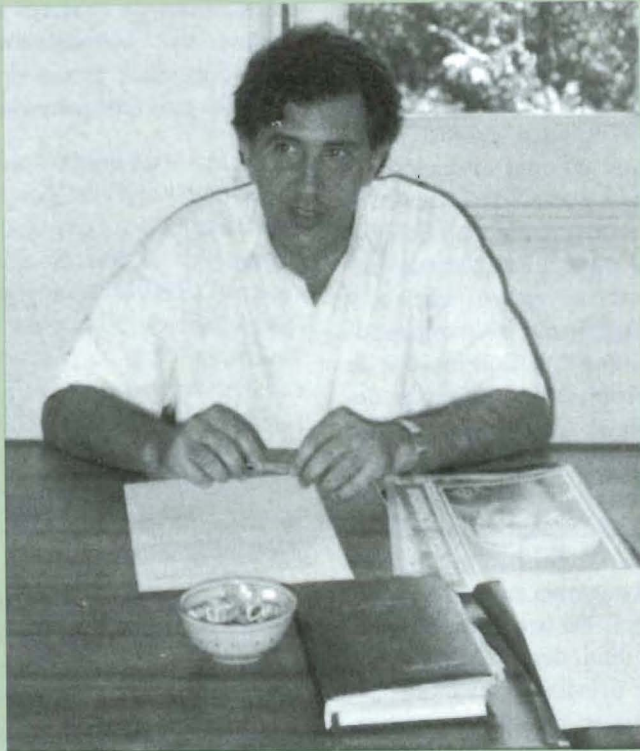


ENTREVISTA CON MIGUEL ANGEL LUENGO LOPEZ



Realizada por: Enrique Dalmases Castellote

MIGUEL ANGEL LUENGO, médico psiquiatra, es actualmente coordinador del Área de Salud Mental número 11 de Valencia, que integra dos centros: El centro de Salud de la Cruz Roja y el centro de Salud Casa Museo. Fue también coordinador de la comisión encargada del proceso de deshospitalización del Sanatorio Geropsiquiátrico «Padre Jofré», más conocido por Psiquiátrico de Jesús, de Valencia.

—Como coordinador de la comisión responsable del proceso de «deshospitalización» del Psiquiátrico de Jesús, ¿puedes informarnos de la situación del estado real en que se hallaba dicho centro?

—Cuando la comisión inició sus trabajos, en octubre de

1986, el centro no reunía las más mínimas condiciones, no ya asistenciales sino de vida. Su estado era ruinoso habiéndose incluso producido desplomes del techo en los años 83 y 84. Los dormitorios eran antiguas naves con capacidad para 60 personas y una altura de 5 metros. No había calefacción y escaseaba el agua caliente, dato este último muy importante si se tiene en cuenta que el 60% de los pacientes tenía problemas de incontinencia, por lo que el hedor en los dormitorios era insoportable. Había así mismo pocos servicios higiénicos —una ducha por cada 22 personas— y aparecían frecuentemente roedores en el recinto hospitalario.

En un informe del Instituto de Salud Mental del año 84 se habla del centro como algo «lindante con el chabolismo» y en la memoria elaborada por la comisión lo calificamos de «almacén de miseria tercermundista».

La población internada cuando se inicia el proceso de deshospitalización era de 304 personas, cifra mínima si la comparamos con las casi 1.300 ingresadas en 1970, con predominio de ancianos y una media de 26 años de internamiento.

El modelo asistencial, por denominarlo de algún modo, era de corte asilar y el encierro se concebía como la principal terapéutica, lo que llevó a un profundo grado de cronificación, deterioro e institucionalización de los enfermos.

Dos hechos anecdóticos pueden clarificar suficientemente este punto. Por una parte la gente no utilizaba tenedor ni cuchillo, por temor a las posibles agresiones, y por otra, cuando iniciamos el proceso de

sacar a los internos a la cale para determinar su nivel de autonomía y entrábamos por ejemplo en bares, pudimos observar que alguno de ellos pedía todavía zarzaparrilla y agua de litines. Lo cierto es que nunca existió un planteamiento rehabilitador.

—¿Cuáles fueron las líneas maestras del proceso de deshospitalización?

—Lo primero que se hizo fue un estudio individual, en 4 áreas, de la población ingresada. Se atendió a aspectos clínico-psiquiátricos, clínico-orgánicos, de autonomía funcional y también a cuestiones de índole socio-familiar. Respecto a esto último se trató de identificar la situación jurídico-legal y económica del enfermo, así como la existencia de familiares y posible relación con ellos.

A raíz de este estudio se delimitaron 4 grupos básicos de sujetos. En primer lugar aquellos enfermos que mantenían sintomatología psiquiátrica activa que justificaba su internamiento. Este grupo, integrado por sólo 22 personas, fue trasladado al Psiquiátrico de Bétera. Un segundo grupo estaba formado por individuos con graves problemas orgánicos; para ellos se firmó un convenio con el Hospital Municipal de Alcira y allí se enviaron 33 personas. Otro grupo lo formaban 59 retrasados mentales severos, jóvenes en relación al resto de internos (menores de 45 años), para quienes se construyó una residencia específica, «Juan de Garay». Por último, el cuarto grupo estaba constituido por aquellos que no tenían clínica psiquiátrica ni orgánica importante, y que fueron catalogados en función de su nivel de autonomía personal. De ellos 5 fue-

ron a domicilios propios, 4 a hogares adoptivos, 20 a domicilios asistidos, 48 a recursos comunitarios, 31 a residencias de tercera edad, 45 a residencias asistidas y 2 fueron trasladados de área. En total fueron deshospitalizadas 269 personas.

—En muchos sectores de población parece que se identifican los conceptos de «des-hospitalización» y «reforma psiquiátrica».

—Esta es una cuestión que me parece fundamental. La deshospitalización del psiquiátrico de Jesús, como la progresiva que se estaba produciendo ya en el de Bétera, no es un elemento exclusivo —aunque sí es el que más ha llamado la atención y conoce la población general— sino que se inscribe dentro de un plan más amplio de reforma psiquiátrica, que a su vez se inspira en los principios de la Ley General de Sanidad de 1986. Dicha ley contempla fundamentalmente dos aspectos: acabar con el hospitalcentrismo y conseguir una asistencia comunitaria. Se trata, en definitiva, de invertir el sentido de las cosas. Antes, para preservar a la comunidad de los individuos con graves desequilibrios psicológicos, lo que se hacía era alejarlos, ingresarlos en centros hospitalarios.

Ahora de lo que se trata es de acercar los recursos sanitarios a la comunidad y lograr una asistencia integral, en relación con otros servicios, a través de equipos multidisciplinares. Todo ello, y aquí entra el tema de la deshospitalización, al tiempo que se posibilita la salida de aquellas personas que en un determinado momento fueron aisladas y que no presentan en la actualidad una situación clínica que justifique el internamiento.

En este marco se debe entender el proceso de deshospitalización nunca como algo aislado. Sería imposible iniciar un proceso de estas características si no existieran previamente en

la comunidad una serie de recursos que se hicieran cargo del seguimiento y de la vigilancia de la calidad de vida de los enfermos, que es en definitiva lo más importante.

—En relación con lo que acabas de mencionar. ¿Cuál es la situación actual de los pacientes deshospitalizados?

—En un primer momento el seguimiento de estas personas se llevó a cabo de forma conjunta entre el personal del equipo de deshospitalización y el de las áreas. Existe una serie de indicadores que pueden dar una idea de la situación actual. Así, el índice de mortalidad es bajo, no superior al de la población general de la misma edad, y desde luego inferior al de la población internada en el psiquiátrico. La incontinencia, en la mayoría de los casos, ha dejado de ser un problema. Los reingresos han sido prácticamente nulos y en general el aumento de la calidad de vida incuestionable, algo lógico y nada meritorio si se tienen en cuenta las condiciones del lugar de procedencia.

—En líneas generales, ¿se ha conseguido una adecuada reinserción en la comunidad, fin último que inspira la reforma?

—Esto es relativo, dado que la muestra de la que estamos hablando está constituida fundamentalmente por personas ancianas, que arrastran un deterioro producido, no tanto por la enfermedad, como por los años de internamiento. Desde luego hay que alabar el esfuerzo de las áreas por intentar mejorar esta situación. El personal de enfermería, a través de un programa de crónicos, trabaja en aumentar la capacidad de autonomía. Se va a buscar a la gente, sobre todo la más incapacitada, para que vaya a pasear, vaya de compras, etc. También se intenta, en aquellos casos en los que es posible, que hagan deporte e integrarlos en los recursos sociales específicos para la tercera edad. Hay inclu-

so algunas personas, pocas, que han conseguido una autonomía prácticamente total, de forma que es mínimo el control por parte de los equipos. Yo creo, y eso es lo más importante, que una parte sustancial de los enfermos ha recobrado su identidad personal y recuperado el sentido de la propiedad individual.

—Hablando en un sentido más amplio, ¿cuál es tu opinión sobre el estado actual del proceso de reforma en la Comunidad Valenciana?

—Es muy difícil ser optimista en este momento y la perspectiva es poco prometedora. Estamos en una situación de «impas», por no decir de retroceso. Para que haya un proceso de reforma de este tipo es fundamental un apoyo político, y los cambios que se han producido en los dos últimos años de los responsables políticos dependientes de la Diputación, así como la falta de competencias de ésta en materia de salud y la transferencia de las funciones al S. V. S., han incidido de forma negativa en el proceso de reforma. De hecho los equipos no se han desarrollado como estaba previsto y las bajas que en ellos se producen prácticamente no se cubren. La infraestructura de las áreas es deficiente, con problemas muchas veces tan elementales como la falta de espacio o de teléfono. Hay una carencia casi absoluta de recursos intermedios y no se ha cumplido en ningún momento el programa en cuanto a apertura de unidades de psiquiatría o salud mental en hospitales generales. Realmente no existe un plan de salud mental, aunque parece que en estos momentos se está retomando el tema.

—Lo acabas de apuntar; la gran crítica que se hace al sistema de salud mental vigente es la falta de estructuras intermedias (hospitales de día, talleres ocupacionales, hogares terapéuticos...) como recursos alternativos al internamiento.

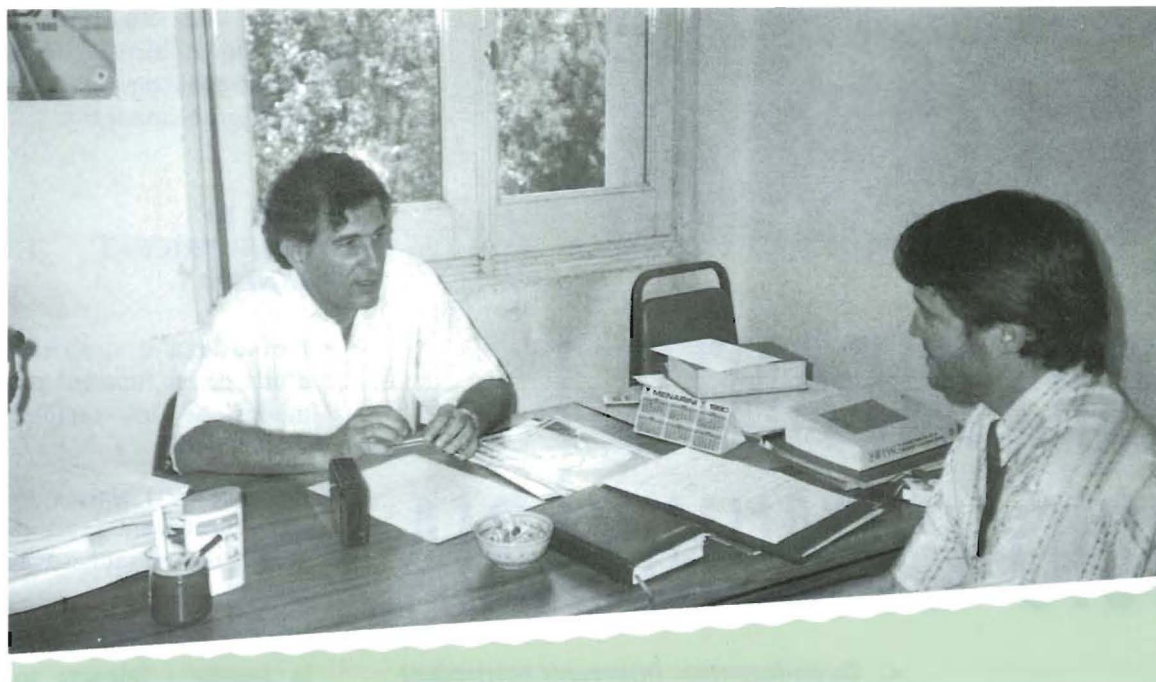
—La falta de estructuras intermedias es básica. No existe un lugar adecuado para los ancianos de la población que experimentan un deterioro progresivo; no hay hospitales de día, que sin embargo sí estaban contemplados en el plan de reforma. No existen lugares apropiados para psicóticos jóvenes, con cuadros que se están institucionalizando en centros como el hospital psiquiátrico que no ofrecen calidad asistencial.

Esta falta de recursos intermedios es, indudablemente, uno de los más graves problemas con que nos enfrentamos.

—A nivel de población general parece existir bastante desconfianza, o cuando menos desconcierto, por la eliminación del clásico «manicomio». Esta idea resulta muchas veces fomentada por acontecimientos trágicos protagonizados por antiguos «reclusos» de esos centros y que han sido muy resaltados por los medios de comunicación social. ¿Cuál es tu opinión al respecto?

—Es otro tema fundamental. Es algo que a mí personalmente me ha interesado siempre mucho; incluso inicié un trabajo para analizar la actitud de la prensa valenciana respecto a la «locura». Este trabajo, que consistió en recoger todo lo publicado sobre el tema en el periodo comprendido entre 1910 y 1912, pone de relieve la existencia de un estereotipo sobre la locura, una imagen falsa que se mantiene en nuestros días. Este estereotipo incluye improductividad, agresividad, desviación y actos imprevisibles o extravagantes, y ha tenido una utilidad social porque sobre lo negativo de esta imagen los individuos han sido capaces de aprender su propia normalidad y se reconocen como «sanos», mientras que los otros deben ser apartados, castigados. Por esta razón se crea realmente el hospital psiquiátrico.

Cuando aparece este tipo de sucesos, con el «loco» como



protagonista, ni siquiera se puede permitir la sociedad el lujo de hablar de «presuntos». Cuando se refleja un asesinato, un acto terrorista o cualquier otro hecho delictivo, sin que haya «locos» por medio, se habla de «presuntos». Aquí no, aquí hay que afirmar tajantemente qué es lo sano, que somos nosotros, y qué es lo que hay que eliminar de la comunidad.

Creo además que los que trabajamos en salud mental hemos contribuido, de alguna manera, a fomentar esta imagen. Cuando se han creado centros específicos para «locos» —y nosotros hemos trabajado en este tipo de centros—, cuando se han alejado de las ciudades y se han amurallado, cuando colectivos de estos centros se plantean el solicitar un plus de peligrosidad, cuando se mantienen celdas de aislamiento, cuando en estos centros el poder médico —por razones que uno no acaba de entender— impide a las personas ingresadas comer con cuchillo y tenedor, y se les ve comiendo huevos fritos con cuchara, somos nosotros realmente los que estamos contribuyendo a fomentar este estereotipo.

Personalmente creo que hay más agresividad en el mundo de los llamados «sanos» que en

el de la gente ingresada en psiquiátricos. A veces me planteo que si yo estuviera en un centro así, recibiendo la violencia institucional que estas personas han sufrido durante 30 años y se me negaran condiciones mínimas y elementales, sería desde luego agresivo.

—Para intentar acabar con esta situación, ¿no serían necesarias campañas o programas de información general en la comunidad?

—Es posible que tengan su interés, aunque personalmente desconfío mucho de ello porque cambiar una actitud es muy complicado. Con una campaña de información se puede modificar el componente cognitivo de esa actitud hacia la locura pero no se cambia la actitud real, concreta, específica de rechazo.

Creo que es más útil lo que actualmente se plantea. Los hospitales psiquiátricos tienen que desaparecer; estas personas tienen que ser incluidas en salas de hospital general, integradas en un sistema de salud único, y los equipos tienen que trabajar en la misma comunidad. De este modo el lógico recelo inicial de la sociedad dará paso, paulatinamente, a un reconocimiento de que las diferencias son mínimas.

—¿Cuál crees tú que debería ser el rol del psicólogo que trabaja en un Centro de Salud Mental?

—Yo no puedo hablar específicamente del rol del psicólogo, sino más bien del rol de todas las personas que trabajan

en estos centros. El rol es algo que va implícito en la persona que lo desempeña y lo que se plantea como discusión es cuál es el mejor método de trabajo para que un equipo multidisciplinar funcione respondiendo a criterios de eficacia y de objetivos asistenciales que se pretenden alcanzar. En mi opinión en un proceso como éste, que es un proceso abierto, la no jerarquización, la no excesiva «enrolización» y la facilidad de búsqueda entre todos de las mejores soluciones es lo que determina realmente cuál es el rol de cada uno de los componentes del equipo.

—Finalmente, ¿cuál sería, a partir de tu experiencia, la formación postgraduada más adecuada para el psicólogo clínico que trabaje en este campo?

—Creo que hay una cuestión común a psicólogos y psiquiatras. Ambos, cuando finalizan la carrera, desconocen prácticamente y de una manera casi total lo que es el trabajo asistencial y el contacto directo con los usuarios. No obstante y a partir de ese momento existe una gran diferencia y es que mientras el psiquiatra es «recogido» por todos los organismos (Seguridad Social, Diputación...), el psicólogo sin embargo se encuentra absolutamente desamparado y no tiene una posibilidad real de prácticas ni de trabajo.

Creo que la tendencia, para solucionar este estado de cosas, debería orientarse hacia la creación de un sistema P. I. R., similar al M. I. R., que posibilite períodos de práctica en los centros sanitarios y el contacto directo con el problema asistencial.

—En otro orden de cosas, y centrándonos en los Centros de Salud Mental que tú coordinas, ¿qué funciones desempeñan los psicólogos?

—En cada centro trabaja un psicólogo y sus funciones varían de uno a otro. En uno de ellos el psicólogo se dedica fundamentalmente a toxicomanías, elaborando programas psicoterapéuticos para el toxicómano y su entorno. En el otro centro se atienden los problemas de alcoholismo del área y tres sectores de población en cuanto a psiquiatría general. Al psicólogo se remiten directamente muchos de los problemas detectados en los centros sociales de base; además, específicamente, participa en un programa asistencial de niños maltratados, en colaboración con el centro «Salvador Allende», y en temas relacionados con la mujer y la marginación de que es objeto, en relación con el «Institut de la Dona».

Conviene aclarar que los casos derivados directamente al psicólogo son aquellos que verbalizan su interés en ser atendidos por este profesional. De igual forma, y aunque acuden inicialmente al psiquiatra, éste puede decidir —tras una valoración previa— que es más adecuada la intervención del psicólogo.