

Gracias. Gracias.

extremo ha sido objeto de las corrientes antipsiquiátricas de los años 60 y ha experimentado también el régimen abierto de los hospitales de día. Ahora se intenta encontrar nuevas soluciones que mejoren su calidad de vida, pero que no son posibles sin unas estructuras sanitarias adecuadas y sin una participación activa de toda la sociedad. El tema es desde luego complejo y para tratar sobre él nos acompañan de nuevo, como ya hicieron el jueves pasado, Blanca Mas, profesora del curso de nivelación de ATS desde la UNED y encargada del programa, y su invitado, el psiquiatra Manolo Desviar. Hola, buenas noches. El programa de hoy va a continuar hablando sobre la reforma que se está llevando a cabo en las instituciones hospitalarias, en concreto en los hospitales psiquiátricos, la vuelta del enfermo mental a casa o a la comunidad, y para ello contamos con la presencia de Manolo Desviar, psiquiatra, director de la Universidad de Madrid, y también con la participación de la Universidad de Madrid.

director del Hospital Psiquiátrico de Leganés y un poco el alma del proyecto de la reforma de la zona sur. Buenas noches, Manuel. Bueno, vamos a empezar comentándonos cuáles son las críticas que ha recibido esta reforma, cuáles han sido las acusaciones más graves que se han recibido. Bueno, en un programa anterior yo planteaba a tus preguntas, planteando la necesidad de pasar del hospital psiquiátrico a la comunidad del tratamiento de los enfermos mentales. Yo creo que en este paso se han producido, digamos, una serie de dificultades, una serie de dificultades que han llegado a veces con razón, otras veces sin ella, a una crítica que en general ha sido bastante homogénea en todos los países donde se ha producido la reforma psiquiátrica. En general, las críticas... ...se han centrado por una parte en el abandono de los pacientes...

accidentes crónicos en las grandes ciudades y por otra parte en la posible criminalización de estos pacientes. Hay que tener en cuenta que las experiencias han sido tremendamente heterogéneas, que por ejemplo en Estados Unidos en 30 años se han pasado de 600.000 personas ingresadas en hospitales psiquiátricos a 130.000 y que dependiendo de qué estado o a qué otro se ha hecho con más o menos recursos sociales y sanitarios de acogida. A veces realmente no ha habido suficientes recursos de acogida. Por otra parte, respecto a la criminalización, yo creo que eso sí es importante señalar hasta qué punto esto responde más a una fantasía de la población, luego hablaríamos de por qué, que a una realidad. Sí, enlazando un poco con lo que estás diciendo, ¿nos podrías hablar de cómo se ha tomado la comunidad esta reforma? ¿Cómo afecta la vuelta del enfermo mental a su seno? Dado que hay la idea también de que la comunidad es un lugar de la vida,

un poco en plan fantasía, como tú dices, de que el enfermo mental es peligroso y existe un rechazo hacia él. Yo creo que hay algo que se ha cometido también, hay una doble fantasía. Los profesionales de la salud mental que iniciábamos reformas, pues hace, por ejemplo, 20 años yo creía, junto con otros compañeros, que el simple hecho de poner a una persona que estaba en el hospital psiquiátrico, llevaba en el hospital psiquiátrico 30 años, ponerla en la comunidad de una manera casi bastante milagrosa, la comunidad la iba a curar. Invertíamos el proceso de creación de la psiquiatría de los primeros alienistas, de Pinedo y de Esquidol, que planteaban el encierro, nosotros pensábamos que al revés, que devolvernos a la comunidad, esa comunidad iba a normalizar su comportamiento. Ese es uno de los problemas. Por otro lado, se pensaba en la comunidad como una entidad, digamos, bien, muy preparada, con una cultura suficiente como para asumir la entrenamiento. ¿Crees que es como estás? Sí, está

bien. No, di amik et albe. Sí, sí, sí. ¿Por qué? Porque cuando vengo acá, estoy 是不是ando este efectivo, porque ahora me tengo miedosigator en general, porque he aprendido algo sobre Pinedo y alcalde. Bueno, esta era mi pensión. ¿Muchas gracias? Bueno, pues bien, nos yLoveckoro 8-11 en footage. Vamos por aquí. Pero voto para Carlos. 아이, pero funk four ver lateral, pero.... sobre casas faktoriales no todavía va a estar République, porque por eso solamente vamos a intentar a hacerlo. Pero mi Freddie Tech. No sé si ustedes ya Commissionora zijn de Pinedo, nadie es de Pinedo,

Lo que se ha visto es que no es así. Lo que se ha visto es que en la mayoría de los lugares, aunque se haya trabajado con la comunidad, el perfil que se tiene del enfermo mental es de una persona peligrosa, una persona que hay que tener cuidado con él, una persona que hay que tener lugares custodiales, probablemente porque no se puede suprimir de la noche a la mañana un proceso de creación del enfermo mental como una entidad peligrosa en muy pocos años de una manera, digamos, voluntaria. Entonces, este quizá ha sido uno de los problemas importantes. El otro ha sido que, claro, cuando uno tiene 30 o 40 años, una persona ingresada, cuando la quiere sacar ya es muy anciano. Lo que quiere decir que más que un enfermo mental, que en su día fue, lo que hace falta es un lugar para vivir. A veces tiene tan poca autonomía que en muchos casos hay que llevarle a una residencia de ancianos. Es lo que se ha llamado como la transinstitucionalización. Entonces, se ha acusado de que no se estaba haciendo una desinstitucionalización, sino el paso de una institución total a otra, que sería...

la residencia de ancianos, con lo cual se empobrecía la calidad de vida del sujeto que se desinstitucionalizaba. Lo cual es relativamente cierto, porque en nuestro país pasar de un manicomio a una residencia de ancianos generalmente hay una mejora de la calidad de la vida, porque son mejores las residencias, suponiendo que encuentren alguna vez alguna plaza, porque son difíciles, y por otro lado, sobre todo, el cambio más importante es que en una residencia ya no hay un estatus de enfermo, no hay un estatus de loco, y el simple hecho de que uno esté sin estatus de loco hace que uno se encuentre bastante mejor. Y con respecto a estos cambios y estas reformas, ¿cómo se ha tratado la prensa? ¿Ha guiijoneado la prensa este rechazo o este miedo de la población ante el enfermo mental, o por el contrario, ha defendido la postura de que hay que ir cerrando los hospitales psiquiátricos y dar alternativas al enfermo mental? Mayor y Friul diferenciaría en la prensa dos tipos de prensa. Hay una prensa que es la prensa... De sucesos, una prensa que se ha ocupado desde siempre exclusivamente...

de los hechos criminales, de los suicidios, de los escándalos, que bueno que cumple su función, es una cosa que uno la comparte, y que no ha cambiado nunca, es decir, que es la misma que digamos que se preocupa de la prensa de corazón, que trata los pequeños escándalos de la vida cotidiana. Hay otro tipo de prensa que es la que sí creo que ha tenido, digamos, unas sustituciones, que es la prensa de opinión. Es decir, la prensa de opinión empezó a apoyar la reforma psiquiátrica, los movimientos de desinstitucionalización, en torno a los años finales 60-70, la apoyó de una manera importante, criticando la existencia de las instituciones totales y de los manicomios, quizá también en un momento donde toda la sociedad se preocupaba por las instituciones y por la desinstitucionalización de todo, de la familia, de la escuela, etc. Era un movimiento. Posteriormente se ha comprobado, por ejemplo, se han hecho estudios que en casi todos los países, concretamente hay estudios en Italia, en España,

lo hemos visto en Estados Unidos,

Una vez que empiece a hacerse la reforma psiquiátrica, la prensa de opinión empieza a asumir el concepto de peligrosidad del enfermo mental y empieza a añorar el manicomio y a acusar de que hay locos en la calle, de que hay criminales en la calle cada vez que hay realmente un delito. Y sobre todo a reflexionar, dejando entrar fundamentalmente artículos de opinión en los grandes periódicos de nuestro país, dejando entrada a personas que realmente están añorando continuamente el manicomio. De tal manera que solamente habría que hacer un seguido, es decir, el comportamiento de las páginas de opinión de los grandes periódicos para darse cuenta de que la mayoría de las veces los psiquiatras que hablan son psiquiatras que representan una vieja añoranza por el hospital psiquiátrico. Y dejando al lado el tema de la prensa, que aunque es muy interesante, es demasiado largo para nuestro programa, el enfermo mental realmente vuelve a la comunidad de forma genérica, pero quien lo acoge en la mayoría de los casos es la familia. ¿Están preparados?

las familias para hacerse cargo de esta responsabilidad? ¿Qué tipo de ayudas reciben? Y al mismo tiempo, ¿cómo se enfrentan ellos al problema? Creo que esta es una pregunta muy importante por una razón. Durante un tiempo, desde los presupuestos casi antipsiquiátricos, se pensaba, y con estudios sobre la esquizofrenia, que se culpabilizaba a las familias de hacer hijos esquizofrénicos. Desde un momento determinado que hubo, desde la psiquiatría, una culpabilización porque la familia abandonaba pacientes en hospitales psiquiátricos o bien porque sus formas de pautas de conducta de educación estaban generando patología mental. Cosa que, bueno, en parte, evidentemente es verdad. Sin embargo, con esto no se conseguía nada. Lo único que se conseguía es crear mucha más angustia en las familias, crear una situación de incapacidad para abordar el problema. Entonces yo creo que ahora hemos llegado a una posición, no digamos más eclesial, más antipsiquiátrica, pero yo sí creo que más exacta.

En estos momentos consideramos que desde un servicio público de salud, desde un servicio de prestaciones sociales que intenta ser solidario en la sociedad, el Estado, las organizaciones autonómicas, quien sea, tiene que asumir como prestaciones el que hay veces, se tiene que hacer cargo de personas porque la familia no puede hacerse cargo de ninguna manera. ¿Por qué? Porque hay familias suficientemente débiles que si realmente introduyéramos ahí de nuevo la persona, haríamos que enfermar a toda la familia en algunas ocasiones, con lo cual incrementaríamos simplemente el número de pacientes que entrarían en problemas. Otras veces son personas ancianas, otras veces... Quiero decir que el cambio es fundamental, hay que colaborar con las familias, hay que trabajar con las familias, hay que hacer asociaciones, hay que favorecer que se creen asociaciones. Hay que favorecer que todo el tejido ciudadano...

el tejido social que en este país, hombre, por razones históricas está poco desarrollado, gracias a la herencia de muchos años de dictadura, entonces hay que intentar que desde esta propia sociedad, digamos, se empiecen a dar respuestas y que las familias intervengan, colaboren, participen en el tratamiento a los enfermos mentales, pero no hacerles los únicos responsables. Con esto se liga yo creo que a lo que estábamos hablando antes, que tampoco se puede mitificar la familia ni como generadora de patología, ni como sanadora o curadora de patología. Por lo que nos estás contando, parece que en esta reforma lo más importante es lo que podríamos denominar estructuras intermedias o

estructuras de cuidado intermedias. Yo creo que hay dos aspectos fundamentales, uno la formación y otro lo que tú estás diciendo. El que estás diciendo significa, claro, que la respuesta no es tanto hacer un centro de salud mental o contratar más psicólogos o contratar más psiquiatras. O mismo. Y terminar más técnicas sofisticadas.

La respuesta es crear un sistema de servicios suficientemente flexible como para dar acogida a una patología que es muy flexible. Quiere decir que una vez que se suprimen las tapias del manicomio, lo que empieza a aparecer son nuevos patrones de cronicidad. Nuevos patrones que además son ubicuos, es decir, que se presentan y que además son unipresentes, es decir, que se van presentando en distintas formas que además cambian mucho, con lo cual nosotros no podemos dar respuestas rígidas a cosas que son, sin embargo, muy polifacéticas en su forma de presentar. Quiero decirte con esto que a veces hacemos centros de día cuya configuración, una vez que ha terminado la primera piedra de ponerse, ya no nos sirve. Es decir, que por eso digo que hay que crear estructuras y muchas estructuras. Estructuras a veces a cargo del Estado o de la comunidad autónoma, el municipio, etcétera, quien tenga la responsabilidad. Otras veces, digamos, a cargo de las propias estructuras familiares. O ciudadanos que colaboren con, o voluntarios, etcétera, que colaboren con la propia comunidad.

Y el otro aspecto que sacaba yo antes, yo creo que también es fundamental, que es el de la formación. O sea, todo el sistema sanitario español está basado en la atención, no solamente español, sino en nuestro entorno sociocultural, está basado en la atención a la cronicidad. Perdón, es un laso, es precisamente a la atención a los enfermos agudos. La formación, el currículum de la mayoría de nosotros no tiene en cuenta el tratamiento a los pacientes crónicos. Cosa curiosa, ni el sistema sanitario en general, todos sabemos que fundamentalmente se estructura en torno a las urgencias, a la medicina quirúrgica, etc. Cosa curiosa en una sociedad que está cambiando sus patrones de morbi-mortalidad, cuya población está envejeciendo. Una de las situaciones que se ha visto es que la gente no tiene ningún tipo de vida, no tiene ningún tipo de vida. La gente no tiene ningún tipo de vida, no tiene ningún tipo de vida, no tiene ningún tipo de vida, no tiene ningún tipo de vida. cosas de muerte o de enfermedad, de invalidez más importante son los accidentes, por ejemplo, de tráfico que crean personas con traumas y con deterioros que hay que atender. Así que hay, digamos, toda una serie de razones para pensar que habría que...

que cambiar la formación desde los primeros años de las carreras, de todas las carreras que informan la sanidad, que cada vez son más, y que habría que empezar a introducir en el currículum materias que tienen que ver con la rehabilitación, que tienen que ver con el redacto social, técnicas específicas para atender los crónicos. En psiquiatría a veces se produce un fenómeno tan importante como que ni siquiera el lenguaje del médico es el mismo que el lenguaje de la persona que está siendo atendida, con lo cual teniendo en cuenta que la palabra juega un papel fundamental en la escucha y en la posible colaboración con una persona que te cuenta sus problemas, hasta ese punto. Eso es un problema que pasaba en Estados Unidos, por ejemplo. Al psiquiatra se le enseñaba a atender neurosis o patologías de determinado tipo de nivel social. ¿Qué pasaba? Que llegaba a un barrio marginal e intentaba escuchar a determinadas personas que no se entendían. Yo creo que puede pasar lo mismo, o sea, el lenguaje clínico, como se diga, a lo mejor. ¿Qué pasa con la presión? ¿Qué pasa con la presión? ¿Qué pasa con el lenguaje

Para Banchel, si a uno le enseñan en determinado tipo de universidad, a lo mejor le cuesta trabajo entenderlo. Y sobre todo no tiene técnicas específicas muchas veces para poder actuar. Bueno, se nos acaba el tiempo del programa. Hemos intentado pasar una breve revista a la reforma sanitaria desde el punto de vista de los hospitales psiquiátricos. ¿Cómo lo ha acogido esta reforma la comunidad, la familia? ¿Cómo se están creando cada vez más estructuras intermedias y una serie de plataformas o una red social para ayudar a que este paso no se convierta en un fracaso y que el enfermo mental se quede solo de nuevo? Así termina el tiempo de Videsa.

La situación de los enfermos mentales y algunas propuestas concretas que contiene el proyecto de reforma de la asistencia psiquiátrica han sido objeto de nuestro interés esta noche. Nuestro invitado ha sido Manolo Desviar, psiquiatra implicado en este proyecto de reforma en la zona sur de Madrid y director del Hospital Psiquiátrico de Leganés. Con él habló Blanca Mas, profesora del curso de nivelación de ATS de la UNED. El jueves que viene vamos a iniciar una serie de espacios dedicada a la alimentación. En qué consiste una alimentación equilibrada, hábitos, tecnología, higiene alimentaria, serán algunos aspectos que iremos tratando en semanas sucesivas a partir del próximo jueves. Será con la ayuda de Socorro Calvo, profesora de bioquímica en la UNED y gran entendida en nutrición y alimentación. Así que os esperamos en Vida y Salud el jueves que viene a las ocho y media de la noche. ¡Suscríbete al canal!

Seguimos en la programación educativa y cultural de la Universidad Nacional de Educación a Distancia y continuamos de momento en el ámbito de la salud mental. Comenzamos así nuestra cita habitual con el mundo de la psicología.