmente en la contratación de nuevo personal técnico, pero lógicamente no puede pretenderse que esa inversión pueda ser amortizada en el escasísimo margen de un año.

Las personas que se han desplazado pertenecen a diversas categorías laborales: médicos, asistentes sociales, psicólogos, A.T.S. y auxiliares psiquiátricos. La incorporación a los desplazamientos de los auxiliares psiquiátricos ha sido progresivamente creciente, especialmente en los sectores de Jaén y Ubeda, y se han mostrado muy eficaces en las visitas domiciliarias y las cuestiones relativas a la reinserción de los enfermos crónicos. Por otra parte, ha significado una importante reconversión de sus funciones tradicionales, a otras funciones asistenciales y comunitarias.

Con respecto a los desplazamientos, quizás sea preciso hacer una cierta autocrítica, en cuanto a que no siempre han sido debidamente planificados en función de las necesidades asistenciales, que puede haber habido determinadas improvisaciones e incluso algún que otro abuso. Son errores que quizás fueran inevitables en la puesta en marcha de unos servicios que previamente no existían. Pero eran y son susceptibles de la adecuada corrección, y es de esperar que mejore la planificación y organización de los desplazamientos, en función de los objetivos que se persiguen. Aunque, de todos modos, los desplazamientos, y con ellos el trabajo comunitario, se han visto seriamente afectados por la re-

ducción de parte de los incentivos económicos, pactada en el último Convenio Colectivo, firmado en Abril pasado, con la ausencia de Comisiones Obreras. Ciertamente, las dietas que se pagaban anteriormente eran inadecuadas y poco funcionales. Habría que haber llegado a un acuerdo racional sobre la modificación del anterior sistema de incentivos, para reemplazarlo por otro más eficaz y más ajustado a los fines que se persiguen. Eso hubiera exigido un estudio detenido y unas conversaciones no apresuradas, incluso paralelamente a las conversaciones del Convenio, sobre todo en los aspectos que podían afectar, de un modo u otro, a la organización de la asistencia. La Empresa no lo estimó así, y el nuevo sistema de incentivos pactado fue regresivo y ha tenido repercusiones en el trabajo comunitario, en el sentido de frenar su desarrollo. Las deliberaciones del Convenio fueron conflictivas, movilizaron grupos de trabajadores y generaron las protestas airadas de aquellos que habitualmente efectúan viajes, que todavía eran mayoritariamente técnicos. Ello motivó una respuesta fulminante y terriblemente torpe: los incentivos económicos beneficiarían casi exclusivamente a los médicos y especialmente a los «señoritos venidos de Madrid». Además, se dijo, los salarios de estos nuevos profesionales contratados impedirían, de algún modo, la mejora de los salarios de la mayoría de los trabajadores. Es decir, desde la Administración, que era la misma que propiciaba la Reforma, se lanzaba el mensaje de que esa Reforma era en cierto modo contraria a los intereses económicos de los trabajadores no cualificados. Evidentemente, tal mensaje no podía sino aumentar las resistencias y las reticencias ante el cambio.

ACTITUDES SOCIALES Y POLITICAS

La puesta en práctica de un programa de psiquiatría comunitaria, y sobre todo la apertura al medio exterior del manicomio, genera todo tipo de reacciones en la población, que de entrada suelen ser negativas y de rechazo. Sólo la mejora de la asistencia y su extensión a la comunidad puede ir cambiando ese tipo de actitudes, convirtiéndolas paulatinamente en positivas. Por eso, la Reforma ha encontrado siempre una mayor comprensión y apoyo en la provincia que en Jaén-capital, una ciudad que no llega a los 100.000 habitantes y de mentalidad muy conservadora, sobre todo en sus capas medias, que son las de mayor peso. Para muchas ciudades y pueblos de la provincia la Reforma significaba una oferta de servicios públicos hasta entonces inexistentes, y eso tenía que ser bien recibido por la población, aunque sólo fuera porque a mucha gente le ahorra costosos viajes a la capital. Por el contrario, en Jaén, la Reforma significaba la apertura de «su» manicomio y la salida a la ciudad de todos los fantasmas que la imaginación popular había depositado dentro de él, juntamente con los enfermos internados allí. Fue como si el «basurero» se destapase y sus supuestos «malos olores» se difundiesen y extendiesen por la ciudad, produciendo angustia, inquietud y malestar entre su población «normalizada» y «normalizante». La salida de los locos a la calle, aunque tímida y escasa, fue vivida tal si hubiese sido la invasión de los marcianos, alimentada por toda clase de rumores y exageraciones sobre la supuesta agresividad incontrolada y la hipersexualidad de los locos, que, ahora

libres, cometerían toda clase de tropelías.

Para deshacer mitos y tabúes, quisimos abrir las puertas del manicomio a los medios de comunicación y a todas las personas que tuviesen interés o curiosidad de conocerlo por dentro, en la convicción de que lo que se viera y se transmitiera sería muchísimo menos terrible que lo que se imaginaba. En efecto, durante el verano de 1981 aparecieron varios reportajes sobre «Los Prados» en distintos órganos de prensa (incluido el «Jaén», de la antigua cadena del Movimiento, que habitualmente sustenta posiciones bastante reaccionarias), que mostraba comprensión y simpatía por lo que se intentaba hacer. Y se celebraron algunos festejos populares, abiertos a todos los enfermos y a todas las personas de la calle que quisieran asistir, intentando restablecer la comunicación entre los internos y los externos, aunque fuese por unas cuantas horas. La convivencia fue posible, y los prejuicios de los de fuera, pudieron disolverse momentáneamente. Muchas de las fiestas que se han organizado, posteriormente, han querido tener el mismo sentido.

Pero no sería suficiente. El muro de silencio que tradicionalmente rodeaba al manicomio, desaparece y, consecuentemente, todos los sucesos e incidentes que acaecen en la institución salen ahora rápidamente al exterior y son difundidos a todos los niveles, deformados, falseados y manipulados de un modo absolutamente increíble. Por ejemplo, el simple traslado de una monja de un pabellón a otro, a propósito de un pequeñísimo incidente con un interno, de inmediato es presentado por el diario «Jaén» de este modo: «La Dirección de los Prados expulsa a una

monja de un pabellón», dando a entender a los lectores que los «nuevos» médicos progresistas, venidos de fuera, «foráneos», alientan a los peligrosos locos en contra de las pobres y sacrificadas monjitas. Determinadas personas, nominadas e innominadas, airean constantemente, desde dentro a fuera, todo tipo de rumores, negativos siempre y malintencionados. Muchos de ellos inverosímiles (orgías sexuales, embarazos colectivos, administración masiva y forzada de anticonceptivos, abortos clandestinos, hostilidad hacia la religión, etc.) que sin embargo obtienen una cierta credibilidad en la población, en la medida que eran difundidos por «prestigiosas» personas que trabajaban en la institución. Salían también comentarios sobre el radicalismo político, la insensatez, la «ignorancia» tecnocrática de los médicos «foráneos», o sobre la imaginada depravación de sus vidas privadas. Era una forma subrepticia, y ciertamente sucia, de oponerse a los proyectos de cambio asistencial, por parte de quienes temen que ese cambio pueda afectarles en sus intereses particulares o en sus posiciones de poder, al parecer inconfesables.

Como los rumores crecían y se hacían cada vez más negativos y preocupantes, al estar creando un cierto estado de opinión pública contrario a la Reforma, tuvimos que salir a la calle, a los barrios, a las Asociaciones de vecinos, a tomar contacto con los sectores populares de la población, entre los que encontraríamos a nuestros usuarios. Quizás fuera algo precipitado, pero en ningún modo incoherente, ya que esos contactos serán siempre imprescindibles en la práctica de una psiquiatría comunitaria. Así pues, di-

mos múltiples charlas y coloquios en los barrios, y en diversos pueblos, con resultados francamente positivos. Evidentemente, la oposición a la Reforma tenía que proceder de otros sectores de población más acomodada y conservadora, de sectores entre los que presumiblemente no tendríamos muchos usuarios. Era una oposición potenciada y animada por determinadas «fuerzas vivas» (de dentro y de fuera del manicomio) y por el periódico local, sin duda preocupados por lo que de popular podría llegar a tener la susodicha «reforma». Por eso, nuestras charlas despertaron la alarma del periódico local, que, en un comentario editorial, nos acusaba poco menos que de ir a hacer «agitación política», política de extrema izquierda (?) a los barrios: ¿Cómo el Presidente de la Diputación lo permitiría?. Y ciertamente esas charlas crearon algunas inquietudes en determinadas instancias del P.S.O.E., el partido que «nos había traído a Jaén». Aunque nadie nos diría nada abiertamente.

Luego vendría lo peor: a propósito de unos desgraciados accidentes (accidentes que siempre han ocurrido, ocurren y ocurrirán, porque los accidentes son casi siempre imprevisibles), el diario «Jaén» desató una furiosa campaña contra nosotros, creando una cierta psicosis colectiva entre la población, una psicosis de rechazo y aversión hacia todo lo que viniera de «Los Prados», hacia la Reforma Psiquiátrica, hacia los «nuevos» médicos. Se trataba de desprestigiar como fuera la transformación de la asistencia que se estaba iniciando, a sus responsables técnicos, a la Diputación y al partido que la gobierna, el P.S.O.E.. La Reforma servía de excelente pretexto para una lucha, que nos era ajena, y de claro trans-

fondo político, exacerbada ante la proximidad de las elecciones autonómicas andaluzas. Y la Reforma debió convertirse para la Diputación, para el P.S.O.E., en un arma de doble filo, en una «patata caliente», en algo que podía ser impopular y que podía hacer perder imagen a «alguien». Por tanto, había que neutralizarla de algún modo, despotencializarla y, desde luego, no apoyarla, o apoyarla lo menos posible. Y distanciarse de ella, para que, en el peor de los casos, salpicase negativamente a los técnicos responsables, o irresponsables, según conviniera. Solos, aislados, «incomprendidos», faltos de apoyo político explícito, respondimos a aquella campaña de prensa, luchamos como pudimos, y tal vez consiguiéramos imponer una cierta racionalidad y firmeza con nuestras argumentaciones. Desde luego obtuvimos muchos apoyos en ciertos sectores progresistas de la ciudad, y se llegó a formar en la ciudad un Comité de Apoyo a la Reforma Psiquiátrica, que luego apenas funcionaría, quizás porque desde el principio fuera boicoteado dentro, tal vez por el propio P.S.O.E., o por el P.C., que todo hubiera sido posible.

Y es que la dichosa Reforma también podría llegar a hacerse popular —algunos datos lo atestiguaron—, y entonces hasta podría ser rentabilizada por otros, situados más a la izquierda (?) del P.S.O.E.. De cualquier modo, cada vez parecía estar más claro que a la Reforma Psiquiátrica había que frenarla, «encauzarla» adecuadamente, para que no resultase en ningún momento peligrosa y para que, en el mejor de los casos, únicamente pudiera ser rentabilizada por el P.S.O.E., que para eso «la había traído», «la había hecho». Otros protagonistas no podían ser ad-

mitidos. Los técnicos responsables, o irresponsables, o ilusos e idealistas, tal vez habíamos resultado ser demasiado protagonistas de la Reforma, habíamos salido demasiado en la prensa, aunque fuese para mal nuestro. Y sobre todo éramos «rebeldes», no éramos de fiar. Era preciso controlarnos, desde la distancia, quitarnos fuerza, quitarnos apoyo, y dejarnos a la deriva. Desde luego, perdimos la confianza de los gestores políticos, pero quizás, aún sin ella, podíamos serles útiles (¡éramos tan trabajadores!) y, debidamente frenados, poco peligrosos.

El caso fue que la antes referida «psicosis colectiva» fue progresivamente diluyéndose, los rumores acabaron por difuminarse y el diario «Jaén» (en vías de posible disolución ante el anuncio de su futura subasta pública) dejó de dar noticias sensacionalistas y alarmantes sobre «Los Prados», sobre todo desde que el P.S.O.E. ganase abrumadoramente las elecciones andaluzas. El periódico ya apenas hablaba de nosotros. Si alguien hablaba de la Reforma, eran otros. Y la Reforma se iría públicamente desdramatizando, había dejado de ser algo novedoso y ya no era un pretexto fácilmente utilizable para otros fines. Pero, asistencialmente, también iría perdiendo fuerza. Aunque, ¿a quién importaría eso?. Ya no inquietaba demasiado a nadie.

Los problemas ahora se internalizan, se hacen internos. Dentro del manicomio, poco a poco se va percibiendo que el Director de los Servicios Psiquiátricos no tiene suficiente confianza de la Administración, e incluso circulan rumores de que su cabeza podría rodar de un momento a otro. No hay contactos, ni diálogo, ni dis-

cusión abierta con los responsables políticos de la Administración, «porque nunca tienen tiempo». Y la Reforma plantea constantes problemas que nunca se pueden resolver claramente, y se aplazan, se aplazan. El Director pierde credibilidad, y fuerza, dentro de la institución. Además se le aísla y se le margina de cuestiones importantes. Los técnicos más comprometidos en el cambio son mal vistos y son hostigados, a diversos niveles. Por el contrario, los médicos más opuestos al cambio aparecen como más potenciados; sus criterios, ahora disfrazados de tecnocracia, parece que son más tenidos en cuenta: la medicalización de la asistencia, la absoluta jerarquización del equipo, el poder del médico.

Y actúan, interactúan, se potencian, ganan en influencia. Pero nada se dice claramente, y en consecuencia aumenta el desconcierto, la incertidumbre, la inseguridad. Y la situación se deteriora, y nada se clarifica. Todos, según se dice, están de acuerdo con la Reforma, lo que quizá falla es el «estilo». (?)

EL CORSE ADMINISTRATIVO

Hay que hablar de la Fundación Pública «Miguel Servet». Constituida en los primeros meses de 1982, como un ente de gestión de los Servicios Sanitarios (entre los que se incluyen los Servicios Psiquiátricos) de la Diputación Provincial de Jaén, ha de ser conceptuada como un paso adelante, en cuanto que supone la autonomía y la agilización en la Administración y en la financiación de los centros públicos, libres ahora de trabas burocráticas y de inoperantes

interferencias. Pero actúa, con sus Estatutos y su Reglamento, como un férreo aparato de gobierno claramente antidemocrático, y de hecho viene a encorsetar el proceso del cambio psiquiátrico antes iniciado. La Reforma va a ser gobernada por el recién contratado Gerente de la Fundación, a pesar de que no se sienta mínimamente identificado con ella ni con sus objetivos. En una estructura rígidamente piramidal; el Gerente depende absolutamente del Presidente de la Fundación y de la Junta Rectora (todos ellos cargos políticos), pero el Director depende en muchos aspectos de él. Parece como si hubiera sido puesto para poner «orden» en Los Prados, no hay Junta de Gobierno, sólo una Junta Facultativa, escasamente representativa y exclusivamente consultiva. Al Director de los Servicios Psiquiátricos se le recortan las funciones, se le limita la capacidad de decisión, se le reduce al mínimo su intervención en la selección del nuevo personal a contratar. Parece que no se quieren más «rojos» incontrolados. Y se le mantiene completamente al margen de cuestiones financieras y hasta de la elaboración de los presupuestos. En este terreno, y en otros muchos, el Administrador, que está en línea directa con el Gerente, tiene más fuerza, más influencia. Todo ha de ser controlado por la Administración.

Tal situación no es desaprovechada por la «derecha médica», y la «reacción» se moviliza en contra del «estilo» (?) de la Reforma, lo que, de entrada, no viene mal, siempre que frene y desmoralice y desuna al Director y a los técnicos más progresistas. Pero el movimiento anti-Reforma lle-

ga también a poner en cuestión a la Administración, que se siente ligeramente amenazada, puesto que no puede aceptar que se ataque «su» Reforma. Y, en un movimiento pendular, frena ese movimiento. La «derecha médica» también ha de ser controlada. Todo el mundo quieto, aunque la Reforma ha de seguir adelante. Pero ¿cómo?

PROPUESTAS PARA UN FUTURO INMEDIATO

Desde hace meses estamos en un desconcertante «impasse». En la Memoria de Actividades, que fue enviada a la Administración en el pasado mes de mayo, finalizaba con los siguientes párrafos:

Si la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica en la Provincia de Jaén sigue adelante, con el pleno apoyo político de la Administración y con el suficiente respaldo de la Dirección de los Servicios Psiquiátricos, si la Reforma no es frenada o regresada por la propia Administración, cabrían hacer algunas consideraciones de cara a un futuro inmediato, y algunas propuestas.

Es absolutamente fundamental el mejorar las relaciones con la Administración y con la Gerencia, y lograr un clima de diálogo y de negociación, franco, abierto y crítico. Es preciso clarificar posiciones y crear los cauces propicios para que se disuelvan las tensiones y los problemas, que continuamente se presentan y se han de presentar, puedan ir resolviéndose en un marco de mayor racionalidad. Naturalmente, ésto será posible en la medida que ambas partes mantengan los mismos objetivos que existían al inicio de la Reforma.

Es preciso mejorar y cambiar el planteamiento de la asistencia a los enfermos denominados «agudos». Las nuevas clínicas no pueden ser una simple trasposición física de las actuales, sino que han de convertirse en un auténtico Centro Psico-Social, con diversificación de la oferta asistencial, que ha de tener un enfoque más abierto, más psicoterápico y más comunitario. Ese Centro ha de ser un Centro de tratamiento intensivo que cubra la hospitalización con estancias cortas y sectorizadas, la hospitalización diurna, los grupos de terapias ambulatorias, las consultas ambulatorias, etcétera.

En cuanto a la rehabilitación de los denominados «crónicos», será necesario cambiar radicalmente el enfoque actual de las gratificaciones por la llamada «laborterapia», y desarrollar al máximo la Terapia Ocupacional, hasta ahora apenas iniciada. La reinserción social de los crónicos no puede quedarse en la simple reinserción familiar, como hasta ahora. Muchos pacientes carecen de familia. Es preciso estudiar a fondo, en los aspectos organizativos y financieros, las experiencias de Hogares Protegidos, realizadas en colaboración con la Asociación Protectora de Subnormales, para extenderla y desarrollarla con nuestros propios medios y teniendo siempre a la autofinanciación.

Hay también que buscar vías para la reinserción laboral, tales como talleres ocupacionales fuera de la institución, formas de empleo protegido, etcétera.

Por supuesto hay que consolidar y profundizar en lo hasta ahora conseguido, corrigiendo y mejorando los errores y fallos cometidos, y mejorando los aspectos organizativos y de planificación. El énfasis deberá seguir poniéndose en la asistencia extrahospitalaria comunitaria, cambiando cualitativamente los contenidos de esa asistencia, que hasta ahora siguen siendo excesivamente medicalizados. Habrá que racionalizar la organización del trabajo, y específicamente los horarios, para hacerlos más funcionales y adecuados para la asistencia comunitaria. A medida que vaya siendo posible, habrá que ir ampliando el número de personal con horario de 9 a 5. Y naturalmente la dedicación exclusiva.

En definitiva, habrá que seguir adelante, porque pararse es estancarse, pudrirse y volver atrás.

Ha pasado el tiempo, y todavía estamos esperando de la Administración esa respuesta clara a esas «propuestas para un futuro inmediato». ¿Hasta cuándo?

Jaén, noviembre 1982