

COL.LABORACIONS

Salud mental y Comunidad Valenciana: Aportación a un debate Jornada de trabajo celebrada en los locales del Colegio en Valencia el 19 de junio de 1982

Primera parte: Les Jornades de Salut Mental i Comunitat a Catalunya, celebrades en Barcelona, en febrer de 1982.

Intervienen:

Alfons Icart (miembro de la comisión organizadora y miembro de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos).

Mercé Pérez i Salanova (presidenta del Colegio de Psicólogos en Catalunya).

Roser Pérez Simó (presidenta de la sección de psiquiatras del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona).

Publicamos la intervención de Alfons Icart, y en próximos números lo haremos con las otras dos intervenciones y un resumen del debate final.

LA SALUT MENTAL I LA COMUNITAT

En presentar avui aquí al País Valencià les Jornades de Salut Mental i Comunitat que vam celebrar el mes de febrer passat a Barcelona, hem cregut oportú fer un breu repàs històric de com hem viscut la salut mental aquests últims anys. Aquestes jornades segurament que han estat possibles avui perquè prèviament hi ha hagut grups de professionals que han promogut la reflexió i renovació dels conceptes de salut i malaltia mental, tant a casa nostra com fora d'ella.

Són molts els replantejaments que apareixen entorn a la salut i la malaltia mental, tant a nivell de conceptes com

d'ideologia de treball o possibles models que facin que la població no continuï emmalaltint, modalitats per a potenciar la salut mental de la comunitat, i per aquells que ja han emmalaltit fer que trobin els recursos necessaris per a restablir el seu equilibri.

Trobem, doncs, per una part, les experiències de sectorització dutes a terme a França i a Ginebra, el moviment psiquiàtric italià encapçalat per Franco Basaglia, desaparegut, i d'altres.

Aquí a casa nostra també hi ha hagut una gran inquietud, i part dels professionals de la salut mental han estat els detonadors del sorgiment de noves experiències, ja que es trobaven descontents de la pràctica emprada en la majoria dels escassos centres públics responsables de la Comunitat pel que fa a la manera d'atendre la malaltia mental. Aquestes experiències han estat, entre altres, els Centres d'Higiene Mental.

Ara bé, per què es dona aquest fenomen? És casual, o pel contrari hi ha hagut aquests últims anys factors socials i públics que han contribuït a desencadenar desordres importants? Sí, i aquests han estat captats en algun moment per una part dels professionals de la salut, més sensibilitzats i descontents dels recursos actuals responsables de l'assistència a la malaltia mental.

És evident que un fenomen tan important com el deteriorament de la salut mental de la comunitat cal buscar-lo en la història mateixa de la comunitat, en

els fenòmens psicològics, sociològics, polítics i econòmics d'una societat en crisi, per manca de plantejaments formals i d'un mínim de planificació en la seva dinàmica.

Els successos de política internacional, la industrialització, la urbanització deshumanitzada, la immigració forçosa, etcètera, plantegen als individus conflictes que modifiquen els sistemes de valors ètics, els rols tradicionals de l'autoritat i transformen la dinàmica familiar. Aquestes situacions tenen una gran repercussió en la salut mental de l'individu, de la família i de la comunitat, ja que actuen com a factors d'«stress» que augmenten la vulnerabilitat enfront dels desordres mentals. Aquests últims anys hi ha hagut un gran deteriorament de les condicions de vida familiar i al barri, produït per la crisi de l'estructura social mateixa. La massiva immigració forçosa de molta gent en busca d'un lloc de treball; l'atur; la manca d'un treball digne; les condicions indignes a què es veuen obligades a viure moltes famílies, en pisos que no disposen d'un mínim de condicions; el nivell cultural baix i primari d'una gran part de la població, on no s'hi respecta la vida i la convivència, etcètera.

Tots coneixem aquesta realitat, conseqüència d'un creixement desorganitzat, sense cap planificació ni condicions humanes. La simptomatologia d'aquesta societat en crisi i mancada d'atenció la trobem constantment pels nostres carrers, amb conductes agressives i violentes que atempten contra la seguretat pública, el consum desmesurat de droga, el suïcidi i el fracàs escolar, la inadaptació a la família i a la societat, l'embaràs no desitjat, etcètera.

Els centres d'higine mental.

La depauperada situació de l'assis-

tència a la malaltia mental, ja sigui en sectors públics o en pràctiques privades, la demanda de la comunitat expressada pels subjectes que pateixen i no troben atenció i els debats ideològics sobre el model mèdic, són els punts inicials de reflexió dels C. H. M.

Els centres neixen amb nom i cognom de «privat», els quals, però, cal diferenciar clarament de cap finalitat lucrativa. D'entrada els centres es troben en un espai ben delimitat, com: el buit que hi ha entre l'assistència ambulatoria —tan defectuosa— i l'ingrés manicomial que assegura la Diputació, i el buit que queda entre l'assistència pública i la privada.

Progressivament, el C. H. M. dibuixen un espai propi d'acord amb els recursos humans i econòmics i els objectius de cada un d'ells, i que s'aniran concretant en zones geodemogràfiques concretes: barris, municipis, comarques.

Els C. H. M. realitzen la seva tasca entenent la salut mental com un procés de constant interacció entre la persona i el medi ambient. Per tant, la salut com la malaltia mental, el conflicte psíquic i el trastorn psiquiàtric-psicològic poden sorgir en la no superació de les contradiccions internes inherents al funcionament humà. Com es pot entendre, els centres es proposen actuar en els dos pols de la contradicció: en la persona, entesa com una unitat biològica, psicològica i social, i en el context social i cultural en el qual aquella neix i creix.

Amb aquestes premisses hom es pot adonar que en la ideologia d'aquests centres es vol anar més enllà de l'atenció a la malaltia. Es pretén anar desenvolupant una pràctica que contempli la salvaguarda de la salut mental i la prevenció de la malaltia. Aquesta és un variant molt important que els centres

anem incorporant en el nostre treball, i que més endavant quedaria establerta com un dels objectius dels C. H. M.: assistència, prevenció de la malaltia i potenciació de la salut. Tot això és possible de realitzar quan els professionals de la salut mental, sense perdre la nostra identitat, som capaços de sortir de l'espai físic del centre i ens endinsem en la comunitat, no pas per dirigir, sinó senzillament per aportar-hi la part que ens pertoca com a agents de la salut mental; no des de les jerarquitzacions del saber i del poder, sinó en la distribució i definició dels serveis que uns i altres poden prestar, en els diversos moments del procés i segons les necessitats puntuals del moment.

L'especificitat de la higiene mental vindria definida per l'aportació a la població de coneixements, activitats i tècniques o recursos que permetin afrontar de forma òptima les dificultats i contradiccions que sorgeixen en la pròpia persona o entre aquesta i les condicions en què es desenvolupa. Treballant-ho individualment o des del context, amb coneixements, mètodes i tècniques provinents del camp de la psiquiatria, psicologia, psicoanàlisi, així com d'altres ciències socials que aportin elements de comprensió al coneixement de l'home, i tenint com a punt de referència la salut mental.

Coordinadora dels centres d'higiene mental

Quasi paral·lelament a la posada en marxa dels primers centres d'higiene mental, neix la necessitat de trobar un espai comú on sigui possible l'intercanvi de les experiències de treball i les reflexions de cadascun dels grups, que permeti avançar en la definició dels C. H. M. i de la funció social i sanitària que els fóra pròpia. Igualment sentíem

necessari que aquest espai fos una plataforma amb capacitat per a reivindicar i aconseguir un lloc en l'àmbit social, professional i polític-sanitari.

Així, doncs, comencem a coordinar-nos entre nosaltres a principis de l'any 1976.

La Coordinadora ha tingut una funció difícil a l'hora de resoldre favorablement o desfavorablement les peticions d'aquells grups que expressaven el desig de formar-hi part. Les condicions de privat de tots ho dificultava. Solament des de la voluntat d'un projecte era difícil dir que complia els objectius i funcions dels C. H. M. Per altra part, si bé la Coordinadora no volia el paper d'àrbitre i tampoc l'exclusivitat d'un cert tipus de pensament i pràctica assistencial, si era conscient de la seva funció en tant que sentinella i conductora del procés.

S'arribà a l'acord de les exigències que demanaria la coordinadora per a poder discernir si un grup hi podia pertànyer o no. Aquestes foren les següents:

— No perseguir finalitats lucratives. Que el centre no fos propietat o patrimoni econòmic de ningú, sinó de tots els treballadors. Que no hi hagués diferències de sous per estaments.

— Que fossin un equip pluridisciplinari.

— Que posseïssin un mínim d'informació de la població on actuaven, així com de l'organització i dinàmica de la comunitat.

— Que subscriessin globalment els documents elaborats, en diferents moments, per la coordinadora.

De llavors ençà la coordinadora emprèn un funcionament regular, amb els següents objectius:

1. Traspasar informació.
2. Possibilitar un debat sobre el

concepte i la pràctica de cadascun dels centres.

3. Organitzar la nostra presència en els moviments professionals o ciutadans.

4. Denunciar la situació assistencial, reclamant als organismes de govern i als seus responsables que n'assumeixin les responsabilitats. Conscienciar la població de les seves necessitats en matèria de salut mental.

5. Lluitar perquè se la inclogui dins la xarxa assistencial pública i per tant perquè siguin finançats i planificats per aquesta.

La Coordinadora de C. H. M. ha estat un espai real de debat i intercanvi. De vegades, tant les possibilitats reals com les opcions ideològiques i professionals de cadascun dels grups de treball eren suficients per a dificultar que aquesta coordinadora pogués prendre posicions unitàries davant la població, els professionals i els organismes de govern. La impossibilitat, però, d'unificar tendències en el si de la coordinadora l'ha convertida fonamentalment en un marc de debat intern, i possiblement li ha minvat força i unitat per a la reivindicació polític-sanitària.

Hem avançat, tanmateix, en la possibilitat de perfilar i definir els objectius i funcions propis als C. H. M., entenent-los com a dispositius amb possibilitats reals per a l'assistència primària, secundària i terciària.

Des del seu inici, la coordinadora ha tingut diferents formes d'actuació i ho ha fet en àmbits diversos. Unes vegades ha complert la funció de denúncia de la poca honradesa de l'actual sistema sanitari. D'altres ha aportat la seua experiència i reflexió a altres plataformes preocupades per l'esdevenir de l'assistència psiquiàtrica —psicològica— a Catalunya. Ha aportat també elements

de reflexió a la comprensió dels fets acostats a la vida quotidiana, a la nostra cultura. Més enllà de la reiterada demanda formulada als organismes de govern perquè ens incloïssin en els seus plans i programes per a l'assistència a la salut mental, hem reivindicat també que aquests assumissin les seves responsabilitats dins el conjunt de la xarxa assistencial pública.

Tots coneixem els límits i la profunditat dels nostres debats, com són d'enriquidors i immobilitzadors, l'agressivitat i libidesa dels seus continguts. Però coneixem també el valor que la coordinadora ha tingut en la continuïtat del conjunt d'experiències i en l'avenç envers els objectius que contemplàvem.

Els debats s'han concretat puntualment amb els documents unitaris que ha estat necessari d'elaborar. Un d'ells per a connectar amb els organismes de govern competents, ja sia per a donar-nos a conèixer, per palesa, la nostra voluntat d'ésser assumits i integrats en la xarxa assistencial pública, o per reivindicar davant l'Administració el reconeixement dels nostres plantejaments, com una forma d'assistència real i progressista.

Altres debats s'han organitzat entorn a la participació de la coordinadora en actes professionals o cívics en diferents àmbits.

Finalment, la coordinadora, a través de les dues jornades d'estudi que ha organitzat, ha tingut un espai privilegiat per a debatre a fons les opcions i postures de cadascun dels centres, o dels seus membres, que donen suport a la pràctica quotidiana.

L'eix central del debat ha buscat la justa equació entre els factors psicològics i socials que permetés desbrossar les formes d'obrar que aconseguissin la satisfacció de les necessitats en salut

mental de la població, i trobar al mateix temps l'especificitat en tant que professionals de la salut mental i actual des d'un centre d'higiene mental.

Estem segurs que en aquesta recerca hem estat, a vegades, dogmàtics en el «psicologisme» o «sociologisme». Dogmatisme que fa palesa la dificultat universal per adequar la pràctica a les presumpcions teòriques i ideològiques i el fet que una traducció codificada de les darreres comporta en una i altra pràctica l'amputació de parts de la veritat. Produint escotomes que comporten inquietud i malestar, però també la necessitat de revisar constantment el quefer psiquiàtric, psicològic o qualsevol que sia, fet que sens dubte enriqueix tota pràctica.

Podem dir actualment que el resultat d'aquests anys d'esforç i de lluita s'ha començat a notar, com ho mostra el fet que dels sis primers centres que la Diputació de Barcelona posa en marxa de cara a construir una xarxa d'assistència primària, quatre són centres d'higiene mental.

El treball interdisciplinari en els centres ens ha anat apropant a professionals de diferents institucions: secció col.legial de psiquiatres, col.legi de psicòlegs i assistents socials; ens ha configurat més com a treballadors de la salut mental i fa més possible un constant intercanvi de coneixements, com han estat últimament les Jornades de Salut Mental i Comunitat.

ALFONS ICART

Segunda parte: Puntos de vista técnico políticos sobre la salud mental en la Comunidad Valenciana.

Por Ricardo Puchades (psicólogo clínico en ejercicio privado, colaborador de Dispensario Público).

LOS INDICADORES DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

En el preámbulo del acta constitutiva de la Organización Mundial de la Salud, se definió a ésta como «el estado de bienestar completo, físico, mental y social», y se especificaba además que **no consistía solamente en una ausencia de enfermedad.**

Otra organización internacional e interprofesional, la Federación Mundial para la Salud Mental, remarcó el concepto de salud mental óptima —referido

a un estado de salud ideal absoluto— entendiéndola como la posibilidad de utilizar al máximo las aptitudes físicas y psíquicas del organismo, y remitiendo dicha posibilidad al medio social en que se ubica el individuo.

¿Quién no suscribiría estas definiciones? Lo que me interesa señalar de ellas es que entienden por salud mental algo que trasciende al campo de lo tenido tradicionalmente por patológico. Y esto es todavía más esencial cuando la consideramos desde una perspectiva comunitaria. Por lo mismo, su atención va más allá de lo estrictamente asistencial para recalar en lo preventivo y en la promoción de las circunstancias más saludables —o menos patógenas— posibles. De este modo, actualmente, cuando hablamos de salud mental comunitaria nos estamos refiriendo a una serie de actividades tanto asistenciales como preventivas y de promoción de

salud. Actividades tan ligadas entre sí que cualquier intervención en una de ellas repercute a la vez en las demás. Actividades, por otra parte, que implican la participación de profesionales procedentes de diferentes áreas y de instituciones diversas: sanitarias, políticas, administrativas, educativas..., y, sobre todo, aquellas que suponen el concurso activo y directo de la comunidad.

Si nos preguntamos cuándo una comunidad está cuidando su salud, habremos de guiarnos por la presencia de ciertos indicadores sociales. ¿Qué indicadores? ¿Cuáles son?... Quiero señalar dos dificultades principales para responder a esto, y que hay que tener en cuenta a la hora de identificarlos. La primera es que todo, de alguna manera, directa o indirectamente, influye, y se corre el riesgo de dejar de lado hechos flagrantes en la búsqueda de indicadores operativos. La segunda es la de la apreciación cualitativa, además de cuantitativa, de los posibles índices. Por ejemplo, el porcentaje de paro ya es significativo, pero lo es más si lo consideramos en relación a: cuánto asciende el subsidio, durante cuánto tiempo, la cualificación profesional y, en definitiva, el valor «contractual» en que queda ubicada la persona.

Yo voy a referirme a unos pocos, concretos, que me parecen importantes, sin olvidar esos otros que llamaría «macroindicadores», tales como el mencionado del paro, el nivel de escolarización, los salarios, las condiciones de trabajo, la política presupuestaria y un largo etcétera. Cito los siguientes para abrir un posible debate:

— La existencia de participación activa de la comunidad, a través de organizaciones tales como asociaciones de vecinos, comités de empresa, aso-

ciaciones familiares, de enfermos..., en la toma de conciencia de cuáles son los problemas y las medidas que se toman.

— La presencia de las instituciones político-administrativas —presencia coherente con su compromiso social e ideológico— en la creación, desarrollo y mantenimiento de los planes de asistencia y prevención de la salud mental.

— El nivel de desarrollo de dichos planes o programas.

— La colaboración —también compromiso— de los medios de comunicación.

— La descentralización de las instituciones asistenciales.

— La existencia de equipos interprofesionales en el trabajo de salud mental.

— El nivel del trabajo preventivo y de promoción que desarrollan dichos equipos, junto al trabajo estrictamente existencial.

— La existencia de estudios epidemiológicos puestos al servicio de comprender las causas, más que de clasificar y controlar síndromes.

— El grado de colaboración entre los grupos e instituciones implicados en la tarea de salud mental...

Por último, unas palabras acerca de la constitución y funcionamiento de equipos interprofesionales, refiriéndose a equipos que trabajen en salud mental comunitaria, y que, por tanto, no privilegian masivamente las actividades terapéuticas en detrimento de las preventivas y de promoción.

Es un hecho generalmente aceptado —y pueden rastrearse razones históricas y de todo tipo que explican que así sea— la conveniencia de que los trabajadores en salud mental se agrupan en **pequeños grupos interprofesionales.**

Interprofesionales porque es la única manera de abarcar las competencias implicadas en su tarea asistencial, pre-

ventiva y de promoción. A propósito de esto, he de decir que me parece bochornosa la ausencia del psicólogo, tanto clínico como social, en las instituciones responsables de la tarea en salud mental. Bochornosa y significativa. Es todo un indicador. Creo que la composición ideal —y que es relativa a la población en que se integra el equipo— sería la que agrupara a auxiliares psiquiátricos, trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos, con la asesoría de sociólogos, pedagogos, internistas y pediatras.

Pequeños, de diez a quince personas, pero no menos de diez, porque es imprescindible un grado de homogeneidad, contacto y discusión internos, sólo posibles en grupos pequeños. No menos de diez por la propia higiene mental del grupo, por las presiones, tensiones y frustraciones que habrá de soportar y elaborar, y por el riesgo de ver constreñida toda su actividad al trabajo de diagnóstico y terapia.

En cuanto a su funcionamiento suscribo una premisa muy clara: toda iniciativa en salud mental conlleva un

riesgo de psiquiatrización. Esta es una iniciativa surgida históricamente, al menos en Europa, con un talante des y/o antimistificador. Sin embargo, puede ocurrir lo de casi siempre: que una iniciativa progresista sea asimilada por el propio orden que trate de subvertir y se convierta —de manera más sutil— en mistificante. Por lo tanto, este grupo exige, en mi opinión, una mínima homogeneidad ideológica en lo que hace a este punto, en que no se trata esencialmente de un trabajo de diagnóstico y tratamiento. Por lo mismo, la discusión y autocrítica intragrupal deben ser constantes.

Por otra parte, entiendo que la interprofesionalidad no debe suponer una especialización en compartimentos estancos. Los diferentes profesionales deben estar capacitados para dedicarse a las mismas actividades, y de la misma manera, durante la mayor parte del tiempo. Sin duda, y también con frecuencia, su especialización será irreduciblemente requerida.

EL PAPEL DE LOS GABINETES MUNICIPALES EN LA PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA, DADO SU CARÁCTER Y COMETIDOS

Por **Concha Aldomar Boscá** (psicólogo, miembro de la Junta Rectora de la Delegación del País Valenciano del Colegio de Psicólogos y de la Coordinadora de Gabinetes Municipales).

La Coordinadora de Gabinetes Socio-Psicopedagógicos Municipales, del Co-

legio de Psicólogos, de la que voy a tratar de ser portavoz, quiere hoy, aquí, haceros partícipes de algunas de sus reflexiones.

Partimos de tres premisas que espero compartáis todos:

1.^a La importancia de los primeros años de la vida de un individuo no es comparable a la de ninguna otra época por la cantidad y cualidad de adquisiciones que se efectúan. Esto es algo unánime.

2.^a El carácter transformador de la escuela puede que sea cuestionado, enfrentándolo al carácter formativo.

Formar-transformar es algo, quizás, a cuestionarse por todos, como también

la necesidad de transformar, en primer lugar, la escuela.

Lo que ya no resulta controvertido es la influencia que ejerce la escuela en el proceso vital del individuo.

3.ª La salud pública es una cuestión compleja y es un problema que se sale del ámbito exclusivo de la medicina.

Y, a partir de estos tres puntos, ¿cómo inciden los gabinetes socio-pedagógicos municipales en la salud de un pueblo?

Sus funciones de diagnóstico, orientación y tratamiento se convierten en una importante medida de prevención de variados y frecuentes problemas con los que nos encontramos cada día (esta es, a nuestro juicio, su labor más importante) y que, para concretar, englobamos en problemas de aprendizaje y problemas de conducta y/o personalidad, que engendran una inadaptación escolar que puede acarrear un fracaso escolar cuyas cifras actuales son alarmantes (se baraja ya con toda naturalidad el 40% y hasta el 60% en población urbana de la periferia) y que puede dar lugar a:

- Posteriores comportamientos delictivos o sociopáticos.

- Drogadicción (estadísticamente está demostrado que cada vez el empleo de drogas comienza en edades más tempranas);

- Suicidios (por todos conocido el incremento en los jóvenes).

Todo ello aumenta el caudal de la marginación. Y, en el mejor de los casos, en los que no se llega a estos extremos, produce inestabilidad y problemas personales de ajuste y adaptación.

Pero el niño no es sólo un ser escolar. El niño es miembro de una familia y de una sociedad, y los problemas escolares, el fracaso escolar no es un problema puro, puede estar contaminado por

problemas orgánicos, familiares, sociales e incluso escolares.

En el niño inciden: familia, escuela y sociedad como tres grandes círculos tangentes interiores de los que recibe estímulos, patrones de conducta, esquemas de valores, no siempre coincidentes y con demasiada frecuencia contradictorios.

Los gabinetes municipales han venido naciendo, frecuentemente, en el marco de la escuela. El propio nombre con que se les designa en un principio: psicopedagógicos, el mismo lugar físico de ubicación (en muchos casos, el edificio escolar) y su acción, fundamentalmente, dirigida al niño, les da un carácter típicamente escolar.

Pero su función no se queda ahí, exclusivamente, en el niño, ya que se ven también en la necesidad de actuar sobre la familia, labor más o menos ardua, más o menos satisfactoria, pero casi siempre posible y con la que se puede alcanzar una efectividad con respecto a las dificultades del niño.

Esta labor puede llevarse a cabo de una manera individual o también, como se está haciendo, colectiva, a través de charlas formativas, dinámica grupal, escuela de padres, etcétera.

Este contacto con la familia da pie a captar la problemática social en la que, la mayoría de las veces, la familia está inmersa y que condiciona su trayectoria, repercutiendo en la del niño.

A su vez, se ven también en la necesidad de dirigir su acción, aunque de forma más limitada, hacia la escuela, por lo que de partícipe tiene en la causa, factor desencadenante, trayectoria y desenlace de la problemática individual.

No hay que olvidar los posibles problemas orgánicos que han de ser atendidos por profesionales de la medicina, pero que, por las repercusiones

reforma sanitaria en profundidad, con un sistema de salud que unifique las múltiples competencias dispersas, e igualmente falta una reforma de la Administración pública. Entretanto, la S. S. se seguirá desentendiendo del problema, y me temo que con los mejores propósitos, las corporaciones provinciales —que yo creo funcionan aún casi como hace cien años— continúen haciendo beneficencia, aunque se le llame ahora asistencia social o salud mental de la comunidad.

2.º El problema del personal técnico. Es evidente que la atención a la salud mental desde una óptica distinta requiere la colaboración de un gran número de profesionales de todos los órdenes; pero es igualmente evidente que la formación que hoy en día reciben los técnicos dista mucho de ser la que corresponde al nuevo trabajo que se les va a exigir dentro de una comunidad en continuo cambio.

Por otro lado, es ya tradicional que una buena parte de los profesionales implicados ofrezcan una gran resistencia a variar el modelo de su práctica. En el caso concreto de la psiquiatría, que ostenta hoy un papel hegemónico y casi exclusivo en este campo, el mayor problema creo que consiste en el peso de la tradición clínica, de claro corte organicista, que ve con recelo la aparición de otras profesiones competitivas y que, a mi juicio, es incompatible con un modelo distinto de atención a los problemas en el mismo contexto en que se producen y en compromiso directo con el cuerpo social en que realiza su praxis. Esta ideología médica supone una indudable rémora a la hora de transformar las instituciones de salud.

3.º Por último, no hay que olvidar que, a pesar de la evolución económico-social del país, lo cierto es que quedan

aún grandes sectores de población para los que todavía —y más ahora con la crisis— el problema primario sigue siendo la lucha por la supervivencia. De hecho, el único problema que impide que muchos internados de Bétera no salgan a la calle es la falta total de recursos económicos, y la miseria social es la característica común a todas las personas que asistimos dentro y fuera del hospital. A este respecto es significativa la diferencia de clientela entre el hospital de Bétera y el Clínico. Mientras a este último ingresa mayor número de mujeres casadas, con mejor nivel social y con el diagnóstico más frecuente de depresión o neurosis, la población de Bétera es mayoritariamente masculina, jóvenes en paro la gran mayoría, analfabetos, ingresando sobre todo por problemas que tienen que ver con la droga, el alcohol o por haber realizado algún delito, cuando no ingresan voluntariamente como refugio ante la carencia absoluta de medios económicos o ante la hostilidad de su propio ambiente. Y no digo nada de los ingresos en Jesús, donde, según mis últimas estadísticas, casi el 30% de los fallecimientos —que son muchos— ocurre durante su primer mes de estancia, lo que hace buena su calificación como antesala del cementerio, y es sólo una pequeña muestra del drama que para las clases más desposeídas debe significar la llamada tercera edad.

Ante esta situación, todo el mundo debe tener claro que lo que demandan estos sectores es de la comunidad son, fundamentalmente, respuestas políticas urgentes y no apaños técnicos, y que mientras esas situaciones intolerables no se modifiquen, el manicomio seguirá persistiendo, inexorablemente, como la única solución real que esta sociedad es capaz de dar a este tipo de problemas.

LA SALUD MENTAL COMUNITARIA Y EL MUNICIPIO

Por **José Micó Catalán** (médico pediatra y concejal delegado de Sanidad del Ayuntamiento de Valencia).

Yo sentía reparo en mostrar cierto sentimiento de extrañeza porque el municipio de esta ciudad, de esta ciudad que tiene ya un millón de habitantes, haya contribuido tan modestamente en los aspectos de atención social, en el área de higiene mental, a lo largo de las últimas décadas, pero los compañeros que me han precedido me han aliviado mucho. Me han aliviado mucho porque han expuesto de una manera muy clara, cómo está la situación.

No hay más remedio que recurrir a hacer un poco de historia remota, no muy remota, y de historia próxima. Una historia tópica para todos nosotros, porque creo que nos la sabemos. Y manifestar de una manera muy clara, como los conatos de desarrollo social, en este y en otros ámbitos, que se inician en la España de los finales de los 20 y los comienzos de los 30, que fueron tan fructíferos para otras sociedades de este país, tan evolucionadas, como es la sociedad catalana, por ejemplo, no tuvieron apenas eco en nuestra ciudad.

Esos conatos se truncaron con el cambio político que significó la sublevación militar del 36, y después, ya en un contexto mucho más próximo, todos los intentos que ha habido para recuperar esa área han sido absolutamente incoherentes, en ocasiones revestidos de una importante dosis de personalismo... y, en todo caso, totalmente irracionales.

La realidad es que, incluso en la actualidad, la legislación vigente no es na-

da favorable para que los municipios puedan desarrollar dentro de su área de asistencia o de servicios sociales determinadas funciones, como, en este caso, las relativas a la salud y a la higiene mental. Esa legislación, que no podemos soslayar, atribuye concretamente a las direcciones generales de los ministerios, en contacto o colaboración con los entes provinciales, la atención en materia de salud mental. Y a los ayuntamientos relega únicamente un capítulo de atenciones sociales, que podríamos muy bien incluir dentro de los grupos de enseñanza, cultura y algo de sanidad, que se ha venido denominando asistencia social, hoy servicios sociales. También, en cierto grado, una capacidad de asesoramiento municipal en general, para temas referidos al bienestar social.

Y esto, haciendo hincapié en que para conseguirlo y para llevarlo adelante hay que vencer una serie de inconvenientes, imprevisiones tradicionales y echar mano de la posibilidad de soslayar la inexistencia de los recursos para realizarlo, y al decir recursos me refiero a recursos económicos, recursos materiales y, también, recursos humanos. Es evidente que el Ayuntamiento, en esta área de la sanidad y servicios sociales, no ha dispuesto en ningún momento de la dotación idónea. Todos los presentes, precisamente por vuestra cualidad de psicólogos, podéis comprender fácilmente la imposibilidad de reconvertir a profesionales de la sanidad que se han dedicado a hacer exclusivamente asistencia clínica, haciendo excepciones notables. Así como lo que cuesta hacer comprender a grupos importantes del personal qué es eso del bienestar social en relación con la sanidad, y que en la actualidad el bienestar social es la motivación fundamental de las sociedades modernas. Eso cuesta hacerlo comprender

tanto más a profesionales que están trabajando, a veces muchos años, en otra tarea muy concreta y muy específica. Y, sin embargo, tengo que decir, como único político oficialmente presente en estas jornadas, y haciendo exclusión absoluta de los conocimientos técnicos que yo pueda tener en la materia, que los ayuntamientos, las entidades locales, son el organismo administrativa y funcionalmente idóneo para soportar la transferencia de la gestión de la higiene mental o de la salud mental, como aquí se viene cualificando. Y es idóneo por una serie de motivos. El primero, porque es la entidad que antes nota la presión social, localizada en determinados aspectos. Y porque hemos llegado a la conclusión de que precisamente los aspectos que mejoran con rapidez más notable son aquellos en los cuales la presión social y las demandas se pueden concretar de una manera más fácil. Somos algo así como la epidermis de toda la concepción social del grupo humano que forma una ciudad, la parte sensible que nota inmediatamente los cambios, por pequeños que sean, los cambios de temperatura social, las presiones, los contactos; eso que los psiquiatras y los neurólogos saben muy bien: una sensibilidad absolutamente epicrítica. Posibilidades que se adaptan perfectamente al hecho de que, como aquí se ha venido comentando esta mañana, el contenido sociopatológico de los problemas en salud mental sea tan extraordinariamente marcado y tenga un papel tan importante en su etiología.

Y, sin embargo, una sociedad como la nuestra, una sociedad como la sociedad moderna en que estamos viviendo, que provoca tantas ocasiones de enfermar, parece que siente una despreocupación insospechada por las posibilidades de solucionar los mismos problemas que

ella provoca. Desde este punto que nos permite mirar un poco en todas las direcciones, es posible percatarse de que lo que estoy comentando no se refiere únicamente al paciente enfermo; estoy pensando también en el sujeto normal, al que la sociedad, la sanidad, la medicina y la diagnosis consideran como sano. El sujeto normal, que en esta sociedad está también en buena medida alienado, en lo que se refiere a los problemas de la salud mental, en el sentido de que no le ha sido posible concienciarse del interés de ese grupo humano de los marginados de la salud mental, deficientemente atendidos por las entidades asistenciales, y que tampoco la sociedad acoge con la atención que realmente merecen.

La legislación, vigente todavía, atribuye las funciones asistenciales en materia de salud mental, como decía antes, a las direcciones generales de los ministerios y también a las diputaciones, y en algunos casos ya a los entes autonómicos. Tal vez en esta materia no tengamos la bibliografía más oportuna, pero creemos que se distribuyen estos centros de asistencia en: dispensarios de higiene mental, ambulatorios, departamentos de neurosiquiatría hospitalarios, colonias para terapéutica ocupacional, etcétera. Establecimientos para hospitalización de débiles mentales, epilépticos, postencefálicos, toxicómanos, etcétera; instalaciones para la lucha contra toxicomanías, alcoholismo, etcétera.

Modalidades de prevención, diagnóstico y atención especial que están desarrollándose, aprovechando en ocasiones instalaciones anteriores y, en otras, con nuevos asentamientos físicos, pero con unos criterios y una metodología distinta, acorde con la in-

vestigación más reciente del hecho psicosocial.

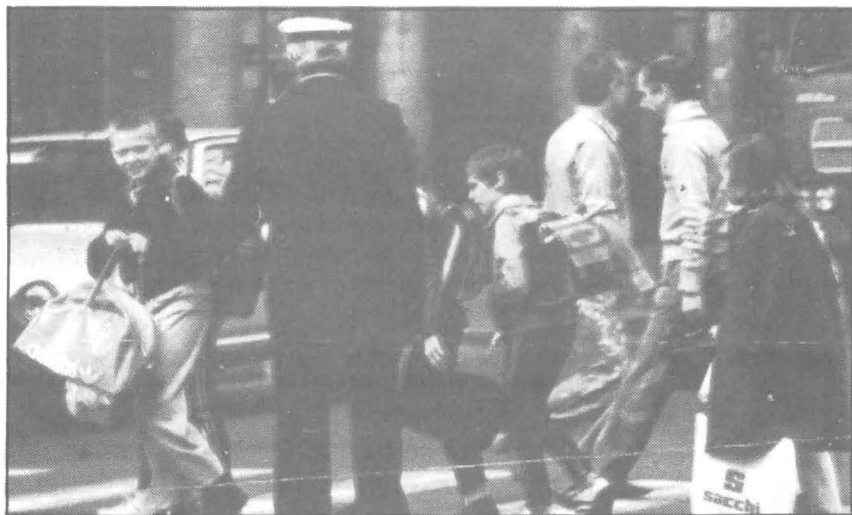
Nos preocupa mucho, como se ha dicho a lo largo de estas jornadas, que algunos hospitales psiquiátricos sigan todavía siendo concebidos como medios de aislamiento para pacientes tipificados como improductivos y peligrosos. Y que a esos pacientes se les margine en todos los niveles, sin que la sociedad haya pensado todavía en otros aspectos muy concretos del tema. Y que no haya podido ya atribuir a los entes políticos que les corresponda la atención a los presuntos pacientes. Lo cual implicaría, desde el punto de vista sanitario, un primer nivel de prevención. Y también la consideración de la problemática del crónico, de ese paciente aislado, indefenso, desarraigado, etcétera, sometido a un régimen benéfico y, en ocasiones, incluso tratado de una manera inhumana.

Y, asimismo, el que precisamente no se hayan iniciado, por quien corresponda, o se hayan delegado o transmitido

las funciones —la transmisión de una función significa el encargo de hacer una cosa, la dotación personal para hacerla y el presupuesto económico para llevarla a cabo—, por parte de la Administración central a las entidades y los políticos que tienen la obligación de responder a nuestras demandas.

Hay que desarrollar una política activa sobre el sujeto y el medio, una modalidad muy específica de prevención sanitaria en esta materia; sobre el sujeto y su problemática, que equivale a la curación y la asistencia. Así como sobre el medio y el sujeto, que significaría la rehabilitación y la reinserción en la sociedad de que procede. Los campos de acción —como he comentado al principio—, dentro de los ayuntamientos están muy poco delimitados, están muy laxos; todo lo más lejos que han llegado es a las áreas de orientación psicopedagógica, que ya se ha comentado.

Hay suficientes experiencias próximas a imitar y también otras experien-



cias más lejanas en Europa y otros países. Por ello cabe la posibilidad de elaborar planes de coordinación muy específicos, con los cuales, los centros, unidos a los entes locales, tengan un papel muy concreto en el diagnóstico y en la prevención. Si las transferencias revirtiesen a los entes locales, es posible que incluso se pudiesen utilizar una serie de recursos que la legislación actual ha mantenido dispersos, dependientes de distintos organismos y que, como se viene comentando aquí, están bastante incoordinados. Pero es que aún hay más, desde la asistencia social de los servicios municipales se podría efectuar una labor selectiva referida a los problemas socio-psicológicos de la gente de la ciudad, ya que debido a los modernos sistemas y procedimientos de obtención de datos, se puede disponer de listados concretos de personas y problemas no tipificados, en relación con alteraciones mentales. Problemas específicamente sociales y en los que los grupos de inte-

racción social, asistentes, técnicos y profesionales de que dispone un ayuntamiento, podrían de una manera muy concreta aislar ese otro grupo que, de una manera absoluta y clara, tiene problemas de salud mental.

En fin, los comentarios acerca de la relación entre los profesionales de los grupos dedicados a la salud mental y los entes político-administrativos, ayuntamientos, etcétera, podrían ser interminables.

En estos momentos que no disponemos de legislación específica cualitativamente aceptable, sería deseable que una conclusión unánime de estas jornadas, como yo he comentado al principio, fuese la siguiente: **El conocimiento muy específico de las necesidades coloca a los ayuntamientos en una situación privilegiada para solicitar transferencias en la promoción y realización de los servicios en la atención a la salud mental. Nada más.**

Se hace traducciones del alemán, inglés y holandés al castellano. Experiencia en temas de psicología. Tel. 372 66 40.
