

ACTA DE EVALUACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Año académico 2016/17

DOCTORANDO: **MEGÍAS LIZANCOS, FRANCISCO**
D.N.I./PASAPORTE: ****7353H

PROGRAMA DE DOCTORADO: **D420**
DEPARTAMENTO DE: **ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA**
TITULACIÓN DE DOCTOR EN: **DOCTOR/A POR LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ**

En el día de hoy 30/06/17, reunido el tribunal de evaluación nombrado por la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado de la Universidad y constituido por los miembros que suscriben la presente Acta, el aspirante defendió su Tesis Doctoral, elaborada bajo la dirección de **CRISTINA FRANCISCO DEL REY // CRISPÍN GIGANTE PÉREZ**.

Sobre el siguiente tema: *EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL. UN ANÁLISIS SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA*

Finalizada la defensa y discusión de la tesis, el tribunal acordó otorgar la CALIFICACIÓN GLOBAL⁵ de (no apto, aprobado, notable y sobresaliente): SOBRESALIENTE

Alcalá de Henares, 30 de junio de 2017.

EL PRESIDENTE


Fdo.: H. Teresa del Real

EL SECRETARIO


Fdo.: JOSE RAMON MATE RIVERA

EL VOCAL


Fdo.: JESÚS MIRANDA PÉREZ

Con fecha 24 de julio de 2017 la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado a la vista de los votos emitidos de manera anónima por el tribunal que ha juzgado la tesis, resuelve:

- Conceder la Mención de "Cum Laude"
 No conceder la Mención de "Cum Laude"

La Secretaria de la Comisión Delegada




FIRMA DEL ALUMNO,

Fdo.: FCO. MEGÍAS LIZANCOS

⁵ La calificación podrá ser "no apto" "aprobado" "notable" y "sobresaliente". El tribunal podrá otorgar la mención de "cum laude" si la calificación global es de sobresaliente y se emite en tal sentido el voto secreto positivo por unanimidad.

INCIDENCIAS / OBSERVACIONES:



Universidad
de Alcalá

COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES
DE POSGRADO Y DOCTORADO

En aplicación del art. 14.7 del RD. 99/2011 y el art. 14 del Reglamento de Elaboración, Autorización y Defensa de la Tesis Doctoral, la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado, en sesión pública de fecha 24 de julio, procedió al escrutinio de los votos emitidos por los miembros del tribunal de la tesis defendida por *MEGÍAS LIZANCOS, FRANCISCO*, el día 30 de junio de 2017, titulada *EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL. UN ANÁLISIS SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA*, para determinar, si a la misma, se le concede la mención "cum laude", arrojando como resultado el voto favorable de todos los miembros del tribunal.

Por lo tanto, la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado resuelve otorgar a dicha tesis la

MENCIÓN "CUM LAUDE"

Alcalá de Henares, 27 julio de 2017
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ESTUDIOS
OFICIALES DE POSGRADO Y DOCTORADO



Firmado digitalmente por VELASCO
PEREZ JUAN RAMON - DNI
03087239H
Fecha: 2017.07.30 18:43:26 +02'00'

Juan Ramón Velasco Pérez

Copia por e-mail a:

Doctorando: MEGÍAS LIZANCOS, FRANCISCO

Secretario del Tribunal: JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ.

Directores de Tesis: CRISTINA FRANCISCO DEL REY // CRISPÍN GIGANTE PÉREZ



**Programa de Doctorado en Atención Socio-Sanitaria en los Cuidados de la
Salud. Fundamentos e intervenciones**

**EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS
DE SALUD MENTAL. UN ANÁLISIS SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA
ENFERMERA**

Tesis doctoral presentada por:

D. Francisco Megías Lizancos

Directores:

Dra. Dña. Juana Cristina Francisco del Rey

Dr. D. Crispín Gigante Pérez

Alcalá de Henares, 21 de abril de 2017

Título de la tesis

Evolución de los cuidados a las personas con problemas de salud mental. Un análisis social desde la perspectiva enfermera

Doctorando

D. Francisco Megías Lizancos

Lugar de presentación

Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá. Madrid

Directores

Dra. Dña. Cristina Francisco del Rey

Dr. D. Crispín Gigante Pérez

Programa de doctorado

D 324 - Atención sociosanitaria en los cuidados de la salud. Fundamentos e Intervenciones

Doña Juana Cristina Francisco del Rey y Don Crispín Gigante Pérez, profesores y doctores de la UAH

INFORMAN:

Que el trabajo de investigación realizado por **Don Francisco Megías Lizancos** cuyo título es: **“Evolución de los cuidados a las personas con problemas de salud mental. Un análisis social desde la perspectiva enfermera”**, ha sido realizado bajo nuestra dirección y reúne todos los requisitos metodológicos y de innovación científica necesarios para ser defendido públicamente como tesis doctoral para optar al Grado de Doctor.

Alcalá de Henares, 18 de abril de 2017



Juana Cristina Francisco del Rey



Crispín Gigante Pérez

Acuerdo del Consejo de Departamento de Enfermería y Fisioterapia sobre la tesis doctoral presentada por **D. Francisco Megías Lizancos**.

Título: Evolución de los cuidados a las personas con problemas de salud mental. Un análisis social desde la perspectiva enfermera.

Programa de Doctorado: 1393/2007

Directores: Dra. Cristina Francisco del Rey y Dr. Crispín Gigante Pérez

Como directora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia hago constar que en el Consejo de Departamento celebrado el día 21 de abril de 2017, se acordó informar favorablemente la Tesis Doctoral presentada por D. Francisco Megías Lizancos, dado que reúne los requisitos académicos y administrativos que la norma establece.

Para que así conste firmo el presente informe a 20 de abril de 2017

La Directora de Departamento,



D^a. Cristina Francisco del Rey

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, que lo ha sido todo y siempre lo será.

En primer lugar, quiero agradecer a mis directores de Tesis, la Dra. Cristina Francisco del Rey y al Dr. Crispín Gigante Pérez, por su empeño, dedicación, constancia e inteligencia para conmigo en este largo caminar. Sin su apoyo y su afecto esta Tesis no hubiese sido posible.

Igualmente, en primera línea ha estado siempre mi querido Dr. Daniel Cuesta Lozano, su dedicación ha sido inmensa y su disposición más.

Quiero recordar y agradecer también la figura enfermera más importante en mi vida, mi maestro el Dr. Francisco Ventosa Esquinaldo.

Igualmente, las maestras que siempre lo fueron para mí y lo siguen siendo, D^a. María Paz Mompart, D^a Rosa María Alberdi Castell, D^a Pilar Arroyo Gordo, D^a Milagros Segura García y al Dr. Luis Cibanal Juan, con quien inicié esta trayectoria y que fue el primero en diseñar el camino.

Además, quiero agradecer a los compañeros de viaje que tanto apoyo y afecto me han dedicado a lo largo de mi vida profesional, el Profesor D. Ángel Asenjo Estéve, la Dra. María Teresa Lluch Canut y la Dra. Assumpta Rigol Cuadra. Y de una manera muy especial a Dña. María Consuelo Carballal Balsa, por su sensibilidad, acompañamiento, y consejos siempre a modo de sugerencias.

Tengo que decir que los ejes de mi vida profesional han sido dos principalmente: por un lado los miembros del voluntariado, vinculados tanto a mi vida universitaria como a la dedicada al asociacionismo profesional y que muchos de ellos hoy son grandes profesionales enfermeros, líderes en sus áreas de competencias, entregados como nadie a la profesión, y que me han acompañado permanentemente en lo profesional y en lo particular, sin ellos no sería la persona que soy: D. Julián Carretero Román, D^a. Montserrat García Sastre y la Dra. María Rubio Horcajada. Y, por otro lado, los alumnos con los que vengo trabajando en las distintas promociones y que, de alguna manera, son el motor para la reflexión y la puesta al día de este profesor.

La relación de personas con las que he compartido tantas experiencias es muy larga, sin embargo, no puedo dejar de traer aquí aquellos con los que siempre he podido contar, D^a. Francisca García López, D^a. Pilar Soldevilla de la Esperanza, el Prof. Bernardo Vila Blasco, D. Marciano Tomé Alonso, Dr. Francisco Javier Castro Molina y el Dr. D. Germán Pacheco Borrella. Y los que nos dejaron D^a Ana García Laborda y D. Miguel Ángel Rubio González.

También quiero agradecer la fidelidad y el apoyo constante que he recibido de Alberto durante tanto tiempo y que ha constituido la razón de mi vida en todo momento.

Ahora bien, si por alguien he vivido y me he cargado de ilusión a lo largo de mi trayectoria son mis hermanos María del Carmen y José Antonio, y mis sobrinas Marisol, Elena y mi sobrino Mario, verdadera ilusión de mi vida.

RESUMEN

La intención de esta investigación es conocer el proceso que ha tenido lugar en la evolución de la atención a las personas con problemas de salud mental, haciendo especial hincapié en el significado de la Reforma Psiquiátrica, a través de los testimonios de profesionales con experiencia en el campo y en la época anterior y posterior a dicho periodo. Para llevar a cabo este estudio se planteó la siguiente pregunta ¿Qué significado les dieron a los hechos que tuvieron lugar en este periodo, profesionales que ejercían como enfermeros en el periodo previo y posterior a la Reforma?

Los objetivos que se plantearon para dar respuesta a la pregunta fueron los siguientes: Analizar la consideración de la enfermedad mental y de las personas que la padecen en el periodo anterior a la Reforma Psiquiátrica, describir los aspectos que hicieron posible la Reforma, analizar los cambios que se produjeron en la atención a los enfermos mentales a raíz de la Reforma, reflexionar sobre el papel de las enfermeras en todo el proceso y describir la consideración de la enfermedad mental y de las personas que la padecen en la actualidad.

La justificación del estudio se basa, en que, si bien el periodo que transcurre alrededor de la Reforma Psiquiátrica, ha sido estudiado ampliamente, generalmente se ha llevado a cabo con métodos cuantitativos. Nos parece una oportunidad y, en cierto modo, una responsabilidad aportar explicaciones desde una perspectiva cualitativa, poniendo en valor las experiencias y significados de profesionales que vivieron esta etapa tan significativa en la atención de los enfermos mentales y de sus familias.

Partíamos de la idea, como finalmente se ha confirmado, que los enfermeros y enfermeras tuvieron un papel activo en el proceso de la Reforma y posteriormente en el Modelo Comunitario de atención, con una dedicación significativa para hacer posible el proceso de desinstitutionalización de los enfermos y de inclusión en sus comunidades. Realidad que hemos querido conocer desde las experiencias de los protagonistas.

En el contexto teórico, se han desarrollado los elementos, para comprender y ordenar la complejidad de cómo se llevaba a cabo la atención a los enfermos psiquiátricos, en las etapas previa y posterior a la reforma. Se ha profundizado en la concepción de enfermo mental, la evolución que ha experimentado esta concepción y la atención que han recibido en los diferentes momentos. Haciendo especial hincapié sobre el papel que han tenido las enfermeras y enfermeros en este proceso.

En cuanto a la metodología, la elección de la entrevista en profundidad, está justificada por dos razones fundamentales. Por una parte, porque nos parecía el método más apropiado para llegar a conocer en profundidad y con detalle un tema completo. Por otra parte, por la oportunidad que teníamos de acercarnos a fuentes primarias vivas. Y, también porque son hechos en los que las vivencias de quienes participaron en el proceso resultan especialmente enriquecedoras de las explicaciones de los por qué.

Nos planteamos la utilización de la técnica de grupo, que desechamos dado el carácter y peso de los informantes, que podían hacer complicado el manejo de esta técnica.

En cuanto a los resultados, el análisis de la información proporcionada por los informantes, nos lleva a identificar seis grandes categorías, que emergen de las 9 entrevistas realizadas. Las categorías

centrales son: El estigma de la enfermedad psiquiátrica. La reclusión como forma de esconder la vergüenza. Lo que trajo la democracia. De reclusión a puertas abiertas. Acabando con los estereotipos y prejuicios. El compromiso de los profesionales: una cuestión ideológica y de formación.

Dentro de estas categorías, se identifican una serie de apartados, que pueden considerarse subcategorías y dado el análisis axilar que se lleva a cabo alguna de ellas, como, por ejemplo, el papel de la familia, adquiere un carácter transversal en varias de las categorías centrales.

En cuanto a las conclusiones, se observa en los relatos de los informantes que la enfermedad mental y las personas que la padecen han estado estigmatizadas en el periodo anterior a la Reforma Psiquiátrica, y que alrededor de estas personas había una idea de peligrosidad, ideas que fueron desapareciendo a medida que la Reforma se consolidaba y los enfermos fueron desinstitucionalizados.

Se observa como los movimientos sociales, y también profesionales de familiares y enfermos, hicieron posible la Reforma, y con ella los cambios en la atención a estos enfermos, en un momento de apertura política y como va cobrando cuerpo la necesidad de contemplar al enfermo mental, con una mirada que les devuelva la dignidad que toda persona tiene, con independencia de la enfermedad que padezca.

Respecto al papel de las enfermeras y enfermeros en el proceso, se pone de manifiesto su compromiso con los enfermos y sus familias para ofrecerles una atención de calidad, en lo que se refiere al modelo de atención propiamente dicho y con los familiares, propiciando el asociacionismo para visibilizar su situación y reivindicar atención de la sociedad y el sistema.

Por otra parte, al compromiso con su propia formación, llevando a cabo un proceso de formación, en el que pasan a desempeñar su función en todos los dispositivos del nuevo modelo, apostando por la especialización en esta área.

Finalmente, el compromiso profesional con la profesión a través de la asociación profesional, como plataforma de desarrollo profesional, como se puede ver en el análisis que se hace de los contenidos de las actividades científicas, y como plataforma para dar a conocer a la sociedad, los medios de comunicación y las instituciones sociales y de la salud, la realidad y necesidades de estos enfermos y de su familia.

Nos parece que con este trabajo aportamos una información de valor, por la singularidad al tratarse de testimonios y vivencias de quienes fueron protagonistas de unos hechos transcendentales, a los profesionales que ejercen en este ámbito y para todas aquellas personas interesadas en este tema.

ABSTRACT

The purpose of this study is to understand the process that has taken place during the evolution of mental health care, with a special emphasis on the significance of the Psychiatric Reform, through the testimonies of professionals with experience in the field, before and after that period. In order to carry out this study, the following question was raised: What meaning did professionals who practiced as nurses before and after the Reform give to the events that took place in this period?

To answer this question, we focused on the following objectives: analyze how mental illnesses and people who suffered it were considered in the period before the Psychiatric Reform, describe the aspects that made possible the Reform, analyze the changes in care of the mentally ill following the Reform, reflect on the role of nurses throughout the process and describe how mental illnesses and people who suffer it are considered nowadays.

This study is based on the fact that, although the period of the Psychiatric Reform has been extensively studied, it has generally been through quantitative methods. It seems an opportunity and, in a way, a responsibility, to provide explanations from a qualitative perspective. By doing so, value is given to the experiences and meanings of professionals who lived this significant period in the care of the mentally ill and their families.

We start from a premise which has finally been confirmed. Nurses had an active role in the Reform and later in the Community Care Model. Their significant dedication made possible the process of patient deinstitutionalization and the inclusion in their communities. We have wanted to know this reality through the experiences of the leading roles.

In the theoretical context, the elements have been developed to understand and order the complexity of how psychiatric patient care was carried out pre and post reform periods. We have gone into detail about the concept of the mentally ill, the evolution that this concept has undergone and the attention that they have received overtime, emphasizing on the role of nurses in this process.

As for the methodology, an in-depth interview was chosen for two fundamental reasons. On the one hand, because it seemed the most appropriate method to get to know in depth and in detail a complete topic. On the other hand, it meant an opportunity to approach primary living sources. And also because they are facts in which the experiences of those who participated in the process are especially enriching.

We considered the use of group technique, but discarded it given the character and number of informants, which could have made complicated the management of this technique.

Regarding the results, the analysis of the information provided by the informants leads us to identify six broad categories, which emerge from the 9 interviews conducted. The main categories are: Stigma of psychiatric illness, Seclusion as a way to hide shame. What brought democracy. From seclusion to open doors. Ending stereotypes and prejudices. The commitment of professionals: an ideological and training issue.

Within these categories, a series of sections, which can be considered subcategories, are identified. Given the axillary analysis that is carried out with some of them, such as the role of the family, a transversal character in several of the central categories is acquired.

As for the conclusions, the reports of the informants show that mental illness and people who suffer it, have been stigmatized in the period before the Psychiatric Reform, and that these people were considered dangerous. This concept dissapered as the Reform was consolidated and patients were deinstitutionalized.

Social, professional, family and patient movements, made possible the Reform, and with it, the changes in the attention to these patients. This happened in a moment of political openness as the need to consider the mentally ill gained relevance, with a point of view wich considered their dignity, regardless of the disease they suffered.

When it comes to the role of nurses in the process, the commitment to offer quality care to patients and their families, in regard to the model of care itself, is made manifest. Associationism was promoted to make their situation visible and to demand the attention of society and the system.

On the other hand, the commitment to their own training, carrying out a training process, in which they carry out their role in all the devices of the new model, standing up for the specialization in this area.

Finally, the professional commitment to the profession through association, as a platform for professional development. This can be seen in the analysis of the contents of scientific activities, and as a platform to raise awareness about the reality and needs of these patients and their families in society, social media, and social and health institutions.

Due to the the singularity of the testimonies and experiences of those who were leading roles during these significant events, this study provides valuable information to the professionals who work in this field and for all people interested in this subject.

ÍNDICE

RESUMEN	11
ABSTRACT	13
1. INTRODUCCIÓN	21
2. OBJETIVOS	27
3. MARCO TEÓRICO	31
3.1. La persona con problemas mentales.....	31
3.1.1. La evolución de la idea de enfermo mental	32
3.1.2. Hacia una mirada libre de estereotipos.....	35
3.1.3. Hacia un modelo basado en la información y el conocimiento	36
3.1.4. Concepto de enfermedad mental versus salud mental.....	38
3.1.5. Un acercamiento a la concepción de salud mental	39
3.1.6 Concepto de salud mental desde la teoría holística	41
3.1.7. La salud mental en los modelos enfermeros	43
3.1.7.1. Concepto de persona	43
3.1.7.2 Concepto de entorno	44
3.1.7.3 Concepto de salud	46
3.1.7.4 Concepto de salud mental.....	47
3.1.7.5 Concepto de Enfermería.....	48
3.1.7.6 Los nuevos paradigmas de salud mental en el contexto de la Enfermería	49
3.2. La atención al enfermo mental.....	50
3.2.1. Las Instituciones Psiquiátricas	51
3.2.2. Los tratamientos.....	54
3.2.3. Los profesionales y el personal	57
3.3. La Reforma Psiquiátrica en España.....	58
3.3.1. Antecedentes de la Reforma	58
3.3.2. Los primeros cambios	60
3.3.3. De la institucionalización a las puertas abiertas.....	62
3.3.4. La organización de la atención en el nuevo modelo	63
3.3.5. Aspectos negativos de la Reforma.....	65
3.4. De la Enfermería Psiquiátrica a la de Salud Mental.....	65
3.4.1. La evolución de los cuidados enfermeros a personas con problemas mentales.....	66
3.4.2. La evolución en la formación enfermera. De Ayudante Técnico Sanitario (ATS) a Enfermera y Enfermera Especialista	67

3.4.3. El modelo de intervención comunitario	70
3.4.4. Marco legislativo para la atención enfermera	72
3.4.5. Situación actual de la Enfermería	74
3.4.6. La Enfermería en Salud Mental	75
3.4.7. Función social de la Enfermería en Salud Mental	76
3.4.7.1. Los roles de la Enfermera en Salud Mental.....	77
3.4.7.2. La interrelación de la enfermera y el paciente.....	78
3.4.7.3. La interacción de la Enfermera con la familia y la comunidad.....	78
3.5. La Asociación Española de Enfermería de Salud Mental	79
3.5.1. Los orígenes de la AEESME	80
3.5.2. Directrices de trabajo de la AEESME	82
3.5.3. Aportaciones de la AEESME.....	83
3.5.4. Contribución científica de la AEESME	84
3.5.4.1. Análisis de la aportación científica de la AEESME	84
3.5.4.2. Categorías de análisis	85
3.5.4.3. Semántica utilizada en los lemas del congreso	86
3.5.4.4. Conferencias centrales y participantes	87
3.5.4.5. Apertura a experiencias	88
3.5.4.6. Aspectos organizativos	90
3.6. La persona con problemas de salud mental, la familia, las redes y los grupos	92
3.6.1. Las asociaciones de familiares de enfermos mentales.....	92
3.6.2. Redes de apoyo social	93
3.6.3. Grupos de Ayuda Mutua (GAM).....	95
4. MARCO METODOLÓGICO.....	101
4.1. Preguntas de investigación.....	102
4.1.1. Diseño de la investigación.....	102
4.1.2. Tipo de investigación	103
4.1.3. Población de estudio	103
4.2. Técnica de recogida de información.....	104
4.2.1. Consideraciones éticas	105
4.3. Categorización para el análisis e interpretación de la información	106
4.3.1. Análisis de los discursos. Categorización	106
4.4. Dificultades y limitaciones del estudio	109
5. ANÁLISIS Y RESULTADOS	113

5.1 Categoría I: El estigma de la enfermedad psiquiátrica	113
5.2. Categoría II: La reclusión como forma de esconder la vergüenza	119
5.3. Categoría III: Lo que trajo la democracia	125
5.4. Categoría IV: De reclusión a puertas abiertas	129
5.5. Categoría V: Acabando con los estereotipos y prejuicios.....	137
5.6. Categoría VI: El compromiso de los profesionales: una cuestión ideológica y de formación ..	140
6. DISCUSIÓN	147
6.1. El estigma de la enfermedad psiquiátrica	148
6.2. La reclusión como forma de esconder la vergüenza	152
6.3. Lo que trajo la democracia	154
6.4. De reclusión a puertas abiertas	156
6.5. Acabando con los estereotipos y prejuicios	158
6.6. El compromiso de los profesionales, una cuestión ideológica y de formación.....	161
7. CONCLUSIONES	167
8. BIBLIOGRAFÍA	171
ANEXOS	185
Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	185
Anexo 2: ENTREVISTA 1	187
Anexo 3: ENTREVISTA 2	195
Anexo 4: ENTREVISTA 3	203
Anexo 5: ENTREVISTA 4	219
Anexo 6: ENTREVISTA 5	227
Anexo 7: ENTREVISTA 6	235
Anexo 8: ENTREVISTA 7	241
Anexo 9: ENTREVISTA 8	251
Anexo 10: ENTREVISTA 9	253

Introducción

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo trata de poner de manifiesto la atención dada a las personas con problemas mentales, en una época oscura, para las que presentaban problemas de salud en general y especialmente para las que tenían su origen en aspectos psicológicos.

Decimos que se trata de una época oscura, pero queremos resaltar que fue muy fructífera en cuanto a cambios políticos y sociales y, de manera muy concreta respecto a aquellos aspectos que tienen que ver con la consideración, la atención y los cuidados a las personas con problemas de salud mental y sus familias. Estos hechos tienen lugar en las décadas de los años setenta y ochenta del pasado siglo, y se concretan en las acciones que se llevaron a cabo con la Reforma Psiquiátrica, que supuso un cambio de paradigma en la atención a los enfermos psiquiátricos, pasando de vivir aislados y encerrados en hospitales psiquiátricos, a ser tratados en su propia comunidad y en unidades de salud mental en los hospitales generales cuando la situación lo requiera como cualquier otra persona con un problema de salud. Este cambio fue etiquetado como el del *“psiquiátrico de puertas abiertas”, o “el manicomio de puertas abiertas”*.

Dada la importancia de lo que acontece en esta época y dado que está poco desarrollada desde las vivencias de las personas que ejercían como enfermeros en este tiempo, nos planteamos analizar las circunstancias que tuvieron lugar en el mismo. El acceso a profesionales que ejercían en este periodo y, con este tipo de enfermos, nos parece que es un recurso de gran valía que es necesario aprovechar.

Otro hecho que acontece y que nos anima a realizar este esfuerzo, es la demanda que vienen planteando los y las profesionales en proceso de especialización, que saben que hemos formado parte de aquel tiempo, por lo que nos piden con frecuencia que relatemos acontecimientos de aquella época. La mayoría de las personas, se ha ido haciendo una idea de cómo eran los manicomios y el tipo de atención que se ofrecía a las personas institucionalizadas en ellos, porque son sucesos tan singulares que frecuentemente se plasman en los medios de comunicación, con una crudeza que alerta la imaginación y produce curiosidad. Llama mucho la atención que en épocas recientes hubiese un trato tan inhumano para los humanos con problemas mentales. A veces, cuesta creer que solamente han transcurrido cuatro décadas para observar cambios tan profundos en la consideración de la persona, sus derechos y su autonomía.

Finalmente, entre las motivaciones que nos hacen emprender este trabajo está la responsabilidad de hacer pública y reconocer la labor encomiable, el compromiso y la dedicación de las enfermeras, en el impresionante proyecto de ruptura con un pasado vergonzoso en la asistencia psiquiátrica. La Reforma psiquiátrica no hubiese sido posible sin los movimientos profesionales y, sobre todo, sin la participación activa de estos profesionales en los programas comunitarios de atención a la salud mental, que han propiciado el trabajo con las familias y grupos sociales afectados por este problema.

Esta tesis consta de dos apartados claramente diferenciados: un primer apartado que sería el Marco Teórico, en el que tratamos de situar el fenómeno de estudio con el análisis de la literatura relacionada con, cómo se ha producido la *Evolución de los cuidados a las personas con problemas de salud mental. Un análisis social desde la perspectiva enfermera*. Y, un segundo apartado que desarrolla el Marco Metodológico elegido para la realización del estudio.

Comenzamos analizando la evolución de la idea de enfermo mental y vemos como ha pasado de ser una persona denostada y temida, por lo que era aislada, a ser tratada desde una perspectiva integral y desde un concepto holístico, dando especial importancia a cómo se contempla desde la perspectiva enfermera.

En esta parte del estudio del estado de la cuestión, se analiza cómo eran las instituciones psiquiátricas antes de la Reforma, el tipo de tratamientos que se aplicaba a los enfermos y los profesionales que los llevaban a cabo. Nos parece fundamental el análisis de la evolución para poder entender los cambios que se han dado.

Se analiza en profundidad la Reforma Psiquiátrica y lo que supone el nuevo modelo de atención. Hechos que coinciden con una serie de acontecimientos sociales y políticos que lo hicieron posible. Cuarenta años después todavía queda alguna cuestión pendiente y, lo que quizás es más frustrante, es que la implicación actual de los y las profesionales no haría posibles cambios como los de antaño. Se observan ciertas actitudes cómodas que llevan al inmovilismo. Por ello, trabajos como este pueden servir de estímulo para que los profesionales de diferentes ámbitos relacionados con este tipo de enfermos, valoren lo que se puede lograr con el compromiso y la responsabilidad profesional.

Se analiza el modelo actual de atención y el abordaje de la salud mental desde una perspectiva integral y holística, que es posible gracias a la Reforma. Terminando este apartado de las tesis con dos aspectos fundamentales sobre el significado y la importancia del asociacionismo para mejorar las condiciones en las que viven estas personas. Por una parte, se hace un repaso a lo que ha supuesto la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME) y por otra, lo que han supuesto también las Asociaciones de familiares y de enfermos mentales.

En cuanto a la AEESME, se profundiza en las aportaciones científicas que esta asociación viene haciendo, realizando un estudio cualitativo de estas actividades, a través del análisis de sus contenidos.

Para finalizar, se analiza la importancia que tienen las familias y las redes sociales en la calidad de vida y la integración en la sociedad de las personas con problemas mentales. A su vez, también se tienen en cuenta las necesidades de las familias, ya que son las que soportan la mayor carga en los cuidados directos a las personas con problemas de salud mental.

Se hace especial referencia al abordaje grupal con este tipo de enfermos y sus familias desde los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), y a través de las propias Asociaciones de familiares de enfermos mentales. Las reivindicaciones de familiares, a través de asociaciones, contribuyeron a que fuese posible la Reforma y a cambiar la mirada sobre estos enfermos, intentando terminar con los estereotipos que les había mantenidos encerrados, aislados y marginados.

Todo lo tratado en el marco teórico nos ofrece una mirada general, que permite entender lo que ha propiciado la evolución del nuevo modelo. La evolución experimentada ha hecho que fuesen posibles los cambios, pudiendo asegurarse que estos han afectado tanto a los actores como a las instituciones relacionadas con la salud mental retroalimentándose. De aquí el valor como marco teórico de esta Tesis.

En cuanto a los aspectos metodológicos y del proceso de investigación propiamente dicho, hemos optado por acceder a la información a través de metodología cualitativa, de entrevista en profundidad. Por una parte, porque consideramos que los aspectos que cobran significado en este estudio tienen mucho que ver con lo que vivieron las personas que participaron como protagonistas de lo que acontecía, y porque nos parece que es un tema que merece ser abordado en profundidad y esto es posible con técnicas cualitativas.

Se ha optado por esta metodología para abordar los fenómenos en profundidad ya que hubiese sido difícil hacerlo con métodos cuantitativos, dado el escaso número de profesionales que siguen en activo y la dificultad de acceso a los que ejercían en la época estudiada.

Los participantes en esta investigación tuvieron un papel protagonista en todo el proceso estudiado, que hace que sus testimonios tengan un valor inestimable. Nos parece, como expresamos en el apartado correspondiente a la población de estudio, que el hecho de poner en valor los testimonios de estos profesionales, nos llega a parecer una cuestión de responsabilidad.

La información se ha recogido en audio y video, incluyendo la autorización de los entrevistados teniendo en cuenta todos los principios éticos que rigen las investigaciones. La codificación de los discursos significativos se ha llevado a cabo con un sistema axial selectivo y triangulado por tres expertos, el propio autor de la tesis, un experto en salud mental que no vivió los hechos analizados y una experta en métodos de investigación cualitativa.

Siguiendo con los apartados que debe reunir la metodología de estudio, se presenta la discusión con propuestas de autores de mucho prestigio dentro de este campo, y finalmente se aportan las conclusiones.

Finalmente queremos añadir en este apartado introductorio, que esperamos aportar, a los profesionales noveles y a quienes están en periodo de formación, un estímulo, en el sentido de que es posible hacer realidad lo que las personas y los grupos se propongan hacer. Esto quizás suene a utopía, pero lo ocurrido en este ámbito lo demuestra.

En España todo el proceso de cambio comenzó más tarde que en los países de nuestro entorno, sin embargo, los cambios se produjeron con mayor celeridad y profundidad. Y esto fue así, por las condiciones sociales y políticas del momento; la atención psiquiátrica tiene aspectos muy relacionados con el reconocimiento de los derechos humanos de las personas que lo padecen, e ideológicos de quienes de una manera u otra prestan la atención.

Los años setenta del pasado siglo fueron muy ricos en cambios, apostando por una sociedad más justa. En España se estaba saliendo de una larga dictadura y los ciudadanos estaban dispuestos a participar en los procesos orientados a mejorar las condiciones de los más oprimidos. Pensando en este periodo de tiempo, recordamos a la doctora Rosa María Alberdi, que dice con cierta nostalgia: *“todo era posible, por la tarde estábamos proponiendo una mejora y a día siguiente aparecía legislado en el BOE.”*

Objetivos

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Describir la evolución de la atención a las personas con problemas de salud mental y sus familias, resaltando el significado de la Reforma Psiquiátrica, a través de los testimonios de profesionales con experiencia en la época anterior y posterior a este periodo

Objetivos Específicos

- Analizar la consideración de la enfermedad mental y de las personas y familias que la padecen en el periodo anterior a la Reforma Psiquiátrica
- Describir los aspectos que hicieron posible la Reforma Psiquiátrica
- Analizar los cambios que se produjeron en la atención a los enfermos mentales a raíz de la Reforma Psiquiátrica
- Reflexionar sobre el papel de las enfermeras en todo el proceso de la Reforma Psiquiátrica
- Describir la consideración de la enfermedad mental y de las personas que la padecen en la actualidad

Marco Teórico

3. MARCO TEÓRICO

3.1. La persona con problemas mentales

Al hacer referencia a la persona con problemas mentales, es habitual considerar qué termino es el más pertinente, y se plantea la cuestión, ¿cómo nombrar a la persona con un problema mental? Como se puede ver más adelante hay términos que han estereotipado a estas personas, han llevado a desarrollar prejuicios muy negativos que han fomentado el que fuesen apartadas, discriminadas y en muchos casos temidas (Pacheco, 2011).

Es por ello, que actualmente se huye de utilizar nombres que marcaron una época, tales como *loca* o *loco*, términos con un significado que desde el lenguaje corriente tienen que ver con *una alteración del juicio o de la capacidad de razonar* (Seco et al., 1999), también con *la pérdida de la razón*, o referido a una persona *de poco juicio, disparatada e imprudente* (Real Academia de la Lengua, 2014).

Las propias definiciones llevan implícitos significados despreciativos para la persona a la que se hace referencia. Otro término habitual, antes de la Reforma Psiquiátrica, era el referirse a estas personas como *dementes*, en los diccionarios se considera sinónimo de *loca o que ha perdido el juicio* (Seco et al., 1999). *Loco, falta de juicio, que padece demencia, con deterioro de las facultades mentales* (Real Academia de la Lengua, 2014).

En esta misma línea, y en las mismas fuentes consideradas de interés por recoger el significado de las palabras para la gente en general, se identifican otros términos que fueron habituales en el pasado inmediato, tales como: *enferma mental, enajenada mental o enferma psiquiátrica*. Son términos que transmiten la idea de estar referidos a quien no es responsable de sus actos, porque tienen una alteración en la mente o en la *psiquis*.

Una denominación que inspira respeto y reconocimiento por la persona es la propuesta por Manuel Desviat (Lozano, 2015), este psiquiatra que tuvo un protagonismo sobresaliente en la Reforma, la denomina como *persona aquejada de sufrimiento espiritual*. Lo más destacado de su idea es que incorpora al concepto los términos *sufrimiento* y *espiritual*. Esta manera de nombrarla sitúa a la persona como víctima de su problema, reconociendo que es ella la primera que sufre por su dolencia. Por otra parte, también la despoja de las concepciones anteriores de enajenada, deteriorada, o con falta de juicio... que podían llegar a interpretarse como conductas de las que es responsable la persona. Además de que transmitían inseguridad en su entorno y en general la situaban en ese terreno de exclusión en el que estuvieron demasiado tiempo.

En los años previos a la Reforma, y dentro de un sentir general en el que hay un interés por poner en valor la dignidad de la persona, se produce una revalorización de los derechos humanos, y se comienza a hablar de **persona con un problema de salud mental**, para referirse a las personas con este tipo de dolencias, con la finalidad de evitar los estereotipos de los que venían siendo objeto. Sin embargo, algunas corrientes hacen referencia a la contradicción que representa utilizar en una misma denominación dos términos antagónicos como son problema y salud, ya que la presencia de uno evita la del otro.

Los nombres que se les da a las cosas facilitan la comunicación, en el caso de las personas representa lo que las caracteriza, a veces las despoja de otras cualidades y quedan señaladas exclusivamente por el significado del nombre ante los demás.

Estas reflexiones nos llevan a optar por utilizar diferentes términos al referirnos a este tipo de enfermos, porque, aunque tenemos muy claro los que consideramos peyorativos, tampoco queremos transmitir, con una denominación, la falta de aceptación del problema en toda su magnitud. Consideramos muy correctos términos como enfermo mental, persona con problemas mentales o psiquiátricos, sin desconsiderar términos muy utilizados actualmente como persona con problemas de salud mental.

Por fortuna actualmente, en la sociedad en general y en el ámbito de la salud en particular, el enfermo mental es visto y considerado como cualquier otro. Por otra parte, cada vez se tiene más consciencia de que con independencia de la personalidad, estilo de vida o forma de ser, cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental, como se pone de manifiesto en los informes de la OMS según los cuales, en las próximas décadas, una de cada cuatro personas padecerá en algún momento de su vida un problema mental.

A pesar de esta aparente aceptación del fenómeno como algo normal, también conviven ideas antagónicas, por lo que resulta de interés reflexionar sobre cómo han sido consideradas estas personas y qué aspectos, no deseables, siguen estando vigentes.

3.1.1. La evolución de la idea de enfermo mental

A lo largo de la historia en todas las comunidades, la persona que ha padecido una enfermedad mental ha sido, cuando menos, considerada rara y ha experimentado el aislamiento. Para comprobar esta afirmación no hay más que pararse a pensar lo que ha significado el trato y la consideración que se les ha dado, recluyéndoles y aislándoles, en lugares inhóspitos y alejados de la sociedad y su familia.

En España, el nacimiento de la Psiquiatría en el siglo XIX, representó la creación de los manicomios y la legislación para los especialistas, pero sobre todo un cambio en la consideración de quienes hasta entonces eran reconocidos como locos, que pasaron a serlo como enfermos (Real Decreto 27 de diciembre de 1821), a pesar de ello, seguían considerándose personas peligrosas, de lo que se deriva, que también constara en el Real Decreto la necesidad de que fuesen *encerrados* en instituciones públicas (Giménez Muñoz, 2012).

Goffman (1970) desarrolló esta idea partiendo del término *estigma*. Porque se puede afirmar que los enfermos mentales han estado estigmatizados. Según este autor, el estigma es un *atributo profundamente desacreditador*, lo describe como una característica que desvalora a quien se le adjudica y sobre quienes se establece *distancia social*. El estigma se construye en la conciencia social, construcción que describe como un proceso. Comienza con un estereotipo negativo sobre la persona, que lleva al desarrollo de prejuicio y a la discriminación hacia la persona que se le etiqueta:

- **El estereotipo**, se refiere al conjunto de ideas, en gran parte erróneas, que la mayoría de las personas mantienen en relación con un determinado grupo social y que condicionan la percepción

y la valoración de las características y conductas de las que pertenecen a dicho grupo. Según López *et al.* (2008) en diferentes estudios puso de manifiesto que la simple etiqueta de enfermo mental, pone en marcha todo tipo de prejuicios referidos a estas personas, con independencia de la conducta que tengan, incluso si llevan una vida normalizada (López *et al.*, 2008).

- **Los prejuicios**, generalmente tienen su origen en los estereotipos. Partiendo de la idea, muchas veces errónea que se tiene sobre un grupo, se desarrolla una predisposición negativa, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo etiquetado.
- **La discriminación**, hace referencia a la tendencia a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros.

La discriminación la experimentan estos enfermos en todos los ámbitos de la vida, en el acceso a una vivienda, al empleo, a todo tipo de relaciones y hasta de tipo legal. Se pueden ver excluidos de hacer uso de la libertad, de votar, de contraer matrimonio, del cuidado de los hijos, o de tomar decisiones respecto a otorgar el consentimiento informado en relación con su tratamiento (anexo I).

Según este autor, los tres aspectos van unidos y se refuerzan mutuamente formando un círculo vicioso. También se plantea la estigmatización como un proceso que sigue las fases siguientes:

- 1) El etiquetado de personas con una marca común.
- 2) La asociación a las personas etiquetadas con una característica desagradable en función de la cultura.
- 3) La consideración del grupo como diferente y la separación entre ellos y nosotros.
- 4) las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (como miedo o rechazo) y en quienes son estigmatizados (ansiedad, vergüenza, etc.).
- 5) La pérdida de estatus y la vivencia de asimetrías de poder.

Se tiende a ver enfermedades mentales y no personas con problemas mentales, la persona *tiene* una enfermedad, *fulanito tiene una esquizofrenia* y no *fulanito es esquizofrénico*. La mirada sobre quiénes las padecen es más negativa que la que se proyecta sobre enfermos con patologías físicas. En nuestro medio, estos enfermos pueden provocar *compasión*, pero los sentimientos más comunes son negativos y tienen que ver con el miedo, el rechazo, la desconfianza, etc. Generalmente son sentimientos que hacen que se ponga lejanía entre *ellos* y *los sanos*. Parece ser que las personas con trastornos mentales manifiestan actitudes de *autoestigmatización*, respecto a quienes padecen este tipo de problemas, similares a los de la población en general.

Las menores diferencias al considerar enfermedades físicas y mentales se asocian con personas más jóvenes, con mayor nivel cultural y con quienes tienen o han tenido trato directo con enfermos mentales. A nivel general, la cultura islámica parece ser que son quienes tienen una consideración más similar entre enfermedad física y mental (López-Ibor y Cuenca, 2000). El estigma de los enfermos mentales con frecuencia se hace extensible a la familia, incluso puede llegar a tener consecuencias entre los profesionales que ejercen con estos enfermos y los propios servicios de salud mental, es lo que Goffman describe como *estigma por extensión* (Goffman, 1970).

Profundizado en esta idea, existen una serie de prejuicios que presentan a la persona con problemas de salud mental con una serie de estereotipos que históricamente les ha hecho objeto de discriminación y aislamiento, y que en alguna medida siguen vigentes, entre ellos se pueden considerar:

– **Los problemas de salud mental son crónicos**

Existe una creencia generalizada y ancestral sobre que las enfermedades mentales no se curan nunca. Como cualquier otro tipo de enfermedades, algunas pueden llegar a hacerse crónicas y otras a curarse, pero, de lo que no cabe ninguna duda es que, con el tratamiento se pueden manejar perfectamente los síntomas y la persona que las padece puede llevar una vida productiva y satisfactoria para sí misma, las personas de su entorno y la sociedad.

Relacionado con este punto, también está el considerar que no hay un tratamiento efectivo. Esto no es así, hay terapias que mejoran considerablemente la situación de la persona, las hay también que eliminan los síntomas y, sobre todo, es muy importante tener claro que aunque sean pequeñas las posibilidades de mejoría, hay que intentarlo, porque el simple hecho de recibir un tratamiento mejora la situación de la persona a nivel global, de la familia, y además la sitúa en mejores condiciones para beneficiarse de los avances que pueda aportar la investigación, tan necesaria en este ámbito.

– **Establecer relaciones entre violencia y enfermedad mental**

No existen evidencias que pongan de manifiesto relaciones entre enfermedad mental y persona violenta. Cada persona es única y sustancial y es como es al margen de su estado mental. La enfermedad mental no es un factor que determine la forma en que una persona se comporta y relaciona con los demás. Hay enfermos mentales que hacen del pacifismo su bandera y también los hay violentos, como ocurre con las personas sanas (M. López *et al.*, 2008). Un enfermo mental no significa, por su enfermedad, ningún peligro, según los autores mencionados, el origen de la violencia es muy complejo. Generalmente las principales víctimas son los propios enfermos por autoagresiones, incluyendo el suicidio. Como se pone de manifiesto, en la denominación de Desviat (Lozano, 2015), se trata de *personas aquejadas de sufrimiento espiritual*.

Una cuestión que refuerza esta idea, es que cuando ocurren acontecimientos difíciles de explicar, y por supuesto de comprender, como es el parricidio, o el enajenamiento con personas indefensas, etc., a veces se etiquetan, estos hechos, como *una locura perpetrada por un loco...* Es como si justificara el hecho bajo un estado de enajenación mental, y ese estado, ayudara a entenderlo. La persona que comete actos deplorables e incompresibles no es, generalmente, por un estado de enajenación, simplemente es porque es así.

– **El enfermo mental tiene problemas para las relaciones sociales**

Los enfermos mentales pueden vivir y disfrutar como cualquier persona, pueden tener relaciones personales, es más, deben tenerlas, el aislamiento puede empeorar su situación o ser un obstáculo para la recuperación. La experiencia demuestra que el apoyo familiar y social, el fomento del sentimiento de pertenencia y la ayuda mutua son redes esenciales para la recuperación de la salud mental y la integración social de la persona.

El considerar a los enfermos mentales como peligrosos o violentos, puede entorpecer sus posibilidades de mantener unas relaciones satisfactorias, porque las personas del entorno se alejan por temor.

– **Si se lo propone, el paciente puede salir de la enfermedad mental**

Esta idea es muy negativa para los enfermos. Cuando se les dice que *hagan un esfuerzo* o que *se quiten de la cabeza las ideas* que les hacen daño, se les está culpabilizado, de alguna manera, de estar enfermos. La consideración que se les hace debe ser muy cuidadosa, cuando una persona está procurando superar una situación los mensajes simples como; *tu puedes, haz un esfuerzo...*, la pueden llevar a encontrarse peor *al no poder*. Por el contrario, si está excesivamente decaída y desanimada, puede ser necesario provocar en ella actitudes de superación.

Una característica de los enfermos mentales es el sufrimiento que les produce la enfermedad, en el sentido que describe Desviat (Lozano, 2015), y la complejidad de las vivencias por las que pasan, las y los profesionales que son quienes tienen los conocimientos y la experiencia para valorar el tratamiento más adecuado en cada caso y circunstancia y, por tanto, el referente que ofrece garantías para asesorar a la familia y allegados del enfermo (Pacheco, 2010).

3.1.2. Hacia una mirada libre de estereotipos

Todavía hoy es necesario hacer esfuerzos para cambiar, en un sentido positivo, las ideas que están presentes en la mayoría de las sociedades, en relación a la enfermedad mental y más concretamente a la enfermedad mental grave. Es fundamental acabar con la discriminación de estos enfermos, esta actitud está presente de forma más o menos explícita en las personas, pero también existe una *discriminación estructural*, lo que lo hace más difícil de neutralizar, porque está presente en las políticas y en las leyes, formando parte de la cultura y de la vida (M. López *et al.*, 2008). Estroff, Penn y Toporek describieron tres estrategias, dirigidas a evitar la estigmatización de las personas con problemas mentales, según estos autores las acciones deben ser de **protesta social, educación y contacto social** (Estroff, Penn, y Toporek, 2004). Estrategias que se vienen implementando en las últimas décadas.

La **protesta social**, llevada a cabo por los propios enfermos, la familia, profesionales y personas sensibilizadas con este tema, parece que tiene efectos positivos a corto plazo, desaparece alguna forma de discriminación, se observan cambios en los medios de comunicación, aunque todavía se identifican tres prototipos; el maniaco o maniaca con conductas peligrosas, la persona adulta con conductas infantiles y la de espíritu libre con conductas alternativas. Pero no garantiza que se produzcan cambios generales, no que se mantengan en el tiempo, algunos autores como Corrigan y Gelb resaltaron, incluso, la aparición de aspectos negativos como *efectos rebote* (Corrigan y Gelb, 2006). Estos autores apuntan a que sí parece producirse un cambio positivo en los profesionales de lo que se describe como autoafirmación y *empowerment* y en general, en quienes participan en los movimientos (enfermos, familia y personas sensibles con este tema).

Los **programas educativos**, especialmente si cumplen con algunos requisitos como que sean de larga duración, se basen en métodos activos como la discusión y la presentación de casos reales. Estos programas pueden resultar más eficaces a largo plazo.

Cuando las actividades educativas se basan en un tema concreto y, si además se hace desde una entidad potente, parece que llegan más fácilmente a la población en general. Este es el caso de la campaña *Esquizofrenia: Abre las Puertas* (López-Ibor y Cuenca, 2000), campaña desarrollada por la Asociación Mundial de Psiquiatría. También parece que resultan más eficaces cuando se llevan a cabo en un ámbito territorial reducido.

De cualquier modo, y como es principio de todo programa educativo, la actividad tiene más posibilidades de éxito cuando están bien formulados los objetivos, se dirige a grupos homogéneos con mensajes claros, en este caso sobre una enfermedad concreta y delimitando visiblemente el comportamiento que se pretende modificar. A través de la educación, hay que llegar a entender que los problemas de salud, son problemas de toda la ciudadanía y los problemas de salud mental, deben tener la misma consideración.

La tercera estrategia que se plantea para evitar la estigmatización, tiene que ver con **el contacto y la interacción social**, hay una corriente que apuesta por el contacto directo como la vía más importante para cambiar actitudes y conductas. López *et al.* (2008) plantean que las actitudes se refuerzan y cambian en la interacción social. El hecho de convivir con quienes presentan problemas mentales va configurando una idea de normalidad en relación a ellas. Parece ser que se empieza a demostrar una relación positiva entre el contacto con el enfermo y las actitudes respecto a este. Cabe la posibilidad de que las actitudes positivas tengan la explicación en actitudes de protección más que de respeto y aceptación sin más.

García-Silberman llevó a cabo un trabajo con una muestra de 800 personas, sobre *las creencias, actitudes e intenciones conductuales respecto a los trastornos mentales*, entre las conclusiones apunta que el cambio de actitudes no es suficiente para modificar el comportamiento (García-Silberman, 2002).

3.1.3. Hacia un modelo basado en la información y el conocimiento

Como se viene argumentando, la idea sobre el enfermo con problemas mentales se ha ido construyendo socialmente, muchos de los estereotipos y prejuicios provienen de las épocas de las instituciones asilares siendo muy difíciles de cambiar. Se hace necesario el debate profesional, el estudio y la investigación para evidenciar el significado de las enfermedades y sus tratamientos, la participación de los enfermos y familias en la información, educación de la sociedad y los medios de comunicación, para terminar con los procesos de estigmatización situando a los enfermos en el lugar

que les corresponde, sin discriminaciones ni positivas, con excesos de afectos, ni negativas, como las descritas anteriormente¹.

El cambio en las actitudes sociales es un proceso complejo, López *et al.* (2008) propusieron las intervenciones siguientes:

- Disminución de las asimetrías de poder.
- Uso razonable de los diagnósticos.
- Atención integrada en sistemas generales.
- Atención sanitaria efectiva.
- Sistemas de apoyo social y tratamiento asertivo.
- Educación de distintos sectores de la población.
- Contacto e interacción social.
- Trabajo con los medios de comunicación.
- Medidas legales. Apoyo personal y familiar.
- Desaparición de los Hospitales Psiquiátricos.

Algunas de estas actividades se han llevado a cabo con un alto grado de satisfacción, como la desaparición de los Hospitales Psiquiátricos de manera monográfica, tan solo queda alguno perteneciente a la red privada. Otras están en proceso, como son los sistemas de apoyo social y el tratamiento asertivo, o el uso razonable de los diagnósticos para que no ahonden en la estigmatización. Sin embargo, quedan actividades pendientes, como son las referidas a la educación en general, la sensibilización a los medios de comunicación y la promoción de la interacción social.

Los autores mencionados, recogen iniciativas de diferentes fuentes y proponen lo que describen como *una estrategia compleja para un problema complejo*, reseñando la importancia de:

- **La información:** se considera más útil hablar de las personas que padecen la enfermedad, en lugar de hacerlo desde las enfermedades y hacerlo sobre los problemas concretos y todo lo que tiene que ver con sus derechos como persona.
- **Facilitar la integración y los contactos sociales:** es imprescindible propiciar y favorecer la integración de estos enfermos en la vida cotidiana, que se le conozcan como familiares, amigos, vecinos o compañeros. También es importante impulsar su participación y la de su familia en los movimientos asociativos, como, por ejemplo, se viene haciendo desde la AEESME.
- **Eliminar factores de refuerzo:** una vez que prácticamente han desaparecido los hospitales monográficos, adquiere especial importancia el uso adecuado de los diagnósticos y la atención continuada desde los programas de seguimiento y cuidados en el ámbito de la comunidad con una perspectiva garantista.

¹ Un ejemplo de campaña realizada en España y destinada a combatir el estigma y la discriminación de los enfermos mentales puede verse en la página www.1decada4.es

- **El apoyo a las personas afectadas:** enfermos y familiares deben ser tenidos en cuenta en todo el proceso de atención y en todos los ámbitos en los que la persona tenga que tomar alguna decisión.
- **Educar a la población:** de manera interdisciplinaria y a los diversos sectores de la sociedad, incluyendo la información a los medios de comunicación. Todo ello con el fin de mejorar las actitudes sociales.
- **Potenciar la investigación:** para mejorar el conocimiento de lo que rodea a la enfermedad mental y a las personas diagnósticas.

En definitiva, llevar a cabo estrategias que los autores mencionados describen como *el desarrollo de culturas que promuevan la desestigmatización*.

3.1.4. Concepto de enfermedad mental *versus* salud mental

El concepto de enfermedad mental, al igual que el de enfermo mental, y el de enfermedad en general, han sido cambiantes en los distintos periodos. En las épocas antiguas (griegos, egipcios, etc.), se consideraba que el origen de las enfermedades, mentales y físicas, era la influencia de demonios u otros espíritus de carácter religioso o mágico o ambos a la vez, que se manifestaban en algunas personas a modo de extravagancias en los comportamientos, manifestaciones que hoy se conocen como síntomas, precisamente, detectores de una enfermedad mental.

Para llegar al aspecto social en el proceso de enfermar y su presencia en las definiciones más actuales, se puede recordar cómo desde Hipócrates, pasando por Aristóteles, la concepción de la enfermedad es un desequilibrio humoral entre los elementos fundamentales de la vida: el aire, el fuego, la tierra y el agua. Esta explicación se aplicó fundamentalmente a las enfermedades agudas, si bien las crónicas se asociaban a las formas de vida. Lo que hoy se entiende como estado patológico se observa en el periodo greco-romano y ya se le filia como atribuible a causas orgánicas.

Es en el Medievo cuando se establecen racionalizaciones teológicas y aplicaciones de carácter mágico que conllevan el alejamiento de los pacientes mentales, o en otros casos les esperaba la hoguera (Bobes *et al.*, 2001). Se trataba de una exclusión social acompañada muchas veces de aspectos rituales.

A lo largo del siglo XVII surgió la tendencia a la protección de las personas mentalmente enfermas. Ello se contraponía con épocas anteriores y tienen lugar la edificación de asilos y hospitales para la custodia y confinamiento de estos pacientes, que nacieron precisamente con un carácter filantrópico para seguridad de los enfermos (Foucault, 1982).

Fueron Pinel en el año 1793 en Francia, y en Inglaterra William Tuke en el año 1796, los que predicaban las virtudes de desatar cadenas y amainaron los inconvenientes y preocupaciones que suponía para muchos en aquella época el tratamiento del “loco” en libertad. A finales del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX, se crean hospitales psiquiátricos en prácticamente en todas las capitales y ciudades relativamente grandes. La creación de estos centros será la característica de la época.

En Norteamérica, en el año 1880, se fundó la primera escuela de enfermería psiquiátrica. Pocos años más tarde, existía personal de enfermería especialista en salud mental en varios hospitales mentales, que se encargaba de la administración de medicación (hidrato de cloral y paraldehído) y de la supervisión del uso de hidroterapia, cuidados físicos y nutricionales. La función principal de las enfermeras, al igual que la de otros empleados, era la custodia de los enfermos.

Hacia el año 1899, Kraepelin, en su Tratado de Psiquiatría, inicia el camino del desarrollo de una nosografía que identifica para cada trastorno una base orgánica de tipo cerebral y divide la clínica psiquiátrica en dos grandes grupos (Kraepelin, 1907):

- Los trastornos adquiridos, también llamados exógenos (arterioescleróticos, traumatismos, infecciosos, etc.).
- Los trastornos de predisposición patológica o endógenos (demencia precoz, neurosis, psicosis maniacodepresiva).

Posteriormente este autor presenta, en forma sinóptica en sucesivas ediciones, clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas más completas, hasta la propuesta conocida como *Las diez clasificaciones de Kraepelin* (Kraepelin, 1994).

Durante las primeras décadas del siglo XX, aparecen las teorías de la relación interpersonal y la importancia de los aspectos emocionales como dimensiones que influirán en los trastornos de la mente y su conceptualización. Será a partir de los años sesenta del siglo pasado, cuando se comiencen a estudiar sistemáticamente los aspectos socio-económicos en relación con el proceso de enfermar. Actualmente, desde la epidemiología se describen las causas de la enfermedad desde factores biológicos, psíquicos y sociales, lo que desarrolla en su Informe Lalonde sobre los Determinantes de Salud, publicado en 1974 (Lalonde, 1974).

3.1.5. Un acercamiento a la concepción de salud mental

El origen de los trastornos mentales ha sido y sigue siendo algo muy controvertido, suscitando posiciones opuestas y pasionales. Ello tiene que ver con que las causas precisas, multifactoriales y siempre complejas, que siguen caracterizando a las enfermedades mentales. Las opciones que se adoptan respecto a su origen están inevitablemente sujetas a posiciones ideológicas que conciernen a las personas en general y además recurren a referencias, biológicas, psicológicas, sociales y políticas. Las concepciones sobre la enfermedad mental y, por lo tanto, de la salud mental, no se deben exclusivamente a discusiones teóricas que hacen pervivir ciertos desacuerdos, vienen dadas por la inevitable repercusión que dichas concepciones tienen en las actitudes terapéuticas a adoptar y en la organización de la atención y cuidados a las personas con problemas de salud mental.

Para conceptuar la salud mental parece imprescindible que, lejos de posiciones doctrinales, se adopte una actitud abierta que tenga en cuenta el desarrollo normal de la personalidad y los factores de mantenimiento de su equilibrio.

Todas las sociedades cuentan entre sus gentes con algunos que no son capaces de desempeñar los papeles y roles que les corresponden en la medida que son miembros de esa sociedad. Hace ya más

de un cuarto de siglo que psiquiatras como Szasz (2008) y Laing (1985) sostenían que muchas, si no todas las formas de desequilibrio mental, pueden considerarse como reacciones a experiencias de relación interpersonal y de presión social.

Por entonces, los sociólogos Mechanic² y Scheff Bericat llegaron a concluir que la inmensa mayoría de las formas de conducta que suelen atribuirse a personas con enfermedades mentales corresponden más bien a fenómenos sociológicos de identificación con un papel social determinado, como reacción a fuerzas sociales identificables (Mechanic, 1974). Esta forma o modelo sociológico de explicar la enfermedad mental tiene consecuencias en lo terapéutico. Sus seguidores entienden que el tratamiento psiquiátrico debería orientarse a la deshabitación del enfermo de los tipos erróneos de conducta de adaptación, enseñándoles también a desarrollar papeles normales, tratando paralelamente de modificar las circunstancias que impusieron su papel patológico. Estas posturas orientan tratar no solo al enfermo, sino también a la sociedad.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, en el año de 1946 contempló la salud como; *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de enfermedades o afecciones”* (World Health Organization, 1990). Esta definición ha sido muy criticada por utópica, por resultar muy ambiciosa y corresponder a una situación ideal. Sin embargo, para muchos también esta definición es válida al considerarla más un camino a recorrer que una meta propiamente dicha. Un año después de aquella definición, la Comisión Internacional preparatoria de la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM)³ adoptó la concepción siguiente, que es igualmente utópica: *“La salud mental es el estado que permite el desarrollo óptimo de cada individuo en el orden físico, intelectual y afectivo, en la medida en que es compatible con el desarrollo de otros individuos. Es deber de la sociedad permitir a sus miembros ese desarrollo, asegurando a la vez el desarrollo de la sociedad misma, dentro de la tolerancia debida a las demás sociedades”*.

Destacando la importancia del equilibrio del *yo* con el medio ambiente, y fundamentalmente con la sociedad, Erich Fromm distinguió un aspecto individual de la salud mental que sería una vivencia de felicidad, de bienestar de la persona, y otro aspecto de consideración social en relación con el estatus y rol de la persona (Fromm, n.d.). Karl Menninger concibió la salud mental relacionada con la *capacidad de adaptación de las personas* al entorno ecológico social, para conseguir *un máximo de eficacia y felicidad* (Menninger, 1958).

Según describió Pacheco, Soddy se refiere a la persona que goza de salud mental como una persona *sana que reacciona sin esfuerzo doloroso a la vida* (Pacheco, 2003). Con unas ambiciones que pueden conseguirse con realizaciones posibles, consciente de su capacidad y su realidad y con capacidad para ayudar a otras personas y para aceptar ayuda cuando la necesita. En esta definición, además de la idea de felicidad y equilibrio, hay una concepción más dinámica, que incluye el sentido de apreciación de la realidad, característica muy importante al analizar con criterio la salud mental.

² David Mechanic (1974), *Politics, Medicine and Social Science*. Nueva York: John Wiley and Sons. 306.

³ La FMSM es la asociación mundial de carácter consultivo, para Organismos Internacionales, para temas relacionadas con la salud mental, tiene un carácter multidisciplinar, sin ninguna vinculación con gobiernos. Pueden optar a pertenecer a ella personas individuales, asociaciones y profesionales.

Se concluye con la definición de Vasco sobre salud mental que dice: *“La salud mental aporta nuevos elementos para la reflexión en la medida que introduce las variables de las posibilidades al nivel individual y/o social.”* (Vasco, 1990).

A la luz de las concepciones expuestas, se puede afirmar que la salud mental se manifiesta por *“un equilibrio dinámico de la personalidad, la integración, siempre renovada a tendencias contradictorias que permiten establecer relaciones significativas entre el individuo y el mundo, que a la vez preserva la identidad del yo y favorece la adaptación al medio”*. La salud mental, lejos de ser la ausencia de enfermedades y problemas mentales y psíquicos, es por el contrario la percepción y conciencia de ellos, y la posibilidad personal y/o colectiva de tratar de solucionarlos, de modificarlos, de intervenir sobre ellos o adaptarse y convivir de la mejor manera posible.

3.1.6 Concepto de salud mental desde la teoría holística

Hoy se concibe al mundo como un sistema abierto y dinámico, que contempla la relación y dependencia recíprocas de todos los fenómenos biológicos, personales, culturales y espirituales. Se refiere, desde este pensamiento, a la teoría holística, que puede proporcionar bases para una nueva forma de abordar la salud y la atención y cuidados de la población. Para Novel, Lluch y Rigol, la teoría holística de la salud sostiene que *el ser humano es algo más que la suma de las partes del yo* (Novel, et al., 1988).

El estado de salud desde el punto de vista holístico se puede decir que integra cuerpo, mente, espíritu y ambiente ecológico y social, de una persona. La salud, según estos autores, resulta de un equilibrio dinámico entre las partes conexas de la persona. Las divisiones o desequilibrios en el interior de esta estructura humana producen tensión y enfermedad. Por lo tanto, desde la perspectiva holística, la persona está sana cuando:

- Carece de síntomas y enfermedades
- Se halla en excelente condición física
- Está llena de vitalidad y relajada
- La vida tiene sentido para ella
- Desarrolla creativamente sus potenciales humanos

La salud es una experiencia subjetiva cuya calidad puede reconocerse intuitivamente, pero no puede describirse o cuantificarse por completo (Serrano, 1999). No obstante, se puede decir que la salud es un estado de bienestar que se presenta cuando el organismo funciona de cierto modo. La descripción de esta manera de funcionar dependerá del modo en que se describía al organismo y sus interacciones con el ambiente.

El concepto de salud tiene una naturaleza subjetiva y la experiencia de salud y de enfermedad está influida por el contexto cultural en el que se vive. El concepto de sano y enfermo, de normal y anormal, buena salud o enfermedad, varía de una cultura a otra. Como consecuencia, el contexto cultural también influye en el comportamiento específico de las personas cuando enferman: en qué manera comunican sus síntomas, cuándo y con quién se van a curar, las explicaciones terapéuticas ofrecidas

por los profesionales (enfermera, médico, terapeuta, sanador, etc.) que, a su vez, también se ven afectados por la cultura.

De este modo, la visión integral de los organismos vivientes, puede proporcionar las bases ideales para una nueva forma de abordar la salud y los cuidados, forma que es totalmente compatible con el nuevo paradigma y que tendría sus raíces en la herencia cultural. La visión integral de la salud es, además, profundamente ecológica y rescata conceptos de otras tradiciones más antiguas, en las que se tenían en cuenta las dimensiones espirituales de la salud y la interacción armónica de la persona con el universo.

Las personas son capaces de plasmar el ambiente de manera muy eficaz, ya que tienen la capacidad de representar simbólicamente el mundo exterior, a la vez que es capaz de comunicar los símbolos y las ideas. Se logra hacer con ayuda del lenguaje abstracto, pero también de manera no verbal, por la pintura, la música, etc. El pensamiento no se ocupa solo del presente, también se puede referir al futuro, y esto crea una autonomía que es muy superior a la que se encuentra en cualquier otra especie. El desarrollo del pensamiento abstracto, del lenguaje simbólico y de otras facultades humanas son los valores que caracterizan a la mente.

Si están integrados y en armonía todos los aspectos que intervienen dentro de la mente: el pensamiento, la conciencia, la memoria, etc., el organismo tiene posibilidad de autocuración o de restablecer los desequilibrios del sistema de manera integral. A su vez, la falta de armonía en los niveles mentales, también pueden dar lugar a problemas en las demás estructuras. Por ejemplo, la enfermedad física puede equilibrarse por una actitud mental positiva y por el apoyo de la sociedad, posibilitando un estado general de bienestar. Por otro lado, los problemas emocionales o el aislamiento social pueden provocar una sensación de malestar en una persona en buenas condiciones físicas. Estas múltiples dimensiones de la salud se influyen mutuamente y la sensación más fuerte de bienestar se obtendrá cuando estas dimensiones estén equilibradas de manera armónica.

Desde esta perspectiva, la salud es a la vez un valor y una experiencia vital. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de crecimiento de la persona. La experiencia de enfermedad forma parte de la experiencia de salud y, la salud, va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

Rigol y Ugalde establecieron los principios de la salud mental holística (Rigol Cuadra y Ugalde Apalategui, 2001). Estas autoras apuntan a que la persona:

- Tiende por naturaleza a conservar su plena vitalidad e integridad. Desde esta perspectiva, la enfermedad es positiva, ya que se entiende como una señal informativa que indica a la persona que algo no va bien. Si la persona vuelca todos sus esfuerzos personales en recuperarlo, puede restablecer ese desequilibrio. El deseo de curarse ayuda a curarse y el deseo de estar sano a tener salud.
- Puede asumir la responsabilidad de velar por su salud. Es capaz de autocuidarse. En este nuevo paradigma se define al paciente como elemento activo, pues se considera capaz de cuidarse. Los profesionales acompañan, educan, comparten y proporcionan recursos para que la persona se corresponsabilice en su proceso.

- Puede abordar de manera más positiva para su salud algunas situaciones estresantes: eliminando selectivamente determinados estresores, atenuando su intensidad y cambiando sus reacciones, para hacerles frente con mayor eficacia.

3.1.7. La salud mental en los modelos enfermeros

Aunque los estudiosos y teóricos de la Enfermería no suelen hablar específicamente de la salud mental, todas las construcciones teóricas, en su visión de la persona, entorno, salud y enfermería, la integran.

3.1.7.1. Concepto de persona

Dentro de los supuestos principales de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Enfermería, Orem (1993) enumeró los cinco supuestos fundamentales acerca de las personas:

- Requieren aportaciones continuas y deliberadas, en sí mismas y en su entorno, para permanecer vivas y funcionar de acuerdo con las cualidades de la naturaleza humana.
- Tienen la facultad de actuar deliberadamente, se ejercita en forma de cuidado a una misma y a otros para la identificación y producción de las aportaciones necesarias.
- En la madurez, también pueden experimentar privaciones en forma de limitaciones de acción en su propio cuidado y en el de los otros, incluyendo la producción de las aportaciones para el mantenimiento de la vida y regulación de las funciones.
- La agencia humana se ejercita en el descubrimiento, desarrollo y transmisión de formas y medios para identificar las necesidades y hacer aportaciones para sí misma y para los otros.
- Las personas con relaciones estructurales agrupan las tareas y asignan responsabilidades para proporcionar cuidados a los miembros de la comunidad que experimentan carencias para producir las aportaciones deliberadas requeridas para sí mismos y para otros.

Orlando (1990), en su Teoría de la Respuesta Profesional Disciplinaria, enfatiza la importancia de la conducta humana, así como sus expresiones verbales y no verbales. Además, esta autora presupone que, en algunas situaciones, las personas son capaces de satisfacer sus propias necesidades de ayuda, pero se angustian en cuanto se ven incapaces de conseguirlo. Esta es la base de la afirmación que hace esta autora, según la cual la enfermera debe ocuparse solo de aquellas personas que son incapaces de establecer con claridad su propia necesidad de ayuda.

Por su parte, Henderson (1994) no describió una definición de la persona propiamente dicha. No obstante, considera al paciente como *un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia, o la muerte en paz*. También sostiene que *la mente y el cuerpo son inseparables*; y que *el paciente y su familia han de ser considerados una unidad*.

King (1991) consideró que las personas son *“seres sociales, sensibles, racionales, que perciben, que controlan, útiles, orientados a la acción y hacia el tiempo”*. Y añadió que *“los individuos tienen derecho a conocerse a sí mismos... derecho a participar en decisiones que influyen en su vida, salud y servicio a la comunidad... y derecho a aceptar o rechazar los cuidados de la salud”*.

Roy, desde su Modelo de Adaptación planteó unos supuestos interesantes que conectan bastante con los planteamientos generales que se están tratando desde la Enfermería psicosocial (Wesley, 1997, Kenneth, 2011). Así, esta teórica considera que la persona es *un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante*. La persona como sistema vivo *es un todo constituido por partes o subsistemas que funcionan como una unidad con algún fin determinado*. Además, basa su modelo de adaptación en los siguientes supuestos de base humanista:

- Los individuos tienen su propio poder creativo
- La conducta de un individuo es intencional y no mero resultado de una relación de causa y efecto
- La persona es un ser holístico
- Las opiniones y puntos de vista de la persona tienen un valor intrínseco
- La relación interpersonal es importante

En definitiva, se puede considerar al ser humano como un ser biopsicosocial, es decir, como un ser global, integrado por componentes biológicos y psicológicos, en interacción constante con el entorno en el cual está inmerso.

Comprender así al ser humano, implica:

- La existencia de una relación de dependencia e influencia mutua entre las distintas partes o componentes de la persona, de forma tal que cada una de ellas depende de las restantes y la alteración de cualquiera de ellas puede provocar alteraciones en las otras. De aquí se deduce la importancia no solo de los aspectos físicos o biológicos, sino también de los aspectos psicosociales.
- La aceptación de que la persona es un ser individual pero también un ser social, inmersa en una determinada cultura y en unas determinadas estructuras políticas, económicas y sociales que le llevan a establecer relaciones consigo mismo y con los demás. En este sentido se concibe a la persona como un ser relacional, que establece interacciones continuas con su entorno (Novel, 1991).

3.1.7.2 Concepto de entorno

El entorno es el medio en el que el ser humano vive y se desenvuelve cotidianamente, comprende todo aquello que le rodea, se habla de entorno ecológico y social. Desde esta perspectiva, se incluyen tanto los aspectos físico-ambientales como los familiares, culturales, políticos y económicos.

El entorno está íntimamente ligado a la persona en interacción e intercambio con ella. Los factores del entorno pueden inferir positivamente favoreciendo el desarrollo o negativamente en la vida, la salud

y el bienestar de las personas, pudiendo originar por sí mismo nuevas demandas de autocuidados (Orem, 1993).

Así, las diversas investigadoras y teóricas citadas plantean sus principios sobre el entorno y su influencia en la salud. Henderson (1994), asumió que el entorno es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

King (1991) afirmó que es esencial para las enfermeras una comprensión de las formas en las que los seres humanos actúan recíprocamente con su entorno para el mantenimiento de la salud. Un sistema abierto implica que la interacción se produce entre el sistema y su entorno, con lo que se deduce que el entorno cambia constantemente: *Las interacciones de un individuo con el entorno influyen en las adaptaciones a la vida y la salud... Cada ser humano percibe el mundo como una persona total al hacer transacciones con individuos y cosas del entorno.*

Según Roy, el entorno está constituido por *“todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta del individuo o de los grupos”* (Kenneth, 2011). Para la persona, como sistema adaptativo, el entorno representa un input que implica factores externos e internos. Dichos factores pueden ser amplios o limitados, negativos o positivos. Sin embargo, todo camino en el entorno exige un aumento de energía para adaptarse a los estímulos y vivir satisfactoriamente (Kenneth, 2011).

Por su parte, Peplau (2004) definió el entorno como *“las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura, de donde se obtienen costumbres, hábitos y creencias”*, y añadió, *“las condiciones generales susceptibles de conducir a la salud siempre incluyen procesos interpersonales”*.

El ser humano crece y se desarrolla a través de un proceso de adaptación continuo. La adaptación hace referencia a la capacidad de la persona para enfrentarse a los cambios internos y externos del medio, manteniendo el equilibrio y potenciando el crecimiento y desarrollo personal. Las respuestas adaptativas que cada persona desarrolla frente a una situación determinada pueden ser positivas, estando conformadas por aquellas que contribuyen y proporcionan equilibrio personal y, por tanto, sensación de bienestar subjetivo, en el otro extremo, sitúa las respuestas negativas, que describe como formas de comportamiento disfuncionales.

El concepto de adaptación ha sido abordado desde distintas Teorías de Enfermería. Así, por ejemplo, Levine la planteó como *“un proceso de cambio por el cual el individuo conserva su integridad dentro de las realidades de su entorno”*. Y añadió que *“la adaptación es una cuestión de grado y no un proceso de todo o nada. Cuando los cambios pueden predecirse, pueden ser observables y medidos”* (Moore, 2011).

En cuanto a las respuestas adaptativas, Roy señaló *“que son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio, considera que las respuestas ineficaces son reacciones que no contribuyen al alcance de metas de adaptación”* (Kenneth, 2011).

3.1.7.3 Concepto de salud

Orlando (1990) no desarrolló una definición de salud, pero señaló que la ausencia de desasosiego físico y mental y que las sensaciones de suficiencia y bienestar contribuyen al mantenimiento de la misma.

Tampoco Henderson ofreció una definición propia de salud. En sus escritos equipara la salud con independencia y la considera en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda las catorce necesidades básicas humanas (que comprenden los componentes de los cuidados enfermeros) (Henderson, 1994).

Por su parte, King (1991) consideró la salud como un estado dinámico en el ciclo de la vida. Para esta autora, la enfermedad es una interferencia en el ciclo vital. La salud implica una continua adaptación al estrés en el medio interno y externo, por el uso óptimo de los recursos de cada uno para alcanzar el máximo potencial en la vida diaria. Concluyó en que *“la salud es la función de las interacciones de la enfermera, el paciente, el médico, la familia y otras personas significativas”*.

Profundizando en las propuestas de las diferentes teóricas, es de interés hacer una referencia a Wesley (1997), quien describió la salud como *“un estado y un proceso de ser y llegar a ser, integrado y global”*.

Roy dedujo de esta definición la idea de que la adaptación es un proceso que consiste en la promoción de la integridad fisiológica, psicológica y social; y esa integridad implica una condición de ausencia de impedimentos que conduzca a la muerte o una salud extremadamente precaria para llegar a los más altos grados de bienestar (Kenneth, 2011). En su tránsito por el *continuum* salud-enfermedad, la persona encontrará problemas a los que tendrá que adaptarse. No obstante, en sus escritos más recientes esta autora se ha centrado más en la salud como proceso.

El concepto de salud asumido por la OMS como *“el estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”* (World Health Organization, 1990), indica que el estado mental forma parte de la evaluación del estado de salud de cualquier persona. Porque sin duda, no se puede ostentar un nivel óptimo de salud con un deficitario estado mental. El concepto de salud mental va implícito en el concepto de salud y, además, unido como algo indisociable. Hay que entenderlo, por tanto, en un sentido amplio e integral, como un concepto dinámico que está ligado a las condiciones de vida, los avances científicos y la evolución de la cultura.

Las actitudes de la población respecto a la salud han ido cambiando en la medida en que se operan cambios en los valores sociales. Estos han posibilitado que el concepto no solo se centre en la enfermedad y lo curativo de hace unas décadas, sino que hoy se considera el valor de la salud y, por tanto, la influencia de aspectos tales como el entorno, los factores de riesgo, los estilos de vida, la educación y todo cuanto contribuya a su promoción y fomento de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Se entiende pues la salud no como un valor absoluto, sino relativo y sujeto a múltiples contingencias. Por otra parte, la salud es un derecho que tiene el ciudadano, derecho a su protección reconocido por la Constitución Española en su artículo 43 y que desarrolla ampliamente la Ley General de Sanidad. Este derecho significa que la persona está en posición legítima de exigir una responsabilidad a los profesionales sanitarios.

Por otro lado, también existen una serie de factores que operan como determinantes del nivel de salud. Entre otros se pueden citar los factores físicos, químicos, biológicos, psicosociales y socioculturales, así como determinados estilos de vida. De manera que la salud de la población depende, en parte, de la forma en que las acciones políticas condicionan el medio y crean circunstancias que favorecen la confianza en sí, la autonomía y la dignidad para todos, especialmente los débiles. Los niveles de salud, en consecuencia, están influidos por un ambiente que favorezca una capacidad de afrontamiento eficaz, autónoma, personal y responsable.

No obstante, todo lo dicho hasta aquí no ha tenido la misma incidencia en el ámbito de la salud mental. Ello está claro porque, en este medio, la actitud de la sociedad en lo referente a la esfera de salud mental se mantiene fijada culturalmente en tradiciones y creencias que han quedado obsoletas. Lo cierto es que la salud y, por tanto, la salud mental, desde una perspectiva actual, se contempla como un proceso dinámico, por el cual todas las personas, a lo largo de la vida, atraviesan por diferentes periodos en los que el grado de salud varía dentro de ese proceso continuo *salud-enfermedad*.

3.1.7.4 Concepto de salud mental

Frecuentemente se equiparán los conceptos de enfermedad mental y de salud mental. Al igual que ocurre con el concepto de salud, desde una perspectiva general, salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad mental. Es un don que todos quieren poseer, independientemente de si se designa o no con ese nombre. Cuando se habla de felicidad, tranquilidad, goce o satisfacción, casi siempre se está refiriendo a la salud mental.

La salud mental tiene que ver con la vida diaria. Se refiere a la manera como cada persona se relaciona con otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con los iguales y los grupos sociales. Comprende la manera en que cada cual armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

No existe una línea divisoria que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está. En realidad, existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia de que se la posee. Por otra parte, tampoco la ausencia de uno de esos atributos puede admitirse como prueba de enfermedad mental. Más aún, nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una buena salud mental, como se apuntaba anteriormente, el riesgo de padecer un problema mental es importante.

Según la Federación Mundial de Salud Mental (Pacheco, 2003), entre las características de las personas mentalmente sanas se encuentran las siguientes:

- Están satisfechas consigo mismas
- No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones)
- Pueden aceptar sin alterarse las decepciones de la vida
- Tienen una actitud tolerante, despreocupada, respecto a la propia persona y a los demás, y son capaces de reírse de sí mismas

- Ni subestiman ni sobrevaloran sus habilidades
- Se respetan a sí mismas
- Se sienten capaces de afrontar la mayoría de las situaciones
- Consiguen placer de las cosas simples de la vida cotidiana
- Se sienten bien con los demás
- Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás
- Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas
- Les gusta confiar en los demás y sentir que los otros confían en ellos
- Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente
- No se aprovechan de los demás ni dejan que se les utilice
- Se sienten parte del grupo
- Se consideran implicados en los avatares que afectan a la sociedad
- Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta
- Afrontan sus problemas en la medida que se van presentando
- Aceptan sus responsabilidades
- Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario
- Planifican para el futuro, al que afrontan sin temor
- Tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas
- Hacen uso de sus dotes y aptitudes
- Se fijan sus metas ajustándose a la realidad
- Son capaces de tomar sus propias decisiones
- Consiguen satisfacción en poner su mayor esfuerzo en lo que hacen

El estilo de vida hace referencia al modo en que cada persona actúa e interacciona consigo misma y con el entorno que le rodea. De esta interacción depende tanto la calidad de vida como el nivel de salud de cada cual, considerando, por supuesto, que la salud aporta calidad de vida.

Es difícil determinar en qué medida la salud depende de cada persona y en cuál está determinada por el entorno. No se debe olvidar que existen muchos elementos sociales y culturales que influyen directa o indirectamente en los hábitos y en las costumbres como fumar, consumo de alcohol, etc., lo que Lalonde (1974) describió como determinantes de salud. Cabría señalar, igualmente, las múltiples contradicciones que se dan en el entorno sociocultural; por un lado, se invita y se fomenta a practicar unas determinadas conductas, y por otro, se advierte de lo pernicioso de las mismas.

3.1.7.5 Concepto de Enfermería

Con el estudio de los modelos enfermeros se observa cómo las investigadoras y teóricas definen la Enfermería como un servicio de relación de ayuda, donde se contempla la persona desde una perspectiva total, e influida permanentemente por su entorno, enseñándole cuando no sabe, supliéndola cuando no puede y ayudándola cuando le falta motivación.

3.1.7.6 Los nuevos paradigmas de salud mental en el contexto de la Enfermería

La OMS, ya en el año 1990, afirmó que no se puede entender un sistema sanitario completo si no atiende a las necesidades de salud mental de la población. De otra forma no sería eficaz. Han sido tradicionalmente los servicios especializados los que trataron las enfermedades mentales, siendo muchos los servicios de salud que han prescindido de los aspectos de salud mental de la vida humana.

Solo con la promoción de la salud mental desde el primer nivel de atención a la salud se estará haciendo un intento de aproximación y consideración de los factores emocionales y/o conductuales de la salud.

Con frecuencia, se viene observando cómo la formación de los sanitarios, en particular los médicos, se centra en enfermedades específicas de la persona, como conjunto orgánico. Sin embargo, el ser humano, su cuerpo, no es una reunión de órganos que se puedan separar, ni la persona es algo aislado del conjunto de la sociedad.

Muchas veces, los usuarios del sistema de salud se quejan de sentirse alienados respecto al personal sanitario y las instituciones. Aun reconociendo los progresos de las técnicas de tratamiento, no están satisfechos porque observan un verdadero detrimento de las consideraciones humanas en las formas de atención. Todo ello porque la atención a la salud no es solo una lucha contra la enfermedad, sino que debe estar también orientada al bienestar individual y colectivo, paliando las deficiencias del entorno e influyendo en los modos de vida de las gentes.

Cuando se acude a un servicio de salud por un trastorno físico, no es extraño observar ansiedad, tensión psíquica y emocional. Otras veces, los estados de ansiedad prolongados repercuten en aspectos físicos de forma importante, una vez más hay que recordar la necesidad de contemplar a las personas como seres unitarios.

Con estas aportaciones, según Alberdi (1991), se puede decir que se cambió el eje de las preguntas alrededor de la enfermedad, pasando de interrogarse sobre qué angustia, qué atemoriza o qué traumatiza de la enfermedad física (cuestiones de la medicina psicosomática) a interrogarse sobre qué duele, qué se inflama y qué se ulcera en la enfermedad mental.

Para alcanzar las metas en salud es indispensable que la ayuda enfermera se base en una visión global de la persona, los grupos sociales y la comunidad en su conjunto, lo que va a requerir el estudio permanente, sobre el significado y aspectos que influyen en el bienestar mental y social. Estos planteamientos sugieren la necesidad de desarrollar una práctica enfermera en la que se haga especial hincapié en terapias de origen psicológico y psicofísico, imprescindibles para la atención en salud mental.

Desde esta perspectiva, los profesionales de la salud no tienen el poder absoluto en las respuestas que se han de dar a las necesidades de los colectivos, son personas de recursos que caminan en el marco de un enfoque colectivo con las personas, familias y comunidades, con la intención de ayudarles a encontrar los elementos de respuesta en la satisfacción de sus necesidades de salud y de desarrollo económico.

El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define y la enfermera acompaña a esta en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Intervenir significa *estar con la persona*,

utilizando la sensibilidad, la aceptación, el reconocimiento, en una atmósfera de mutuo respeto, creando posibilidades de desarrollo del potencial de la persona, compartiendo su saber y facilitando los instrumentos necesarios para que sea capaz de desarrollarse por sí misma.

En definitiva, el objetivo de estas terapias es, en general, el restaurar el equilibrio de la persona y su familia, bien sea individualmente o en grupo. La enfermera utiliza su conocimiento interfiriendo lo menos posible, ya que la curación es obra del sistema mente-cuerpo. Se limitará a reducir el exceso de estrés, a fortalecer el cuerpo, animar a la persona a que desarrolle confianza en sí misma y crear el ambiente más propicio para la curación.

Lejos está ya la mentalidad de colaboración en los tratamientos médicos como única meta. La mentalidad de las enfermeras y enfermeros debe trascender esos planteamientos y tener una finalidad sanadora, cuya eficacia será proporcional a la formación y a la experiencia de que se disponga.

Capra lo expresó señalando que el movimiento de asistencia integral, tiene sus más fieles partidarios en las enfermeras que deciden ejercer como terapeutas independientes, y no como asistentes de médicos, y abordan su actividad de manera holística (Capra, 1987).

3.2. La atención al enfermo mental

El s. XIX se caracterizó por los esfuerzos que realizaron *los médicos de la mente* para comprender y tratar la locura, lo que da como resultado el reconocimiento de la Psiquiatría como disciplina autónoma (Huertas, 2004). Actualmente es la rama de la Medicina que se ocupa del tratamiento de las personas con problemas mentales. Esta afirmación representa una realidad, pero también se alzan muchas voces discordantes en el sentido de plantarse si realmente los trastornos mentales pueden tener tratamiento desde la Medicina, en la línea de lo planteado por Szasz considerado uno de los precursores de la antipsiquiatría (Szasz, 2008).

Desde esta perspectiva, Gómez planteó un dilema sobre si es más adecuado referirse a enfermos mentales o personas con comportamientos socialmente perturbadores o con sufrimientos espirituales o *problemas de la vida* (F. Gómez, n.d.). En la misma línea está la idea de Desviat cuando se refiere al enfermo mental como persona aquejada de sufrimiento espiritual (Lozano, 2015).

El enfermo mental, generalmente es etiquetado como tal por presentar un comportamiento que resulta socialmente perturbador. Por sí solo raramente recurre al sistema de salud porque no suele asumir su papel de enfermo, es la familia quien solicita atención y el enfermo es "*obligado*" por la fuerza o el engaño a recibir esta asistencia, que le marca como enfermo psiquiátrico en lo que Goffman (1970) describió, desde el constructo del estigma, como *la carrera moral del paciente mental*, lo que según este autor conlleva la degradación moral, social y política de la persona como enferma psiquiátrica.

Para Gutting (1994), el concepto de locura se corresponde con una construcción social, por lo tanto, variable y cargada de valores morales y culturales. Para Berical (2000), lo que tiene que ver con las emociones, y la consideración de la persona está relacionada con estas, y cargada de significados que

se construyen en los contextos sociales, en cada momento de la historia, se van elaborando sobre la base de dimensiones normativas y políticas.

Gómez (F. Gómez, n.d.), basándose en propuestas de Fuller (Fuller, 1974), agrupó las dolencias que son tratadas en Psiquiatría en siete grupos de problemas, poniendo es duda si realmente son problemas que requieren un abordaje psiquiátrico, médico o moral, así distingue entre problemas:

- Generales (como la depresión o las fobias).
- Sexuales (como aberraciones o perversiones, los de índole física o las elecciones no se contemplan desde la perspectiva mental).
- Suicidas (destacando que el suicidio más que una enfermedad es un problema moral muy complejo).
- Adicciones (en este tema abre una controversia sobre si el consumo es realmente una enfermedad o una opción vital).
- Personas poco inteligentes.
- Viejos (con deterioro de las funciones cerebrales como parte del proceso natural de envejecimiento).
- Personas desadaptadas (con personalidades inadecuadas). Las reflexiones sobre donde es más adecuado tratar a estas personas abren un debate muy interesante.

En España, en los años setenta del pasado siglo, también surgen tesis que cuestionan la función de la Psiquiatría, y su oportunidad para el tratamiento de personas con desviaciones de comportamientos considerados socialmente normales. Estos cuestionamientos fueron los que dieron origen a la Reforma Psiquiátrica, fenómeno que por su interés se trata en un apartado específico de esta tesis (González, 2000). A pesar de las controversias existentes, en este trabajo se analiza la atención que reciben los enfermos mentales en nuestra realidad.

3.2.1. Las Instituciones Psiquiátricas

La locura comienza a ser considerada una enfermedad en la Grecia Antigua. En occidente los primeros hospitales que acogieron a personas con problemas mentales, de muy diversas características, respondieron a un fenómeno urbano que comenzó en el mundo hispánico en la transición del Medievo al Renacimiento y se instaura en la Edad Moderna.

La fundación de los primeros hospitales para locos estuvo motivada por los valores cristianos de la caridad y la misericordia, así como por la creencia de que, asistiendo a los pobres y desvalidos, entre los que se incluye a los *locos*, se podía llegar a salvar el alma. Quienes atendían a estos enfermos estaban motivados por los mismos principios que regían para la asistencia hospitalaria hacia los enfermos e indigentes en general, aunque en el caso de los dementes, las razones de orden social prevalecieron sobre las religiosas y terapéuticas, ya que preservar la tranquilidad y la seguridad públicas siempre estuvo por encima del aspecto médico (Livianos Aldana *et al.*, 2006a).

Existen discrepancias sobre cuando se fundan los primeros hospitales psiquiátricos en España y cuál fue el primero, para finalmente situar la fecha en el s. XV (Huertas, 2001b). Autores como Polo (1997),

consideran que el Hospital de los Inocentes de Valencia⁴, se encuentra entre los primeros hospitales para *locos* del mundo⁵, y no el primero como llegan a afirmar otros autores, ya que existían este tipo de instituciones en otros lugares, poniendo de manifiesto que instituciones del mundo árabe inspiraron el funcionamiento del Hospital de los Inocentes de Valencia (Power *et al.*, 2007).

Es necesario relacionar el nacimiento de los manicomios de manera generalizada con la realidad social, en la que la dignidad de la persona no era precisamente una preocupación. A finales del siglo XVIII, las personas con problemas mentales eran confinadas junto a los animales en los establos, o encerradas en los peores lugares de la casa, completamente aislados donde únicamente se les *echaba* la comida, como si se tratase de animales. Quienes no tenían familia estaban condenados a vagabundear por las calles. Esta realidad la describen autores como González (1994), Livianos *et al.*, (2006b) y Shorter (1997).

Jean-Étienne Dominique Esquirol fue un psiquiatra francés que lideró la fundación de manicomios, vivió las últimas décadas del siglo XVIII y las primeras del XIX. Se encuentra entre quienes, con un planteamiento hasta cierto punto humanista y filantrópico, principios que son comparables a los que habían motivado la fundación del Hospital de los Inocentes de Valencia tres siglos antes, ya que consideraba a los locos dignos de socorro. En esta extensión de los manicomios participaron activamente psiquiatras como Esquirol y lo hicieron con la finalidad de proteger y custodiar a las personas con problemas mentales. De alguna manera, se trataba de hacer lo mismo que se hacía con los enfermos, paralíticos, inválidos, tullidos, ciegos, mudos, etc., que no podían valerse por sí mismos, aunque también se les aislaba por miedo a que se hiciesen daño a sí mismos o a otras personas, encontrando explicación en lo que Kemper describió en su teoría de las emociones, desarrollando la idea de que, aparece el miedo en las personas anticipándose a lo que pueden suponer las relaciones (Kemper, 1978). Con el ingreso de los enfermos en el manicomio se perseguía, preservar el orden público, protegerles y proteger a los demás y satisfacer sus necesidades.

Foucault, es considerado por diferentes autores el promotor de un nuevo paradigma para analizar lo que ocurría con la atención a los enfermos psiquiátricos, a mediados del pasado siglo, pensamiento que recoge en su obra *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961). En ella se refiere de manera muy crítica a cómo eran tratadas las personas con problemas mentales, marginadas, excluidas de la sociedad e internadas. Plantea una serie de cuestiones sobre quién decidía que una persona estaba loca y los criterios para asilarla. Respecto al tratamiento que recibían, aseguraba que eran acogidos para, fundamentalmente retenerlos y para tratarlos, algunas veces cuestiona los métodos se empleaban para reducirles, someterles, castigarles o curarles. Los planteamientos de este teórico eran para ofrecer alternativas a las instituciones asilares (Foucault, 1992).

⁴ La fundación del Hospital de los Inocentes de Valencia, tiene su origen en un sermón del Juan Gilaberto Jofré, en Cuaresma en el año 1409. Un *demente* había sido lapidado en plena calle por un grupo de transeúntes y Jofré al finalizar su sermón instó a los feligreses a fundar un hospital para que pudieran vivir, con seguridad, las personas con problemas mentales. La respuesta fue muy positiva y un grupo de burgueses lo hicieron realidad.

⁵ Se tiene constancia de la existencia de hospitales Psiquiátricos, en España, anteriores al de Valencia. Barcelona (1401).

Estas instituciones también fueron utilizadas por la Inquisición como un lugar de exclusión de los herejes. Podían servir para evitar la ejecución del hereje o dar por curada a una persona para justificar con ello su ejecución (Treopé, 1994).

En la literatura se recogen relatos sorprendentes, como los narrados por Foucault en *La Nave de los Locos*, donde cuenta cómo los enfermos mentales eran entregados a los marineros para que éstos se los llevaran en sus barcos lo más lejos posible a un destino incierto (Foucault, 1982). Esta idea, de la obra de Foucault, ya se recogía en gravados o pinturas de finales del siglo XV, el cuadro más conocido es el de *la Nave de los locos* de El Bosco.

Según López (1988) el perfil de estas personas conocidas como locas o locos y asiladas en estos primeros hospitales era muy diverso. Por una parte, estaban quienes habían sido llevados por razones de salud siendo la familia quien solicitaba el ingreso, por mandato de las autoridades eclesiásticas o militares cuando el que enfermaba era clérigo o monja o soldado que enloquecía, o procedentes de otros hospitales donde habían comenzado los desórdenes. Por otra parte, se encontraban personas de conducta desviada, podían ser enviadas por la Inquisición, remitidas desde las cárceles por haber delinquido o quienes vagaban por las calles con conductas desordenadas, lo que se denominaba como *hacer locuras*, causar destrozos, atentar contra sus semejantes, provocar escándalos o transgredir el orden moral.

Términos como *manicomio* o *psiquiátrico*, nos trae a las personas que hemos vivido en la España franquista y, especialmente a quienes ejercimos como profesionales de la salud en esta época, imágenes absolutamente estremecedoras, porque estremecedor era el ambiente y más todavía la imagen que transmitían las personas confinadas en ellos. Los más jóvenes, se han ido haciendo una idea de la sordidez de estas dependencias, pues a través del cine, la literatura y los medios de comunicación, se van conociendo noticias e imágenes que transmiten la realidad manicomial con la crueldad que la caracterizaba.

En los países menos desarrollados las instituciones asilares han sido la estructura fundamental para la atención a personas con problemas mentales hasta mediados del siglo XX y en muchos de ellos lo sigue siendo (Desviat, 1994). En España, lo fue hasta dos décadas después.

Las dependencias en las que se atendían a enfermos con problemas mentales, en España hasta finales de los años 1970, eran conocidas como Psiquiátricos, Manicomios, Casas de reposo, etc. Representaban el paradigma de la atención psiquiátrica, aunque no eran precisamente instituciones con finalidad terapéutica. En estas dependencias se *recluía*, generalmente a la fuerza o con engaños, a personas con problemas mentales, y también a otras con vidas que se organizaban al margen de lo establecido, tales como alcohólicos, prostitutas, homosexuales, también a quienes padecían epilepsia, y a las personas que resultaban molestas, porque ponían en peligro los valores dominantes. También hasta principios del siglo XX, estaban los enfermos psiquiátricos por problemas orgánicos incurables, como la afectación neurológica por sífilis, la psicosis por alcoholismo, la demencia senil, etc.

Los manicomios se significaron como lugares muy negativos para quienes permanecieron en ellos aislados y estigmatizados. Paul-Michel Foucault (1982), reconocido psicólogo y filósofo de gran prestigio, consideraba que el manicomio representó, en su momento, un instrumento del Estado para

silenciar a quienes resultaban incómodos, bien por su manera de pensar, sentir o comportarse, estas aseveraciones también han sido reseñadas por Porter (1989).

Los *manicomios* eran lugares de **reclusión y aislamiento**, se construían lejos de las ciudades, en lugares aislados, y eran instituciones en las que solamente se atendían a quienes se consideraban enfermos con problemas psiquiátricos y otros problemas como invalidez, ceguera, etc. Las instalaciones dejaban mucho que desear, especialmente en cuanto a limpieza y orden, los enfermos estaban hacinados. Pero lo que resulta especialmente inexplicable hoy, vergonzante podíamos decir, son las condiciones en las que se encontraban las personas recluidas. Se les aislaba de manera estricta por sexos, lo que no impedía que las enfermas acabasen embarazadas. Según Sacristán (2009), las personas institucionalizadas en los manicomios estaban expuestas a todo tipo de abusos, generalmente se las encerraba a la fuerza, se las depositaba, y una vez ingresadas eran sometidas al poder de los profesionales de la salud y del conjunto de trabajadores, con independencia de la formación que tuviesen.

Es fácil caer en posturas totalitarias y describir el manicomio, como un lugar de exclusión, pero también hay que valorar los aspectos positivos. Según Campos y Huertas (2008) también fueron centros de *refugio, de espacio terapéutico y de producción del saber*. La situación actual es producto de la evolución experimentada que tiene sus orígenes en los manicomios.

3.2.2. Los tratamientos

Los tratamientos a las personas con problemas mentales han evolucionado en la medida que lo han hecho la Psiquiatría, la Neurología y la Farmacología; pero además ha ido de la mano de la consideración de que, en cada momento de la historia, se ha tenido de la persona y del enfermo psiquiátrico.

Como se viene poniendo de manifiesto, el manicomio era, hasta el siglo XIX, y en algunos aspectos hasta el siglo XX, un lugar en el que se asilaban, locos, criminales, prostitutas, mendigos, librepensadores, blasfemos, paralíticos, inválidos, tullidos, ciegos, mudos, homosexuales⁶, etc., en definitiva, de todas aquellas personas consideradas *diferentes*, peligrosas o molestas simplemente. Los padecimientos se consideraban enfermedades crónicas y a quienes las padecían personas incurables, incluso fueron tratados como enfermos mentales quienes, en España, en tiempos del franquismo, tenían ideas marxistas (Huertas, 2001a), de la misma manera que en su momento lo fueron los herejes a instancias de la Santa Inquisición.

La reclusión de personas social o familiarmente molestas en los manicomios está fuera de toda duda. Llama la atención la referencia que hacen Falcone y Castillo (2012) a la existencia de *historias*

⁶ La homosexualidad ha sido considerada una enfermedad mental hasta los primeros años de la década de 1973, cuando como respuesta a las presiones de activistas a favor del movimiento gay, la *American Psychiatric Association* dejó de considerarla como un trastorno mental y la dejó fuera del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

criminológicas en los expedientes de los enfermos en las instituciones psiquiátricas. Lo que demuestra la existencia de ingresos por conductas delictivas.

Esta falta de definición de enfermo psiquiátrico y la falta de evidencias y recursos para el tratamiento llevaron, a que a pesar de que fuera el humanismo, lo que motivó la fundación de los hospitales psiquiátricos de manera generalizada, la realidad es que significaron lugares de aislamiento y segregación más que de tratamiento. Las acciones estaban dirigidas a contener más que a curar, ya que los problemas psiquiátricos se evidenciaban por síntomas de agitación, y estas manifestaciones se convertían en la razón del tratamiento. Existía la idea generalizada de que *se entraba y no se salía*.

Hasta prácticamente el siglo XIX, la terapéutica para el tratamiento de la locura era tan variada como las causas que se consideraba que la producían. La Iglesia católica utilizaba exorcismos; con la medicina empírica ejercida por los curanderos se recurría a las hierbas medicinales, los sortilegios y las prácticas supersticiosas y los médicos y boticarios recurrían a dietas, brebajes purgativos y a las tan temidas sanguijuelas; de alguna manera, se trataba de limpiar al enfermo (Tropé, 2011; González, 2011; Porter, 1989).

Una práctica muy extendida hasta el siglo XIX, y parte del XX, era la de contener al enfermo por medios de sujeción física, utilizándose grilletes, cadenas, cepos, collares de hierro y camisas de fuerza. Como medida de contención, en los hospitales psiquiátricos se contaba con lugares de aislamiento, donde se confinaba a quienes sufrían crisis de agitación. Eran celdas, *o jaulas*, de tamaño muy reducido, de unos dos metros cuadrados, todo el mobiliario consistía en una repisa que servía de silla, mesa o cama para el enfermo⁷. Muchas de estas celdas tenían instaladas argollas y cadenas para reducir y sujetar a los enfermos cuando sufrían una crisis o signos de agitación. En la literatura se ha desarrollado la idea de que la contención y el aislamiento, han sido la base del tratamiento a los pacientes con problemas mentales, llevando a la alienación de la persona.

Los fármacos utilizados, en principio, no contaban con una base científica que garantizara su eficacia. Desde Galeno estaba la idea de que las enfermedades mentales tenían su origen en el desequilibrio humoral y se administraban jarabes y purgas con el fin de purificar al enfermo. Los primeros fármacos con fines tranquilizantes fueron destilados de adormidera y somníferos de jarabe de absenta.

En los diferentes momentos, de manera muy generalizada, se describe el trabajo de los enfermos en el manicomio, entre los siglos XV y XVII salían a la calle a pedir limosna y hacer cuestaciones. El trabajo se potenciaba como una forma de terapia, también, como un modo de integración y como una fuente de ingresos para la institución.

Las actividades consistían en el desarrollo de las tareas de mantenimiento y limpieza de las instalaciones, como si de un hogar se tratase, pasando por el cuidado del huerto, hasta el desempeño de trabajos manuales, tales como la elaboración de alfombras, alfarería o carpintería. La producción se comercializaba, el enfermo recibía una pequeña cantidad y el resto, en teoría, se empleaba en mejoras para el centro.

⁷ Las condiciones de las jaulas eran vergonzantes, en ellas, los enfermos vivían en condiciones más parecidas a los animales que a las personas. Permanecían encadenados, sucios, desnudos sedientos y hambrientos.

Además del valor terapéutico del trabajo también contaba con connotaciones religiosas, para contrarrestar un modo de vida basado en la ociosidad, para evitar los malos pensamientos y como forma de desarrollo de virtudes como la abnegación, la diligencia, etc.

La terapéutica del trabajo, ha sido objeto de críticas muy duras, algunos manicomios se convirtieron en verdaderas empresas a costa de la mano de obra gratuita de los ingresados, condicionando incluso el alta de las personas *productivas* a pesar de estar en condiciones de abandonar la institución (Comelles, 1997).

Las terapias y las prácticas que se llevaban a cabo en estas instituciones, hoy están denostadas, y con independencia del respaldo científico con el que pudieron contar en su momento, representaban un grave peligro para la vida de la persona. Las camisas de fuerza, la inducción al coma diabético, las inyecciones de aguarrás, utilizadas con el fin de producir fiebre hasta dejar a la persona postrada, los baños de agua helada, etc. Pudieron llegar a producir la muerte en personas que estaban ingresadas para ser custodiadas. Sin representar un peligro tan evidente, en esta época, también se empiezan a utilizar sedantes y experimentar con diferentes fármacos, representando un riesgo para quienes los recibían, ya que no se contaba con garantías.

Cabe destacar el electrochoque o terapias de choque y las psicocirugías para practicar lobectomías como tratamientos a los que se vieron sometidos muchos enfermos, con el consiguiente riesgo para su vida. Los que sobrevivían, muchas veces quedaban con secuelas muy discapacitantes, e incluso llegaban a morir. Estas terapias han sido reproducidas en el cine por lo llamativo que resulta poner al límite a quienes se las practicaba (Conseglieri y Villasante, 2007).

Weiner (2002) describió que en Europa a principios del siglo XIX, aparecieron los psiquiatras, concebidos como médicos especialistas, y con ellos la aplicación de una terapia de *tratamiento moral* basada en la relación médico-paciente, y a partir del dialogo se proponía reconducir el comportamiento instaurando rutinas. Esta terapia desechó el uso de las medidas de contención física, aunque unido a la terapia del dialogo se aplicaba el aislamiento del paciente para que pudieran reflexionar sobre las recomendaciones y éstas pudieran hacer su efecto. Este enfoque representó un importante avance, aunque según Comelles (1992), es en los años cincuenta del pasado siglo, cuando la Psiquiatría se puso al mismo nivel que las demás especialidades médicas, en la utilización de métodos diagnósticos y medidas terapéuticas con la farmacopea específica. Lavín, situó el nacimiento de la psicofarmacología moderna en el año 1952, según este, autor, otros lo sitúan en 1949 (Lavín, n.d.).

Los tratamientos van evolucionando hasta principios del siglo XX, configurando la situación actual. Uno de las figuras más destacadas fue Freud quien contribuyó de manera importante a los logros de la Psiquiatría. Unido a los tratamientos de corte psicológico y psicoanalista aparecen los psicofármacos, que han mejorado considerablemente los tratamientos en cuanto a formas y eficacia.

Podemos decir que hasta bien entrado el siglo XX los tratamientos que se aplicaban eran fundamentalmente somáticos, al tiempo que se mantenía el carácter custodial que siempre tuvieron los manicomios (Campos y Huertas, 2008). Todo lo relacionado con la enfermedad mental ha estado mediatizado por la cultura y han convivido tratamientos muy diversos entre los que se pueden considerar aquellos que perseguían la integración de las personas, como fue el trabajo como terapia.

En España, a los tratamientos biologicistas, se añadieron los moralizantes y de adaptación a la ideología imperante (Giménez Muñoz, 2012).

3.2.3. Los profesionales y el personal

La situación en la que se encontraban las instituciones psiquiátricas, hasta finales del siglo XIX y principios del XX era deplorable; lugares mal dotados, deshumanizados, con ausencia de medidas terapéuticas eficaces y seguras, ofrecían un panorama desolador, los enfermos estaban condenados a la cronicidad, haciendo que estos lugares resultasen poco atractivos para los profesionales.

La Psiquiatría como disciplina de incipiente especialización se sitúa en estas fechas (Giménez Muñoz, 2012). En España a nivel general, había escasez de médicos y también de profesionales sanitarios y administrativos, lo que provocaba que el psiquiatra asumiera múltiples y variados papeles. El médico era la autoridad del asilo (Foucault, 1982). De él dependía el tratamiento físico y moral, aunque para esto último contaba con las órdenes religiosas que vivían y ejercían como *profesionales* en estas instituciones. También era responsable el médico de los abusos, de muy diferentes tipos, entre ellos de internamientos arbitrarios por indicación de la familia, para su tranquilidad.

Se puede decir que hasta bien entrado el siglo XX, las instituciones psiquiátricas se caracterizaban por la falta de personal cualificado, lo que hacía difícil abordar terapias que fueran más allá de la custodia, protección y contención de los enfermos. La escasez de psiquiatras era especialmente significativa; se consideraba una especialidad poco atractiva para los médicos, además de las malas condiciones en las que ejercían, con poco reconocimiento social, sufriendo *estigma por extensión* (Goffman, 1970).

Las órdenes religiosas, como las de San Juan de Dios y de Los Camilos para el cuidado de hombres, y las de las Hermanas de San Vicente Paul y las Hermanas del Sagrado Corazón para el cuidado de las mujeres, por poner algunos ejemplos, jugaron un papel destacado, las motivaciones de los religiosos y las religiosas, basadas en que el cuidado a los semejantes redimía de los pecados y acercaba a Dios, dotaron a los manicomios del mundo católico de personal relativamente cualificado. Aunque al mismo tiempo se contaba con seculares de procedencia y preparación muy diversa, desempeñando diferentes papeles. En ocasiones los enfermos, llegaban a ayudar a los médicos en terapias como el electrochoque.

A mediados del siglo XX, es cuando se produce un cambio radical en las instituciones psiquiátricas, cambio que llega de la mano de las terapias psicológicas y del psicoanálisis (Schwartz, 2000), estas terapias dignificaban la práctica, comenzando a mirar a los enfermos mentales como a personas con derechos y a la institución manicomial como un lugar de curación. Se empieza a considerar lo positivo que puede ser para los enfermos el permanecer en la comunidad. Todo esto se va transformando en una corriente de opinión que termina en *el manicomio de puertas abiertas*, constituyendo nuevos modelos de atención articulados de manera concreta en cada país. En España dio origen a la Reforma Psiquiátrica, y al Modelo de Salud Mental Comunitario, que tratamos en esta tesis en un apartado específico (Novella, 2008).

3.3. La Reforma Psiquiátrica en España

El que la atención a las personas con problemas mentales haya estado, hasta los años setenta del pasado siglo, integrada de manera prácticamente exclusiva en instituciones específicas, aisladas y alejadas del sistema sanitario y de la sociedad, unido a los tipos de tratamientos aplicados, ha tenido como consecuencia que se identificara la institución como un lugar de reclusión. Afortunadamente, en estos años, se llegó a un consenso internacional sobre la necesidad de un cambio de paradigma en la asistencia psiquiátrica, que va a dar lugar a la Reforma Psiquiátrica (López *et al.*, 2008). Además de lo que representa un trato más humano, cercano y accesible para los pacientes, y mayor comodidad, la Reforma trajo consigo la caída de los estereotipos que venían significando a estos enfermos, a su familia y hasta los propios profesionales.

La Reforma Psiquiátrica supuso una transformación radical en la asistencia que se venía ofreciendo a los enfermos con problemas mentales, propiciando un tipo de atención que dignifica a la persona. Se produce en unos momentos en los que la atención en nuestro país dista mucho de la que se lleva a cabo en realidades de nuestro entorno, sin embargo, el compromiso y trabajo de los profesionales de esta disciplina hacen que en poco tiempo evolucione y se sitúe a la vanguardia. Se produjo lo que autores como Sacristán han dado en definir como *la desinstitucionalización para referirse al viraje del asilo a la comunidad* (Sacristán, 2009).

En todo este proceso de poner en tela de juicio el papel de los psiquiátricos, surgen voces que califican a los manicomios de lugares antiterapéuticos, en los que se atentaba contra los derechos humanos, se despilfarraban los recursos y eran utilizados como lugares de control social y marginación (Giménez Muñoz, 2012).

Por otra parte, la OMS, venía recomendando la sustitución de los grandes hospitales psiquiátricos por centros de atención comunitaria con el apoyo de camas psiquiátricas en los hospitales generales y asistencia domiciliaria con fin de *limitar la estigmatización* que llevaba el permanecer ingresado en las instituciones psiquiátricas (World Health Organization, 2001). Aunque en algunos países desarrollados se ha logrado poner en marcha un sistema atención integral que incluye programas de prevención, servicios de consulta externa en la atención primaria, ingresos hospitalarios en situaciones agudas y programas de rehabilitación e inserción, la atención a la salud mental sigue siendo muy variada. Según Novella, los diferentes dispositivos de atención dependen de los recursos, las instituciones, las patologías y la orientación teórica de los propios médicos (Novella, 2008).

3.3.1. Antecedentes de la Reforma

En nuestro país y en todos los ámbitos de la vida, el periodo de la dictadura franquista representa una época de retroceso en las cuestiones sociales y cerradas a los cambios. En general, y especialmente en campos como la educación y la salud, las instituciones religiosas tienen un gran protagonismo. La atención a las personas con problemas mentales tiene un marcado carácter caritativo, muy condicionado por las reglas de cada congregación religiosa que, de manera altruista y no remunerada,

se dedicaba al cuidado de estos enfermos. Estas comunidades religiosas vivieron, hasta los años 1980⁸, dentro de los hospitales. Las personas que sufren enfermedades psiquiátricas han existido siempre y la sociedad ha dado respuesta, al igual que ante cualquier otra necesidad, poniendo en marcha los medios para abordar este problema de la mejor manera posible. En España y en Europa, en general, las estrategias de abordaje de este problema tenían una fuerte influencia cristiana, como lo demuestra el que, la atención a los enfermos mentales estuviese en manos de las confesiones religiosas y en las autoridades locales (Porter, 1987).

Es a partir de los años ochenta, del pasado siglo, cuando las comunidades, como tales, empiezan a desaparecer de los hospitales y las religiosas y religiosos, se incorporan a las plantillas en las mismas condiciones laborales que los profesionales seculares.

Entre las comunidades más relacionadas con el ámbito de la salud, es la Orden de San Juan de Dios una de las que más destaca por su dedicación a la atención a los enfermos psiquiátricos y por su influencia sobre la Enfermería y la profesión enfermera, en relación con la formación, y en lo referente a la práctica. Surge en España a mediados del siglo XVI con el ideal de *socorrer al enfermo pobre* (Ventosa, 1984). Esta orden cuenta actualmente en nuestro país con hospitales especializados en la atención a la infancia y a las personas con alteraciones de salud mental y con centros de formación para enfermeras integrados en la Universidad Pontificia de Comillas (Ventosa, 1984). Actualmente también se encuentran vinculadas a las Universidades de Sevilla, Barcelona y Nebrija.

En España, hasta los años setenta y primera mitad de los ochenta del siglo pasado, los hospitales psiquiátricos siguieron siendo considerados como las instituciones básicas para la atención de las personas con trastornos mentales. Sin embargo, en nuestro entorno, en países como el Reino Unido e Italia, se venían produciendo reformas encaminadas a mejorar la atención de los enfermos mentales, orientados desde una consideración del respeto a la dignidad de la persona.

La atención a las personas con problemas mentales, tenía una consideración muy secundaria. La estructura sanitaria estaba diversificada. Sanidad se encargaba fundamentalmente de la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas; la Seguridad Social se atendía a las personas con problemas físicos (médicos y quirúrgicos); las Corporaciones Locales (Diputaciones, Cabildos y Ayuntamientos) se hacían cargo de las personas sin recursos, que no tenían derecho al Seguro Obligatorio de Enfermedad y a las personas con enfermedades psiquiátricas, se las atendía a través de la red de la beneficencia.

Los centros en los que se encontraban los enfermos mentales, se conocían como *Manicomios* y a quienes eran atendidos en ellos como *locos*. Al frente de ellos solían estar las comunidades religiosas, a las que se hacía referencia anteriormente. Los manicomios estaban situados a las afueras de las

⁸ Las comunidades estaban integradas en el recinto de los hospitales. Estas religiosas eran las encargadas de mantener en funcionamiento los servicios generales del hospital a lo largo de las 24 horas del día. Servicios esenciales que van desde el banco de sangre hasta la lencería entraban en funcionamiento en cualquier momento que se requiría, sin necesidad de mantener una plantilla activa en ellos. Esto supuso una garantía de funcionamiento con un importante ahorro para el sistema. Cuando los hospitales se tecnifican y se estructura de una manera que podía considerarse *más profesional*, las religiosas y religiosos perdieron su interés para la administración y se prescindió de ellas con poca consideración.

ciudades, en un afán de separar a personas que se les consideraban peligrosas, porque la enfermedad mental estigmatizaba a quienes la padecían y, en cierto modo, a las familias.

Estos establecimientos, mal dotados, en los que los enfermos y enfermas vivían hacinados eran, centros de aislamiento y ocultación de *los casos peligrosos y vergonzantes*, con tratamientos agresivos que hoy nos resultan insoportables, como la aplicación de esencia de trementina (aguarrás) por vía intramuscular, para producir abscesos y fiebre alta; choques cardiológicos, inducción de comas con insulina y el propio electroshock, con la finalidad de reducir al enfermo en estados de agitación o brote psicótico, a un estado de aletargamiento que proporcionaba tranquilidad a quienes estaban a su cargo. Afortunadamente con la aparición de los primeros psicofármacos, estas prácticas fueron perdiendo vigencia, aunque se tardará tiempo en cambiar la consideración hacia estas personas (Pacheco Borrella, 2004).

El tipo de atención que se llevaba a cabo en los hospitales psiquiátricos se justificaba desde las características de los enfermos, así lo ponen de manifiesto López, Laviana y García-Cubillana, que dicen: " *...el Hospital Psiquiátrico ha sido, durante un largo periodo histórico la institución básica de asistencia psiquiátrica, social y profesionalmente aceptado, al menos, como un mal menor imprescindible para enfrentarse a un conjunto de personas con conductas que parecían requerir un mecanismo de control específico, cuya dureza parecía ser simplemente un mero reflejo de las especiales características de dichas conductas y de la escasez de procedimientos técnicos para erradicarlas*" (Marcelino López et al., 2006).

3.3.2. Los primeros cambios

En España durante los años setenta del pasado siglo, se iniciaron transformaciones muy significativas en todos los ámbitos de la vida social. Para la historia reciente de la atención a personas con problemas mentales, el giro ideológico que se experimentó tuvo unas repercusiones que fueron cruciales para su evolución. Acontecimientos como los cambios sociales que trajeron las ansiadas libertades propiciaron la participación ciudadana en todos los ámbitos y la progresiva integración en el entorno europeo, entre otros, caracterizaron la evolución de la sociedad en general y, de la atención psiquiátrica en particular.

El fin de la dictadura y el inicio de la transición hasta la consolidación del sistema democrático, crearon un contexto social y sanitario particular que permitió que se llevaran a cabo avances de gran transcendencia. Este periodo propició que, en algunas cuestiones relacionadas con la salud mental, España se situara por delante de realidades que hasta ese momento habían representado el modelo a conseguir. Para comprender esta realidad es necesario hacer un ejercicio de imaginación por parte de los que no lo vivieron, y de recuerdo por parte de los que tuvieron la oportunidad de ser sus protagonistas, a los que no siempre se les ha dado la voz como afirman Desviat (2010) y Espino (2002)

porque en otro momento histórico no hubiese sido posible⁹. Profundizar en este periodo, desde la perspectiva de quienes en alguna medida fueron protagonista es el interés de este trabajo.

Esta realidad se ve reforzada con los movimientos Antipsiquiatría, liderados por profesionales de la salud de esta rama, que trabajaron desde diferentes plataformas y asociaciones profesionales para dar a conocer la situación de los enfermos mentales y situarles en el mismo lugar que a cualquier otro tipo de enfermos, siempre desde el respeto a su dignidad y capacidad para ejercer sus libertades como personas. En torno a estos movimientos se fueron incorporando diferentes sectores de la población, sensibilizados por la situación y motivados para propiciar cambios para dignificar la asistencia, a los propios enfermos y sus familiares. El objetivo era la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos, que es como decir: *“abrir las puertas del manicomio que recluía a los locos para ocultar la vergüenza”*.

Esta realidad social, se ve reforzada en el año 1986 por la Ley General de Sanidad (LGS), como fruto del proceso de “La Reforma Sanitaria de Ernest Lluch” (1984-1986), proceso que se caracterizó por dotar de contenido político todos los ámbitos de la vida (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986). En esta Ley se recogen derechos personales, sociales e intereses económicos.

La Ley opta por un Sistema Nacional de Salud universal, equitativo, descentralizado y de financiación pública. Lo que se tradujo en una cobertura sanitaria al 95% de la población, un incremento en el gasto sanitario en relación al Producto Interior Bruto, que pasó del 4.4% al 5.2%, y con una financiación del gasto sanitario público del 78%.

En cuanto a las prestaciones sanitarias, las repercusiones más novedosas se produjeron en el desarrollo de la atención primaria de salud, la planificación familiar, el programa de trasplantes y **la atención a personas con problemas de salud mental**. A nivel internacional todos estos cambios encontraron su engranaje en la Conferencia de Alma Ata, que bajo el eslogan de *“Salud para todos en el año 2000”*, se inició el periodo más fructífero en la mejora de la atención a la salud de las personas y los grupos.

Una característica especialmente relevante de la Reforma Lluch, fue que contó con la participación de expertos profesionales, asociaciones, etc., en la elaboración de los trabajos y propuestas que servirían de base para la Ley. En lo referente a la atención a los problemas de salud se contó con *La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985a). Se recoge la orientación de la atención psiquiátrica integrada en el régimen general de asistencia y con un modelo comunitario y desinstitucionalizado, basado en una Salud Mental Integral. Las recomendaciones que se aportan en el informe plantean:

- Garantizar los derechos de los enfermos
- La integración de la atención psiquiátrica en el sistema de salud
- El establecimiento de sistemas de colaboración entre diferentes ámbitos, tendentes a mejorar la salud mental (sistema educativo, ámbito laboral, etc.)
- La descentralización en cuanto a la gestión

⁹ La doctora Rosa María Alberdi, cuando se hace referencia a esta etapa de la historia de España dice: *Por la mañana estábamos proponiendo una cosa y al día siguiente aparecía en el Boletín Oficial del Estado, y es que casi todo era posible.*

- La potenciación de acciones de promoción, protección y atención psiquiátrica de la población en riesgo
- La reducción de la hospitalización mediante la creación de nuevos dispositivos
- El desarrollo de programas de rehabilitación

Cabe hacer una reflexión sobre si fue la Ley la que produjo los cambios, o los movimientos profesionales y sociales los que propiciaron innovaciones que hicieron necesaria y posible la Ley. Según explica Desviat, que se ha autodefinido como: un psiquiatra comunitario, *“la inclusión en LGS de los principios que iban a guiar la reforma psiquiátrica en España señaló la demanda social existente ante la desastrosa situación de la salud mental y la presencia pública de un colectivo profesional que venía luchando desde los años setenta por otra psiquiatría y otra sanidad en un país democrático”* (Desviat, 2011).

A nivel profesional se emprenden acciones transformadoras de la asistencia. Se sectoriza el territorio, se organizan equipos interdisciplinarios, lo que facilita el trabajo con la familia, preparando el entorno para que los enfermos que habían estado *recluidos* pudieran reintegrarse en su núcleo familiar y comunitario estableciendo una nueva política asistencial para que los enfermos mentales fueran considerados igual que los que padecen cualquier patología física.

3.3.3. De la institucionalización a las puertas abiertas

Con la puesta en marcha de la LGS, se inicia la descentralización de la gestión sanitaria, y las Comunidades Autónomas emprenden sus procesos específicos. Manuel Desviat (2011), psiquiatra y uno de los profesionales que participó activamente en la reforma decía en una entrevista reciente (Lozano, 2015), que los principios por lo que se había regido este proceso perseguían: la universalización de la asistencia, la defensa de los derechos de las personas con problemas psíquicos, los límites de la actuación profesional que no debe contemplar la curación a cualquier precio, la necesidad de una mirada plural en la clínica y que la psicopatología tenga en cuenta lo subjetivo, lo social y lo político. Con este marco Desviat (2011) describe el proceso en tres ámbitos:

- 1) Se produce la integración de los servicios de salud mental en el sistema sanitario general como atención especializada, en conexión con la atención primaria y con los servicios sociales, lo que propició el cierre de los hospitales psiquiátricos o *manicomios*. Se desarrollan diferentes dispositivos: centro de salud mental, visita domiciliaria, hospitalización de día, centros de día, rehabilitación psiquiátrica, pisos supervisados, residencias de salud mental y las unidades de agudos en los hospitales generales. Servicios que permiten ofrecer la atención más adecuada según la situación de la persona, resultando eficaces para los enfermos y satisfactorios para las familias.
- 2) Se pone especial énfasis en salvaguardar los derechos de los pacientes, aplicando cambios en las normas legales que les afectaban, acabando con una legislación específica que discriminaba a estos enfermos.
- 3) El tercer aspecto que destaca, tiene que ver con los cambios que se producen en la formación y capacitación de los profesionales especialistas en este área. La especialidad Médica en

Psiquiatría con el programa de Médico Interno Residente (MIR), en Enfermería en Salud Mental con el de Enfermera Interna Residente (EIR) y en Psicología con el de Psicólogo Interno Residente (PIR). Programas que contemplan la formación específica y especializada de estos profesionales en las diferentes áreas de atención de los servicios de salud mental.

Esta desinstitucionalización no solo representó en su momento cambios positivos, también provocó inseguridades, ya que significó un cambio de perspectiva radical para los enfermos, las familias y los profesionales. Los pacientes llevaban años en las instituciones y se habían habituado a la vida de ingresado, las familias habían depositado la responsabilidad del cuidado de los suyos en los profesionales y los profesionales ejercían en un ámbito propio que controlaban.

Abrir las puertas supuso para los enfermos, problemas de adaptación a sus familias y a un medio nuevo, desconocido por haber permanecido recluido durante años. A las familias le produjo inseguridad sobre cómo proceder cotidianamente con su familiar, muchas veces desconocido para ellos, y sobre todo cómo hacerlo en los momentos críticos de la enfermedad. En algunos manicomios siguieron residiendo enfermos que, por diferentes razones, por ejemplo falta de familiares de primer grado que pudieran atenderlos, no pudieron ser integrados en la comunidad.

Para los profesionales supuso tener que adaptarse y formarse para ejercer en ámbitos nuevos. Esta situación requirió de nuevos planes de actuación en los ámbitos que se apuntaban anteriormente. En definitiva, se va desarrollando un proceso que conduce a la inserción social de los enfermos, todo ello en una realidad social en la que seguían existiendo prejuicios que estereotipaban a las personas con problemas mentales como peligrosas, como se pone de manifiesto en la literatura y en los contenidos de los discursos de los y las expertas participantes en este estudio (Porrás, 2008).

3.3.4. La organización de la atención en el nuevo modelo

Como se indicaba anteriormente, en el nuevo modelo de atención de salud mental, jugó un papel fundamental el desarrollo de la Atención Primaria de Salud, al amparo de la Conferencia de Alama Ata. Aunque el proceso iniciado con la reforma fue y sigue siendo diferente en las distintas Comunidades Autónomas^{129, 130} coincidiendo en establecer los diferentes programas de trabajo en función del tipo de pacientes y los objetivos que se persigan. Según Carmona y del Río, un aspecto común de las diferentes Comunidades Autónomas es que tienen como finalidad la integración del paciente en la sociedad mediante una metodología de trabajo comunitario (Carmona y Del Río, 2011). A la hora de plantear la atención pueden identificarse tres grandes grupos de pacientes:

- 1) Los que son susceptibles de vivir en el seno familiar.
- 2) Aquellos que tienen posibilidades de desarrollar su vida de forma independiente o tutelada.
- 3) Quienes se consideran residuales y necesitan cuidados profesionales por lo que tienen que permanecer ingresados, en residencias asistidas o en unidades de larga estancia.

Todo esto enmarcado en una política de asistencia directa a la población para abordar las crisis precozmente, dentro de una estrategia que incluya: promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Actualmente se cuenta con un modelo que pretende una atención integral comunitaria, con un nivel de atención especializada dentro del sistema sanitario general público y ligado a una red de dispositivos de asistencia socio-sanitaria como son las terapias ocupacionales, de rehabilitación laboral y algunos alojamientos protegidos (Giménez Muñoz, 2012).

La Red de Servicios de atención suele estar compuesta por los siguientes dispositivos (Pacheco, 1991):

1. Equipo de Salud Mental de Distrito/Unidades de Salud Mental
2. Unidad de Rehabilitación de Área
3. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil
4. Comunidad Terapéutica
5. Hospital de Día
6. Unidad de Hospitalización de Agudos

En cuanto a la organización están los programas específicos de intervención, tales como: trastorno mental grave, continuidad de cuidados, interconsulta y enlace, trastornos alimentarios y conductas adictivas y hospitalización a domicilio, principalmente.

Estos servicios, a su vez, se entroncan con la red general del sistema sanitario, apoyándose en los equipos básicos de atención primaria y en las urgencias de salud mental de los hospitales generales, para cubrir las demandas iniciales o de carácter más inmediato, según el caso.

Las voces más críticas reconocen que el desarrollo y la implementación de los dispositivos mencionados son muy desiguales en unas comunidades y otras. En las más avanzadas, en este ámbito, se ha logrado la erradicación del sistema de institucionalización de manicomio y se proporciona una atención a los enfermos como a los que padecen cualquier otra patología, mientras que en otras comunidades no se han establecido eficazmente los dispositivos y el tratamiento a los enfermos y sus familias sigue estando cargado de prejuicios.

En esta línea, podemos aglutinar el proceso evolutivo en tres apartados diferentes, en función de la situación actual y del propio proceso seguido por cada Comunidad Autónoma:

- Las hay que han desarrollado la reforma a un ritmo más dinámico, consideradas pioneras modelos de desarrollo en su momento, como por ejemplo Andalucía. Fue la primera Comunidad Autónoma donde se puso en marcha un proyecto para solucionar e integrar todas las personas con problemas de salud mental y los dispositivos sanitarios para atenderlas. Desde la Reforma Psiquiátrica cuenta con sus Planes Integrales de Salud Mental de Andalucía (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2008-2012) de periodicidad cuatrienal.
- Otras comunidades autónomas se han incorporado de forma más lenta llevando un considerable retraso en su aplicación. Incluso, en la actualidad, siguen sin incorporarse a la red general de servicios de salud la antigua asistencia prestada por diputaciones y cabildos (Junta de Castilla-La Mancha, Consejería de Sanidad, 2005-2010).

- También, las que se apoyaron desde el inicio en la concertación de recursos privados, al tener una infraestructura sólida como ocurre en el País Vasco.

3.3.5. Aspectos negativos de la Reforma

Hay críticas de pensadores relevantes, que tuvieron un papel protagonista en la Reforma, como López *et al.*, (2006) quienes plantearon que, en distinta escala y con modificaciones parciales, alguna de las estructuras actuales como residencias de media y larga estancia, pueden seguir jugando un papel parecido al que en su día tuvo el manicomio. Para estos autores los hospitales psiquiátricos siguen teniendo actualidad en nuestro país, desde esta postura, consideran importante desarrollar estructuras enfocadas a la rehabilitación y la integración de estos enfermos. Sin embargo, Carmona y del Río, (2011) afirman que el modelo actual tiene como finalidad la integración del paciente en la sociedad.

Según Enrique González Duro (2000), prestigioso psiquiatra precursor de la Reforma Psiquiátrica e ideólogo del Modelo de Salud Mental Comunitario, reflexiona sobre cuestiones que han quedado pendientes, hace especial énfasis en que se pretendía reforzar el compromiso comunitario y la solidaridad grupal y con los equipos multidisciplinarios, que describe como *la transdisciplina*, se pretendía superar las distintas profesiones con la integración de saberes. En la práctica concreta este autor señala, que se han reducido las actividades preventivas, se ha vuelto al tratamiento con carácter biologicista y, frecuentemente, al exceso de medicalización de la asistencia. Una parte importante de las razones está en la presión asistencial que condiciona la dedicación de los profesionales.

3.4. De la Enfermería Psiquiátrica a la de Salud Mental

La Reforma trajo consigo cambios significativos en todos los ámbitos relacionados con la Salud Mental: en su concepción, en la consideración de los enfermos y sus familias y en la manera de abordar los problemas y el tratamiento de los mismos. A esta realidad no escapan ni la Enfermería, ni las enfermeras, que al igual que ocurre con otras profesiones y profesionales de este ámbito, dan las respuestas más pertinentes a la nueva situación.

González (2000) describió la Salud Mental, como *un nuevo ámbito disciplinario*, que se fue construyendo durante la transición democrática. Este autor se refiere al conjunto de saberes y técnicas que había que aplicar fuera del manicomio, dirigidas al fomento del bienestar, la prevención de riesgos, al tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación.

Parece oportuno plantearse cómo era la **Enfermería Psiquiátrica** en nuestro país, antes de que se iniciaran los cambios en la década de los años 1970 y los movimientos de la Reforma, tiempo en el que se toman algunas referencias de la realidad de otros países. Es pertinente reconocer el papel que jugó para hacer posible la Reforma y más tarde para convertirse en profesionales fundamentales en el nuevo sistema de atención y en todos los dispositivos, siendo la vanguardia de lo que hoy se conoce como Salud Mental, ejerciendo la profesión de **Enfermera de Salud Mental I** (González de Chávez, 1980b).

Inicialmente la atención a las personas institucionalizadas en los manicomios corría a cargo de las órdenes religiosas, posteriormente se fueron incorporando seculares, inicialmente con formaciones diversas, y posteriormente con formación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), mayoritariamente hombres, ya que la fuerza era considerada una cualidad fundamental para ejercer en estas instituciones con este tipo de enfermos. No se consideraba necesaria ninguna formación ni expertía concreta, hasta la aparición del Decreto 3193/1970, de 22 de octubre, que vino a articular la Especialidad de Psiquiatría para los estudios de ATS, aunque no era requisito imprescindible para ejercer en las unidades psiquiátricas. A pesar de reglamentarse la especialidad, el perfil profesional para ejercer en esta área tenía que ver con ser hombre, preferentemente, y contar con un talante que mostrase cierta preferencia por este tipo de enfermos.

La apertura política a mediados de la década de 1970, la LGS 14/1986 de 25 de abril, la Reforma Psiquiátrica, producen un despertar de la Enfermería y un interés por proporcionar una atención digna a los pacientes y a sus familias que les lleva a iniciar una notable actividad científica y considerar e involucrar a las familias de los pacientes en todo el proceso (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985a).

3.4.1. La evolución de los cuidados enfermeros a personas con problemas mentales

No se concebía la presencia de la Enfermería Psiquiátrica fuera de la institución del manicomio, de la misma manera que no se consideraba la posibilidad de atender a las personas con trastornos mentales fuera de estas instituciones. Esto condicionaba el ejercicio profesional de los Enfermeros y Enfermeras de una forma particular:

- Ejercían en instituciones específicas, separadas del resto del sistema asistencial, lo que les aislaba de sus colegas, impidiendo un crecimiento profesional y armónico con el resto del sistema sanitario.
- La falta de especificidad del rol profesional, debido a la variabilidad de funciones y competencias hacía diferente la actividad entre unos enfermeros y otros.
- La función terapéutica del enfermero se limitaba a la administración de los tratamientos farmacológicos prescritos y a labores de custodia, vigilancia y contención.
- Las personas a las que se atendía se encontraban en situación de despersonalización, discapacitación y de aislamiento social. Durante la estancia en las instituciones vivían en un tiempo completamente vacío de actividades en las que ocuparse, lo que provocaba una pérdida de destrezas, habilidades y capacidades para todo tipo de acciones incluidas las relativas al autocuidado. En algunas instituciones, generalmente promovido por profesionales motivados, se llevaban a cabo iniciativas que fomentaban la actividad de los enfermos en talleres, con la realización de artesanías que generaban algún tipo de recompensa material a los enfermos, además de los aspectos positivos derivados de mantenerse activos.
- Los profesionales que trabajaban en las instituciones manicomiales tenían una procedencia muy diversa. Los enfermeros podían ser indistintamente especialistas o no, y los auxiliares o cuidadores tenían una formación muy variada, o incluso, a veces carecían de ella.
- Era imposible una atención continuada o un mínimo seguimiento de los casos debido a la práctica inexistencia de planificación de turnos y horarios de trabajo.

El contexto de los hospitales psiquiátricos, el tipo de enfermos, las expectativas que ofrecían los tratamientos y la consideración de la que eran objeto de los profesionales, hacían de ellos unos lugares con poco atractivo para ejercer. Eran pocos a los que les preocupara la búsqueda de un marco de referencia profesional o la determinación de las funciones y actividades que los enfermeros debían realizar.

Paralelamente, en países de nuestro entorno especialmente anglosajones y norteamericanos, a partir de los años cincuenta del siglo pasado, y a raíz de la estructuración de los estudios de Enfermería en la Universidad, se inician distintas corrientes de estudio cuyos objetivos se centran en buscar los fundamentos científicos de la profesión. Algunas enfermeras empiezan a formular los modelos o teorías en los que hoy se basa su profesión, elaborando marcos teóricos que constituirían en adelante la ciencia de Enfermería, la ciencia del cuidado, un cuerpo de conocimientos propios en los que se basaría la práctica profesional de los enfermeros y enfermeras. Muchos de estos trabajos son el resultado de las tesis doctorales de las primeras enfermeras que acceden a este nivel académico (Raile Alligood y Marriner Tomey, 2011); en el ámbito de la Salud Mental destaca Peplau (2004). La preocupación por el estudio y aplicación de estas propuestas por parte de la Enfermería de Salud Mental, se pone de manifiesto en la participación en diferentes congresos y sesiones de trabajo de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, sus aportaciones han sido motivo de publicaciones para la Enfermería en general y la de Salud Mental en particular (*Aportaciones teóricas de dos maestras de los cuidados: H. Peplau y D. Orem. 20 años mejorando. 1982-2002, 2003*).

Del mismo modo se empezaron a conocer informes de organismos internacionales, mucho tiempo después de haber sido elaborados, como el Informe Técnico nº 105 de la OMS (1956), donde se recogen opiniones y conclusiones de expertos que señalan que es necesario un cambio en la atención a las personas con problemas mentales. En este informe ya se recomendaba pasar del papel custodial de los profesionales para con los enfermos psiquiátricos a lo realmente terapéutico. La época oscura y de aislamiento vivida con la dictadura repercutió en todos los órdenes de la vida, no solo en aquello que pudiera tener cierto carácter ideológico, también en el acceso a literatura científica y a todo tipo de recomendaciones o directrices de organismos internacionales, este aislamiento tuvo como consecuencia un retraso en todos los ámbitos.

De cualquier modo, existe consenso en considerar que la práctica de la Enfermería Psiquiátrica ha dependido directamente, y en cada momento, de la actitud tradicional de la colectividad respecto de los enfermos mentales, de los progresos de la Psiquiatría y de la evolución de los profesionales, entre ellos lógicamente de las enfermeras y enfermeros, en la línea que describe Esteban-Albert (Esteban, 1992).

3.4.2. La evolución en la formación enfermera. De Ayudante Técnico Sanitario (ATS) a Enfermera y Enfermera Especialista

En la profesión enfermera ocurren una serie de hechos que van a influir en la Enfermería en general y, como no podría ser de otro modo, en la Enfermería Psiquiátrica.

En el año 1952, se unifican en un solo Colegio Profesional practicantes, matronas y enfermeras; posteriormente se estructuran los estudios en una única titulación, la de ATS. Esta unificación tuvo consecuencias positivas en cuando a unificar los estudios del mismo ámbito profesional, pero también tuvo consecuencias negativas, por el marcado carácter técnico que se le dio a la formación. La orientación de estos estudios se centraba en un eje con una clara preponderancia de los aspectos relacionados con la enfermedad y la práctica desconsideración de la persona que la padece y de su entorno. El propio nombre de ATS, transmitía el significado de dependencia (Ayudante) y el enfoque instrumental (Técnico). Sin embargo, en los países de nuestro entorno las enfermeras siempre se denominaron enfermeras.

Dos décadas después, en el año 1977, se produce la estructuración de los estudios en Diplomatura y la formación se adquiere en la Universidad. Este cambio significó un avance en todos los sentidos. Se estructuró la formación dando especial importancia a los contenidos teóricos y fundamentados en ellos, el desarrollo de habilidades y destrezas para la práctica clínica.

Se ofrece una formación científica con aportaciones de diferentes disciplinas y con un enfoque en el que los Cuidados de Salud de la persona se sitúan como el eje de interés de la Enfermería, considerando a la persona desde una perspectiva integral, que vive diferentes situaciones de salud, en entornos particulares y que va pasando por distintas etapas de la vida (Kérouac *et al.*, 1996).

Desde esta perspectiva la persona con problemas mentales es vista como cualquier otra. Prueba de ello es que se empieza a hablar de ella en positivo, se comienza a estudiar lo que tiene que ver con los problemas mentales desde el enunciado de "Salud Mental" en lugar de hacerlo desde la "Enfermedad Psiquiátrica".

Posteriormente la LGS 14/1986, de 25 de abril, reguló el ejercicio profesional en todos los ámbitos y también el de Salud Mental, lo que significó un reconocimiento sin precedentes para la profesión. Las enfermeras y enfermeros comenzaron a ejercer la clínica, la gestión, la docencia y la investigación del campo propio con total autonomía y responsabilidad.

Otra aportación significativa es la publicación del Código Deontológico de la Enfermería en el año 1989, en el que se evidencia la importancia de considerar la persona desde los principios fundamentales de la bioética y los derechos humanos, basados a su vez en el Informe Belmont (Departamento de Salud Educación y Bienestar EEUU, 1978). Con los principios de justicia, autonomía, beneficencia y no maledicencia, el enfermo pasa a tener un papel activo en las decisiones sobre su proceso, y cuando no puede, por falta de capacidad, será la familia la que las tome. Es el inicio del paso de papel de paciente, con un papel pasivo, a persona, con un papel activo (Francisco *et al.*, 2009).

Estos cambios en la orientación del ejercicio de la Enfermería son analizados con precisión y destreza por autoras como Alberdi. Esta pensadora describió la evolución de la Enfermería a través de tres constructos; la enfermera ATS, la enfermera tecnológica y la enfermera cuidadora (Alberdi, 1988). Este proceso, que significó la ansiada consecución de la independencia profesional y el abandonando del rol de profesión subordinada, lo expresa Pacheco con reflexiones como: "*hemos dejado de ser ayudantes para ser enfermeros*". Esta idea queda en evidencia en el relato de la experiencia de este mismo autor (Pacheco Borrella, 2004).

Además de lo expuesto anteriormente, han existido en la historia de la profesión enfermera algunos

momentos dignos de reseñar. La propia creación de la Asociación de Enfermería de Salud Mental¹⁰ en noviembre de 1984, (después Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental), con todo lo que ha significado en sus más de 30 años de historia, hasta los distintos procesos de reformas que a nivel regional han existido en España, así como ciertas iniciativas legislativas entre las que cabe señalar la Directiva III/D/5 sobre enfermeros psiquiátricos de la Comunidad Económica Europea publicada en 1986, o el RD 992/1987, de 3 de julio, por el que se regulaba la obtención del título de Especialista en Salud Mental, al que quedan homologados los Especialistas en Psiquiatría, regulados por el Real Decreto 2965/1980.

A finales de los noventa del siglo pasado, pudimos ser testigos de nuevos e importantes avances, ejemplo de los cuales son la Orden del 24 de julio del Ministerio de la Presidencia, por la que se desarrolla el anteriormente mencionado RD 1992, años más tarde de su publicación en 1987. El 9 de julio del año 1998 el Ministerio de Educación y Cultura aprobó el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental, y junto con el Ministerio de Sanidad y Consumo se concretó y aprobaron los requisitos específicos de acreditación de las Unidades Docentes. Se estaba cerca del gran momento que supuso la convocatoria de la primera prueba selectiva para el acceso a las plazas de formación de Enfermero Especialista (EIR). El 30 de julio del año 1998, el Ministerio de la Presidencia emitió la Orden por la que se convoca la prueba selectiva para iniciar la formación en el año 1999.

La AEESM ha jugado un papel fundamental en la regulación del EIR, planteando al Ministerio de Sanidad y Consumo reivindicaciones que algunas se han conseguido, pero otras aun hoy se mantienen, bien porque no han llegado a ponerse en marcha, o porque no se han desarrollado plenamente y que fundamentalmente tienen que ver con el papel que juegan las dos administraciones implicadas, Sanidad y Educación (Universidad) y con la exigencia de la especialidad para ejercer en todos los ámbitos de atención de Salud Mental.

La nueva situación comportó la modificación de las actitudes, maneras y rutinas de otras épocas lo que implicó para muchos una readaptación, porque se esperaba de ellos algo bien distinto y, además, exigió la presencia de un mayor número de enfermeros. Todo ello ha contribuido a que los cuidados enfermeros se modifiquen en términos cualitativos y cuantitativos, demandas a las que el sistema de especialización actual, con la rigidez de números clausus, no parece estar dando respuesta.

Actualmente conviven en las unidades asistenciales enfermeros y enfermeras generalistas con formación diferente: ATS, ATS homologados a diplomatura, diplomadas o diplomados, los graduados actuales y especialistas anteriores al año de 1986, los que consiguieron el título de especialista con una prueba de competencia en el año 2006 y los especialistas por el sistema EIR, procedentes de cualquiera de las titulaciones básicas. Todos ellos, en la mayoría de los casos, desempeñando el mismo rol profesional, con las mismas responsabilidades y salario.

La evolución de la Enfermería, en general y la de la Salud Mental en particular, es un proceso positivo, aunque pueda parecer excesivamente dilatado en el tiempo (Porrás, 2008). Hay que tener en cuenta que los cambios actitudinales y los conceptuales, que conforman la idea de la enfermedad mental, es algo que

¹⁰ Actualmente es la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME). A partir de aquí, en el texto nos referimos a la AEESME, independientemente de la fecha a la que se haga referencia, con el fin de evitar equívocos.

requiere de cambios en los valores, a nivel ideológico, de comprensión y de abordaje basados en los avances científicos. Como se pone de manifiesto en el citado Informe 105 de la OMS, que dice: “*La función de enfermero psiquiátrico siempre estará directamente subordinada a los progresos realizados por la Psiquiatría, los cuales a su vez reflejan los conceptos admitidos por cada medio cultural respecto a las enfermedades mentales*” (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2009).

3.4.3. El modelo de intervención comunitario

La asistencia psiquiátrica entró en una auténtica crisis cuando los cambios sociopolíticos, derivados de la transición democrática, pusieron de manifiesto la ineficacia del manicomio para el tratamiento de las personas con trastornos mentales, y la crítica a la concepción tradicional de la enfermedad mental, basada en un modelo exclusivamente biológico.

Las nuevas sensibilidades, conforman un panorama en el que el enfermo es, antes que enfermo, persona-ciudadano o ciudadana. Se denostaron los procedimientos que habían sido socialmente admitidos para enfrentarse a ella, tales como el electroshock, la inducción al coma diabético, la inyección de aguarrás, el aislamiento, las contenciones físicas, etc., habían significado prácticas que tenían como finalidad el dejar a la persona postrada e indefensa, pero que también significaban un alto riesgo para la salud, pues podían llegar a provocar la muerte del enfermo. Afortunadamente estas prácticas empezaron a considerarse procedimientos inadecuados, inadmisibles, vergonzantes, en definitiva, como un atentado a la dignidad de la persona.

La ruptura con el modelo ofrece una nueva perspectiva, consecuencia del surgimiento de un nuevo paradigma teórico, derivado de los principios surgidos de la Conferencia de Alma Ata que sentó las bases de la Atención Primaria de Salud; la Salud Mental Comunitaria o modelo de intervención comunitario, que plantea un núcleo conceptual desde el que se desarrollan nuevos modos para analizar los problemas de salud mental y se proponen modelos alternativos, tanto funcionales como institucionales para intentar solucionarlos. Con un planteamiento de atención integral que contempla la promoción y mantenimiento de la salud mental, la prevención de los problemas mentales, la curación y la rehabilitación. Este modelo de intervención comunitario se caracteriza por el comprender y actuar terapéutico en el contexto donde se producen los problemas psicológicos o trastornos de la conducta, es decir, en la comunidad, conferir a la promoción y al mantenimiento del bienestar mental la misma prioridad que al tratamiento del trastorno mental, y la búsqueda de las fuentes y los factores de corrección de los trastornos mentales, en determinantes socioculturales de la conducta humana, además de los biológicos y psicológicos. En definitiva, se trata de situar la enfermedad psiquiátrica en el mismo lugar que cualquier otra enfermedad y su abordaje, por lo tanto, desde el mismo paradigma.

González (2000), planteó la atención desde esta perspectiva, en lo que describe como *tres conjuntos de demandas*:

1. Las que se apartan del comportamiento social normativo, como es el caso de las personas con adicciones, los psicópatas, etc.
2. Quienes fracasan en su adaptación social. En este apartado incluye a neuróticos, depresivos, personas con deficiencias mentales ligeras, etc.

3. Los grupos con mayor riesgo, como son las personas en situaciones críticas, mayores, etc. Para este prestigioso psiquiatra, muchos de estos casos pueden ser tratados, con éxito, con intervenciones psicosociales, desde la perspectiva de la salud mental.

Los avances en el conocimiento enfermero, el proceso de Reforma Psiquiátrica y la actitud de los enfermeros y enfermeras de salud mental, hizo que cambiara cualitativamente la atención enfermera, estructurada en el contexto comunitario, alejada del modelo de reclusión y de beneficencia e integrada en el Sistema Nacional de Salud. Las consecuencias dieron lugar a que se transformara considerablemente el rol profesional, practicando un abordaje de los problemas a nivel individual, familiar y grupal; potenciando la promoción, asistencia, tratamiento y rehabilitación y ejerciendo en diversos ámbitos: hospitalario y extrahospitalario (Pacheco, 1991). Se diversificaron las actividades cuidadoras, usando técnicas específicas para luchar contra los efectos invalidantes del trastorno mental, asumiendo el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de la profesión, potenciando las capacidades individuales que permiten a la persona un afrontamiento eficaz para mantener la vida, la salud y el bienestar, y conseguir así una autonomía que le lleve a la independencia y a la mayor calidad de vida posible, incorporando a la familia en todo el proceso.

En este nuevo planteamiento, se opta por el modelo que Alberdi describe como **Enfermera-Cuidadora**, ya que la intervención enfermera surge como consecuencia de la incapacidad que tienen los usuarios ante las demandas derivadas de su situación para cuidarse y, por consiguiente, las enfermeras y los enfermeros hemos de atender y procurar satisfacer sus necesidades de cuidados, respetando su dignidad y autonomía, fomentando su participación y la de sus allegados en sus cuidados (Alberdi, 1988).

El protagonismo que la Enfermería ha tenido en todo el proceso de transformación ha sido posible gracias al desarrollo del conocimiento enfermero, a la capacidad de unos profesionales para exigir la puesta en práctica de la mejor prestación de cuidados y a su habilidad para modificar actitudes en el propio colectivo. Todo ello ha contribuido a que la transformación del rol profesional sea una realidad, y que desde el **modelo comunitario** y al amparo de las funciones propias, las enfermeras las hayan incorporado en su práctica, y que se centran fundamentalmente en:

- Ejercer la práctica desde un abordaje individual, familiar y grupal, dependiendo de la situación de la persona y los objetivos del tratamiento.
- Llevar a cabo una atención integral, con la mirada puesta en la salud de las personas, orientando los cuidados hacia la promoción, mantenimiento y prevención de la salud integral, así como la asistencia, tratamiento y rehabilitación.
- Ejercer la profesión en los diversos ámbitos de actuación, clínica, gestión, docencia e investigación, desde el significado que adquiere el ejercicio de la profesión con total autonomía para gobernarse a sí misma.
- Dominar un amplio repertorio de conocimientos y habilidades, que incorpora a las intervenciones y técnicas de cuidados de manera personalizada, propiciando capacitar y socializar al enfermo mental.
- Ejercer la profesión, asumiendo el incremento de responsabilidades, derivadas del ejercicio autónomo de esta, buscando evidencias para mejorar la atención que ofrece.
- Fomentar las capacidades individuales que permiten al enfermo un afrontamiento eficaz para mantener la vida, la salud y el bienestar y conseguir así una autonomía que le lleve a la normalización y la mayor calidad de vida posible.

- Adquirir el compromiso, propio del ejercicio de una profesión, del estudio continuo y la investigación. Desde los postulados y filosofía de la atención integral de la salud, en el contexto del sistema de salud.
- Asumir la filosofía humanística como esencial para el ejercicio del cuidado enfermero.
- Ser nombrado como enfermera o enfermero que presta **cuidados integrales** y cuyo eje de intervención es la **falta de capacidad** que tiene el usuario ante las necesidades de cuidados de salud.

3.4.4. Marco legislativo para la atención enfermera

Unas de las claves del buen funcionamiento, y de la calidad de los cuidados que se ofrecen actualmente en nuestro entorno, es la excelente formación de las enfermeras generalistas y la de especialista para ejercer en las unidades y servicios de salud mental.

En este milenio aparece un nuevo escenario legislativo y normativo:

- En el año 2001, se promovió la Federación Española de Sociedades Científicas de Especialistas de Enfermería (FESCE), cuyo interés principal es el desarrollo científico de la profesión en el ámbito de la salud mental.
- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- El Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.
- El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
- La Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, en la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.
- Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermera.

A su vez, las Comunidades Autónomas disponen de competencias en materia de gestión para promulgar decretos, como los de *creación de categorías estatutarias*:

- Andalucía: Orden de 10 de noviembre de 2016, por la que, en el ámbito de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, se crea la categoría profesional estatutaria de Enfermero/a especialista y se modifica la denominación de las categorías profesionales estatutarias de matrn/a y de enfermero/a de empresa (BOJA nº 221 de 17/11/2016).
- Aragón: Decreto 117/2016, de 26 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica parcialmente el Decreto 229/2007, de 18 de septiembre, del Gobierno de Aragón, de creación de la categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental (BOA nº 149, de 03/08/2016).

- Islas Canarias: Decreto 73/2016, de 20 de junio, por el que se crean y suprimen determinadas categorías y especialidades de personal estatutario en el ámbito de las instituciones sanitarias del Servicio Canario de la Salud y se modifica la denominación de la categoría estatutaria ATS/DUE (BOC nº 123, 28/06/2016).
- Cantabria: Resolución por la que se ordena la publicación del Acuerdo por el que se regula la selección de personal estatutario temporal de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria (BOC nº 48 de 29/12/2011).
- Extremadura: Orden, de 4 de diciembre de 2009, por la que se crean las categorías estatutarias de Enfermero Especialista de Salud Mental y Enfermero Especialista del Trabajo, en el ámbito de las Instituciones Sanitarias del Servicio Extremeño de Salud, y se modifica la denominación de las categorías estatutarias de ATS/DUE y de Matrón (DE nº 245, de 23/12/2009).
- Galicia: Decreto 81/2016, de 23 de junio, por el que se crea en el ámbito del Servicio Gallego de Salud la categoría estatutaria de personal enfermero especialista. Se declaran a extinguir las precedentes categorías de enfermero/a especialista en salud mental, creada por el Decreto 95/2007, de 3 de mayo (DOG Núm. 133, de 14/06/2016).
- Comunidad Valenciana: Decreto 223/2009, de 11 de diciembre, del Consell, por el que se crean determinadas categorías estatutarias en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Agencia Valenciana de Salut (DOCV nº 6165 del 15/12/2009).
- Comunidad de Madrid: Artículo 22 de la Ley 9/2015 (publicado en el BOCM de 21/12/2015) de Medidas Fiscales y Administrativas de la Comunidad de Madrid, en su apartado a), pone en marcha lo dispuesto en el RD 639/2014 del 25 de julio, posibilitando que los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud puedan contratar, entre otros, enfermeras/os especialistas en salud mental.
- Región de Murcia: Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud (BORM Nº 236 DE 15/10/2002).
- Islas Baleares: Decreto 47/2011, de 3 de mayo, por el que se crean determinadas categorías de personal estatutario en el ámbito del Servicio de Salud de las Illes Balears y se establece un procedimiento extraordinario de integración (BOIB nº 58, de 21/05/2011).
- País Vasco: Decreto 186/2005, de 19 de julio, por el que se regulan los Puestos Funcionales del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (BOPV Nº 170, DE 07/09/2005).

En cuanto a documentos y acuerdos a nivel europeo, destacan:

- La Declaración de Helsinki (2005)
- El Libro Verde de la Salud Mental (2006)
- El Pacto Europeo sobre Salud Mental (2008)

3.4.5. Situación actual de la Enfermería

Los principios básicos de la salud mental en la actualidad se basan en cuatro dimensiones interrelacionadas que ofrecen una mirada positiva sobre ella. Como primera dimensión el concepto de salud mental unido al de bienestar, lo que tiene una parte subjetiva que va más allá de estar bien hasta sentirse bien. La segunda que tiene que ver con el desarrollo de habilidades para adaptarse a la adversidad. La tercera constituida por la capacidad de afrontamiento, aspecto relacionado con el concepto de resiliencia y la última que propicia el empoderamiento de la persona sobre su propia situación.

Como venimos apuntando, la Enfermería de Salud Mental ha caminado de lo custodial a lo terapéutico, del manicomio a la comunidad, de la dependencia a la autonomía profesional y el uso de la palabra como herramienta terapéutica.

Superando la práctica profesional en la institución manicomial, ahora, en el contexto comunitario la intervención enfermera se reviste de comprensión, empatía y escucha activa (Cibanal *et al.*, 2003) y la acción de cuidar implica competencia, disponibilidad, relación de ayuda, con el objetivo centrado en la autonomía de la persona cuidada. Aspectos del cuidado que recogen los modelos de cuidados y sobre los que se reflexiona en los encuentros profesionales, se trata, en definitiva, de aliviar o suprimir el sufrimiento humano y procurar el mayor bienestar al enfermo y su familia.

Como ocurre con cualquier profesión, las enfermeras y enfermeros de salud mental proceden de un proceso histórico complejo, cuentan con una historia detrás, que condiciona el momento presente, y que es bueno conocer y reflexionar sobre ello para planificar el futuro, en la línea de lo que apunta Pacheco (1989). Como se ha puesto de manifiesto en este apartado, ha estado influenciado por la idea de enfermedad psiquiátrica, la consideración de la persona que la padece y el tipo de asistencia que se les ofrece.

Desde una perspectiva general Esteban-Albert, argumentó que en la evolución de las profesiones influyen: la propia historia, la comparada con otras disciplinas afines, los conocimientos y los métodos que desarrolla y aplica (Esteban, 1992). En el ámbito de la Enfermería Benavent Ferrer y Francisco (2009), desarrollaron un marco para analizar la evolución de la Enfermería en general, que sirve para el análisis de la de salud mental; estas autoras apuntan la influencia de factores externos, tales como: el concepto de salud de cada momento, la consideración de la persona, el tipo de asistencia que se ofrece y como factores internos, la influencia de las religiones como hilo ideológico de quienes ejercen la profesión, el género de los profesionales, la influencia de lo médico al compartir espacios profesionales y de lo militar, desde el punto de vista de la organización del servicio.

Después de más de 30 años de vigencia de la LGS todavía existen aspectos relevantes de la misma que no se cumplen, como por ejemplo, la generalización de las hospitalizaciones de los enfermos en fase aguda en unidades psiquiátricas ubicadas en los hospitales generales.

Se siguen hospitalizando a pacientes en fase aguda en unidades ubicadas en los antiguos hospitales psiquiátricos, lo que es una situación manifiestamente ilegal. Esto representa una tendencia involucionista de la atención y cuidados enfermeros a los enfermos mentales, por los aspectos negativos que se describían anteriormente. Con la mirada puesta en los enfermos, el internamiento

en hospitales específicos significa una transgresión de los derechos humanos, ya que quedan estigmatizados por el hecho de padecer una enfermedad.

Dentro de las responsabilidades de las enfermeras que ejercen en salud mental, está la de velar por los derechos de los pacientes y hacerlos respetar, en este sentido la AEESME. Lleva a cabo diferentes iniciativas, dando a conocer estos derechos, tanto al enfermo como a sus allegados y haciendo que se respeten en el ámbito socio-sanitario y a nivel general de la sociedad, aspectos que son tratados en el apartado dedicado a la asociación.

3.4.6. La Enfermería en Salud Mental

Los antecedentes del cuidado enfermero a personas con enfermedad mental se remontan a mediados del siglo XVII. Desde entonces, Los aspectos profesionales y disciplinares, relacionados con esta área, han evolucionado en el seno de la Enfermería, formando parte de su cuerpo disciplinar y estructurándose como especialidad en España a partir de la década de los años setenta del siglo pasado.

De las concepciones desarrolladas por diferentes teóricas se extrae el significado de la Enfermería de Salud Mental:

Peplau (2004) afirmó que: *“la enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona de forma cooperativa con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en el seno de las comunidades...”*. Para esta autora, muy relacionada con el ámbito de la salud mental, *“la Enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria”*.

Desde una perspectiva más general, Orem (1993, 2001) estableció que la Enfermería es un servicio humano, dentro del servicio sanitario. Considerando que es un servicio por sí mismo, no adjunto de la medicina, y justificado en que todas las ciencias tienen un objeto propio. Según esta autora, la razón de ser de la Enfermería se encuentra en la incapacidad que tienen las personas para su autocuidado y/o el cuidado de personas socialmente dependientes.

En la misma línea que Orem, Orlando (1990) estudió los aspectos psicosociales de la Enfermería y en su obra *La dinámica relación entre enfermera-paciente*, afirma que el propósito de la Enfermería es facilitar la ayuda que requiere el paciente al objeto de que sean satisfechas sus necesidades.

Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermeras, definió a la Enfermera como: *“la persona que ha terminado sus estudios básicos de Enfermería está capacitada y autorizada para asumir en su país la responsabilidad de los servicios de Enfermería que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos”* (Alexander y Runciman, 2003).

La atención y el cuidado de las personas en el sistema sanitario son complejos y en ellos intervienen distintos profesionales. Sin embargo, el cuidar es el elemento central de la profesión enfermera y para satisfacer las múltiples necesidades de los usuarios se han desarrollado disciplinas especializadas, una

de las cuales es la Enfermería en Salud Mental, que se define como: *“un área especializada dentro de la práctica de la Enfermería que emplea teorías de comportamiento humano como ciencia y como arte. Está dirigida hacia los impactos preventivos y correctivos sobre los trastornos mentales y sus secuelas, y se preocupa por fomentar una salud mental óptima en nuestra sociedad”* (Cook y Fontaine, 1990).

En el ámbito de la Enfermería española, la profesora Novel, definió la Enfermería especialista en Salud Mental como: *“...un proceso interaccional entre la enfermera y la persona, familia o grupo, en el que el objetivo es cuidar, y el instrumento o medio utilizado es la relación de ayuda que se establece entre las dos partes implicadas”* (Novel, 1991). Continúa diciendo que la relación de ayuda: *“...implica un apoyo en el proceso de maduración, de adaptación, de integración, de vivencias de experiencias, así como la ayuda para encontrar un significado en la situación presente”*. En esta misma línea Novel et al. (1991) describieron la relación enfermera-paciente como una relación de ayuda que resulta de una serie de interacciones entre la enfermera y la persona receptora de cuidados durante un determinado periodo de tiempo, en el que la enfermera centra su actuación en las necesidades y problemas de la persona, familia o grupo, mediante el uso de conocimientos, actitudes y habilidades terapéuticas que son propias de la profesión.

Para el Grupo Catalán de la Asociación de Enfermería en Salud Mental (1998), la atención enfermera en salud mental es: *“una relación interpersonal consiste en una interacción en la que cada persona tiene un efecto determinado sobre la otra”*. En esta línea, Murray y Huelskoetter (1991) señalaron que la relación de ayuda es: *“un proceso interpersonal en el que la persona ayuda en el proceso de desarrollo y crecimiento de la otra”*. Planteamientos que coinciden con los de Cibanal et al. (2003).

Algunas organizaciones internacionales han venido recogiendo definiciones, que al igual que las de los profesionales, ayudan a redefinir el rol enfermero de salud mental y a la vez facilita proponer perfiles profesionales de los mismos. De acuerdo con las recomendaciones del Comité Consultivo para la Formación de las Enfermeras (CCFE, 1986), la enfermera especialista en salud mental es una profesional que, habiendo cursado estudios de Enfermería general o básica en la universidad y de acuerdo con las Directivas Europeas 77/452/CEE, ha realizado estudios de especialización en el área de Salud Mental y Psiquiatría.

3.4.7. Función social de la Enfermería en Salud Mental

La salud mental depende de la forma en que las acciones políticas condicionen el medio y creen circunstancias que favorezcan la confianza de la sociedad misma consiguiendo la autonomía y la dignidad para todos, especialmente para los más débiles.

La actividad enfermera debe responder a las preocupaciones de salud y bienestar de los grupos sociales. Su autoridad, basada en el contrato social, proviene de la comunidad de ciudadanos. La enfermera ha de desarrollar el compromiso social tomando parte en la organización de los servicios de salud, así como en su desarrollo y financiación. Las enfermeras y en especial, las enfermeras de salud mental, tienen que desempeñar un importante papel profundizando en el estudio de los aspectos psicosociales de los cuidados. Otros campos a desarrollar son los relacionados con los representantes sociales, con los que es conveniente abrir un diálogo tendente a conocer sus

propuestas y formular objetivos comunes. De esto viene siendo consciente la AEESME, prueba de ello es su interés manifiesto por propiciar y apoyar asociaciones de familiares y enfermos, y contar con su participación en las actividades profesionales y científicas que se llevan a cabo.

3.4.7.1. Los roles de la Enfermera en Salud Mental

En el ejercicio de la Enfermera de Salud Mental se deberán poner en marcha medidas dirigidas a una atención integral, en la línea de lo que se recoge en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, consistentes en mejorar la salud y el estado de ánimo del paciente, llevar a cabo actividades de prevención de la enfermedad, detectar los aspectos emocionales relacionados con la situación de salud, reconocer las necesidades psicológicas y desarrollar acciones de cuidados que apoyen a los enfermos mentales y sus familias procurando la rehabilitación de la persona y su incorporación a la vida activa (Ministerio de Sanidad Políticas Sociales e Igualdad Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009).

En general, y en el ámbito de la Salud Mental en particular, la responsabilidad de la enfermera muchas veces trascenderá los aspectos físicos de los cuidados, para implicarse en los propios sentimientos que el paciente tiene respecto a sí mismo, a sus allegados y a sus relaciones sociales, así como la respuesta que el paciente ha de dar al ambiente que le rodea.

Un objetivo fundamental de la actividad enfermera con pacientes psiquiátricos es ayudarles a aceptarse a ellos mismos y a mejorar sus relaciones con los demás. En esta relación de ayuda también se va a ver comprometida en ocasiones la propia personalidad de la enfermera Cibanal (2003).

Diferentes autoras Novel *et al.* (1988), Cibanal *et al.* (2003) y Peplau (2004), apuntaron la necesidad de que la Enfermera haga un uso terapéutico de sí misma como profesional, señalando capacidades como:

- Aceptar a cada enfermo como un ser humano importante y diferente a los demás.
- Considerar que toda conducta humana tiene un significado y es la respuesta a una necesidad.
- Comunicar al paciente la sensación de que es aceptado.

Se acepta generalmente que la enfermera, en los distintos ámbitos de intervención, debe contar con un profundo conocimiento de ella misma, pero parece, y en ello coinciden las autoras referenciadas, que en el ámbito de la Psiquiatría ciertos atributos han de estar presentes inexorablemente, entre los que destacan el interés continuo para desarrollar la comprensión de uno mismo, de los otros y de uno con ellos.

A veces parece un tópico, pero es una realidad que condiciona significativamente la relación enfermera-paciente-familia, y es que la enfermera, es el profesional que más tiempo dedica a la atención directa con los pacientes, ya sea durante su ingreso hospitalario o en el entorno familiar y comunitario, pudiendo influir decisivamente en lo que significa para el paciente su estancia clínica y la integración en su medio, trabajando los aspectos positivos de ambas situaciones. De tal manera, podrá

lograr lo que clásicamente se denominó un ambiente terapéutico que propicie relaciones positivas entre los implicados.

3.4.7.2. La interrelación de la enfermera y el paciente

El usuario acude a la enfermera para recibir terapia o en busca de ayuda y ella se las ofrece por medio de cuidados profesionales desarrollando la relación de ayuda enfermera. La Enfermera asumirá diferentes papeles a lo largo del proceso con el fin de buscar la eficiencia de sus cuidados. La credibilidad brinda además la oportunidad de hacer innovaciones y sugerencias. En toda interacción es conveniente comenzar con papeles específicos y ampliarlos según lo permita el éxito. Esta idea es la base del modelo de Peplau (2004), que tan brillantemente describe con los constructos de la relación enfermera-paciente, sus fases y los roles de la enfermera.

Es frecuente que las enfermeras, ante situaciones donde su presencia es indispensable, sientan la tentación de asumir demasiados papeles y con cierta prisa, sin haber llegado aún a conocer el problema global del enfermo. Esto puede abrumar al paciente y la ayuda puede ser equivocada o deteriorar la relación.

El rol enfermero comprende todas las actividades que conducen a personalizar, capacitar y socializar al paciente psiquiátrico frente a los efectos invalidantes de la enfermedad y a su precaria capacidad para el autocuidado. La enfermera deberá planificar y programar sus actividades, las cuales, a su vez, han de ir a su vez en esa doble dirección.

En la interrelación enfermera-paciente es conveniente para el éxito del tratamiento:

- Clarificar los roles de cada uno en la relación terapéutica
- Aclarar las expectativas del paciente
- Marcar tareas y tiempos, así como periodos específicos para estar con el paciente
- Poner límites a ciertos comportamientos del paciente, difícilmente aceptables, y ofrecer alternativas útiles y saludables
- Ayudar al paciente a que identifique sus problemas de salud, a que exprese sus sentimientos y a que aprenda mecanismos de afrontamiento eficaces
- Conocer y observar la conducta del paciente para valorar las desviaciones de la misma y actuar preventivamente

3.4.7.3. La interacción de la Enfermera con la familia y la comunidad

Encontramos familias que siguen reaccionando ante la enfermedad mental con ansiedad, miedo, vergüenza o culpabilidad. Si un miembro de la familia tiene un problema cardiaco, de cáncer u otro tipo de enfermedad física, recibirá expresiones de solidaridad y condolencia. Sin embargo, si se le diagnostica enfermedad mental, entonces la familia será objeto de compasión y la persona recibirá

críticas y pasará al olvido y ostracismo, en definitiva, será objeto de marginación, porque aún están presentes ideas de *la culpa* de la persona en su proceso (Cook y Fontaine, 1990).

La familia del enfermo mental, inmersa en una comunidad o grupo social, estará influenciada por el concepto que sobre este tipo de problemas tenga dicha comunidad. Si esta rechaza la conducta que no comprende, condicionará en buena medida las actitudes y sentimientos que depara el trastorno mental en el seno familiar (Megías-Lizancos, 1987). La interacción positiva de la enfermera con la comunidad se realiza gracias a una combinación de los papeles que decida desempeñar y a que sea aceptada por la propia comunidad. Este autor, plantea la importancia de que la comunidad y sus grupos, y la enfermera coincidan en sus expectativas antes de la aceptación formal del plan. Tanto los papeles como las normas cambian y, cuando se aclaran desde el principio todos los extremos de la actividad o intervención, las confrontaciones y decepciones serán mínimas. De no fijar claramente las metas, la comunidad y la enfermera corren el peligro de desviarse involuntariamente de los objetivos que persiguen.

A veces, se advierte la conveniencia de desempeñar otros papeles y se termina aventurando demasiados proyectos, aumentando la confusión de la comunidad sobre los planes iniciales. Los antecedentes y la formación de la enfermera influyen en su percepción de la comunidad y en su interacción con ella.

3.5. La Asociación Española de Enfermería de Salud Mental

Surge la Asociación en el año 1983 como una necesidad puesta de manifiesto por un importante colectivo de enfermeras y enfermeros, para tener un instrumento de comunicación permanente, con adecuados mecanismos de organización, para socializar el conocimiento y dignificar la atención de los cuidados enfermeros a los pacientes y sus familias. Asimismo, se buscó dar una respuesta solidaria a las necesidades de la propia sociedad a la que la Enfermería de Salud Mental dirige su prestación de servicios.

Desde el comienzo de su recorrido, la Asociación ha pretendido que sus fines, plasmados en el artículo 5º de sus estatutos, cobren el significado que realmente tienen. Así ha propiciado la celebración de congresos, talleres, seminarios, etc., y ha participado de una forma activa en todos los foros donde se ha trabajado por el desarrollo científico, progresista y autónomo de la profesión. Se han promovido, apoyado y mantenido relaciones con otras asociaciones de Enfermería importantes, entre la que cabe destacar la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), para buscar nexos y fórmulas de actuación en común que posibilitaron un mayor desarrollo profesional enfermero en todos sus ámbitos. Los resultados de los trabajos conjuntos se han visto plasmados en comunicados y líneas de acción homogéneas sobre diversas materias, entre las que cabe destacar, la Ley de Funciones de Enfermería, la Ley de Especialidades, el papel de la Enfermería en la Reforma Sanitaria y en áreas concretas del ejercicio de la profesión como, por ejemplo, las consultas de enfermería.

En el ámbito internacional se vienen manteniendo contactos y vínculos con organizaciones relacionadas con la Enfermería y/o la salud, que gozan de gran prestigio, como la *American Nursing Association* (ANA), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y de ámbito general como la

Organización Mundial de la Salud (OMS), así como con personalidades de relevancia internacional, algunas de estas relaciones se han concretado con su participación en las actividades científicas de la asociación, como se detalla en el apartado en el que se trata sobre la contribución científica de la AEESME, en la que se analizan los encuentros socio-profesionales, científicos y docentes, propiciados por la asociación y, llevados a cabo en los momentos, áreas geográficas y parcelas de actividad donde se han detectado necesidades.

Con todo ello además de dar a conocer la asociación, se ha contribuido al desarrollo profesional y, como consecuencia, ofreciendo a las personas con problemas mentales y a sus familiares unos cuidados de calidad, desde una línea concreta de filosofía profesional.

El enfoque de las acciones de la asociación, parte de considerar los problemas que afectan a los usuarios de los servicios de salud mental y a los profesionales. Reconociendo la facilidad mostrada por las instituciones para tener en cuenta las propuestas para considerar puntos de vista sobre, asesoramiento y colaboraciones específicas.

3.5.1. Los orígenes de la AEESME

La Asociación de Enfermería de Salud Mental, luego Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental y en la actualidad Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME) comenzó a gestarse durante la celebración del I Congreso Nacional de Enfermería Psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico San José de Málaga en el año 1981. La idea maduró durante el II Congreso celebrado en el Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos (Madrid) en el año 1982, y fue definitivamente impulsada y creada, a partir del III Congreso de Enfermería Psiquiátrica, celebrado también en Málaga.

Estos cambios en la denominación han estado justificados en la búsqueda de la integración de los profesionales de los distintos territorios del Estado, en ningún caso se ha debido a cambios en sus objetivos y misión que sigue una evolución lógica sin dejar el espíritu que la hizo posible, basado en el interés de los profesionales por contar con un espacio de análisis y estudio para la mejora continua de los cuidados que ofrecen las y los enfermeros pertenecientes a ella.

En la creación de la asociación y, en todo el trabajo posterior, sobresale el papel de la Escuela de Enfermeros Psiquiátricos de San Juan de Dios de Ciempozuelos que fue un modelo docente en este ámbito y siempre ha representado un referente de gran valor. Desde los inicios es de destacar la figura de Francisco Ventosa, pionero de *la cosa enfermera donde los haya*¹¹, fue capaz de imprimir a los enfermeros un carácter de compromiso con aquello que tenía que ver con el desarrollo profesional alrededor de la Salud Mental y la Psiquiatría. Solo su ilusión, su ahínco y su saber cuidar las cosas hicieron posible la celebración del I Congreso, de cuyo carácter científico dan fe los testimonios escritos que de entonces se conservan. Todo ello en una época en la que se contaba con muy pocos recursos,

¹¹ No está clara la autoría de esta frase, pero sí su valor por lo extendida que está entre los y las profesionales del ámbito de la salud mental cuando se hace referencia al doctor Ventosa.

este enfermero fue capaz de promover un aporte intelectual y, además, con mucha imaginación y dedicación, crear un ambiente de integración en el que los participantes convivieron durante los tres días del congreso, estrechando relaciones que serán una característica de la asociación.

Otro referente a destacar fue la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED)¹², con la que durante alguna época llegó a compartir sede. Esta asociación y sus integrantes, Alberdi, Segura, Mompart y Arroyo entre otras, fueron un apoyo fundamental para la organización. A lo largo del tiempo se han compartido proyectos que han repercutido en el reconocimiento y desarrollo de la formación enfermera en general y de la de salud mental en particular, de entre los resultados más significativos cabe destacar, los programas de formación en esta área en la formación básica y la regulación de la especialidad por el sistema de Enfermera Interna y Residente (EIR).

De las lecciones aprendidas de la AEED, se heredó la incorporación de voluntarios alrededor de la AEESME. El voluntariado viene siendo soporte en todos los actos que se celebran y también en la sede de la AEESME permanentemente, donde dedican más de 1.800 horas anuales a diferentes actividades. Son personas con el rasgo común de estar muy motivadas, con distintos perfiles; algunos antiguos alumnos, hoy grandes profesionales, como los compañeros Julián Carretero, Manuel Vega, Juan Carlos Bermudo y además distribuidos por todo el Estado. Es de destacar el trabajo tan importante que viene realizando Carlos Sáenz Angulo, que desde Vizcaya y desde su Hospital de Basurto, hace un trabajo voluntario encomiable para la Asociación.

A lo largo del tiempo también ha habido momentos difíciles y, sin profundizar en ellos, hay que señalar que fueron muchos socios, algunas instituciones y algunos personajes de la vida política y social, quienes con su apoyo hicieron posible salvar las situaciones complicadas en momentos determinados.

Se puede considerar que la solidez de la Asociación se ha ido construyendo porque se ha contado con el apoyo de teóricas de la Enfermería de gran prestigio, como Hidegard Peplau (1987), así como la posterior visita de Dortha Orem, ambas invitadas por la asociación. De sus aportaciones ha quedado constancia en la publicación realizada con motivo de los 20 años de la asociación (*Aportaciones teóricas de dos maestras de los cuidados: H. Peplau y D. Orem. 20 años mejorando. 1982-2002, 2003*).

Actualmente esta es una Asociación de fuertes mimbres que son los que sustentan el desarrollo de la misma. Cuenta con 400 asociados y asociadas, con un alto sentimiento de pertenencia y de compromiso. Y algo muy importante, el devenir de los próximos profesionales dispuestos a dedicarse como enfermeras o enfermeros a los cuidados de las personas en el ámbito de la Salud Mental.

Desde sus inicios, la Asociación se ha caracterizado por su carácter inclusivo, tanto en lo que se refiere a sus integrantes, como a las instituciones y personalidades de diferentes ámbitos que han aportado sus puntos de vista. A riesgo de dejar a personas importantes sin nombrar, entre los y las veteranas de la asociación se resalta de manera especial al profesor Tierno Galván, que clausuró el II Congreso definiendo el significado de la Enfermería magistralmente, destacando el carácter profesional, por encima del vocacional-caritativo. Quienes estuvieron presentes recuerdan a las monjas asistentes aplaudiendo emocionadas.

¹² Considerada por alguno como la madre de la AEESM.

Ha habido otros dos personajes de la vida política que apoyaron vivamente a la Asociación, la que fuera ministra de Asuntos Sociales, Matilde Fernández y el que fuera alcalde de Vitoria, José Ángel Cuerda; en su momento, estuvieron muy atentos a las demandas que se plantearon. En cuanto al reconocimiento de la especialidad en Salud Mental, aspiración por la que se ha trabajado desde la Asociación, es necesario mencionar a Ana Giménez Maroto por la dedicación que ha tenido desde la Jefatura de Enfermería del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para que finalmente sea una realidad.

Entre los socios que han hecho posible el trabajo de la Asociación destacan, Virginia Beck, siempre dispuesta a colaborar, Araceli Romero, Pilar Tienda y el siempre dispuesto e incansable, Javier Castro. Sin olvidar a las socias Carmen Álvarez, M^a Teresa Lluch y Carmen Guardia, observadoras permanentes que han asistido a la treintena de congresos celebrados.

Es importante señalar que en la vida y dinamismo de la AEESME ha sido definitivo el trabajo de Francisco Ventosa, Germán Pacheco, Marciano Tomé y Aurora Sánchez que siempre han sabido llenar de rigor las actividades que se han realizado creando un ambiente de cercanía que ha facilitado la incorporación de las personas interesadas por participar.

3.5.2. Directrices de trabajo de la AEESME

Las líneas de trabajo de la Asociación se pueden concretar en los puntos siguientes:

1. Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud en el que la total integración de la Atención de Salud Mental en el dispositivo asistencial general sea consecuencia de la concepción integral de la persona, desde una perspectiva ecológica y social.
2. Participar activamente en el desarrollo profesional de Enfermería, potenciando su imagen como la profesión de servicio, que tiene su razón de ser en *los cuidados de salud de la persona* (Kérouac *et al.*, 1996).
3. Trabajar por la promulgación de una Ley de Funciones de Enfermería que clarifique definitivamente el espacio profesional, que ya es una realidad sanitaria y social.
4. Conseguir una legislación para la formación postbásica que satisfaga las aspiraciones académicas de Enfermería, apoyando el definitivo desarrollo de las especialidades.
5. Pedir una adecuada reglamentación para la formación de los distintos niveles académicos enfermeros, con la convicción de que unos niveles auxiliares en Enfermería con la cualificación adecuada y al más alto nivel posible, contribuirían a la mejor consolidación del equipo de Enfermería y la realización de su trabajo, con la consiguiente mejora en la calidad de los cuidados.
6. Defender la liberalización de los sistemas asociativos de la Enfermería, por entender que las personas solo participan activamente y con interés en aquellos grupos que han escogido libremente y no en los que le son impuestos por leyes.
7. Seguir manteniendo la preocupación por todos los aspectos que tengan que ver con la modernización y actualización de la atención en salud mental, y fundamentalmente en lo que concierne al personal de Enfermería con especial énfasis en el desarrollo de la actividad comunitaria de salud mental, sin olvidar la hospitalización, así como la gestión de servicios

enfermeros en este campo, ya que los gestores han de ser uno de los principales motores de cambio de actitud y de imagen en la atención enfermera en Salud Mental.

8. Conseguir la asunción de protagonismo de las enfermeras y enfermeros en todos los aspectos de la práctica profesional, incluyendo, por supuesto, la docencia en todos sus niveles.
9. Organizar actos públicos, los que sean precisos para dar resonancia a todas las aportaciones enfermeras.
10. Mantener y potenciar los vínculos con otras asociaciones de Enfermería que persigan iguales o similares fines.

3.5.3. Aportaciones de la AEESME

Además de los congresos que se realizan anualmente, analizados en el apartado correspondiente de esta tesis, la AEESME ha tratado de dar respuesta a las necesidades de sus socios con actividades de formación a través de talleres. Esta actividad ha tenido a lo largo del tiempo carácter regional y como objetivos han primado el compartir experiencias y desarrollar competencias para la adaptación a los cambios. Generalmente, la realidad del lugar ha marcado la pauta para este tipo de actividades, por ejemplo, Andalucía ha sido la región en la que más talleres de trabajo se han llevado a cabo, y los asociados veteranos explican esta realidad por ser una región en la que con mayor precisión se fue aplicando la Reforma, por el alto interés de los y las enfermeras y por el liderazgo de Germán Pacheco. Una enfermera, en el homenaje que se le hizo a este enfermero en Sevilla, en enero del año 2004 decía: *“yo siempre respondía a la llamada de Pacheco”*. La experiencia de Andalucía se llevó, a través de talleres a Extremadura, en esta planificación influyó la cercanía y la sensibilidad e interés de Guillermo Fernández Vara, Consejero de Sanidad en aquel momento y hoy presidente de la Comunidad Autónoma.

Otra constante en la actividad de la Asociación ha sido la dedicación al reconocimiento de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental. Desde 1984 se mantuvieron reuniones con el Director General de Recursos Humanos en el Ministerio de Sanidad y Consumo, una vez reconocida, se trabajó en su desarrollo y en la definición de los puestos de trabajo con la mayoría de las comunidades autónomas. En 2016 se han visitado siete Consejeros de Sanidad y varios Directores Generales de Asistencia Sanitaria.

Siguiendo con las aportaciones de la AEESME, a sus socios y a los profesionales interesados, hay que destacar cuatro servicios que vienen siendo de gran utilidad profesional:

- La Revista Española de Cuidados de Salud Mental de la que acaba de aparecer su número 1 que sustituye a la Revista Presencia que fue dirigida por el compañero Germán Pacheco, con un equipo de socios voluntarios que colaboraron en la misma.
- El Observatorio de la AEESME, espacio que permite a los asociados estudiar y analizar situaciones profesionales con una perspectiva ética, con el fin de solucionar situaciones anómalas, tanto, desde el punto de vista del usuario de los servicios como de los profesionales.
- La Cátedra Francisco Ventosa que, al amparo de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alcalá, viene haciendo una labor docente e investigadora, así como de asesoría y de divulgación entre los enfermeros de Salud Mental.

- Premio Beca de Investigación, que otorga cada año y se entrega en el transcurso del Congreso correspondiente.
- Premio al mejor proyecto de investigación a enfermeras residentes de Salud Mental.
- Premios a las dos mejores comunicaciones orales y a los dos mejores posters presentados en los congresos anuales.

3.5.4. Contribución científica de la AEESME

Desde el año 1982 se vienen celebrando reuniones científicas con una periodicidad anual. Estas reuniones se organizan en formato de **Congreso Nacional**, se han llevado a cabo en diferentes lugares del país, después de cada uno de ellos se realiza una publicación de los contenidos tratados en formato libro, que se facilita a todos los asistentes, y actualmente se han actualizado en formato digital. Además de los congresos se han realizado talleres de trabajo y *simposio*, de carácter regional, con el objetivo de compartir experiencias, debatir y aportar alternativas sobre aspectos concretos de interés de los profesionales del lugar en los que se celebraban.

Desde los inicios los congresos vienen siendo organizados por enfermeras y enfermeros que ejercían como profesionales en la atención a personas con problemas mentales, motivados por analizar los cambios que se estaban produciendo en este campo de la atención a la salud y por compartir experiencias. Fruto también de esta inquietud, sus integrantes continúan con esta actividad, al tiempo que, se convierten en herederos del trabajo anterior. El cambio representó visibilizar la situación y abrir un foro a la participación de los profesionales interesados en el tema. El funcionamiento se vio reforzado por una continuidad en la línea ideológica garantizada porque la mayor parte de los socios fundadores procedían del grupo que organizó los primeros congresos.

El papel que han tenido y tienen, estos congresos para el desarrollo y actualización profesional de las enfermeras, en los temas relacionados con la salud mental, justifica que analicemos en profundidad lo tratado en ellos. Lo que nos permitirá valorar como ha influido la Reforma Psiquiátrica en la Enfermería de Salud Mental, la mirada enfermera sobre la evolución que ha ido experimentando la atención a las personas con este tipo de problemas y las aportaciones y preocupaciones de estos profesionales.

3.5.4.1. Análisis de la aportación científica de la AEESME

En este apartado se analiza el contenido de los congresos, no se entra a valorar lo tratado en talleres de trabajo y *simposio* por el carácter específico que han tenido estas actividades. Para analizar el contenido de los textos derivados de los congresos se utiliza una metodología de Análisis de Contenido Cualitativo, siguiendo las recomendaciones de autores como Bardín que describe este método como: *“el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción y recepción de estos mensajes”* (Bardín, 1996).

En un plano concreto, se toma como referencia el trabajo de Zarco (2000). Desde este marco se trata del *Análisis de contenido cualitativo de los textos resultados de los Congresos Nacionales de Enfermería de Salud Mental para identificar la contribución científica de las enfermeras a la evolución de la atención a personas con problemas de Salud Mental*:

- El **análisis de contenido**, determinando el objeto de análisis y utilizando como datos los textos publicados, resultado de los contenidos de los diferentes congresos.
- El **análisis cualitativo**, considerando el sentido de los contenidos en relación al tema de estudio.
- El **análisis del conocimiento**, recogido en los textos.

Este estudio se complementa con una serie de datos cuantitativos ya que se ha considerado que la frecuencia con la que figuran determinados datos enriquece el análisis que nos proponemos. Siendo conscientes de la existencia de una cierta “rivalidad” entre el uso de técnicas cuantitativas y cualitativas, nos identificamos con la idea de autores como Gómez (M. Gómez, n.d.) que al comparar la oportunidad de utilizar una u otra técnica concluye en que es pertinente la complementariedad de las perspectivas cuantitativas y cualitativas en estudios de este tipo.

Para determinar las categorías de análisis y garantizar la validez y fiabilidad de las conclusiones se han teniendo en cuenta las reglas recomendadas por Mayer y Quellet (1991) de:

- Exhaustividad, en cuanto a que las categorías establecidas permitieran clasificar el conjunto del material a analizar.
- Representatividad, avalada por ser objeto de análisis todos los textos publicados.
- Homogeneidad, esta característica está garantizada por tratarse de documentos que se refieren a un mismo fenómeno; los textos de los contenidos de los congresos, aunque puede existir cierta heterogeneidad, ya que la organización y desarrollo de los mismos varía en cada edición al recaer su organización en profesionales específicos del lugar en el que se llevan a cabo. Aunque siempre están tutelados por profesionales de la Junta Directiva de la Asociación.
- Pertinencia, el análisis de las aportaciones científicas de la asociación nos parecen representativos para el tema objeto de esta tesis.
- Univocación, al determinar las categorías se ha definido claramente su significado, de manera que facilita la inclusión de los contenidos en una determina categoría.

3.5.4.2. Categorías de análisis

1. **Semántica utilizada en los lemas del congreso.** El nombre de cada congreso lleva implícita una forma de mensaje, para que resulte atractivo y despierte el interés por participar. En esta categoría se analiza la idea que se trasmite con el título de cada congreso. Tanto, en lo referido al mensaje general, como, al significado de los términos concretos que se utilizan.
2. **Conferencias centrales y participantes.** Las conferencias centrales en los congresos constituyen el núcleo, alrededor del cual, se estructuran el resto de los contenidos a tratar. Por lo que en esta categoría se consideran los contenidos de las conferencias y sus ponentes,

para poder analizar *lo que se dice y quien lo dice* y así interpretar el papel que ha tenido la Asociación en el tema que nos ocupa.

3. **Apertura a experiencias.** Una de las finalidades fundamentales de la Asociación es el fomento de la participación y debate entre los y las profesionales que ejercen en el ámbito de la salud mental. En esta categoría se estudia *el cómo* han estado de abiertas las sesiones de trabajo a las aportaciones voluntarias de profesionales y las dinámicas que se han llevado a cabo.
4. **Aspectos organizativos.** En los 34 años de actividad han ido surgiendo diferentes acontecimientos que han podido influir en la organización de los congresos, es por ello que se considera pertinente analizar la contribución de la Asociación en lo que se refiere a la constancia en su realización, las respectivas publicaciones y los lugares en los que se ha llevado a cabo la actividad.

3.5.4.3. Semántica utilizada en los lemas del congreso

El primer congreso se celebró en Málaga en el año 1982 y llevó como lema ***I. Congreso Nacional de Enfermería Psiquiátrica. Presencia. Fomento. Desarrollo de la Enfermería Psiquiátrica.*** Llama la atención la utilización del término **PSIQUIATRÍA**, dos veces en el título. Término que será utilizado en las dos ediciones siguientes (1983 *II Congreso Nacional de Enfermería Psiquiátrica. La Enfermería Psiquiátrica, una realidad*; y 1984 *III Congreso Nacional de Enfermería Psiquiátrica. La Enfermería Psiquiátrica, una necesidad de transformación*).

El año 1985 se realizó el congreso, pero no se realizó publicación con los contenidos y el año siguiente no se llevó a cabo congreso. Es a partir del denominado ***V Congreso de Enfermería de Salud Mental. Desarrollo de la Ley General de Sanidad. Un reto para la Enfermería,*** en el que cambian sustancialmente los términos empleados, **PSIQUIATRÍA** por **SALUD MENTAL**, término que se adopta desde entonces y se mantiene hasta la actualidad, con una única excepción en el año 1999 en el que el título fue *Áreas de intervención en enfermería psiquiátrica: Instrumentos para el cuidado*.

También emergen del análisis el interés por los aspectos **SOCIALES**: *Ámbito social de la Enfermería en Salud Mental* (1993). *Diversidad Social y Cultural. Cuidados enfermeros en salud mental* (2002).

En el año 2000, en el XVII Congreso, el título del mismo recoge por primera vez el término **CUIDADO** *Del cuidado de las culturas a la Enfermería especialista*. Término que ha estado explicitado los en 11 de los 14 años siguientes y que puede considerarse implícito en el nombre de los tres restantes. *El saber enfermero un marco de acción* (2004), *Una mirada a la Enfermería de Salud Mental en el mundo* (2011) y *30 años de experiencia para mirar el futuro* (2013). Decimos que está implícito en estos títulos porque *el saber enfermero*, se construye en relación y sobre los cuidados de salud de las personas y la *mirada* es sobre las necesidades y formas de cuidado.

El análisis de los títulos de los congresos apunta las conclusiones siguientes:

- Una evolución en la manera de nombrar el problema, muy de acuerdo con la corriente de la época inspirada en la Conferencia de Alma-Ata, que se pone en evidencia en el paso de referirse al problema de salud como **ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA**, para pasar a denominarlo **PROBLEMA DE SALUD MENTAL**.

- El interés por los **ASPECTOS SOCIALES** que rodean a la concepción de las enfermedades mentales, a las personas que las padecen y su entorno.
- La asunción de los **CUIDADOS** de salud como razón de ser de la Enfermería.

3.5.4.4. Conferencias centrales y participantes

Las conferencias mantienen una línea en sus títulos y contenidos relacionados con el mensaje del título. Destaca de una manera muy significativa el interés, en los primeros congresos por la situación de la Enfermería Psiquiátrica en sus diferentes campos de actuación clínica, docencia y gestión en los países de nuestro entorno (Suiza, Italia y Reino Unido).

Es a partir del V Congreso (1987), cuando adquieren una mayor presencia las conferencias en las que se plantean experiencias y propuestas de nuestra realidad, como la que lleva por título *Papel de Enfermería en la Unidad de Psiquiatría en el Hospital de Basurto*, sin dejar de analizar el ámbito europeo, como la titulada *Enfermería de salud mental en el marco europeo* (1993).

Se pueden considerar temas transversales de las conferencias contenidos relacionados con la formación, la ética y los diferentes niveles de atención, de acuerdo a la temática del congreso concreto.

En cuanto a los y las ponentes, se observa que en los congresos han participado profesionales de gran prestigio en el ámbito de la salud mental. Enfermeros reconocidos por sus publicaciones, como Cecilio Eseverri, Luís Cibanal, Gloria Novel, Francisco Ventosa. Destacan también especialistas extranjeros, vinculados con esta área, como Rossetti Poletti, Manuel Moraga o Annie Alschul y el prestigioso psiquiatra Luís Rojas Marcos, entre otros.

También es indicativo de la calidad de estas reuniones científicas, la participación de teóricas de la Enfermería como Rosa María Alberdi e internacionales con teorizadoras de la talla de Peplau, Orem y Henderson, que son las referentes más prestigiosas de la enfermería mundial.

Otro aspecto a destacar es la mirada social que se proyecta en los contenidos de las conferencias. Cuando se analiza lo tratado en los congresos se observa que se contó con la aportación de personalidades pertenecientes a ámbitos diversos de la sociedad, y con responsabilidades políticas, entre los que cabe destacar al Profesor y Alcalde de Madrid Enrique Tierno Galván, la Ministra de Asuntos Sociales Matilde Fernández (1988), la Eurodiputada María Rojo (2002), etc. La participación de personas del mundo de la política tuvo una doble consecuencia, por una parte, el conocer de primera mano por dónde iban las políticas que afectaban a la atención de las personas con problemas mentales y, por otra, el que estas conociesen las preocupaciones, reflexiones y propuestas de los enfermeros.

Finalmente, al analizar a los ponentes que han participado, como tales, en los diferentes congresos, se observa que en las primeras reuniones fueron fundamentalmente hombres, hecho que parece que era una realidad en todo lo relacionado con el congreso, por ejemplo, la mesa inaugural de I Congreso estuvo compuesta únicamente por hombres. La explicación la podemos encontrar en que el ámbito de los cuidados a las personas con problemas de salud mental estaba fundamentalmente en manos de

enfermeros hombres, cabe destacar, como se ha apuntado anteriormente, el importante papel que tuvieron los Hermanos de San Juan de Dios.

En el XV Congreso, se experimenta una marcada incorporación de mujeres como ponentes que se ha mantenido hasta la actualidad en una relación de equilibrio entre hombres y mujeres, hecho que coincide, con la heterogeneidad de los roles de género que se produce en otros campos de la Enfermería. Hasta estos años, era excepcional que un enfermero -hombre- ejerciera en ámbitos como pediatría o cuidados intensivos, realidad que afortunadamente se ha ido normalizando hasta la actualidad en la que el género no determina la dedicación a un ámbito concreto de la profesión.

Como resumen, al analizar las conferencias centrales que se desarrollan en los diferentes congresos y los participantes que las llevaron a cabo, se observa:

- El interés por los **ASPECTOS SOCIALES** que influyen en la atención a las personas con problemas de salud mental. Para analizar el problema desde una perspectiva social se cuenta con personas con responsabilidad en la política y la mirada de la familia del enfermo, por las repercusiones que los problemas de salud mental tienen en los familiares de quienes los padecen, por lo importante que resulta conocer sus experiencias y expectativas, por lo eficaz que según autores como López *et al.* (2008) y Estroff *et al.* (2004), describen que resulta la aportación de experiencias para mirar a las personas con problemas mentales sin prejuicios.
- Una evolución en el lenguaje, se pasa de hablar de la patología (Psiquiatría) a hablar de la salud (problema de Salud Mental). Entre las expresiones que cobran significado, en las conferencias, encontramos el término **CUIDADO**, a partir del año 1999, desde esta fecha destaca, en los contenidos centrales de los congresos, la identificación de la Enfermería con *el cuidado de la persona* en los términos aceptados por la comunidad científica (Kérouac *et al.*, 1996).
- En los primeros congresos se observa un **SESGO DE GÉNERO**, que va difuminándose a partir de la segunda mitad de los años ochenta.
- También destaca el interés por las realidades de nuestro entorno, en los primeros congresos se observa una importante presencia de **EXPERTOS EXTRANJEROS**, y un alto contenido de experiencias sobre la realidad de la salud mental en sus respectivos países.

3.5.4.5. Apertura a experiencias

En el análisis de los contenidos de los congresos se observa el interés por el tratamiento **multidisciplinar** de los problemas de salud mental, ya que son tratados, por expertos en los diferentes ámbitos, desde perspectivas de los campos de la Biología, Psiquiatría, Psicología, Sociología, Pedagogía, Judicatura y Ética. Desde el ámbito de la Enfermería, los contenidos adquieren significado por su fundamentación en la disciplina y su abordaje desde los diferentes ámbitos del ejercicio profesional: la clínica, la docencia, la gestión y la investigación. Los aspectos relacionados con la atención directa a personas con problemas mentales, son tratados en toda su amplitud, tanto por el nivel de atención en el que son abordados y tratados –atención primaria, especializada y domiciliaría–, como, por la finalidad de la atención –fomento de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación

y cronicidad—, el carácter multisectorial de los recursos asistenciales y la relación de la enfermedad con las diferentes etapas de la vida.

El compromiso de la AEESME con los familiares de los enfermos mentales es significativo como impulsora de la Asociación de Familiares prestándoles asesoría y apoyo en sus reivindicaciones. Son de destacar las aportaciones de **familiares**, que son invitados a participar desde sus inicios; desde el año 2008 vienen asistiendo a todos los congresos con un papel activo en los grupos de trabajo. Llegando a ser éstos objeto de atención directa en los congresos, con conferencias con títulos como “Cuidar cuidándome” o “Encuentro con la realidad familiar”.

La propia organización de los congresos evidencia una apertura a experiencias diversas, en las primeras ediciones los contenidos estuvieron organizados como conferencias, fundamentalmente, formato que conlleva la elección de los ponentes por parte de la organización. Aunque desde los primeros congresos tuvieron presencia las mesas redondas, destaca que a partir del año 1998 adquieren mayor protagonismo las **mesas redondas** que sirven como punto de partida para plantear diferentes puntos de vista y experiencias sobre un mismo tema y a partir del cual establecer el debate. Posteriormente se crean **talleres de trabajo**, abiertos a la participación de los y las asistentes, con ofertas variadas sobre el tema objeto del congreso.

Otro aspecto relevante es la propia participación de profesionales asistentes, se observa un progresivo aumento de las **comunicaciones libres** y **posters**. En el I Congreso se presentaron 26 comunicaciones, aportaciones que han ido creciendo en formato comunicación y póster, hasta llegar a 600 en el XXXI Congreso. El aumento más significativo coincide con la consolidación de la Enfermería como disciplina vehiculizada por los másteres y doctorados y, en un plano más concreto, con el inicio de la formación de las enfermeras y enfermeros especialistas en salud mental a través del programa EIR, que ha producido un avance importante para la producción científica enfermera en este campo. Resulta de interés el repaso sobre los contenidos de las comunicaciones, pues se observa una corriente que prima el compartir las experiencias e investigaciones sobre problemas concretos con la comunidad científica.

En esta misma línea, también destaca el incremento de **asistentes**. Al primero asistieron 300 congresistas, el XXIII Congreso fue el que tuvo la mayor asistencia con 1005 congresistas, el resto se ha mantenido entre 700 y 800 participantes, cifra que es destacable si la comparamos con reuniones científicas de otras áreas de la Enfermería.

Los Congresos destacan por:

- El carácter **MULTIDISCIPLINAR** de los temas tratados, se tratan los problemas desde una perspectiva integral y con una mirada holística sobre la persona. El concepto de enfermedad y su abordaje como punto del continuum salud-enfermedad.
- Se contempla a la **FAMILIA** como parte fundamental del entorno del enfermo, importante para el bienestar y recuperación de este, pero también como personas con necesidades de cuidados derivados de la dedicación al cuidado del “otro”. Además, se considera como “un recurso” de interés para las enfermeras, al considerar importantes sus aportaciones en los congresos, puede proporcionarles información y conocimientos que mejoren su ejercicio profesional, consecuentemente el cuidado de los enfermos y el bienestar familiar.

- La evolución en el **FORMATO**, dando en las sucesivas ediciones un mayor protagonismo a las mesas redondas, talleres de trabajo y comunicaciones y pósteres, hace, sin duda, que estas reuniones científicas despierten el interés de un gran número de enfermeros y enfermeras que ejercen en el ámbito de la salud mental, tal y como lo demuestra la alta y mantenida **PARTICIPACIÓN** de profesionales. Aunque como se valora en el análisis de los aspectos organizativos, esta alta participación también puede deberse al cuidado que se viene poniendo en involucrar en su organización y desarrollo a todos los profesionales de la asociación, por el carácter itinerante que han tenido los congresos desde los inicios. En este punto nos permitimos especular sobre si la alta asistencia con 1005 congresistas, que tuvo lugar en el XXIII Congreso, fue debida al atractivo del lugar en el que se celebró, la ciudad de Torremolinos.

3.5.4.6. Aspectos organizativos

Hay que valorar de manera positiva, el que desde hace 34 años se realice puntualmente este encuentro. Consultada la literatura, los congresos la AEESME son las que cuentan con mayor **permanencia** en el panorama de la Enfermería. Son muchos los congresos, sobre diferentes temáticas, que no llegaron a la décima edición, y entre los que han tenido o tienen una mayor permanencia, se encuentran los organizados por la AEED, que se llevaron a cabo veinticinco ediciones en total y dejaron de celebrarse cuando se disolvió la asociación.

El ámbito más comparable resulta el de la Asociación Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, con una realidad muy similar a la Enfermería de Salud Mental, se constituyó en el año 1987 y ha celebrado su XXII Congreso. Junto con la AEESME, es el que cuenta con más veteranía. En cuanto a la asistencia es significativamente menor, en las últimas ediciones han participado entre 200 y 300 congresistas.

Otro aspecto relevante, que ya se pone de manifiesto en el apartado anterior al analizar la alta participación de congresistas, es el carácter itinerante que desde sus inicios ha tenido el congreso por toda la **geografía** del estado. El que cada año se lleve a cabo en una ciudad diferente, hace que los y las profesionales del lugar en el que se celebra se involucren en su organización, tanto en lo relacionado con los aspectos científicos como en la atención a los congresistas. Siempre en conjunto con la Junta directiva de la AEESME, que garantiza el mantenimiento de la línea de trabajo que caracteriza a la asociación.

Se observa el interés por fomentar una filosofía **inclusiva**, tratando en los congresos contenidos que pueden resultar de interés para determinados grupos, o para la generalidad, en este sentido, en el año 2011, coincidiendo con el XXVIII Congreso, se celebró también la “I Conferencia Internacional de Salud Mental”, con el propósito de intercambiar experiencias con profesionales del entorno social y cultural, conferencia que está prevista que se realice cada cinco años, y siempre coincidiendo con el congreso correspondiente.

En el año 2000 la Asociación instauró un premio de investigación, con el objetivo de promover esta actividad entre los profesionales y reconocer los trabajos más rigurosos. La entrega del premio se lleva a cabo en el transcurso del congreso correspondiente, lo que lleva a un mayor reconocimiento del

profesional galardonado y dar a conocer la producción científica en el campo de la Enfermería de Salud Mental.

También se puede atribuir al carácter **inclusivo** que se observa en el desarrollo de los congresos, la existencia de comunicaciones procedentes de toda la geografía española y de todas las áreas relacionadas con el ejercicio de la Enfermería. Así se puede comprobar que se han tratado temas sobre *la formación, los modelos de gestión y la investigación* relacionados con la Enfermería de Salud Mental. En el ámbito concreto de la clínica, como se apunta anteriormente, las aportaciones se relacionan con todos los niveles en los que se lleva a cabo la atención de las personas con problemas mentales.

Estos aspectos de la organización contribuyen, sin duda, a la calidad y al éxito de participación que se mantiene en los congresos:

- La constancia en su celebración, ha hecho que forme parte de la planificación de las actividades de las enfermeras, esta **PERMANENCIA** de un congreso anual durante 34 años es considerado como un encuentro que posibilita reflexionar sobre los que se hace y proyectar iniciativas. Las y los participantes cuentan con su celebración y acuden para actualizar conocimientos, aportar experiencias y debatir sobre propuestas.
- El que los congresos se vengán realizando en las diferentes regiones de la **GEOGRAFÍA** nacional, hace que los profesionales del lugar se involucren de una manera especial, y que cada edición adquiera contenidos singulares, sin perder la línea que marcan los principios de la Asociación.
- La persistencia en la realización y el que se lleven a cabo en diferentes lugares, son elementos que le dan el carácter que se ha definido como **INCLUSIVO**, y además aumenta el interés por participar el hecho de la variedad de los temas que se tratan.

Se puede afirmar que la contribución científica de la AEESME a la fundamentación de la atención enfermera que reciben las personas con problemas mentales, viene siendo positiva a lo largo de las tres últimas décadas, facilitando que las enfermeras respondan adecuadamente a los cambios derivados de la Reforma Psiquiátrica proponiendo formas de actuar que pueden considerarse de vanguardia.

En el desarrollo de esta actividad se normalizó el lenguaje, como forma de conceptualizar significados, y dejó de referirse a la **ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA**, para pasar a referirse a **PROBLEMA DE SALUD MENTAL**. Desde los primeros encuentros se observó el interés por los **ASPECTOS SOCIALES** que rodean a las personas con enfermedades mentales, así como la importancia que tiene la **FAMILIA** en todo el proceso, desde una doble perspectiva, para la evolución del enfermo y como objeto de atención por las repercusiones que tiene en los allegados el convivir con una persona con problemas mentales.

Finalmente es pertinente realizar un apunte sobre la asunción de los **CUIDADOS** de salud de las personas con problemas de salud mental, como razón de ser de Enfermería, que aparece como una constante en los contenidos de los diferentes congresos.

3.6. La persona con problemas de salud mental, la familia, las redes y los grupos

3.6.1. Las asociaciones de familiares de enfermos mentales

En el siglo pasado y en la década de los años de 1950, surge en los Estados Unidos de América, un gran movimiento ciudadano como continuación a las grandes reivindicaciones sociales protagonizadas, por un lado, por organizaciones de mujeres, entre las que destacan el movimiento feminista y el de mujeres maltratadas y, por otro lado, por algunos grupos profesionales, tales como enfermeras del ámbito de la Salud Mental y Enfermeras Comunitarias.

La característica principal de estos movimientos, era su gran compromiso con la sociedad y de ellos, surgirán años después, los Grupos de Autoayuda o de Ayuda Mutua, siendo los primeros en organizarse los de Alcohólicos Anónimos.

Los movimientos sociales que detectan necesidades y se organizan para reivindicar sus derechos a las organizaciones públicas y promover la colaboración mutua, llegaron años después a los países del norte y centro de Europa, dando lugar progresivamente, a una forma especial de ayuda o red de colaboración y apoyo.

Los sistemas de apoyo social y de ayuda mutua, han existido de alguna manera a lo largo de la historia, sin embargo, no es hasta la década de los años 1970, cuando algunos gobiernos, principalmente socialdemócratas y de la democracia cristiana europeos, empiezan a tenerlos en cuenta en sus demandas y alternativas de ayuda y a prestarles especial atención desde el Sistema Sociosanitario. Distinto era lo que estaba ocurriendo en la Europa gobernada por regímenes dictatoriales, como eran España y Portugal.

En España en las postrimerías de la dictadura franquista, según refieren Costa y López (1996), se estaban dando casos en los que profesionales sanitarios, principalmente enfermeras y médicos, muy comprometidos con la población y el momento político de transición que se estaba dando en España, se formaron en postgrados de salud pública en Rusia y en Cuba, con la intención de ser útiles a la sociedad española.

Las corporaciones municipales surgidas en democracia, tras las elecciones municipales del año 1979, pusieron en marcha actividades de tipo social, educativo y sanitario, tales como, educación para la salud, información sanitaria y prevención de la enfermedad, en muchos lugares del territorio nacional. Aquellos profesionales, se incorporaron a los ayuntamientos en la mayoría de las ocasiones, dedicando su tiempo libre, con el fin de ofrecer atención y cuidados a las personas y grupos en los llamados Centros Municipales de la Salud, algunos de ellos surgidos en las antiguas Casas de Socorro. Los servicios que se empiezan a prestar en estos ayuntamientos, tienen que ver con la epidemiología del momento, referida principalmente a aquellos problemas de gran prevalencia e incidencia, a los que el Sistema Nacional de Salud no daba respuestas, tales como, la atención a la salud reproductiva con actividades de control de natalidad, la atención a las personas con problemas de salud mental y a las personas drogodependientes. En la Comunidad de Madrid, hubo casos elocuentes como el del Ayuntamiento de Parla y el de Alcalá de Henares, en su Centro Municipal de la Salud, entre otros.

La situación actual de la atención a las personas con problemas de salud mental y sus familias, no hubiese sido posible sin el compromiso social de profesionales, concedores del contexto social y

político del momento. Estos profesionales, junto con las familias de los enfermos mentales y los propios enfermos, progresivamente se han ido incorporando junto con otros grupos sociales en el desarrollo de la vida pública aportando y presionando en la toma de decisiones políticas, consiguiendo de esta forma, conceptualizar los problemas en la vida social de las comunidades democráticas y definir una vez más, los objetivos a alcanzar tanto referidos al bienestar general de las personas y de las personas con problemas de Salud Mental.

Hay que tener en cuenta también y trabajar en la corresponsabilidad de la población en la gestión de lo público considerando que el poder viene del pueblo y resaltando los valores de la gestión pública, sin la cual, los avances en la atención a la Salud Mental, no serían posibles. El compromiso de lucha de una población organizada, debe concluir en líneas de actuación conjunta con las administraciones y todo ello conducente a mejorar la calidad de vida de todas las personas.

Ahora bien, hay personas que, por su situación, como es el caso de los enfermos mentales y sus familias, necesitan de una protección especial porque su problemática no está exenta de ostracismo y marginación, cuando no de desdén y menosprecio. Es necesario para afrontar estas situaciones, promover la reflexión y el debate, proporcionando puntos de encuentro donde unos y otros han de profundizar en el conocimiento mutuo buscando coincidencias, porque siendo todos más iguales se puede participar mejor en una vida social más democrática. El compromiso es solidaridad, acercamiento y constancia. La constancia entendida como el estar, y el estar siempre, en las necesidades, en la ayuda y, en definitiva, en el apoyo mutuo.

3.6.2. Redes de apoyo social

En España, a partir de la publicación de la LGS, en el año de 1986, se empezó a hacer referencia a un nuevo concepto de Salud que se definió como: *“aquella manera de vivir autónoma, solidaria y alegre”*.

La LGS, la Reforma Sanitaria y el abordaje de la atención tradicional a los problemas de salud mental hicieron que en nuestro país se empezase a reconocer a los grupos comunitarios como indispensables para colaborar en la puesta en marcha y desarrollo de Programas de Salud beneficiosos para la población en general y en aquellos grupos dónde el ostracismo y la marginación eran tradicionales de una manera particular, uno de los casos más llamativos es el de los enfermos mentales y sus familias.

Las nuevas definiciones de salud se aproximan inexorablemente al concepto de bienestar de las personas, para lo cual es necesario llevar a cabo acciones sanitarias con un enfoque social, promoviendo la salud con el fin de capacitar a todos para ser capaces de aumentar el control sobre su propia salud y sobre su bienestar, adaptándose de la mejor manera a su medio social.

El apoyo social tiene efecto directo en la salud física y mental, según algunos estudios (Caserta *et al.*, 2016; Dadvand *et al.*, 2016; George *et al.*, 2016; Yoshizumi *et al.*, 2016), las personas que tienen relaciones y vínculos sociales viven más tiempo y tienen mejor salud física y mental que aquellas que no los tienen. El apoyo social reduce directamente el impacto de los acontecimientos estresantes.

Refieren también Costa y López (1996) que, a través de las redes sociales, la gente satisface sus necesidades puesto que incrementan el acceso de la persona a la información, recursos y apoyo social.

A través de la red de familiares, vecinos y amigos, la persona puede encontrar apoyo emocional, trabajo, ayuda y participar en actividades sociales que amortigüen los sentimientos de aislamiento. De lo contrario, cuando no hay una red de apoyo social bien nutrida, aparecen los sentimientos de impotencia y la falta de control sobre uno mismo.

Algunos hechos propician la necesidad del surgimiento y desarrollo de las redes de apoyo natural:

- Por un lado, el fracaso de los servicios y atención del modelo biomédico, incapaz de extender su cobertura a toda la población y en especial a los grupos en situaciones de riesgo. Además, los avances tecnológicos pueden aliviar la enfermedad, pero contribuyen a aumentar el número de personas con problemas crónicos de salud y dependencia, así como la dudosa efectividad de la tecnología empleada para responder a las demandas de las personas y grupos de la comunidad.
- Por otro lado, la crisis y fracaso de los sistemas de apoyo natural, que tienen que ver con la incorporación de las mujeres de una manera decisiva al trabajo fuera del hogar o, como dicen algunos autores (Coatsworth-Puspoky et al., 2006; Hedelin y Svensson, 1999; Langeland et al., 2007). También por la intención de hacerlo, sin que a los hombres se les haya adiestrado y responsabilizado igualmente de las tareas domésticas y de los cuidados a las personas en el entorno familiar.

Una manera de propiciar y extender las redes es el apoyo desde el punto de vista técnico, el estímulo de las personas y los grupos inicialmente comprometidos y la constancia que unos y otros deben cultivar para estar al lado de las personas que más lo necesitan.

Herramientas importantes para trabajar de manera grupal en las redes sociales son los grupos de autoayuda o de ayuda mutua. Algunos profesionales y grupos sociales se han planteado la disyuntiva si la denominación debe ser una u otra, y la mayoría han optado por Grupos de Ayuda Mutua (GAM), donde parece que hay un propósito implícito de ayudar a los otros siendo a la vez beneficiosos para la propia persona.

Los GAM son un recurso voluntario y una de las formas de participación comunitaria que se ha de desarrollar aún más en las sociedades modernas. Es para muchos una condición natural del ser humano de buscar apoyo en otras personas ante una situación de problemas de salud o de otro tipo.

Estos grupos surgen y se nutren de la red social, siendo por ello importante que los profesionales de la salud y de la salud mental, especialmente, estudien en profundidad dicha red, tanto para recurrir a ella en las actividades de cuidados considerándolas un servicio más como con el propósito de implicar a más personas en la misma, aprovechando sus conocimientos, su dedicación voluntaria y los tiempos de que disponen. En ellos se establece una dinámica grupal, que ha demostrado sobradamente que tiene efectos muy positivos entre sus componentes: el psicoterapéutico, de ayuda y apoyo mutuo y educativo.

3.6.3. Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

En la actualidad podemos decir que las personas que padecen una enfermedad crónica, o en su vida se dan situaciones traumáticas o debutan con un problema de salud o de tipo social que les obliga a cambiar su forma de vida, son candidatos a integrarse en los GAM.

Dentro de este perfil de personas se encuentran los usuarios del sistema sanitario de salud mental y sus familias. A partir de la implantación y desarrollo de la LGS y de la Reforma Psiquiátrica, se ha ido creando en España, como antes ocurrió en los países del norte de Europa, un gran tejido asociativo, dando lugar en ocasiones a asociaciones de personas con un problema determinado y otras veces a GAM.

Se observa también que, tras una asociación de afectados, en muchas ocasiones surgen los GAM como otra actividad más dentro del paraguas protector asociativo. En otras ocasiones, tras la promoción de la creación de un GAM y valorando las posibles ayudas oficiales, beneficiosas para el desarrollo de sus actividades, han constituido una asociación o el propio grupo se ha conformado como tal.

El GAM se define como: *“un conjunto de personas que tienen un problema común, que lo sienten como tal, y que se reúnen para afrontar, solucionar o mejorar el problema”* (Coatsworth-Puspoky *et al.*, 2006; Hedelin y Svensson, 1999; Langeland *et al.*, 2007; Megías-Lizancos y Cases, 2009). El fin último será: satisfacer las necesidades de sus integrantes, conseguir cambios sociales y mejorar su calidad de vida.

Lo que caracteriza fundamentalmente a la actividad grupal y el desarrollo de la ayuda mutua, es el hecho de compartir experiencias comunes en situaciones de dificultad en la vida de las personas y los grupos. Esta dificultad, como se viene diciendo, puede ser de tipo individual o colectivo y referido a una enfermedad, a un problema familiar o social, etc.

En el proceso de la ayuda mutua, las personas ofrecen todas sus posibilidades desde el punto de vista de la experiencia y desde la disposición de ayuda, la cual puede ser animada por motivos ideológicos, religiosos, filosóficos, etc., dando lugar a un hecho que en las sociedades modernas es difícil de encontrar, como disponer de tiempo para compartir escuchando, opinando o aconsejando, siendo la disposición a comprender y la apertura para compartir, la actitud de escucha, lo que hará que la dinámica grupal sea satisfactoria. Aquí se habla de los problemas sin ocultar nada sin plantear respuestas prefabricadas a sabiendas de que el otro nos comprende.

Los GAM cumplen distintas finalidades y a veces varias a la vez, dependiendo de los intereses comunes o personales del grupo, encontramos el aumento de la autoestima, tan deteriorada en el mundo de la enfermedad mental y de las familias que con estos enfermos conviven. Igualmente, se afrontan situaciones de soledad y se proporcionan apoyo emocional. Todo ello sin olvidar la información que se presta sobre servicios socio-sanitarios o de otra índole, así como la prestación de cuidados básicos de salud.

En muchas ocasiones, bien desde la organización asociativa o desde el propio GAM, se suelen organizar actividades recreativas; sin embargo, se viene observando que el GAM tiene gran interés en mantener su actividad grupal de reunión y apoyo no permitiendo sacrificar estos tiempos a favor de actividades lúdicas. No es una renuncia a ellas, sino que se prefiere estudiar el momento de llevarlas a cabo fuera de los tiempos de reunión dada la importancia que conceden a la misma. En estos casos aparece otro

espacio de colaboración entre las personas que asisten habitualmente a las reuniones del GAM y las que tienen su actividad colaborativa principalmente desde las asociaciones, aunque estas actividades no son incompatibles.

Otras finalidades son la participación activa y directa en el sistema socio-sanitario. Las personas que componen los grupos están en primera línea y observan directamente los problemas y dificultades que a veces se pueden encontrar. Su problemática se generaliza reivindicando y haciendo propuestas a las Administraciones Públicas para conseguir objetivos de mejora. En la participación sanitaria, tan comentada en los primeros años de la puesta en marcha de la LGS y de la Reforma Psiquiátrica y ahora denostada, los grupos han de participar activamente siendo cogestores de los servicios públicos. Una persona empieza a participar en el Sistema de Salud cuando desde ella misma inicia la mejora de sus autocuidados, que se generalizan al relacionarse y al participar con otros y que, desde el conocimiento individual y grupal, se influye en la planificación de los servicios.

Finalmente, cabe decir que las actividades de los grupos sociales afectados por un problema o situación de dificultad se orientan también a la concienciación de la sociedad haciéndoles ver que estos problemas, entre otros, existen y que cualquier persona en algún momento de su vida puede verse afectada.

Los profesionales en general y las enfermeras en particular, pueden desarrollar un papel clave, tanto en el estímulo al inicio o formación de los grupos, como estando atentos para proporcionar recursos a lo largo de la vida de los mismos.

Las enfermeras de salud mental, así como el resto de profesionales, deben considerar a los GAM como un recurso más dentro del trabajo comunitario, lo que conlleva reconocer el espacio grupal como un servicio más al que derivar a las personas con problemas que se consideren posibles beneficiarios de esta dinámica, sin olvidar la coordinación con los mismos a lo largo del tiempo.

Un ejemplo de trabajo con los GAM es el que se ha venido dando desde los primeros años de la década de 1990 en el antiguo Área de Salud Nº 3 de la Comunidad de Madrid entre los servicios socio-sanitarios, singularmente los que tienen competencias en salud mental, y la asociación de familiares de enfermos mentales como la Asociación para la Integración Social de Enfermos Psíquicos (APISEP). Este grupo surgió a partir de la celebración de un curso denominado *Escuela de Padres* en el que participaron los profesionales de salud mental junto con dichas familias. Su andadura contó con la participación activa de los profesionales que incluso se inscribieron como socios. Creada APISEP el GAM se conformó unos años después.

Los profesionales deben ser respetuosos con las dinámicas que se establecen en la sociedad, siendo importantes las que surgen alrededor de problemas, como es el caso de la enfermedad mental, tradicionalmente cargados de ostracismo e indiferencia. La actitud siempre ha de ser de comprensión y ayuda y no de crítica destructiva. Pueden intervenir en temas específicos, fruto de la demanda que se les haga o de las observaciones que los profesionales recojan.

En la planificación de programas e intervenciones hay que contar con los propios Grupos que son los que tienen bien seguros sus intereses. Tanto los profesionales como las personas afectadas y las Instituciones, principalmente los ayuntamientos por la cercanía a la población, han de informar de la

existencia de asociaciones y GAM para propiciar que personas que puedan tener interés por los mismos, tengan conocimiento de su existencia.

Es un reto de los profesionales y de las Administraciones Públicas reconocer la necesidad de estimular las redes de apoyo natural y de promover la creación y participación en el sistema social de los grupos organizados. Estos grupos son capaces, no solo de proporcionar beneficios a las personas que los forman, sino de aportar beneficios a la población en general, así como de contribuir a mantener activos los mecanismos de participación ciudadana tan necesarios para controlar y encaminar los servicios públicos a la satisfacción de las necesidades de la población.

Marco Metodológico

4. MARCO METODOLÓGICO

En los capítulos anteriores se ha analizado cómo se llevaba a cabo la atención a las personas con problemas de salud mental en las décadas previas a la Reforma Psiquiátrica en España, el significado y los cambios que se produjeron en la atención a las personas con problemas psiquiátricos, la implicación y el papel de las enfermeras en este proceso y en el nuevo modelo de atención a la salud mental.

Dado nuestro interés por profundizar en los aspectos que posibilitaron la Reforma Psiquiátrica, por su importancia para la dignidad de la persona y la evolución de su enfermedad, hemos considerado que para conocer los hechos ocurridos es necesario hacerlo con métodos cualitativos.

Por la experiencia del doctorando, que ha vivido en primera persona todo el proceso, con una participación activa en este, se analiza el papel de la AEESME y por la cercanía con otros profesionales que también participaron en la Reforma, se opta por la entrevista en profundidad a los profesionales que tuvieron un papel significativo en este proceso. Pensamos que las aportaciones de estos profesionales nos ayudarán a entender un fenómeno muy significativo para los enfermos, sus familias y los profesionales, por dos razones, por una parte, porque existe una ausencia de trabajos que aborden este tema y, por otra, porque es una realidad cargada de vivencias, que resultarían difíciles de abordar con métodos cuantitativos.

Entre las tesis doctorales relacionadas con temas de salud mental, no se identifica ninguna que estudie la Reforma propiamente dicha, y en la literatura analizada, si bien encontramos trabajos que describen el fenómeno, en los que se analiza desde una perspectiva socio-sanitaria, rigurosa y enriquecedora, también se observa que no dan voz a los protagonistas de los importantes cambios que se produjeron (Desviat, 2010, 2011; Espino, 2002; Giménez Muñoz, 2012). Es por ello que traer la experiencia, significados y vivencias de quienes participaron en el proceso puede aportar información valiosa sobre los hechos ocurridos, el papel que tuvieron las enfermeras y comprender la situación actual contando con elementos para enfocar el presente y el futuro. Todo ello contemplado desde la consideración que han tenido los enfermos mentales como personas estereotipadas, con una atención que distaba mucho de lo que debe ser *el trato humano*, hasta que fue tomando cuerpo el respeto a su dignidad como persona y como parte de una familia o grupo.

En los estudios relacionados con la atención a la salud están adquiriendo cada vez más importancia los métodos cualitativos. Según Duro, el abordaje de fenómenos que tienen que ver con las percepciones requiere de un equilibrio entre el positivismo y la fenomenología (Duro Martínez, n.d.), en nuestro estudio concurren aspectos relacionados con lo sanitario que son objetivables y cuantificables, pero también adquieren significado aspectos relacionados con la realidad social y los valores y estos solamente pueden abordarse desde los significados que tienen para quienes los vivieron.

Pensamos que, a través de la entrevista en profundidad, podemos acercarnos a las vivencias y conocer las opiniones de enfermeras y enfermeros que, procedentes del sistema anterior, participaron en la Reforma Psiquiátrica y cuentan con experiencias en las décadas posteriores a esta. Se trata de explicar el fenómeno de nuestro estudio, desde la interpretación que hacen quienes participaron en ella, profesionales, todos ellos de gran prestigio con experiencias y explicaciones que adquieren gran interés dentro del marco de una investigación.

Conocer la realidad desde la perspectiva de estos profesionales enriquece el conocimiento de esta etapa de la atención a las personas con problemas psiquiátricos, y es una oportunidad para visibilizar cómo lo vivieron, cómo lo piensan y cómo ha repercutido en las personas con estas necesidades de atención y en sus familias, tratando de ir más allá del discurso exclusivamente sanitario, para profundizar en las cuestiones de los valores que hicieron posible la Reforma.

4.1. Preguntas de investigación

¿Por qué se produce la Reforma Psiquiátrica? ¿Cómo ha influido en la atención a las personas con problemas de salud mental?

4.1.1. Diseño de la investigación

Siguiendo los planteamientos de Duro (Duro Martínez, n.d.), con esta investigación se trata de documentar una etapa de la atención a la salud de las personas con problemas de salud mental, como fenómeno relacionado con la realidad social, en el que tuvieron lugar importantes cambios para las personas con problemas psiquiátricos, para sus familiares y allegados y para los profesionales que ejercen en este campo. Cambios que han marcado las décadas posteriores y la situación actual.

Es esta una etapa, como se ha visto en el apartado dedicado al estado de la cuestión y marco teórico de esta investigación, ha sido poco estudiada con métodos cualitativos, realidad que el investigador constata cuando consulta la literatura sobre el tema. Por otra parte, se viene observando la existencia de una demanda por parte de los profesionales más noveles sobre lo que significó la Reforma Psiquiátrica y los periodos inmediatamente anterior y posterior a esta.

La información la proporcionan profesionales que tuvieron un papel relevante en el proceso estudiado y las explicaciones resultantes de la investigación serán de gran utilidad para comprender y explicarse lo ocurrido y sus consecuencias a la población en general y, en especial a quienes se interesan por este tema, a los profesionales de la salud y más específicamente a quienes ejercen o se forman en este ámbito. Desde diferentes campos de las ciencias, y atribuido a diferentes autores, se pone de manifiesto la importancia de conocer y comprender el pasado para entender y comprender el presente y poder imaginar y prever el futuro.

A nivel metodológico, y volviendo a tomar como referencia a Duro (Duro Martínez, n.d.), resulta de gran interés el discurso de los profesionales que participaron en el proceso y, dada la riqueza que se preveía en los relatos, se opta por la entrevista en profundidad. Se valoró la importancia de utilizar otras técnicas cualitativas, como los grupos focales, pero se desecharon, dadas las características de los informantes, ya que se preveía, como así ocurrió, que la potencia y significado de sus opiniones y experiencias cobraba mayor nivel de identidad en sesiones individuales.

4.1.2. Tipo de investigación

Como se ha justificado, para este estudio se opta por la investigación cualitativa, con posición teórica de fenomenología hermenéutica y una metodología de análisis del discurso. Se ha optado por el paradigma cualitativo (interpretativo y fenomenológico), que se centra en el estudio de las acciones humanas y de la vida social, para conocer como enfermeros y enfermeras que vivieron la Reforma Psiquiátrica valoran estos hechos y han construido sus experiencias a partir de sus vivencias y en relación a sus interacciones con otros profesionales, con los enfermos y sus familias y las instituciones de la época. Se trata, en definitiva, de dar la palabra a quienes tienen experiencias y vivencias muy significativas, para que expongan sus puntos de vista, y que por otra parte son explicaciones que corren el riesgo de perderse (Amezcuá y Carricondo, 2000; de la Cuesta, n.d.-a).

4.1.3. Población de estudio

Son enfermeros, enfermeras y una auxiliar que ejercían como tales en los años previos a la Reforma Psiquiátrica, participando en ella y que siguieron ejerciendo en los años posteriores. Estos criterios delimitaban la elección de informantes, ya que es reducido en número de profesionales que estando en activo en la etapa estudiada sigan activos profesionalmente en la actualidad.

La selección de los participantes se lleva a cabo por conveniencia, a través de muestreo intencional o teórico (Martín-Crespo Blanco y Salamanca Castro, 2007). La elección se realizó en función de la relevancia y riqueza del discurso que se preveía que aportarían para los objetivos (Valles, 2009). Todos ellos han demostrado sobradamente su compromiso con el tema de estudio, con su participación en las asociaciones, foros, etc., relacionados con el tema, y/o con el desarrollo de su actividad profesional, desde la docencia, gestión e investigación, en la salud mental.

Para la elección de los informantes, autores como Valles recomiendan aplicar criterios de **heterogeneidad** o diversidad y **accesibilidad** (Valles, 2009). En esta investigación la heterogeneidad está en las particularidades de las vivencias y experiencias de cada informante, producto de la ideología y valores personales, el criterio de accesibilidad queda garantizado, porque la experiencia del investigador ha permitido elegir a los informantes que ha considerado más representativos de la realidad de estudio.

Inicialmente se contó con 9 profesionales, se tenía previsto ampliar o reducir el número de informantes a medida que los discursos saturan la información, como recomiendan teóricos de la investigación cualitativa (Taylor y Bogdan, 1986). Finalmente se consideró que eran suficientes dada la saturación de la información (tabla 1).

Tabla 1. Características socioprofesionales de los informantes

Informante Código	Sexo	Edad	Experiencia anterior a la reforma	Autopercepción del nivel de participación en el proceso	Ejercicio profesional actual
E 1	V	69	27 años	Muy activamente	Gestión académica
E 2	V	45	5 años	Activamente	Unidad de agudos
E 3	V	59	17 años	Muy activamente	Centro Salud Mental
E 4	V	58	16 años	Muy activamente	Gestión
E 5	V	64	22 años	Muy activamente	Profesor vinculado
E 6	H	64	22 años	Muy activamente	Profesora
E 7	H	58	16 años	Muy activamente	Larga estancia
E 8	V	60	18 años	Muy activamente	Centro Salud Mental
E 9	V	60	18 años	Muy activamente	Profesor

4.2. Técnica de recogida de información

Para la recogida de la información se optó por la entrevista semiestructurada abierta, en base a los objetivos de la investigación, se utilizó a modo de guión para abordar todos los aspectos que se consideraba necesario tratar, de manera que cuando no surgían en el discurso espontáneo de la entrevista se introducían como nuevo punto a tratar (Valles, 2009). Las entrevistas se adjuntan como anexos.

La elección del método se justifica en la riqueza de las experiencias y vivencias de los informantes. Para conocer lo sucedido es fundamental *lo que dicen*, en sus relatos, las personas que vivieron los acontecimientos estudiados (Ortí, 1990).

Con las cuestiones planteadas previamente, se trataba de contar con una guía para unificar los discursos de los informantes para conseguir el propósito planteado en el estudio, al tiempo que como apunta Valles (2009), el entrevistador mantiene una actitud abierta para facilitar que los relatos fluyan y se enriquezcan con la espontaneidad de las experiencias y significados que son válidos y significativos para el informante. En la secuencia de las entrevistas se fueron incorporando los aspectos que se consideraron de interés cuando no surgían en los discursos, siguiendo las recomendaciones de Blasco y Otero (2008a, 2008b).

Las entrevistas fueron grabadas en audio y video, transcritas posteriormente y analizadas junto a las imágenes. Las llevó a cabo el autor de la tesis aplicando en todo momento los principios de escucha activa. Dada la experiencia del investigador, cuidó especialmente el no exponer sus opiniones y concepciones, para dar significado al discurso de los informantes teniendo en cuenta las recomendaciones de Pérez Andrés (2002) y siguiendo con el informante las consideraciones siguientes:

- Llevó a cabo un primer encuentro con cada participante para obtener su compromiso, en el que se presentaron los objetivos de la investigación, se fundamentó la necesidad de que la entrevista transcurriera respondiendo a los objetivos que se pretendían, aunque asegurando que quedaba abierta para que cada cual pudiera expresar lo que considere de interés. Se fijó el lugar, día y tiempo de dedicación a la entrevista.

- Se pidió el consentimiento para realizar la entrevista y se le informó que esta podía ser anulada en cualquier momento del proceso. Se le garantizó el anonimato y la confidencialidad de su participación. Se solicitó su autorización para la grabación en audio y video, material que será custodiado en todo el proceso y con posterioridad por el investigador.
- Se comprometió a remitir los resultados de las interpretaciones de los relatos para contar con su aprobación para su publicación. Desde el punto de vista ético, los resultados se presentan de manera que hace imposible la relación entre éstos y la identificación de los participantes.

La unidad de análisis ha sido el discurso de los informantes. En este estudio, el análisis de datos se ha dividido en tres etapas:

- Lectura y análisis sincrónico de la información, transcrita de las cintas de audio.
- Visualización de los videos y observación de la concordancia entre comunicación verbal y gestual.
- Comparación constante de las relaciones de los contenidos seleccionados y descubrimiento de nueva información.
- Lectura y análisis cronológico de la totalidad de la información.

La identificación y codificación de categorías se llevó a cabo con una codificación axial y selectiva, con el fin de relacionar todos los conceptos con todas las posibilidades en un documento manual (Strauss y Corbin, 2002), hasta llegar a la síntesis que se ofrece, para lo que se siguieron las recomendaciones de Morse (Morse, n.d.).

4.2.1. Consideraciones éticas

Se pone un interés especial en las consideraciones éticas de la investigación, para lo que siguen las recomendaciones de Emmanuel (2003), aunque estas se orientan fundamentalmente a la investigación clínica, en relación con aspectos físicos en los que se interviene, pensamos que ese mismo tratamiento es exigible cuando, en un estudio, se entra en la intimidad de los valores y opiniones de las personas estudiadas.

Esta investigación es pertinente, desde un punto de vista ético, por su interés histórico y científico. La elección de la población de estudio y el análisis riguroso de la información le confieren validez científica. El estudio no entraña ningún riesgo, en el hipotético caso de repercutir sobre los informantes, el remoto riesgo queda neutralizado por la garantía de anonimato a los mismos.

El respeto al propio discurso se garantiza con el diseño de la entrevista abierta, y con la triple triangulación que se propone, al concluir la entrevista, contando con la participación, en el análisis del autor de la tesis, un investigador experto en el campo y una investigadora experta en métodos cualitativos y contando con la conformidad de los participantes en el informe final de la investigación. El respeto a los participantes está presente en todo el proceso y desde el primer contacto, su participación es absolutamente voluntaria, se les informa de los objetivos del estudio, y de que pueden

retirarse del proceso en el momento que lo deseen sin tener que explicar ninguna razón y sus opiniones, en ningún caso tanto si son reiterativas como si son contradictorias con otras expresadas, serán objeto de juicios por parte del investigador.

Las entrevistas se realizaron en diferentes lugares procurando la comodidad de los participantes: seis de ellas en los lugares en los que ejercen, dos en el Centro Asistencial San Juan de Dios de Ciempozuelos, aprovechando que los informantes se encontraban en el referido centro por asistir a una actividad científica y otra en el colegio profesional de la ciudad en la que vive. Dentro de la diversidad de lugares, en todos los casos, se procuró un ambiente cómodo, tranquilo, y neutral. La duración fue de alrededor de hora y media, la más larga de hora y cincuenta minutos y, la más corta de hora y cuarto. En la información previa se había concretado una duración de alrededor de hora y media.

4.3. Categorización para el análisis e interpretación de la información

Para el análisis de los discursos se han tenido presentes las recomendaciones de Kvale (1996), en cuanto a que la interpretación del discurso fuese sencilla, se aseguró que la interpretación no admitiera diferentes versiones y verificando los aspectos que pudieron parecer llamativos, en un principio para el entrevistador. Dadas las características de los informantes, el entrevistador tuvo un papel muy fácil en la realización de las entrevistas, prácticamente a partir de la primera pregunta fluyó, en la mayoría de ellas, un discurso muy rico en el que el entrevistado abordaba y daba respuesta a los objetivos planteados. Las entrevistas concluyeron con relatos reales vividos por los participantes que son, por su interés, utilizados en los resultados que se exponen.

Para concluir la entrevista se hizo un resumen en el que se consensuaba con el entrevistado los aspectos más significativos de la misma. Antes de cerrarla se invitaba a que el participante añadiera todo lo que considerara de interés.

4.3.1. Análisis de los discursos. Categorización

Como se apuntaba anteriormente la realización de las entrevistas resultó fácil para el entrevistador. Facilidades que dificultaron el análisis de los datos, por la fluidez, espontaneidad y riqueza que caracterizó a los relatos y que en todos los casos superaron la información que inicialmente se pretendía recoger. En este extremo se pone en evidencia una de las características de la investigación cualitativa, y es que el propio proceso va determinando los resultados, a veces ampliando y/o modificando los objetivos planteados, por lo que se recomienda que no se parta de una hipótesis de estudio, tratando de recoger una perspectiva multidisciplinar, que como argumenta Pérez (2002), es fundamental en los estudios cualitativos.

El primer análisis del material se realizó inmediatamente después de cada entrevista, realizando una memoria con las impresiones extraídas en el transcurso de la misma. Aunque para el análisis de los discursos se contaba con el video. Había aspectos que llamaban la atención, después simplemente se constataba si se transmitían en las imágenes grabadas, como realmente sucedió. El hecho de llevar a

cabo este proceso de reflexión, fue muy positivo, ya que desde el primer análisis de la primera entrevista fueron emergiendo contenidos de discursos significativos.

El proceso de análisis, se inicia con un análisis descriptivo, eligiendo los discursos que resultan relevantes según los objetivos de estudio, los que se repiten y aquellos que son expresados de manera más elocuente. Esta primera parte es clasificatoria y descriptiva.

Casi al mismo tiempo, emergen y se establecen las *categorías*, se dice que emergen porque efectivamente se produjo de esta manera, fue como si los relatos se agruparan dando significado a una idea, y a su vez relacionados con la idea de la categoría anterior (Amezcuca y Gálvez, 2002).

A partir de la primera lectura de cada una de las entrevistas y de lecturas sucesivas, se fue elaborando el mapa de las categorías, en todo el proceso se procuró una codificación abierta y axial y en comparación constante. También se consideraron los presupuestos descriptivos de la Escuela de Chicago para proporcionar una imagen fidedigna de lo que los informantes dicen, sienten y hacen, para lo que se contó con las imágenes de video (Amezcuca y Gálvez, 2002; de la Cuesta, n.d.-b) que quedó definido con la tercera entrevista, son categorías que tienen significado cada una de ellas, y a su vez de manera secuenciada, ya que cada una de ellas da significado a la siguiente y a su vez es consecuencia de la anterior, formando finalmente un proceso circular.

Las categorías definidas son (tabla 2):

1. El estigma de la enfermedad psiquiátrica
2. La reclusión como forma de esconder la vergüenza
3. Lo que trajo la democracia
4. De la reclusión a las puertas abiertas
5. Acabando con los prejuicios y estereotipos
6. El compromiso de los profesionales, una cuestión ideológica y de formación

Tabla 2. Categorías

Categorías de análisis. Concepto
1. El estigma de la enfermedad psiquiátrica
Se recogen los <i>verbatim</i> que hacen referencia y dan significado a la consideración que se tenía del enfermo psiquiátrico, en los años previos a la Reforma Psiquiátrica, a nivel general. Las referencias a la identidad del enfermo, que indican la consideración que se tiene de la persona en cada momento. El papel que se le atribuía a la familia y el punto de vista de los profesionales que ejercían en este ámbito.
2. La reclusión como forma de esconder la vergüenza
Se agrupan las manifestaciones y referencias sobre el tipo Instituciones en las que ingresaban los enfermos. El nombre que recibían (manicomio, establecimiento, etc.) y las características que tenían. También las referencias sobre el lugar en el que estaban ubicados, generalmente fuera de la ciudad y la interpretación que le daban. Para terminar, analizando, desde esta categoría, el tipo de personal que ejercía en estos centros, si estaba condicionado por la visión que se tenía de ellos y los tratamientos que recibían.
3. Lo que trajo la democracia
Se analizan las manifestaciones que hacen referencia a la existencia de una relación entre la ideología, o estilo de pensamiento, y el tipo de atención que se ofrece. Contenidos de la narrativa que hacen referencia al papel que jugó el régimen franquista en la atención a las personas con problemas psiquiátricos. Cómo influyeron los cambios políticos e hicieron posible la Reforma Psiquiátrica, y el papel que jugaron el compromiso social y los profesionales.
4. De la reclusión a las puertas abiertas
La Reforma Psiquiátrica fue posible porque se dieron unas circunstancias sociales y políticas que posibilitaron este y otros cambios. En esta época el interés por parecerse a los países de nuestro entorno y <i>recuperar el tiempo perdido</i> , durante el franquismo, hicieron posibles avances sociales muy significativos. En esta categoría se analizan los discursos que hacen referencia a la consideración que se tenía de la persona y de los tratamientos que se les administraba. Los cambios en el sistema. Las repercusiones en la familia. Se reflexiona, también, sobre los aspectos que refieren los informantes y que pudieran considerarse menos positivos.
5. Acabando con los prejuicios y estereotipos
Se analizan los <i>verbatim</i> que hacen referencia a la nueva consideración de la persona, a todos los niveles. La persona pasa de ser enfermo psiquiátrico a tener problemas de salud mental. La familia adquiere un protagonismo fundamental en el tratamiento y abordaje del enfermo. Se asocian, enfermos, familiares y profesionales y se comienzan a visibilizar este tipo de enfermos y a <i>normalizar</i> tener un familiar con este tipo de problemas, los grupos de autoayuda y las asociaciones ayudan a los familiares a abordar los problemas. Los enfermos se integran en la sociedad y la enfermedad se acerca a la sociedad.
6. El compromiso de los profesionales, una cuestión ideológica y de formación
Se refiere al tipo de profesionales que han ejercido, a lo largo del tiempo, la atención este tipo de enfermos, el proceso de evolución que han experimentado y el papel que han jugado, en el periodo de la Reforma y en el nuevo modelo de atención. Las cuestiones conseguidas y los temas pendientes.

4.4. Dificultades y limitaciones del estudio

En este apartado se abre el eterno debate en las investigaciones de corte cualitativos, sobre si la población estudiada es suficiente. Pensamos que es perfectamente suficiente, ya que nos permite profundizar en el fenómeno y poner de manifiesto, con relatos y narraciones en primera persona, que son habituales en la literatura y que se han ido transcribiendo de autores a autores. Según Pérez (2002), en ciencias de la salud, cada vez está más presente el estudio con perspectivas cualitativas, en este trabajo está doblemente justificado por tratarse además de un tema con un alto contenido de ciencias sociales.

Puede ser considerado tanto una limitación, como una fortaleza, el perfil de todos y cada uno de los informantes, pues dada su experiencia, amplio conocimiento y protagonismo en los hechos que se analizan, pueden poner una carga afectiva y argumental en sus discursos que sea producto de sus reflexiones más que de los acontecimientos, propiamente dichos. Pero como pone de manifiesto Ibáñez (1979), las personas somos sujetos y por lo tanto subjetivos. Lo realmente positivo ha sido haber podido contar con informantes de la talla que tienen nuestros informantes. Tanto a lo largo de las entrevistas, como a la hora de visionarlas, escucharlas, transcribirlas y leerlas, se evidencia la riqueza de las experiencias de los nueve informantes.

Entre las críticas que se hacen a los estudios con técnicas de investigación cualitativa está el que los resultados no son extrapolables, recomendando su utilización como una complementariedad a las técnicas cuantitativas. Sin embargo, pensamos que el estudio motivo de esta tesis y las características de los informantes y los datos aportados en esta investigación ofrecen una mirada sobre el fenómeno de estudio que no hubiese sido posible obtener de otro modo.

Otro aspecto que pudiera presentar alguna limitación es el alto grado de familiaridad del investigador con el fenómeno de estudio y con los informantes, que pudiera sesgar el análisis interpretativo, en el sentido de lo que Bourdieu describe como *ilusión de transparencia* (Amezcuea y Gálvez, 2002) y ofrecer unas conclusiones subjetivas. Para neutralizar este posible sesgo se recurrió a la triangulación de la información, y en análisis se contó con un experto en Salud Mental que no ha vivido las épocas previa y posterior a la Reforma Psiquiátrica y una experta en técnicas cualitativas que visualizó y escuchó la información. Para el análisis y los resultados se contó con estos tres investigadores, las valoraciones fueron muy similares por parte de los tres y cuando existió alguna diferencia de interpretación de los significados en los relatos, se llegó al consenso con mucha facilidad.

Análisis y Resultados

5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

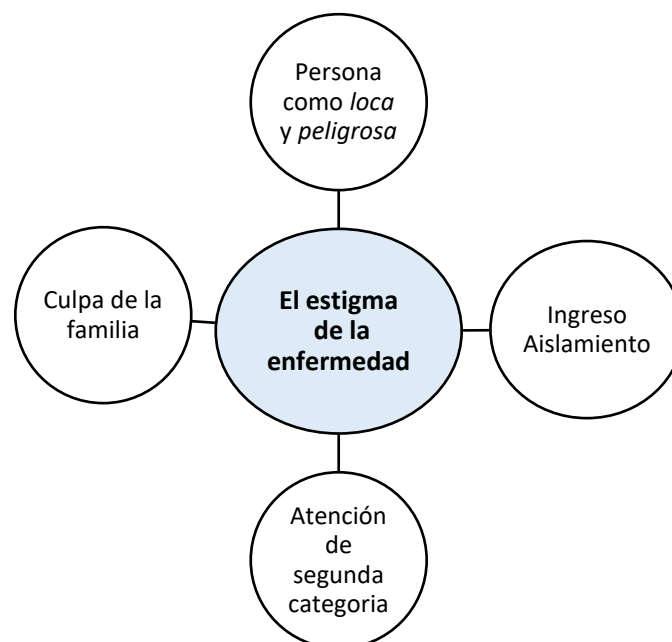
5.1 Categoría I: El estigma de la enfermedad psiquiátrica

En esta categoría se recogen los contenidos de los relatos que hacen referencia y dan significado a la consideración que se tenía del enfermo psiquiátrico, en los años previos a la Reforma Psiquiátrica, a nivel general. Las referencias a la identidad del enfermo, que indican la consideración que se tiene de la persona en cada momento. El papel que se le atribuía a la familia y el punto de vista de los profesionales que ejercían en este ámbito. Se analiza en primer lugar porque en los discursos adquiere un significado, cuantitativo y cualitativo, más representativo que el resto de categorías.

Como resultado de la codificación axial, se ha identificado relación entre la categoría central definida como *Estigma de la enfermedad psiquiátrica* y las subcategorías que se recogen en la figura 1.

Figura 1. Codificación abierta y axial.

Categoría I: El estigma de la enfermedad psiquiátrica



La realidad de la asistencia que han recibido las personas que sufren problemas de salud mental se ha visto modificada a lo largo de la historia. Uno de los más significativos avances del último siglo fue la Reforma Psiquiátrica, proceso que transformó la realidad asistencial en España, tanto o más que la propia aparición de la psicofarmacología. Al reflexionar sobre esta época de nuestra historia reciente cabe plantearse la cuestión sobre si la Reforma fue posible por la situación social, como se preguntan nuestros informantes.

E6: *"...no podemos olvidar que los años ochenta y cinco, y desde finales de los setenta, hay el final de una dictadura, y hay un cambio también en toda la sociedad..."*

Las personas que padecían enfermedades mentales, o cualquier otra forma de sufrimiento psíquico, antes de la Reforma Psiquiátrica se embarcaban en un proceso radicalmente distinto a la realidad asistencial surgida tras la Reforma. La consideración que de ellos se tenía en la sociedad española no varió sustancialmente en las épocas anteriores a la Reforma. Se concebía a estas personas como **"locos" y "peligrosos"**, resultando un colectivo que era marginado activamente por el resto de la sociedad y al que los ciudadanos en general no querían tener cerca de sus vidas. Bien por esconder lo que se considera feo.

E2: *"Se tiende a crear recintos de acero y cemento para alojar a este tipo de enfermos y apartarlos así de la sociedad porque representan un concepto feo para la misma..."*

O porque produce miedo.

E5: *"El enfermo era prácticamente considerado loco, era peligroso, y había que apartarlo; y la sociedad estaba muy contenta de tenerlo en Bétera, y más lejos porque no podía ser, si no, también..."*

E7: *"Los enfermos estaban todos mezclados [...] El centro manicomial estaba muy lejos de la ciudad y muy mal comunicado. La lejanía tenía su sentido porque a la gente le daba miedo los enfermos, les daban miedo, y en general la población no quería tener a los enfermos cerca."*

Incluso para la familia que les veían a través de rejas.

E2: *"...las puertas con las famosas rejas y la famosa trampilla que permitía ver al paciente, al loco, al enfermo..."*

Surgen a lo largo de la historia, diferentes instituciones que permiten alojar en su seno a estas personas, separándolas del resto de la sociedad y de su comunidad de origen. Instituciones que acababan por convertirse en sus residencias permanentes y que los mantenían de por vida encerrados y alejados de esa sociedad. Estas instituciones eran siempre edificadas en entornos alejados de los principales barrios o núcleos urbanos, de manera que se garantizase la tranquilidad de los habitantes de los mismos. En estos centros se acababa por **depositar** a personas con muy diferente situación social y de salud, pues el único motivo que se requería para su estancia allí era tener conductas consideradas socialmente indeseables. Se daba, en todos los sentidos, una **institucionalización** cerrada que afectaba a todas las áreas de la vida de estas personas, que les impedía una relación normalizada con sus semejantes y que acababa por hacerles perder las habilidades necesarias para llevar a cabo las actividades que el resto de la sociedad ponía en práctica cada día, como el autocuidado, el uso del transporte, la compra, el manejo del dinero, en definitiva, tomar cualquier decisión sobre su propia vida.

Una buena manera era hacerles invisibles, en las instituciones, y prácticamente inexistentes, de esta manera dejaban de ser un problema para la familia y la sociedad.

E3: *“La gran mayoría de ellos no tenían DNI, no tenía documento de identidad, por lo cual para el resto de la sociedad no existían...”*

E3: *“No tenían ningún colgante de identificación por lo cual no existían para la sociedad, ni para el estado, ni para la sociedad, ni para estadística, ni para computar, ni para bien ni para mal; no existían...”*

La asistencia a estas personas ha evolucionado de forma paralela al desarrollo que su propia sociedad ha vivido. Los propios conceptos que, desde el punto de vista de la enfermería, la medicina, la psiquiatría o la política, por ejemplo, se asumían como acertados en relación a los enfermos mentales, han cambiado de forma radical en las últimas décadas. Las nuevas concepciones sobre la persona y la salud, hicieron posible la Reforma Psiquiátrica y es a partir de ella cuando se van extendiendo en la sociedad. Aspectos relativos a la reclusión, a la vida en sociedad, a la irreversibilidad de los problemas sufridos por los enfermos mentales, etc., son cada vez más asumidos por todos los actores implicados y por la propia sociedad desde un punto de vista más crítico y más humano. Estos cambios dados en las convicciones y asunciones de aquellos sectores implicados, empujaban el desarrollo de la asistencia en el sentido que la evolución social imponía, creando parte de las condiciones necesarias para la Reforma.

E1: *“El cambio en la atención a personas con problemas de salud mental ha evolucionado mucho y de forma paralela a la evolución social...”*

La realidad de la institucionalización a la que eran sometidas estas personas daba lugar a una asistencia con un marcado carácter custodial. Existe, en diferentes modalidades, personal trabajador de estas instituciones cuya única labor encomendada tenía que ver con la guarda y custodia de las personas allí recluidas, como el *celador-vigilante*, el *auxiliar psiquiátrico* o el propio *ayudante técnico sanitario*, que a veces encontraba esa vigilancia también entre sus funciones. La vigilancia y custodia de estas personas se daba al mismo tiempo que un manejo que muchas veces incurría en prácticas perjudiciales para las mismas: condiciones de hacinamiento, trato abusivo, grupos de niños institucionalizados con adultos, por ejemplo, y muy especialmente una importante falta de recursos, que imposibilitaba un manejo coherente y constante, especialmente en lo referido a la medicación, que aparece en la segunda mitad del siglo XX, pero cuya utilización no se extiende de forma homogénea, ni tanto como hubiese sido deseable, por todas estas instituciones.

E7: *“No había antes muchos medicamentos, como ahora que están los enfermos relajados, antes había mucha mano dura, no había medicación. Yo, cuando entré, había tres clases de medicamentos nada más. Tenían unos botes y a todos les daban lo mismo...”*

La utilización de los fármacos estuvo fuera de control, hasta bien entrado el siglo XX.

E9: *“...un cajón, que sería la mitad de esta mesa, toda llena de envases clínicos. Y en el comedor con trescientos pacientes sentados, averigua qué medicación es para cada uno de ellos.”*

Aunque quizás no era una realidad tan diferente si se compara con la de otros enfermos. He escuchado a colegas narrar que vivieron prescripciones para niños consistentes en “*póngale un poquito de terramicina*”, que era diferente de “*un poco de terramicina...*”

E9: “*Y el que tenía el ropinirol abría la boca y le echaban un chorro sin contar gota de nada, ...hasta que poco a poco lo fuimos normalizando.*”

A todos los efectos, los enfermos mentales eran considerados **ciudadanos de segunda categoría**. Su condición de ciudadanía era diferente a la del resto de la población, impidiéndoles por tanto ejercer sus derechos civiles. Diferencia con el resto de la sociedad que se materializaba en la inexistencia de su documentación, carnés de identidad o partidas de nacimiento, o en la imposibilidad de acceso a las prestaciones sociales de los servicios públicos.

E4: “*...la consideración que tenía el enfermo mental era una consideración de segundo nivel...*”

E3: “*No; no existían. De modo que no tenían la posibilidad de recabar las pocas ayudas del estado que había para aquellas personas que tenían una enfermedad de larga duración, que eran unas pequeñas pensiones.*”

En lo que a las familias de los enfermos mentales respecta, su situación se ha visto transformada también con la evolución que la sociedad ha vivido en las últimas décadas, encontrando sin duda un punto de inflexión en la Reforma Psiquiátrica. En los años previos a la Reforma, con la institucionalización y reclusión del enfermo, se daba en la familia un proceso de adaptación que resultaba complicado y a veces traumático. Los roles existentes dentro de esa familia tenían que reestructurarse y sus dinámicas cambiaban. La familia se inhibía, no sabía cómo tratarles, y los profesionales, frecuentemente, reforzaban estos comportamientos.

E2: “*...muchas veces a las familias se les veía como objetos pasivos [...]. Tú tenías una entrevista con un paciente, tú dejabas a las familias en la puerta [...] como si te molestara...*”

A la hora de relacionarse con las instituciones donde sus familiares habían sido ingresados y con los profesionales que los atendían, durante mucho tiempo no encontraron una respuesta positiva. Muchos profesionales se negaban a atender a los familiares, les impedían las visitas a los enfermos y dejaban constancia de la molestia que les suponía tener a las familias cerca. En muchas ocasiones, incluso se argumentaba en contra del derecho de la familia a mantener la relación con el enfermo, desde el punto de vista de la necesaria formación de los profesionales. Todo esto reforzaba el alejamiento entre el enfermo y la familia.

E3: “*...las familias eran inexistentes o casi inexistentes, no iban al hospital psiquiátrico a ver a sus enfermos.*”

Quizás también por inseguridad, los profesionales optaban por mantenerles alejados, resguardándose en que ellos eran los expertos, no viendo la necesidad de contar con la familia. Aunque las razones para esa falta de comunicación, bien pudiera estar, en la falta de explicaciones sobre lo que les ocurría a estos enfermos.

E3: *“...nosotros que nos hemos hinchado a leer, nos hemos hinchado de estudiar y demás, nos va a venir alguien ahora a decir un poco cómo vamos a tratar a este tipo de personas, por mucho que sean sus padres o que sean sus madres.”*

Para los profesionales, en muchas ocasiones, **las familias eran culpables** de los problemas de conducta que sufrían los enfermos. Se consideraba que todos los síntomas habían podido ser originados por un maltrato, una incompetencia para la crianza o una dejadez en el cuidado durante la infancia de los enfermos. El estigma del enfermo con problemas mentales, se hacía extensible a la familia, a nivel de la sociedad en general y, lo que resulta más llamativo, por parte de los profesionales de la salud en particular.

E4: *“...y si el enfermo dentro del sistema sanitario era de segundo nivel, la familia estaba todavía por debajo del enfermo psiquiátrico...”*

E3: *“A las familias al principio las culpabilizábamos de alguna manera...”*

Se daba por supuesto la obligación incondicional de las familias para ocuparse de los enfermos, se les exigía que lo hiciesen correctamente, al tiempo que, se ponía en duda su capacidad para hacerlo.

E2: *“...al principio, no es que las culpabilizáramos, [...] lo poníamos siempre en solfa “señora, ¿cuántas pastillas le está dando usted?”, la pregunta siempre con la duda de que si lo están haciendo bien ellos...”*

Todo lo relacionado con estos enfermos, en la época que se estudia, y anteriormente, estaba cargada de contradicciones. Por una parte, la institucionalización era considerada como la mejor opción, de protección para el enfermo y de seguridad para la familia y la sociedad, pero la realidad frecuentemente ofrecía otro punto de vista.

El **ingreso del enfermo** mental en la institución donde recibiría su asistencia se consideraba en todo momento traumático. En muchas ocasiones se procedía al mismo con una actitud despectiva por parte del profesional, que sentía que se realizaba el ingreso para quitar “un peso de encima a la familia”. Cuando este ingreso se hacía con traslado en ambulancia desde el propio domicilio se vivían situaciones conflictivas, sobre todo con personas que se negaban al ingreso; la situación más habitual era el ingreso forzoso.

E7: *“Tú entrabas en esa casa como si fueras la policía. Se metían debajo de la cama, había que sacarlos de la cama, porque es que ni se habían tomado la medicación, ni nada de nada, y eso para mí fue horroroso. La familia llorando, yo llorando, la enferma agarrada a la cama llorando..., una cosa malísima.”*

Sin embargo, es quizá el rol de la familia en todo el proceso asistencial, uno de los que ha vivido una transformación más intensa. A medida que avanza la Reforma, las familias comienzan a organizarse y se da una fructífera colaboración con los servicios asistenciales, mayor aun con los nuevos servicios surgidos a partir de la Reforma. Las familias pasan de ser consideradas culpables del problema de su familiar enfermo a ser vistas como una variable más de la ecuación que había de resolverse con la recuperación del enfermo.

E6: *“... hay un contexto en el que empiezan a aparecer asociaciones, asociaciones de vecinos, empiezan a haber cambios en la educación, en la sanidad... y todo esto yo creo que va influyendo también en que, desde los profesionales, y con los familiares conjuntamente, empieza a producirse un cambio.”*

Posiblemente por la falta de explicaciones sobre las enfermedades psiquiátricas, por la falta de terapias eficaces y por la corriente de opiniones, la visión estereotipada y prejuiciosa que se tenía del enfermo mental, a nivel general, solía ser compartida por los propios profesionales que desempeñaban su labor en estas instituciones, independientemente de su titulación. De forma general, concebían al **enfermo como un sujeto peligroso** al que había que custodiar, como se destacaba anteriormente, y al que había que tener separado de la sociedad y vigilado debido a su potencial peligrosidad. Llegada la Reforma Psiquiátrica comienzan a verse cambios en la actitud y el trabajo de estos profesionales, muchas veces en función de su ideología política o compromiso profesional, pero también en función de la presencia e influencia institucional que tuviese cada una de estas profesiones. Como la sociedad, en general, los profesionales también les consideraban peligrosos y sentían miedo.

E2: *“...los profesionales de la salud mental, tradicionalmente veían al enfermo como un enemigo. Enemigo por considerarle peligroso ante el que no te puedes dar la espalda porque te puede agredir, es un concepto carcelario.”*

Otras veces no era el miedo lo que les alejaba, era el desprecio.

E3: *“...una visión de los espacios manicomiales, como de una isla de apestados, de marginados, de gente extraña, de gente sucia; ...visión que a veces también manifestaban los propios profesionales.”*

Incluso, podían llegar a ver *la locura*, aunque fuera de manera “metafórica” como “una enfermedad contagiosa.”

E4: *“...cuanto más lejos mejor no vaya a ser que nos contamine, no corramos peligro.”*

Existía, además, una diferente actitud por parte de aquellos profesionales que trabajaban en las instituciones de asistencia a enfermos mentales y la de aquellos que trabajaban en otros ámbitos del sistema sanitario y que eventualmente tenían que atender a un enfermo mental. En este último caso, el estigma al enfermo mental condicionaba la asistencia que recibía, aunque el proceso de salud o enfermedad de que se tratase fuese algo no psiquiátrico.

E4: *“...dentro de las propias profesiones sanitarias hay un cierto estigma también al trastorno mental, se ve como algo extraño, raro, complejo, ...digámoslo así...”*

5.2. Categoría II: La reclusión como forma de esconder la vergüenza

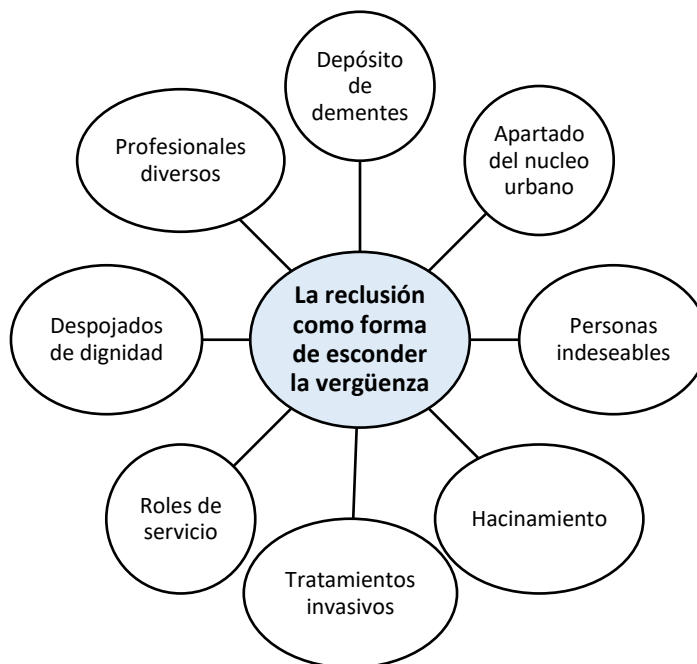
Todo lo relacionado con la enfermedad mental, quienes la padecen, sus familiares, profesionales que les atienden, lugares en los que reciben esta atención, etc., se caracteriza por permanecer en un área oscura, sin nombre, alejado, en definitiva, invisible porque de esta manera es como si no existiera.

En esta categoría se agrupan las manifestaciones y referencias al tipo de instituciones en las que ingresaban los enfermos. El nombre que recibían (manicomio, establecimiento, etc.) y las características que tenían. También las expresiones que aluden al lugar en el que estaban ubicados, generalmente fuera de la ciudad y la interpretación que le daban. Para terminar, analizando los tratamientos que recibían los enfermos, el tipo de personal que ejercía en estos centros y hasta qué punto estaba condicionado por la visión que se tenía de ellos.

Las subcategorías identificadas como resultado de la codificación axial, que guardan relación entre la categoría central definida como *La reclusión como forma de esconder la vergüenza*, se recogen en la figura 2.

Figura 2. Codificación abierta y axial.

Categoría II: La reclusión como forma de esconder la vergüenza



La asistencia a los enfermos mentales en las épocas previas a la Reforma Psiquiátrica se daba generalmente en grandes instituciones destinadas exclusivamente a tal fin. La denominación que estos establecimientos han recibido a lo largo de la historia ha ido evolucionando, recibiendo nombres como **manicomio**, **sanatorio**, **depósito de dementes**, **hospital psiquiátrico**, **centro asistencial**, etc. La mayoría de denominaciones de estos establecimientos se han dado en los últimos dos siglos de forma acorde a las diferentes concepciones que de la salud mental se tenía en cada momento, y puede esto

del mismo modo explicar que en épocas previas al siglo XIX no exista otra denominación conocida más allá del nombre “manicomio”. No obstante, a lo largo de todo el territorio nacional se puede encontrar también el uso de nombres asociados a las fincas en donde se construían estos recintos para referirse a los mismos, es el caso del “Quitapesares” en Toledo o el de “La casa de los inocentes” de Valencia¹³ (Vivancos *et al.*, 2006).

Una constante a la hora de construir estos recintos destinados a acoger a los enfermos mentales, y cuya realidad se irá transformando, es la elección de una ubicación sensiblemente **lejana al núcleo urbano**. Cierto es que el desarrollo urbanístico en ocasiones ha terminado por absorber estas edificaciones dentro de los núcleos urbanos, como es el caso de Madrid, Granada, Málaga, etc.

E7: “Esto tiene muy mala combinación para entrar. Antes no estaba el barrio que hay ahí detrás...”

De lo que no cabe duda es que, en un primer momento, a la hora de elegir los solares destinados a tal edificación, una de las variables constantes que determinaban la elección del lugar era la distancia al núcleo urbano, que debía ser suficiente como para que la vida del municipio no se viese alterada por las conductas de las personas asiladas en el centro. Aparecen otras características, como requisitos necesarios para la construcción de estos recintos, como son el fácil acceso al agua, relacionado con la vida diaria de las personas que allí residían, frecuentemente hablamos de varios cientos de personas, o como la idoneidad de contar con grandes espacios ajardinados, para que pudieran permanecer al aire libre los enfermos sin tener que salir del recinto.

Se repite entre los informantes una comparación un tanto llamativa, se aleja “de lo normal” a todo aquello que da miedo.

E4: “...yo pienso que en nuestra cultura hay tres tipos de recursos sociales en el ámbito de nuestro entorno que siempre, culturalmente, han estado alejados: eran las prisiones, por aquello de estar lejos o tener lejos a las personas que habían cometido un delito contra una persona o contra la sociedad; eran los cementerios, por aquello de que la muerte siempre, en nuestra cultura, ha estado un poco vivida de forma especial con respecto a otras culturas; y los hospitales psiquiátricos, por aquello de lo del miedo...”

Afortunadamente empiezan a no dar miedo.

E6: “...no olvidemos que la mayoría de las instituciones psiquiátricas y manicomios estaban muy alejados, ahora ya no...”

¹³ Estos dos nombres resultan especialmente llamativos. Cabe pensar que van más allá de lo que podía suponer la denominación de la finca en la que se instalaron. Son nombres que transmiten una mirada humanista sobre los enfermos que acogían.

El de Quitapesares, invita a reflexionar sobre ¿a quién se quitaba el pesar? ¿a los propios enfermos?, ¿a la familia? ¿a la sociedad?

El segundo que nombra a estos enfermos como inocentes, significa excusarles de la responsabilidad de su enfermedad, cosa que era muy habitual en aquella época.

Profundizar y responder a estas y otras preguntas puede ser un estudio apasionante.

La construcción de estructuras arquitectónicas destinadas a albergar a los **individuos socialmente indeseables** pasa a ser una alternativa atractiva para atender a enfermos mentales que pudiesen necesitarlo y, en cierto modo, como lugar de protección y seguridad para ellos. Tanto es así que, dentro de los propios manicomios, se establecen espacios separados en función de las personas que debían acoger. El caso más evidente es relativo a la separación por sexos, dándose lugar a espacios diferenciados: salas de mujeres y salas de hombres, tapias que separaban patios, etc., e incluso, sobre todo en el caso de instituciones religiosas, centros exclusivos para hombres o para mujeres, lo que no impedía que las mujeres acabasen embarazadas.

E1: "...una de las cosas que se hace primero es la separación o la clasificación del paciente. Teníamos psicogeriatría, adolescentes y enfermos de distintas patologías, pero muy aproximadas. De forma que teníamos dentro del mismo centro, cuatro centros diferenciados con direcciones, con dinámicas, con todo eso."

E4: "...el noventa y cinco por ciento de los hospitales psiquiátricos todavía estaban separados por sexos. Los centros eran, o bien para hombres o bien para mujeres, pero nunca eran mixtos."

Las características del trastorno que cada persona ingresada padecía, o la ausencia del mismo, o las conductas que esta persona presentase, determinaban también la separación por grupos de personas institucionalizadas en el mismo centro. Esto es así en gran medida, porque esos trastornos diferentes o los diversos problemas de comportamiento determinaban también las necesidades de atención y cuidados y condicionaban el manejo, siempre en respuesta a las alteraciones que manifestaban. Esto daba lugar a que, dentro de un mismo manicomio, o de cualquiera de los tipos de centros hacia los que este fue evolucionando, hubiese espacios y recintos diferenciados para los que residían en el centro, con problemas geriátricos, de retraso mental, con problemas psiquiátricos, etc.

E7: Lo que me impactó muchísimo fue que antes había hombres y mujeres, cuando estaban las religiosas, y cuando hubo la Reforma, pues no: cuarto de hombres, cuarto de mujeres. Y eso era un... Por la noche teníamos que estar pendientes porque se metían los hombres en los cuartos de las mujeres.

Las condiciones de vida en las que se encontraban las personas institucionalizadas en estos centros eran en muchas ocasiones contrarias a lo que se podría entender como deseable en un centro con una finalidad asistencial. Uno de los principales factores que condicionaba esta forma de vida era la densidad de población que residía dentro de los centros y que alcanzaba niveles de **hacinamiento**. Las condiciones deplorables de los centros son valoradas con detalle en los relatos.

E3: "Y la impresión fue nefasta: el olor, la sensación... Y eso que era el pabellón más limpio, el de mujeres. Al entrar al año siguiente, ya como alumno de prácticas, en el pabellón de hombres, aquello fue un desastre. Me fui corriendo y tuve que vomitar. Un olor a hacinamiento, a porquería, a comida por los rincones..."

Eran habituales los ingresos en el hospital sin que se diesen altas con la misma frecuencia, ya que habitualmente solo la muerte ponía fin al internamiento psiquiátrico, el concepto de enfermo crónico que les etiquetaba hacía que no se contemplara como posible la curación. El número de personas

residentes en estos centros ascendía fácilmente a varios cientos, llegando a varios miles en casos de grandes centros como los existentes en Madrid o Barcelona, y a medida que se daba el desarrollo demográfico en la sociedad, se ampliaba proporcionalmente la población allí institucionalizada sin que esto se correspondiese con la adaptación o ampliación de espacios.

E3: “En el hospital civil, había cerca de seiscientos camas de psiquiatría, con otras especialidades y en el manicomio, que se le cambió el nombre a hospital psiquiátrico, había también quinientas camas de psiquiatría.”

La arquitectura de pabellones estaba pensada para que en una misma sala se hospitalizara a cien personas o más, sin habitaciones ni dependencias individualizadas, y que el número de personas en cada sala aumentase a medida que el número de ingresos lo requiriese. El hacinamiento en que vivían los condicionaba todos los aspectos de su vida, la higiene de las personas asiladas o la del establecimiento eran muy deficitarias, las enfermedades transmisibles tenían presencia constante, la falta de espacio condicionaba las relaciones entre los residentes, surgiendo entre ellos frecuentemente situaciones conflictivas. Una de las consecuencias de las condiciones que presentaban estas instalaciones era la falta de intimidad. Frecuentemente los enfermos permanecían desnudos ante otros enfermos, recibiendo **tratamientos** en cierto modo **invasivos**, delante de sus compañeros de sala, compartiendo ducha o letrinas.

E9: “...en la sala 2, donde se juntaban todas las camas... treinta y tantas camas, quince por un lado y quince por el otro... y empezaba a ponerlos sucesivamente de uno a otro, con el consiguiente humo. Cuando llegaba al quinto el siguiente ya se había orinado en la cama del miedo y del terror de ver a los otros cuatro como había sido.”

A pesar del hacinamiento algunas instituciones intentaban poner medios para la mejora de la vida de los enfermos. En el afán de conseguir una particular normalidad llevaba a situaciones en las que frecuentemente varias de las personas allí institucionalizadas asumían **roles de servicio**, una suerte de empleo, en beneficio de los residentes o del centro. Se distribuían roles que iban desde limpieza o recados, a trabajos más cualificados como cartero, cerrajero o cantinero, funciones que daban significado a la vida diaria de estas personas otorgándoles un rol significativo dentro de lo que era su comunidad. Estas figuras, acabaron por formar parte del paisanaje de estos centros, y dio lugar a la apertura de espacios o establecimientos destinados a cantinas, talleres, etc. Además, en el interior de muchos establecimientos, existían viviendas destinadas a algunos profesionales como el maestro, el tapicero, el jefe de taller, e incluso, en el caso del Instituto San José, en el antiguo municipio de Carabanchel Alto, en Madrid, existió un cuartel de la Guardia Civil hasta el año 1981. Eran prácticamente ciudades.

E6: “Me abrieron la puerta, me dijeron que esperara a que me entrevistaran, y cuando cerraron la puerta me dije “pero si estoy en la calle”. Vi una fábrica, un bar, vi coches... y unos señores muy raros, en aquel momento, en un bar que me pedían tabaco y dinero...”

Estas condiciones de vida se daban acordes al **tratamiento** que los enfermos recibían, se daban prácticas que fueron cada vez más cuestionadas y que hoy en día han caído en desuso. Ejemplos de estas prácticas son las inyecciones de insulina, destinadas a causar cuadros comatosos, o los baños de agua fría, que perseguían conseguir hipotermia en el enfermo, en ambos casos con intención de frenar

agitaciones psicomotrices o brotes psicóticos. Con el mismo objetivo, eran habituales las inyecciones de aguarrás, de trementina, destinadas a crear una infección en el tejido que causase cuadros febriles para frenar la sintomatología psicótica y las alteraciones conductuales de los enfermos mentales, ocasionando además abscesos que dejaban grandes cicatrices testimonio de estas prácticas. Era también frecuente, de uso prácticamente diario, el electroshock, dados en serie, sin anestesia y con múltiples efectos secundarios; al igual que la contención física con correas y el aislamiento.

E7: “Como no había medicación, el enfermo que se ponía muy agresivo, o la enferma: una bañera de agua fría y una bañera de agua caliente.”

E8: “Respecto a las inyecciones de aguarrás yo tengo que decir que no se llegó a utilizar, al menos en la época en que entré yo. Bueno, pero las consecuencias sí. Pepe tenía al menos en un glúteo tres y en el otro tenía tres o cuatro. Al menos le habían puesto tres o cuatro.”

E9: “Eso de que un paciente le dijera a un celador “hijo de puta” le costaba tres electroshocks, mínimo. Eso sí lo he vivido, con Manolito “el rojo”, que se le puso indiscriminadamente a un paciente, yo creo que era casi a diario dos.”

E7: “...antes cuando se ponían bravos, por decirlo así: una sábana por encima y a cogerlos, a reducirlos, no había otra cosa; mucha leña, así de claro. Mucha pena, mucho dolor...”

También el aislamiento era considerado como una terapia.

E3: “Allí estuvo ese paciente solo, sin salir de ese espacio, que no sería más grande de sesenta, ochenta o cien metros cuadrados, durante más de quince años.”

Los cuidados que recibían estaban en la misma línea; los enfermos estaban **despojados de su dignidad** como persona manifestándoles una total falta de respeto.

E2: “Yo llegué a bañar pacientes con mangueras, con botas, con delantales de plástico todos en fila...”

E9: “...los enfermos pasaban al baño como corderos y el personal intervenía relativamente poco: teníamos enfermos de confianza que eran los que quitaban la mierda, los demás estábamos con las mangueras desde arriba echándoles agua. Y después cuando terminaban el baño pues los famosos polvos Zeta Zeta, que los embadurnábamos.”

E7: “...la comida había que metérsela por debajo de la puerta. Que eso para mí fue... ¡Y los lavaban desde lejos! Pero si son personas, ¡cómo los lavas con una goma, y con una escoba!”

Es a mediados del siglo XX, a partir de la década de los años 50, cuando se produce un cambio destacable en estas prácticas con el desarrollo de los primeros psicofármacos. La llegada de estos a los centros se produce de forma muy desigual a lo largo de todo el territorio del estado, siendo frecuente en muchos de estos centros que no hubiese fármaco alguno o que se tuvieran solo unas cuantas dosis que se administraban con un criterio muy variable.

E7: *“...antes no había muchos medicamentos, solo había tres botes de medicación y a todos los enfermos se les daba lo mismo...”*

No obstante, a medida que las prácticas anteriormente mencionadas iban cayendo en desuso, se implantaban medidas que perseguían mejorar el trato y, en cierto modo, empezar a vincular a estas personas con su entorno más próximo. Medidas que modificaban el manejo que se hacía de las mismas y que tenían como objetivo conseguir una conducta más aceptable por parte de la sociedad, como garantizar una indumentaria adecuada, procurar un correcto uso de los utensilios a la hora de comer. Se empieza a considerar la importancia de la relación entre el enfermo y la sociedad, organizándose excursiones y paseos por la ciudad.

Son cambios aparentemente de poca importancia, relacionados con las normas sociales de urbanidad, pero que sin embargo indicaban una tendencia incipiente que acabaría por transformar la asistencia en estos centros. Actividades tan sencillas como procurar un calzado adecuado a las personas institucionalizadas implicaba concebir ese calzado como una necesidad, aspecto básico que hasta ese momento no se contemplaba, siendo frecuente que los enfermos mentales viviesen sin ropa o calzado, sin disponer de las medidas necesarias para que estas personas vivan con la misma dignidad que aquellas que viven fuera del psiquiátrico.

E1: *“Significa una dedicación de veinticuatro horas para que el enfermo de aquella época tuviera los zapatos puestos, que no estuviera orinado más de diez minutos, para que pudiera tener un pantalón y un calzoncillo limpios, que no cogiera la comida con las manos y se acostumbrara a partir y a pinchar, que partiera el pan a pellizcos y no a bocados...”*

E3: *“También en aquella época empezamos a dotar a las personas ingresadas en el manicomio de su propia ropa.”*

Esta atención era función de los **diferentes profesionales** que desempeñaban su labor en los hospitales psiquiátricos. Las diferentes figuras profesionales y sus funciones fueron variando a lo largo de la historia, siempre con el marcado carácter custodial que tenían los centros. En los años previos a la Reforma Psiquiátrica, era común encontrar distintas figuras profesionales: convivían practicantes con ATS, jefes de turno o celadores-vigilantes, psiquiatras que pasaban unas pocas horas y médicos de otras especialidades cuya presencia era anecdótica, pues en la práctica totalidad de los casos en que se les requerían no acudían para atender a los enfermos mentales.

La llegada de los ATS trajo consigo un **cambio en la atención** a estas personas, en parte por su mayor presencia en los centros, ya que los practicantes realizaban tareas concretas como curas, inyectables o electroshocks; no obstante, y precisamente por la ausencia de profesionales sanitarios de forma permanente en las instalaciones de estos centros, la principal autoridad recaía en los celadores-vigilantes o en los jefes de turno, que hacían y deshacían en función de su propio capricho, dándose situaciones similares al cobro de igualas o la venta de tabaco que los servicios de la Diputación entregaban para repartir a los ingresados.

E9: *“...los practicantes de pabellón eran practicantes que pertenecían a la Diputación, pertenecían a la beneficencia, y solamente aparecía un par de horas por el manicomio, por el recinto...”*

E8: *"...los practicantes pertenecían a un sistema muy tradicional que lo que hacían era aplicar cuatro tratamientos, hacer alguna cura, dentro de una institución que estaba más pensada para la custodia, para tener a la gente encerrada y cumplir el horario."*

La atención a los enfermos iba mejorando, aunque persistían prácticas carentes de toda ética que afortunadamente fueron desapareciendo con la venida de la Reforma psiquiátrica.

E8: *"...las familias que les llevaban dinero para que los auxiliares tuvieran más consideración con los pacientes [...] observé que había un coche al lado aparcado, en el cual se metieron los yogures que venían de postre para los enfermos; ni entraron al comedor..."*

Estas situaciones fueron objeto de transformación con la llegada de la Reforma Psiquiátrica y de los nuevos profesionales que la impulsaron. Muchos de estos profesionales vivían de una forma traumática el trabajo que tenían que desempeñar, entendiendo que el manejo que se hacía de estas personas y las circunstancias en las que vivían debían ser mejoradas, convicción que nacía de su propia vivencia al encontrarse en este entorno.

E9: *"...se veía con una cierta normalidad, entre comillas, y cuando haces una memoria retroactiva de ello [piensas] "como podía yo participar de aquella..."*

E7: *"Yo que era joven eso lo veía como una cosa muy desagradecida. ¡Ay!, no puedo, de verdad, era una lástima. ¿No es una persona más?"*

E7: *"Yo misma hay cosas que me acuerdo de la experiencia y digo "no, mira, esto es así" [...] pero digo "mira esto es así, vamos a tratar de hacerlo mejor o hablarle de otra forma o de atraértelo a ti"..."*

5.3. Categoría III: Lo que trajo la democracia

El camino emprendido hacia un mejor trato y cuidado a los enfermos mentales no fue un proceso que naciera en la época de la Transición, aunque si es cierto que los movimientos sociales que tuvieron lugar propician la Reforma Psiquiátrica en nuestro país.

En esta categoría se analizan las manifestaciones que hacen referencia a la existencia de una relación entre la ideología, o estilo de pensamiento, y el tipo de atención que se ofrece. Contenidos de la narrativa que hacen referencia al papel que jugó el régimen franquista en la atención a las personas con problemas psiquiátricos. Cómo influyeron los cambios políticos e hicieron posible la Reforma Psiquiátrica y el papel que tuvieron el compromiso social y los profesionales.

En el análisis de la codificación axial, se ha identificado relación entre la categoría central definida como *Lo que trajo la democracia* y las subcategorías que se recogen en la figura 3.

Figura 3. Codificación abierta y axial.

Categoría III: Lo que trajo la democracia



En las primeras décadas del siglo XX, coincidiendo con la II República en España, y paralelamente en otros países, se ponen en marcha iniciativas que tienen esta orientación, como la propia Federación de Higiene Mental de la Organización Mundial de la Salud. Pero el golpe de estado dado por los militares en 1936, que desencadenó la Guerra Civil Española supuso la detención de todas estas iniciativas, como también lo supuso en todos los ámbitos de la sociedad española de la época. El final de la Guerra Civil en 1939 y la Dictadura implantada tras ella no dieron lugar a retomar esas iniciativas perdidas, y supusieron cuarenta años de retroceso en los que se volvió a planteamientos propios de décadas anteriores en la sociedad general, y en la asistencia a los enfermos mentales en particular, estos hechos ponen de manifiesto la cómo la **ideología** influye en el tipo de **atención psiquiátrica** que se ofrece, al igual que influye en la consideración de cualquier fenómeno y, de una manera especial, en todo lo relacionado con las situaciones de las personas más vulnerables.

E2: “Es en la época de La República, donde el concepto cambia considerablemente y se empieza a hablar de hospital.”

E2: “Llegada la época franquista se da un retroceso importante progresando la idea del “endemoniado”, queriendo definir a una persona con una tara física irrecuperable.”

Durante la Dictadura se perpetúa el modelo de atención basado en los grandes hospitales psiquiátricos, como el Hospital de Bétera en Valencia, el Hospital de Conxo en A Coruña o el Psiquiátrico San José, en Ciempozuelos, en Madrid. Esta vuelta al modelo asistencial centrado en el

hospital psiquiátrico apuntaló el papel de custodia que estos centros tenían en la sociedad, así como su forma de trabajar, cercenando las iniciativas anteriores a la Guerra Civil que perseguían un cambio en la atención a los enfermos mentales.

Un fenómeno vivido en estos centros, añadido a esa labor de custodia de los enfermos mentales durante los años de la Dictadura, fue el aumento de la población institucionalizada, muy influido e incrementado por el ingreso en estos centros de personas condenadas por orden de los Juzgados de Peligrosidad Social del Franquismo en base a leyes nacionales como la Ley de vagos y maleantes de 1954 o la Ley sobre peligrosidad y rehabilitación social de 1970.

E4: "...estaban en funcionamiento lo que se denominaban en aquel momento los "juzgados de peligrosidad social", y anterior a aquellos juzgados de peligrosidad social había estado en vigor al final de la guerra civil aquella ley de vagos y maleantes."

Sin embargo, las inevitables influencias de las **tendencias reformadoras** que fuera de España habían seguido evolucionando y que en la década de 1960 empiezan a ser especialmente significativas en Francia e Italia, unidas a muchos movimientos sociales que reclamaban apertura y democracia desde otros ámbitos de la sociedad, como la universidad, los sindicatos o los cristianos de base, propiciaron el auge de movimientos paralelos a estos dentro de los propios hospitales psiquiátricos. Los nuevos profesionales que se iban incorporando a estos servicios, al igual que las personas que eran institucionalizadas y sus familias, no toleraban de igual manera el trato que se recibía en los hospitales psiquiátricos, y esta disonancia, que fue aumentando rápidamente con los años, llevó a reclamaciones y **movilizaciones por un cambio en las formas y en los métodos**, también en las instituciones, que se consolidaría con la llegada de la democracia.

E6: "...desde finales de los setenta hay el final de una dictadura, y hay un cambio también en toda la sociedad. Es decir, hay un contexto en el que empiezan a aparecer asociaciones, asociaciones de vecinos, empiezan a haber cambios en la educación, en la sanidad... y todo esto yo creo que va influyendo también en que, desde los profesionales, y con los familiares conjuntamente, empieza a producirse un cambio."

A los movimientos sociales, no escapan los enfermos, familiares, profesionales y, en general las personas relacionadas con este problema y otras sensibles ante las situaciones relacionadas con el mismo.

E6: "...hubo un gran movimiento de profesionales dentro de la psiquiatría; yo creo que un movimiento muy conjunto no solo de psiquiatras, sino de trabajadores de la salud mental, enfermeros, cuidadores y también de los propios familiares, que pusieron en cuestionamiento las condiciones que hasta aquel momento había habido de hacinamiento, de falta de derechos..."

La asamblea se convirtió en un espacio de debate, reflexión y elaboración de propuestas. Era el medio de satisfacer las ansiadas necesidades de participar en la vida y las decisiones sociales.

E3: "Se empezaron a hacer una serie de reivindicaciones asamblearias... en el hospital psiquiátrico, sí que se conseguía, eso de la asamblea..."

Esas ansias de participación en la toma de decisiones llevaron a que los enfermos quisieran hacerse visibles, de normalizarse como personas.

E3: “los pacientes votaron salir en manifestación por las vías públicas de Málaga desde el hospital psiquiátrico hasta la puerta de la Diputación, esta fue la primera manifestación que se conoce, quizás en el mundo..., de salir a la calle enfermos mentales en una situación como era la de aquella época, a manifestarse reivindicando mejoras para sus derechos como ciudadanos y mejoras de su vida diaria. La policía político-social del momento investigó profundamente en el Hospital Psiquiátrico, para detectar los posibles promotores de aquellos hechos.”

Con repercusiones para los profesionales, *no podía considerarse a los enfermos capaces para tomar sus propias decisiones*. Eso sí, por fortuna era un tiempo en el que la represión consolidaba **la solidaridad**, con los profesionales y **la empatía** con los enfermos y su familia.

E3: “...diez profesionales se decretaron en huelga de hambre y, eso sí que cambió la situación. En este momento es cuando la ciudadanía malagueña se fue enterando, se solidarizó mucho, porque hubo en ese momento buenos sistemas de comunicación con la gente, a modo de pintadas en los muros.”

El cambio de régimen tras la muerte del dictador en 1975 y la llegada de la Democracia consolidada en la Constitución de 1978 conllevó **rápidos avances** en toda la sociedad, también en la atención a los enfermos mentales. La situación a finales en las décadas de 1960 y 1970 sufre una rápida transformación intentando ponerse al día con iniciativas en otros países como las experiencias de Franco Basaglia en Trieste, y aprovecha para ello el vacío institucional que se genera con la llegada de la democracia.

E4: “...había una gran presión desde fuera de nuestro país de profesionales que habían vivido y estaban viviendo experiencias como era la de la sectorización en Francia, era el momento por ejemplo del boom de las experiencias de Franco Basaglia en Italia y, concretamente, con su experiencia de Trieste...”

E3: “...lo que hicimos fue aprovechar el espacio de vacío institucional que vino a partir del año 1975, con la muerte del dictador [...] Era insostenible el seguir manteniendo las instituciones totales, cerradas: los manicomios.”

Se comienza a cuestionar la existencia de los hospitales psiquiátricos. La gestión en el caso de los centros públicos, hasta ahora en manos de Diputaciones Provinciales, iba a pasar al naciente sistema nacional de salud, y esto generaba cierta incertidumbre institucional al amparo de la cual se empezaron a establecer iniciativas que, sin mucha coordinación a nivel estatal, seguían todas un enfoque congruente con estos planteamientos de cambio, de mejorar el trato dado a las personas institucionalizadas, permitiendo mayor participación por parte de estas y sus familias.

E2: “...había ganas de hacer propuestas de cambio para la mejora de la vida de las personas en general y en este caso de la asistencia a los enfermos mentales en particular.”

La salud de estas personas empezó a ser objeto de atención más allá de la custodia, se consideró algo básico y comenzaron a hacerse historias clínicas y revisiones de salud, proceso que también dio origen a que muchos de los allí ingresados fueran **devueltos a la comunidad** al comprobarse que no existía ninguna razón de naturaleza sanitaria para que permaneciesen en una institución con una cada vez más firme vocación asistencial.

E4: *“...se lleva a cabo una revisión profunda de las historias de los pacientes y se ve que muchos de ellos no tenían justificación [para] que estuvieran allí.”*

E3: *“...empezamos a hacer lo que se conoce como las revisiones de salud a todos nuestros pacientes, porque había pacientes a los que no se les había hecho una analítica ni una radiografía en veinte años. Y allí empezamos a encontrarles cosas muy curiosas... Por ejemplo, existían múltiples fracturas antiguas que no estaban reseñadas en ninguna historia clínica, algunas producidas por las terapias electroconvulsionantes, dadas de aquella manera en aquellos momentos, otras por las propias agresiones que se producían dentro de la institución cerrada.”*

Los cambios políticos que se daban en España en estos años impregnaban todas las facetas de la vida de los ciudadanos. La fuerte movilización social y política, el creciente compromiso y activismo político, se transformaba más que en una confrontación de ideas, en una forma de enfrentarse a todos los aspectos de la vida de cada uno, también en el trabajo, y también en los hospitales. Muchos de los **profesionales implicados** en primera persona en estos cambios se involucraban movidos por una convicción política y un compromiso con los derechos fundamentales que durante los cuarenta años de dictadura habían sido denostados. Esto llevó a que algunos profesionales se enfrentasen a su trabajo en las instituciones psiquiátricas con una actitud militante de estos movimientos en pro de la Reforma Psiquiátrica como forma de dignificar la atención a las personas que eran institucionalizadas en el hospital psiquiátrico.

E2: *“Se puede decir que había un pequeño grupo de enfermeros y algún auxiliar, que, siendo muy jóvenes, se acercaron al problema de la marginación, por un sentimiento de tipo ideológico, propio de los años de 1970 en España. Entre estos enfermeros jóvenes, se oía decir: “son personas excluidas socialmente; vamos a entrar a trabajar ahí porque es donde más nos pueden necesitar...”*

5.4. Categoría IV: De reclusión a puertas abiertas

Los años previos a la Reforma Psiquiátrica se caracterizan en España por un constante bullir de movimientos sociales que buscan cambios en todos los aspectos de su vida tras cuarenta años de Dictadura. La sociedad española de la época es una sociedad movilizada, comprometida con la construcción de lo que entienden colectivamente como una nueva sociedad que habría de ser mejor que la que se dejaba atrás. Acercarse a Europa era un objetivo fundamental y, también, acabar con las desigualdades, consolidar las libertades y, sobre todo, traer la democracia. La transformación que desde los últimos años viene viviendo la asistencia a los enfermos mentales no es ajena a todos estos movimientos en este momento.

La Reforma Psiquiátrica fue posible porque se dieron unas circunstancias sociales y políticas que posibilitaron este y otros cambios. En esta época el interés por parecerse a los países de nuestro entorno y *recuperar el tiempo perdido*, durante el franquismo, hicieron posibles avances sociales muy significativos. En esta categoría *se analizan los discursos que hacen referencia a la consideración que se tenía de la persona y de los tratamientos que se les administraba. Los cambios en el sistema. Las repercusiones en la familia. Se reflexiona, también, sobre los aspectos que refieren los informantes y que pudieran considerarse menos positivos.*

Las subcategorías identificadas como resultado de la codificación axial, que guardan relación entre la categoría central definida como *De reclusión a puertas abiertas*, se recogen en la figura 4.

Figura 4. Codificación abierta y axial.

Categoría De reclusión a puertas abiertas



Entre todos los actores implicados, tanto los profesionales como las personas que atendían y sus familias, empiezan a consolidarse propuestas de cambio para una parte importante de su realidad diaria. La primera consecuencia de este cambio se consolida en forma de **asociaciones u organizaciones** que sirven de instrumento catalizador: empiezan a celebrarse asambleas de trabajadores, se dan concentraciones, huelgas, manifestaciones en la calle, etc.

E2: "...había ganas de hacer propuestas de cambio para la mejora de la vida de las personas en general y en este caso de la asistencia a los enfermos mentales en particular."

Se buscaba el apoyo de una sociedad que hasta ese momento había vivido ajena a lo que pasaba dentro de psiquiátrico, intentado que esa nueva sociedad movilizada no permaneciese impasible ante lo que se consideraban sufrimientos evitables fruto de una atención psiquiátrica custodial y pobre. Cierto es, que las propias ganas de cambio que se observan en estos años, y que fueron el catalizador necesario para la evolución de los servicios de atención a estos enfermos que se dieron en las décadas siguientes,

muchas veces se motivaban en la negación absoluta del hospital psiquiátrico como institución, negando a menudo incluso los aspectos positivos o los humildes avances dados hasta ese momento, y generalizando sin apreciar las particularidades que cada centro presentaba, y que a veces podían considerarse positivas desde los planteamientos de la Reforma Psiquiátrica.

E4: “que suponen inicialmente la ruptura de un modelo tradicional donde la única oferta era el régimen de tratamiento en forma de hospitalización y de reclusión, entre comillas (en el sentido de que los centros psiquiátricos eran una reclusión, en definitiva, salvando algunas honrosas excepciones).”

En este contexto se empiezan a poner en marcha **nuevas experiencias**, sobre todo desde el ámbito profesional, que perseguían en la atención a enfermos mentales en particular lo que en general pedía toda la sociedad: equiparación con Europa, a través del conocimiento de experiencias como la de Basaglia en Trieste.

E3: “...se empezaron a invitar a expertos que disertaran sobre la psiquiatría comunitaria, sectorización para la atención a la salud mental; iniciándose también salidas de profesionales, principalmente enfermeros, en pequeños grupos a formarse y recibir información sobre nuevas experiencias en la atención a enfermos mentales...”

Hay un creciente interés, entre los profesionales, tendentes a propiciar la modernización del sistema, a través de creación de nuevos dispositivos o nuevas formas de trabajo, etc.

E4: “...se empezó a hablar de cómo era un hospital de día, o como era un centro comunitario, [...] se pusieron en marcha algunas experiencias creando pisos protegidos...”

Todos estos movimientos fueron consolidándose y generando oportunidades de cambio que permitieron establecer otra forma de atender a los enfermos mentales. El cambio en la concepción del enfermo mental, por parte de los profesionales y de la sociedad, comenzaron a dejar de verlo como alguien pasivo en lo que a su vida afectaba y empezaron a escuchar sus opiniones y a preguntarles que pensaban de aquello que les pasaba. La profesionalización de aquellas labores que se daban dentro del psiquiátrico disminuyó en su variabilidad, las figuras profesionales que allí desempeñaban su trabajo empezaron a uniformarse poniendo en marcha intervenciones más coherentes y más consecuentes, a la vez que el sistema cambiaba creando nuevos espacios y diferentes instituciones.

Las Diputaciones Provinciales principales instituciones de gobierno encargadas de los centros públicos en tanto que responsables del sistema de beneficencia, empiezan a poner en marcha iniciativas de transformación en el sentido en que todos estos movimientos les indicaban: revisión de historias, cuestionamiento de los motivos de ingreso de muchas personas, disminución del número de pacientes, etc.; a la par, el propio funcionamiento de algunos de estos centros se fue transformando creando áreas de especialización en su seno, fueron dando importancia a aspectos administrativos que hasta entonces, en tanto que depósito de enfermos, no habían importado.

E3: “...las reivindicaciones se plantearon a la Diputación Provincial, gestora del hospital psiquiátrico: adecentar los pabellones, arreglar las goteras, mejorar la alimentación, realizar una clasificación de los enfermos. [...] Habíamos conseguido de la Diputación un decreto ordenando cerrar el manicomio, no de hoy para mañana, pero si diciendo

institucionalmente que eso no nos sirve por lo que tenemos que buscar otras alternativas..."

Afortunadamente la **consideración de la persona** y de su dignidad comienza a tomar cuerpo.

E3: "...vamos a empezar a darles identidad a estas personas. [...] Se dotó a todos los pacientes de DNI, eso hizo que todos ya tuvieran la posibilidad de solicitar sus pagas."

Los muros del hospital psiquiátrico seguían teniendo un significado muy negativo para todas las personas que, siendo trabajadores o ingresados vivían cada día dentro de ellos. Empezó a cuestionarse la necesidad de que los enfermos mentales permaneciesen dentro de esos muros, negando como premisa su peligrosidad social. Sin poder destruirlos físicamente en un primer momento, empezaron a extenderse iniciativas de puertas abiertas que, a través de permisos, excursiones, etc., buscaban acercar al enfermo mental a la realidad de la sociedad y acercar la sociedad a la realidad del enfermo mental.

E3: "...salir a la calle con personas que algunas llevaban quince y veinte años sin haber pisado las puertas de la calle, sin haber salido del recinto de las murallas del manicomio... empezamos a hacer pequeñas excursiones a los pueblos... dejando en pequeñas vacaciones a pacientes que llevaban veinte años en institución cerrada en la casa de su familia..."

Empezaban a cundir las teorías, coherentes con el concepto de institución total de Goffman, que defendía que muchas de las discapacidades que se atribuían a los enfermos mentales, provenían de su imposibilidad de hacer cosas que cualquier persona ponía en práctica en su día a día en la sociedad fuera del psiquiátrico, asumiendo que era el propio hospital el que les provocaba esa discapacidad y que la intervención primordial para acabar con ella, era **salir de ese hospital** psiquiátrico. Estas iniciativas supusieron una gran movilización de recursos y esfuerzos por parte de los trabajadores, principalmente enfermeros, de esas instituciones.

E2: "Cuando el tratamiento del paciente se empieza a ver de otra manera, es porque se contempla la posibilidad de la reinserción social del mismo..."

Fue necesario dotar de ropa y calzado adecuados a todas las personas que empezaban a disfrutar de estas salidas, fue necesario trabajar sobre su higiene y empezar a establecer un mínimo autocuidado, de habilidades sociales, etc., que facilitasen la relación, la interacción y la convivencia en última instancia de estos enfermos con sus vecinos, también con sus familias, y con toda la sociedad, en definitiva.

E1: "...tenían ropa individualizada, se usaba el cuchillo y el tenedor y la cuchara para comer, en plato de cristal. El paciente tenía su ropa normalizada, de ropa interior y ropa normal de pantalón y camisa."

E3: "¡Figúrate! Les llevábamos hechos un dulce... Esa persona ya iba con ropa nueva, iba con cierto uso de hábitos ya, más o menos, rehabilitados. Si no podía afeitarse él solo, decía "ayúdame a afeitarme" o "aféitame". Un cierto aseo, muy primario, pero un cierto aseo para que no llamara mucho la atención."

Una de las primeras metas conseguidas, al menos en parte, fue que estos enfermos que habían sido recluidos en hospitales psiquiátricos durante décadas en la mayoría de los casos, **retomasen cierto contacto con sus familias**. La falta de experiencia en iniciativas de este tipo que hubiesen sido exitosas, dio lugar a un amplio abanico de intervenciones muy dispares que perseguían que hubiese un contacto estable entre el paciente y la familia.

E3: "Uno de las cosas que empezaron a hacer los enfermeros, queriendo mejorar la relación de los pacientes con sus familias, fue el empezar a trabajar para que las familias contactaran con sus hijos, sus sobrinos, sus hermanos, dentro de la institución psiquiátrica en la cual llevaban a veces, hasta treinta años o más, ingresados."

Una de las realidades que se encontraron al buscar ese contacto fue la ausencia de ciertos familiares que habían vivido con los enfermos antes de que fuesen ingresados y que, transcurridos tantos años, habían desaparecido; a esto se unía la circunstancia de que muchos de estos enfermos podían haber sido ingresados en instituciones lejos de sus domicilios y que no habían recibido visitas en años, se comprobó así que en ocasiones fue imposible localizar a estos familiares y los localizados eran personas totalmente ajenas para el enfermo.

E3: "empezar a trabajar para que las familias contactaran con sus hijos, sus sobrinos, sus hermanos, dentro de la institución psiquiátrica en la cual llevaban a veces, hasta treinta años o más, ingresados."

Esta y otras dificultades, como la pobre situación económica de muchas familias, fueron sorteándose con todas las medidas que fue posible poner en marcha, lo que permitió en muchos casos retomar ese ansiado contacto, a través de estancia, en un principio de corta duración, para evaluar la adecuación de esa convivencia. Para los enfermeros del hospital, iniciativas como estas implicaban salir con sus vehículos con el enfermo mental para desplazarse hasta el pueblo o barrio donde vivía su familiar y para traerlo de vuelta, a veces también para realizar visitas de supervisión, lo que suponía haber reorganizado, como se mencionaba anteriormente, la forma de trabajar en estos hospitales psiquiátricos, que ahora perseguían otros fines.

E3: "Recuerdo, en la zona de Almáchar y por ahí, que teníamos algunos pacientes [con los que] que el truco era "mira, Pepe (o a la prima, o a la hermana), te vamos a traer a tu hermano unos días y así te ayuda en la recolección... que era cuando en el campo se necesitaba ayuda, etc, y vamos a venir dentro de diez días, por ejemplo, ¿te parece?"

No fue sencilla la incorporación de los enfermos a la comunidad, durante demasiado tiempo habían sido consideradas personas peligrosas.

E3: "Algunas personas decían que no, otros decían que sí y de este modo fuimos dejando en pequeñas vacaciones a pacientes que llevaban veinte años en institución cerrada en la casa de su familia. Con la excusa esa de que va a ayudar, está en la recolección, se pone a ayudar a cortar los rabillos de las pasas y demás... Incluso nos encontramos en alguna ocasión que nos decían las familias: "no, no te lo lleves, qué está muy bien, que se está comportando muy bien, no te lo lleves", "bueno, pues venimos el mes que viene". Hubo gente que se quedó varios meses y que fueron de los primeros que tuvieron la posibilidad,

cuando ya se empezó a externalizar la gente con sus familias, de salir. Aquella etapa fue también muy bonita..."

Las familias empiezan así a tener un mayor protagonismo, que se irá consolidando rápidamente en los próximos años y que culminará en la creación de asociaciones de familiares, anteriores a las de los propios enfermos que aparecen más tarde.

E6: "...hay un contexto en el que empiezan a aparecer asociaciones, asociaciones de vecinos, empiezan a haber cambios en la educación, en la sanidad... y todo esto yo creo que va influyendo también en que, desde los profesionales, y con los familiares conjuntamente, empieza a producirse un cambio que luego se proyecta en esta reforma del ochenta y cinco-ochenta y seis."

También con el objetivo de garantizar el contacto con la familia, en su domicilio y en su entorno comunitario, y en oposición al hospital psiquiátrico, aparecen nuevos centros para la atención y el cuidado de los enfermos mentales que poco a poco se extienden por todo el territorio nacional y que se consolidan con la LGS: hospitales de día, centros comunitarios, centros de rehabilitación, etc., y de forma muy significativa, la creación de unidades de hospitalización de psiquiatría en los hospitales generales, eliminando en gran parte los ingresos hospitalarios, sobre todo los nuevos, de enfermos mentales en los psiquiátricos.

E5: "la Ley General de Sanidad 1986, en el artículo 20 saca la visión nueva de los nuevos modelos sanitarios: psiquiatría basada en la comunidad."

El resultado de todos estos cambios fue en resumen muy positivo visto con perspectiva histórica, pero analizando los pormenores dados en estos años, la magnitud de los cambios y la premura a la que estos se dieron trajo consigo algunos problemas que pueden señalarse como **aspectos negativos de la Reforma**.

E6: "...la reforma o la desinstitucionalización es..., como ...una desinstitucionalización inacabada. Y se llevó a cabo de forma muy heterogénea en todo el país."

En este sentido, es posible señalar que, en algunos casos, sobre todo en los primeros momentos, la desinstitucionalización se hizo a un ritmo más rápido del deseable.

E1: "...pudo haber un logro en cerrar sitios inhumanos, pero a su vez, era muy triste ver a los enfermos mentales vagando por estaciones de trenes y autobuses. Primero se creó la conciencia de que aquel tipo de asistencia de psiquiatría no era justa y, sin embargo, no se crearon alternativas, todo ello dio lugar a mucho sufrimiento y abandono en cierta medida."

La desconexión durante años con el medio de origen en el que se pretendía integrar de nuevo al enfermo mental, dio lugar en ocasiones a situaciones difíciles de manejar desde el incipiente modelo comunitario, y esto más aún en provincias con menor desarrollo o en zonas rurales. Se había sobrestimado la capacidad de adaptarse a condiciones de vida normalizadas de personas que habían vivido durante largos períodos en medios protegidos y olvidados, o incluso sin haber llegado a aprender, las habilidades necesarias para vivir autónomamente.

E3: *"...empezaron a darse fugas. Esto nos costó algunos disgustos..."*

En ocasiones, la asunción de la responsabilidad del cuidado de estas personas por parte de la familia, después de años de escaso o nulo contacto, se llevó a cabo de una forma no progresiva y en un corto espacio de tiempo. No todos tenían familia, ni todas las familias estaban en disposición de ocuparse de sus enfermos. Por otra parte, para quienes no tenían una estructura de familia, recurrían al psiquiátrico que era la única estructura que conocían.

E7: *"Y da mucha lástima ver a la gente por la calle. Venían enfermos a buscarte a ti para que tú los bañes, decían [que querían] quedarse, sucios. Algunos no tenían padres, ni los familiares los quieren."*

El día a día de esas familias que habían acogido en su seno a su familiar hasta ahora ingresado en el psiquiátrico podía cambiar radicalmente llevando a situaciones de difícil convivencia. En ocasiones estos enfermos se fugaban de sus nuevos domicilios y en ocasiones la familia se negaba a hacerse cargo de ellos tras las primeras semanas, y no fueron pocas las ocasiones en las que estos enfermos acababan en situación de indigencia viviendo en la calle.

E4: *"...con el vaciamiento de los hospitales psiquiátricos, mucha gente se podía quedar en la calle. Y el riesgo era que pasaran de su condición de enfermo psiquiátrico, con etiqueta o sin etiqueta, bien o mal, a estar en la calle pasando a un rol de vagabundo."*

E7: *"Porque hay enfermos que tienen donde quedarse o los ubicaban en otro sitio, pero hay enfermos que no, que estaban en la calle, como niñas de dieciocho y veinte años. Y eso no es una reforma, para mí. Eso es echar a la gente a la calle..."*

Los centros comunitarios que empezaron a acoger a estas personas en su entorno natural comenzaron a funcionar de manera óptima, aunque no regular en todo el estado.

E5: *"...cuando la familia se quedaba con el enfermo no tenía ningún recurso al que acudir, con lo cual se cargó a la familia con una responsabilidad que era de tipo sanitario."*

No obstante, al tiempo que los cambios sucedidos podían ir generando este tipo de consecuencias negativas, los centros insertados en la comunidad tenían como objetivo fundamental mantener al enfermo mental en su entorno, tomando los enfermos y las familias un gran protagonismo.

E4: *"...la visión de abordaje al paciente ya no era una relación jerárquica, en el sentido de la relación con él y con la familia, sino más colaborativa: en qué puedes participar, qué puedes aportar, "hagámoslo juntos..."*

Las tendencias asistenciales más presentes en Europa fueron influyendo en las **nuevas intervenciones** que todos los profesionales, también los enfermeros, ponían en marcha en este naciente modelo: dinámicas grupales, terapia sistémica, visitas al enfermo en su domicilio, conocimiento del entorno: parques, bares, bibliotecas, asociaciones, etc.

E4: *“...las técnicas de comunicación, de expresión, de soportes emocionales, etc. [...], aportar herramientas básicas para el desarrollo de la vida diaria, tanto a la familia como al paciente... somos así, más accesibles para hacer más entendible la enfermedad tanto al paciente como a la familia, y a través de ese mayor entendimiento poder avanzar en la superación de las dificultades y de los momentos más críticos de la enfermedad...”*

La relación con el enfermo mental y su familia empezaba a dejar de tener una estructura vertical y a perder su jerarquía, procurando compartir las decisiones con ellos de forma colaborativa, para alcanzar y afianzar mejor los objetivos terapéuticos. Se empezaron a tener en cuenta conceptos como el de relación terapéutica, que se tenían en cuenta en todas las intervenciones: educación para la salud, grupos de rehabilitación, GAM, etc. Se da importancia en este momento a ese contacto con el entorno que tanto había significado en el momento de la desinstitucionalización, entendiendo todos los profesionales que su trabajo debía ser desempeñado en ese medio.

E4: *“La función de la educación sanitaria... la persona que padece esa enfermedad psiquiátrica sea capaz de detectar esos síntomas como para avanzarse a una crisis más grave...”*

Y buscando conseguir que el enfermo llegue a vivir con el mayor nivel de independencia posible, sin poner en riesgo su seguridad.

E5: *“Ayudarlos a que sean capaces de vivir en esa comunidad. [...] Favorece que el enfermo sea capaz de estar viviendo en su barrio, que sea capaz de tener una vida como cualquier otro individuo. [...] su trabajo está en el domicilio, está en la calle. Y está en la calle y está en los recursos, está por medio de asociaciones de vecinos, de trabajos tutelados.”*

Este nuevo enfoque en el abordaje que se hacía de los problemas que presentaban los enfermos mentales y sus familias excedía las posibilidades de asistencia que tenía el hospital psiquiátrico. Esa lejanía que le caracterizaba, y los propios muros que actúan de frontera, impedían el contacto con su comunidad. Esto hizo necesaria la disposición y puesta en marcha de gran variedad de centros comunitarios en los que, de forma cercana a los barrios y los pueblos, se llevasen a cabo estas intervenciones.

E3: *“...casas rurales con un dimensionamiento máximo de veinte personas y dotadas con catorce profesionales por cada casa... Cada casa-hogar tiene asignado un equipo de salud mental de referencia y normalmente uno o dos enfermeros de referencia en esa casa-hogar... es de atención 24 horas y los pacientes entran y salen cuando quieren.”*

De manera muy distinta en cuanto a formas y tiempos fueron apareciendo una serie de servicios en todo el país que se fueron consolidando años más tarde como **Las redes de atención a la salud mental** en cada área sanitaria. Estas redes asistenciales tienen, con diferentes denominaciones y dotaciones, centros como: unidades de hospitalización de corta estancia, hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial y laboral, recursos residenciales y, sobre todo, centros de atención comunitaria que actúan como nuevo de atención a estas personas.

E3: *"...Pisos protegidos en donde conviven tres-cuatro pacientes..., estos... tienen su llave, tienen un teléfono de contacto y hay un monitor cada dos pisos que va controlando, pero ellos entran y salen como quieren."*

También centros con una mayor vinculación al sistema de salud.

E6: *"...recursos de hospitales de día; por ejemplo, se abrió una red infanto-juvenil que antes no existía; y muchos más recursos de rehabilitación en la comunidad."*

5.5. Categoría V: Acabando con los estereotipos y prejuicios

Estos nuevos servicios y nuevas intervenciones puestas en marcha a raíz de los cambios que se fueron consolidando a lo largo de los años en que se desarrolla la Reforma Psiquiátrica conllevan de forma inherente una ampliación de los espacios y un aumento del tiempo en que el enfermo mental permanece en contacto con su más próximo entorno comunitario, y comienza a perder fuerza la idea de peligro que se le asociaba.

Esta categoría adquiere significado en los discursos que hacen referencia a la nueva consideración de la persona, a todos los niveles. La persona pasa de ser enfermo psiquiátrico a tener problemas de salud mental. La familia adquiere un protagonismo fundamental en el tratamiento y abordaje del enfermo. Se asocian, enfermos, familiares y profesionales y se comienzan a visibilizar este tipo de enfermos y a normalizar tener un familiar con este tipo de problemas, los grupos de autoayuda y las asociaciones ayudan a los familiares a abordar los problemas. Los enfermos se integran en la sociedad y la enfermedad se acerca a la sociedad.

En el análisis de la codificación axial, se ha identificado relación entre la categoría central definida como *Acabando con los estereotipos y prejuicios* y las subcategorías que se recogen en la figura 5.

El enfermo empieza a tener **presencia en su barrio**, su pueblo, sus calles, se hace visible a ojos de la comunidad y cuanto más tiempo está en esos espacios se da una mayor interacción con su comunidad.

E5: *"...conseguimos que la falla integrara a dos esquizofrénicos que vivían en el barrio donde yo vivo, y conseguimos que estos se integraran en la falla. Y cuando eran fallas nos invitaban; yo cogía a los dieciséis enfermos que tenía en la sala de psiquiatría y me los llevaba a la falla, nos invitaban a tomar unas papas, etc..."*

Al contrario de lo que sucedía en épocas en las que la mayor parte de la vida y en ocasiones su totalidad la pasaba dentro de los muros del hospital psiquiátrico, ahora la convivencia diaria normalizaba su vida fuera del hospital: personas con una ocupación u otra, con familia, que contribuyen a la vida del barrio, y que pasan a ser identificados como un actor social más dentro de esa comunidad.

E5: *"...llegamos a ir a algunas empresas... por ejemplo, el caso de la Ford... a poner los tratamientos Depot dentro de la propia empresa, con el fin de que el paciente no dejara de trabajar [...] Hay que considerar que el trabajo es un instrumento terapéutico de gran importancia para la recuperación del paciente."*

Figura 5. Codificación abierta y axial.

Categoría: Acabando con los estereotipos y prejuicios



Sin duda, esta convivencia es posible por la interacción solidaria de todas las personas que conviven en ese entorno, con el evidente protagonismo de la familia. **Familia**, hasta este momento ausente u obviada por los servicios asistenciales, que de pronto se convirtió en el **sostén principal** del día a día de estos enfermos. El autocuidado, el ocio, el tratamiento, el trabajo, etc., dependió de la solidez o la habilidad de afrontamiento de esta familia.

E1: "...la familia es el alma del enfermo mental. Si es el alma, es todo. El alma es lo que nos da vida a ti y a mí, pues la familia es el alma del enfermo mental. Ahí podríamos estar desmenuzando el alma."

E2: "La familia controla, la familia apoya, la familia supervisa, ayuda..."

Cuando la familia falla, se pone en riesgo todo el proceso de integración del enfermo.

E5: "...en el momento que la familia, por lo que sea, se muere o envejece y no puede, el enfermo se queda con una serie de handicaps importantes."

Se consolida el papel de la familia que se venía gestando en los últimos años como un actor protagonista dentro del proceso asistencial al mismo nivel que el propio enfermo mental o que el profesional. La participación de las familias hace que empiecen a organizarse de una manera más estructurada en forma de asociaciones o grupos que llegan a tener incluso un gran poder de influencia en las instituciones y en la política del momento.

E4: "...han pasado de tener un rol no presencial a tener un rol muy participativo y además muy realizado."

E3: *"El movimiento asociativo está muy fuerte, pero yo creo que políticamente a los políticos les interesa tenerlos cerca."*

Una consecuencia clara, teniendo en cuenta el protagonismo que va adquiriendo la familia en todo el proceso, es que ese protagonismo se extiende de forma inevitable al trabajo de las enfermeras. Son las enfermeras las primeras profesionales que empiezan a tomar en consideración a las familias y a las cuidadoras (también en este ámbito principalmente mujeres), a la hora de atender o cuidar al enfermo mental. Se empieza a comprender la importancia de su papel en todo el proceso de cuidados, y se ponen en marcha intervenciones dirigidas hacia las familias, ya sea hacia estas y al enfermo de forma conjunta o hacia las familias en particular. Como un recurso fundamental.

E1: *"...muchas acciones nuestras de enfermera no podrían ser cumplimentadas si faltase la familia."*

Las enfermeras son un elemento fundamental para la familia, generalmente están consideradas como las profesionales más cercanas.

E1: *"...cuando esa enfermera se hace presente, la familia tiene una confianza."*

Se constata **la necesidad de información** que tienen estas familias, pero también de **formación**, para poder hacer frente a la multitud de situaciones que en su vida diaria se presentan. Al mismo tiempo que se empieza a ver cómo el rol de cuidadoras es un factor condicionante de su propia salud.

E1: *"...cuando esta familia, que es el alma del enfermo, es sobrepasada en sus conocimientos y en su hábitat de casa normal y no hay una cobertura; eso sí que es doloroso."*

A veces la familia se convierte en el centro de atención para la enfermera.

E2: *"...sí que tiene que haber un apoyo y tiene que haber una formación. Muchas familias te llegan y te dicen: "oye, ¿qué hago si se pone enfermo?", "¿qué hago si se agudiza?", "¿dónde tengo que ir?", "¿a quién tengo que llamar?"*

Y se da por supuesto el que la familia tiene que dedicarse al cuidado de su familiar con problemas. Se cuenta con ella de manera incondicional, Incluso, está mal considerado cuando no existe esa disposición.

E6: *"...es una perversión del sistema, porque estas familias las estamos convirtiendo en unos cuidadores informales, que si no les damos apoyo y nos les damos suficientes recursos también ellos van a enfermar de alguna manera..."*

Talleres de educación para la salud, de psicoeducación, escuelas de padres, charlas y sesiones informando sobre los nuevos dispositivos, talleres de formación sobre las enfermedades mentales diagnosticadas y los síntomas que presentan se convierten en tareas comunes a las que se dedican estas familias y sus asociaciones. Proliferan los **GAM** como forma indispensable de afrontar,

compartiendo, el día a día de tener un enfermo mental conviviendo en la familia. En definitiva, la transformación del papel de la familia llega a ser radical: de no aparecer, a ser la **protagonista**.

E6: "...dar la voz a los propios pacientes y dar la voz a las propias familias porque considero que son ellos los que son expertos en este tema..."

El papel de las familias organizadas y sus asociaciones cobran importancia para los servicios que atienden a los enfermos mentales, y no solo en los aspectos particulares de cada familia con su realidad diaria de convivencia con un enfermo mental, sino de una forma colectiva, como grupos organizados que adquieren cada vez más protagonismo en el sistema asistencial.

E4: "...el afán y el deseo, y el ímpetu de las familias organizadas de poder favorecer y tratar a sus familiares enfermos han caído un poco, digamos así, en la trampa de crear recursos propios para atender a sus familiares..."

De forma dispar a lo largo de todo el territorio del estado, las familias asumen labores de organización de recursos, a veces incluso con fines asistenciales, a las que el sistema se acomoda rápidamente, y con el argumento de favorecer el empoderamiento de estas familias, llega a **delegarse en ellas el funcionamiento** de una parte cada vez mayor de los recursos del sistema asistencial. La delegación de funciones es bien recibida por parte de estas organizaciones, que entienden, al igual que gran parte de los profesionales, que su conocimiento y experiencia les otorga competencias suficientes para ayudarse unas a otras e incluso para atender a sus enfermos.

E4: "...familias que tienen problemas con algún familiar sean más receptivos a recibir esa ayuda por parte de organizaciones de familiares que no por parte de la Administración o de otros profesionales..."

5.6. Categoría VI: El compromiso de los profesionales: una cuestión ideológica y de formación

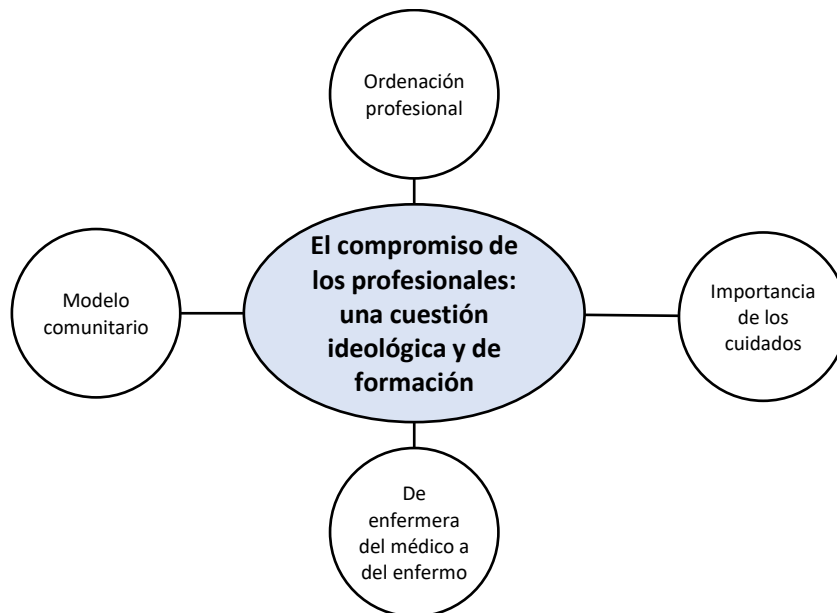
El desarrollo y la consolidación de lo que resultó en un nuevo modelo sanitario, de enfoque comunitario y con un perfil menos jerarquizado y más participativo, llevó consigo un desarrollo paralelo de aquellos actores sociales que también fueron protagonistas en mayor o menor medida de estos cambios. Especial relevancia entre estos actores tuvieron los profesionales que desempeñaban su labor en los centros que atendían a enfermos mentales, y fueron protagonistas de un significativo cambio al que hubieron de irse adaptando, por ejemplo, por pasar de ejercer en grandes hospitales psiquiátricos cerrados y situados a las afueras de las ciudades, a desarrollar la profesión en centros comunitarios ubicados en los barrios y pueblos, entre otras circunstancias.

En esta categoría adquieren significado los relatos que hacen referencia a *el compromiso de los profesionales y su relación con cuestiones ideológicas y de formación. Las reseñas al tipo de profesionales que han ejercido, a lo largo del tiempo, la atención este tipo de enfermos, el proceso de evolución que han experimentado y el papel que han jugado, en el periodo de la Reforma y en el nuevo modelo de atención. Para finalizar considerando las cuestiones conseguidas y los temas pendientes.*

Las subcategorías identificadas como resultado de la codificación axial, que guardan relación entre la categoría central definida como *El compromiso de los profesionales: una cuestión ideológica y de formación*, se recogen en la figura 6.

Figura 6. Codificación abierta y axial.

CategoríaVI: El compromiso de los profesionales: una cuestión ideológica y de formación



Uno de los cambios habidos que afecta a las personas que trabajan en este ámbito es la **reordenación** del trabajo de muchos. Muchas fueron evolucionando, algunas desapareciendo, otras asumiendo las funciones de una tercera, etc., de manera que la variabilidad en este conjunto de categorías en los últimos años de Reforma había disminuido considerablemente. Generalmente, en la ordenación profesional, también la Reforma es valorada positivamente.

E2: *“¿En la reforma? Yo creo que ha sido trascendental.”*

Tras un tiempo de necesaria adaptación, a veces con cierta incertidumbre, este aspecto tuvo una repercusión directa en la profesionalización del trabajo que ejercían, pudiendo hablar ya en este momento de cuidados, ejercidos por enfermeras con un diseño y planificación fruto de un mayor desarrollo de la disciplina. Su mayor presencia, en comparación con otros profesionales, situó a los enfermeros en una posición clave para catalizar todos los cambios que empezaban a darse, sobre todo en el plano asistencial más directo.

E4: *“... ¿yo de dónde vengo?, ¿qué me está pidiendo ahora la sociedad?, ¿qué me está pidiendo el entorno en el cual me desenvuelvo? Por lo tanto, yo tengo que adaptarme.”*

Considerando fundamental el rol enfermero, en todo lo relacionado con la satisfacción de los **cuidados de salud**.

E6: *“...la mayoría de problemas que presentan tienen que ver con cuidados: con el ser cuidados.”*

Esta consolidación fue en muchos momentos tortuosa, situaciones cuestionables desde un punto de vista profesional se solían dar a diario en este intento por cumplir eficazmente las nuevas obligaciones de la mejor manera que se podía o se sabía, por ejemplo, era común contratar alumnos de la carrera de ATS como auxiliares para trabajar como ATS cuando aún no poseían el título, o era frecuente que enfermeros permaneciesen trabajando una vez finalizado su turno, con el objetivo de ayudar a su compañero en la gran cantidad de trabajo que solía haber pendiente.

E3: "...el propio hospital, que se solía surtir de la escuela de ATS, [...] a compañeros que estaban haciendo tercero de ATS los contrataban como auxiliares de enfermería, pero hacían el trabajo de un ATS..."

Empezaron a adquirir importancia los cuidados, pero también todo lo que tenía que ver con el diagnóstico y tratamiento médico.

E3: "Tu entrabas a las 8.00 h y te ibas a las 15.00 h, pero no te ibas a las 15.00 h porque entraba un compañero que estaba de 15.00 a 22.00 h y te quedabas con él hasta las 17.00 h. Porque a lo mejor había que poner a las 16.00 h cincuenta inyectables, y como estaba solo por la tarde le ayudabas y tú te ibas a las 17.30 h cuando ya habías hecho ese trabajo."

En definitiva, esta mayor presencia situaba a los enfermeros en la tesitura de tener que poner en práctica la mayor parte de estos cambios y ser protagonistas diarios del mismo. Cambios que se daban en el mismo sentido que se desarrollaba su profesión y que hacía que los enfermeros los viviesen como muy próximos a su papel en este proceso.

E2: "De hecho, ese cambio de enfermero de salud mental, ese concepto de salud mental, acuñado por algunos profesionales del ámbito, yo creo que se adapta mucho más a cuál es nuestro papel, cuál es nuestro rol..."

La entrada en la universidad, la consideración de titulación universitaria de la enfermería, supone un cambio sustancial en el Rol de estos profesionales. Más allá del reconocimiento de su labor, suponían un desarrollo científico que transformaba considerablemente la profesión: los nuevos modelos explicativos de sus cuidados, las nuevas metodologías para planificarlos, los nuevos enfoques y focos de atención a la hora de cuidar a los enfermos mentales eran desarrollados, descritos, por parte de enfermeros de toda España. Se produjo el cambio que se ha etiquetado como el paso **de enfermera del médico a enfermera del enfermo**.

E6: "Por primera vez nos planteamos que había modelos de enfermería que podían orientar nuestra intervención."

Estaban influidos en parte por las mismas corrientes europeas que habían motivado la Reforma, y contribuían a establecer dinámicas de comunicación y desarrollo profesional que permitían compartir y consolidar estas experiencias. Se comienzan a celebrar en Málaga y Ciempozuelos (Madrid) congresos nacionales de Enfermería de Salud Mental, con un protagonismo importante de centros privados en su génesis, que poco después consolidan creando la Asociación de Enfermería de Salud Mental.

E4: *“...coincidía también en los primeros congresos de enfermería, donde aportábamos ya comunicaciones... y empezábamos transferencias.”*

E2: *“...el hecho de que nos asociemos es una cuestión que va a ayudar considerablemente a lograr unos objetivos comunes.”*

Se desarrollan planes formativos para las enfermeras, al mismo tiempo que se rescata, se reestructura y se oficializa la formación como especialista de las enfermeras que habrían de prestar cuidados en el ámbito de la salud mental.

E6: *“...una gran oportunidad de formarnos desde una práctica muy interdisciplinar: en terapia familiar, en grupos, en muchos aspectos...”*

La profesionalización y el avance científico como disciplina que vivía la enfermería, tuvo rápidamente una repercusión importante en los cuidados con los enfermos mentales y sus familias, y contribuyó notablemente a que todos los cambios comenzados y desarrollados durante la Reforma se fuesen consolidando. Esta nueva enfermería aportaba un valor añadido a la sociedad en general, y la enfermería psiquiátrica y de salud mental, de nuevo con categoría de especialista, lo aportaba a la vida de las personas que sufrían problemas de salud mental y a sus familias.

Este desarrollo ha continuado durante las posteriores décadas, y aun hoy, con idéntica orientación y propósito contribuye a desarrollar y poner en valor los cuidados enfermeros de Salud Mental, colaborando así al bienestar y la dignidad de todas las personas y familias que precisan esos cuidados.

Discusión

6. DISCUSIÓN

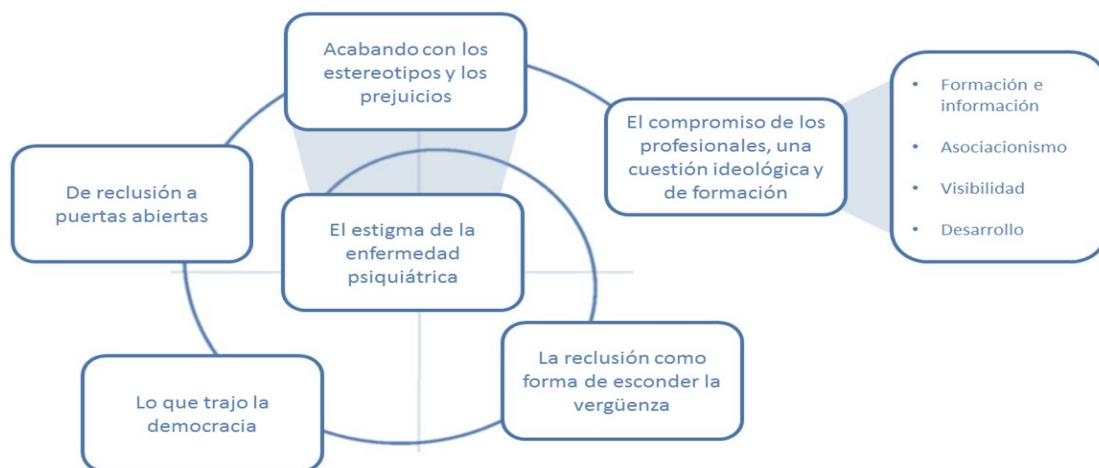
La aportación que el presente estudio hace a la teoría, se deriva de la interpretación de los discursos expresados por los informantes claves para conocer y profundizar en el fenómeno estudiado: **la perspectiva enfermera de la Reforma Psiquiátrica**. La discusión se organiza en función de cada una de las categorías en las que se ha ordenado el análisis de los discursos:

1. *El estigma de la enfermedad psiquiátrica.*
2. *La reclusión como forma de esconder la vergüenza.*
3. *Lo que trajo la democracia.*
4. *De reclusión a puertas abiertas.*
5. *Acabando con los estereotipos y prejuicios.*
6. *El compromiso de los profesionales. una cuestión ideológica y de formación.*

Como se pone de manifiesto, el análisis de los contenidos de las categorías da respuesta a los objetivos planteados en el trabajo, que se utilizan como maco para la elaboración de los resultados.

Antes de pasar a la discusión de cada uno de los apartados, se ha considerado de interés profundizar en una visión general sobre la interpretación de la información recogida. Tal y como se ha expresado en el apartado de análisis y resultados, las categorías se han tratado en función de la importancia que adquieren los significados en los discursos, y nos hemos encontrado con que se organizan con una secuencia en forma de proceso, con relaciones significativas de causa y efecto entre ellas y que se expresan en la figura 7.

Figura 7. Proceso de las Categoría analizadas



Esta representación, como proceso, que se plantea como primer punto para la discusión, difícilmente podría haberse producido, si cada una de las situaciones reseñadas, no estuviese precedida de la situación anterior que le hizo posible, por ejemplo; el paso de (la categoría) *la reclusión como forma de esconder la vergüenza* (a la categoría) *de la reclusión como puertas abiertas*, no hubiese podido hacerse sin (la categoría) *lo que trajo la democracia*.

Esta conclusión coincide en lo sustancial con las teorías desarrolladas por Goffman (1970)¹⁴, que partiendo del concepto de *estigma* recogido en la categoría 1, *el estigma de la enfermedad psiquiátrica*, lleva a las personas a desarrollar estereotipos y prejuicios y como consecuencia de ello, a lo que este autor define como *distancia social*, aspectos que se recogen en la categoría 2, *la reclusión como forma de esconder la vergüenza*.

En todo lo relacionado con los enfermos mentales, se producen una serie de cambios que pueden relacionarse con lo que Estroff *et al.* (2004)¹⁵, describen como estrategias para evitar la estigmatización de las personas con problemas mentales. Para estos autores la protesta social, la educación y el contacto social, influyen positivamente en la integración de estas personas.

Según el análisis de los relatos de nuestros informantes, el final de la discriminación de estos enfermos, es posible a los hechos que se describen y analizan en la categoría 3, *lo que trajo la democracia*, que se corresponde con lo que describen como protesta social. Como resultado se produce lo recogido en la categoría 4, *de reclusión a puertas abiertas*, que finamente tiene su efecto para lo descrito en la categoría 5 como, *acabando con los estereotipos y prejuicios*, lo que los referidos autores describen como contacto social. Un elemento que ha estado presente en todo el proceso, fundamentalmente en el periodo más cercano a la Reforma, ha sido lo que se ha analizado en la categoría 6, nombrada como, *el compromiso de los profesionales, una cuestión ideológica y de formación* que guarda paralelismo con lo que describen como la estrategia de educación.

A continuación, se relacionan los resultados obtenidos a partir de los discursos de las personas entrevistadas con los hallazgos y aportaciones de otras investigaciones.

6.1. El estigma de la enfermedad psiquiátrica

La Reforma Psiquiátrica supone un periodo de la historia de la Psiquiatría profundamente estudiado y sobre el que se ha investigado, opinado y discutido en abundancia. Su relevancia desde el punto de vista asistencial, social y científico es incuestionable, y esto hace que, durante décadas y aun hoy, haya suscitado el interés de investigadores y continúe teniéndose como referencia para la orientación del modelo asistencial en el ámbito de la salud mental, incluso en un sentido moral y político.

No obstante, es destacable la diferencia en términos cualitativos y cuantitativos entre los profusos estudios existentes de la época de la Reforma Psiquiátrica y lo extraordinario de investigaciones de calidad sobre épocas anteriores a la misma, más extraordinario cuanto más antigua sea la época referida.

¹⁴ Goffman, E. 1970 *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires. Amorrortu. 1970.

¹⁵ Estroff, SE., Penn, DL. y Toporek, JR. 2004. From Stigma to Discrimination: An Analysis of Community Efforts to Reduce the Negative Consequences of Having a Psychiatric Disorder and Label. *Schizophr. Bull.* 30, 3, pp. 493-509.

Dada la escasez de estudios cualitativos y ante la oportunidad de acceder a una muestra muy valiosa y representativa de profesionales que ejercían en esta área en los periodos de alrededor de la reforma, optamos por llevar a cabo nuestro estudio con métodos cualitativos, y reflexionar sobre las aportaciones de otros estudios, a pesar de los sesgos que pueden derivarse al comparar una misma realidad explicada con metodología diferentes.

Durante siglos, hasta entrado el siglo XX, la asistencia a los enfermos mentales ha tenido como premisa principal su reclusión y ocultación a ojos de la sociedad, partiendo siempre de su indeseabilidad y peligrosidad social, como se pone de manifiesto en nuestro estudio. Pacheco Borrella (2004) hace hincapié en esta idea, subrayando que a lo largo de todo ese tiempo surgieron experiencias significativas en diferentes partes del mundo que podrían ser destacadas, pero sobre las que la investigación es somera y escasamente difundida. La propia distancia en el tiempo es la principal variable que nos impide conocer tales experiencias, pero sí nos permite, pese a todo, poder abordar la comprensión de épocas inmediatamente anteriores a la Reforma Psiquiátrica. Cuestión que hemos tratado de abordar con nuestro estudio.

En este sentido, y coincidiendo con los hallazgos de nuestra investigación, un informe de la actual AEESME destaca el carácter no asistencialista que tenía esa reclusión en la época anterior a la Reforma. Cualquier comportamiento alejado de lo socialmente aceptable era rechazado y utilizado como argumento para recluir a esa persona en un manicomio. Se construye en torno a ese rechazo una atribución de peligro y descontrol a enfermos mentales que motiva y justifica a ojos de la sociedad la reclusión del vecino extraño, raro y, a ojos de muchos, peligroso (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2009), que ha sido referenciado ampliamente por nuestros informantes.

Estas personas eran recludas en una suerte de instituciones cerradas destinadas a contener en su seno a los sujetos diferentes e indeseables de la sociedad. Tal como se refleja en los discursos aportados por los informantes, diversos autores señalan como razón de ser de estos centros el encierro que aparta a estos enfermos mentales de su entorno natural y de su comunidad de referencia (Pacheco Borrella, 2004). Para ello, una de las premisas que había de cumplir la disposición de estos centros era el aislamiento, y así se destaca en las entrevistas a nuestros informantes, la lejanía del núcleo urbano a la ubicación de los mismos, condición señalada por diversos autores (Espinosa Iborra, 1980; González de Chávez, 1980a; Livianos Aldana *et al.*, 2006a).

Las personas que bajo la etiqueta de enfermos mentales eran recludas en estas instituciones presentaban una situación social y de salud muy variable. Según la bibliografía, el manicomio en un primer momento y el hospital psiquiátrico más tarde, en tanto que depósito de enfermos mentales, se caracterizaba por no diferenciar o estructurar sus instalaciones en función de las necesidades de los allí residentes, pues su única intención, tal y como se señala en las entrevistas realizadas, era separar a los locos de los cuerdos (Fernández Liria, 1995; González de Chávez, 1980a).

Entre las personas que residían asiladas en los manicomios en épocas anteriores a la Reforma, en los relatos de los informantes, destacan que principalmente se trataba de personas que padecían trastornos mentales, orgánicos o relacionados con algún problema físico como la epilepsia, personas con alteraciones graves de la conducta, personas diagnosticadas de esquizofrenia o algún otro trastorno mental grave que no respondían a los tratamientos, pero también personas que habían acabado allí en virtud de leyes relacionadas con la peligrosidad social, acusadas de ser ladrones,

homosexuales, insurrectos o disidentes políticos, etc. (Campos Marín, 2013; Heredia Urzáiz, 2006, 2009) lo señalan de manera pormenorizada en sus trabajos

La reclusión a la que estas personas eran sometidas se caracterizaba por unas deficientes condiciones de vida, nuestros informantes relatan con detalle las condiciones deplorables en las que se encontraban las instalaciones. En estos manicomios se ocultaban a la sociedad personas que presentaban un conjunto de conductas entendidas como inapropiadas, amparándose en ese concepto estigmatizante del loco y su peligrosidad social. El papel de los manicomios supone una realidad muy alejada de los presupuestos fines asistenciales que se les atribuían, convirtiéndose en algunos casos en un centro asilar o incluso de reclusión para los considerados socialmente indeseables (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2009).

Es de nuevo esta asociación la que profundiza en las ideas expresadas por nuestros informantes, poniendo de manifiesto que las personas asiladas en estas instituciones, estaban sometidas a un trato que, desde una postura paternalista, llegaba a ser autoritario, quedando estos ciudadanos marginados, relegados y aislados de la sociedad, sin siquiera la documentación básica, y a veces privados de su voluntad y libertades individuales. El gran hospital psiquiátrico se convierte así en *la Institución Total* que E. Goffman señalaba en el año 1961, “*como un complejo asilo con fines asistenciales que tiene tendencias absorbentes materializadas en los obstáculos existentes que se oponen a la interacción social del interno, que le despersonaliza, discapacita y desocializa, imposibilitándole su rehabilitación y reinserción social, y condenándole a permanecer de por vida dentro de los muros del psiquiátrico*” (Goffman, 1970; Megías Lizancos y Pacheco Borrella, 2009), coinciden en esta visión.

En estos centros el cuidado de los enfermos mentales quedaba a cargo de distintas figuras profesionales que procuraban un manejo muy variable de los comportamientos y alteraciones típicos de la población allí asilada. Según los relatos de nuestros informantes, frecuentemente con funciones poco definidas y formación muy heterogénea. De forma coincidente con lo reflejado en la bibliografía, las personas empleadas en garantizar su funcionamiento eran determinadas con arreglo a criterios poco claros (Duro Sánchez y Villasante, 2016). Es destacable en el caso de España, que desde el siglo XV en adelante y al contrario de lo sucedido en Europa hasta la llegada de Ph. Pinel, siempre se procuró la presencia de personal médico o asistencial en estos centros, aunque su labor rara vez iba más allá de determinar si el ingreso era procedente o no, y sin que su juicio fuese siempre el más determinante.

En nuestro estudio se evidencia que las diferentes figuras profesionales que se han empleado en el manejo de la población asilada en los psiquiátricos seguía premisas relacionadas con la referida reclusión y control social (Livianos Aldana et al., 2006b). Tal y como señalan nuestros informantes, y autores como Duro Sánchez y Villasante (2016) y Livianos Aldana et al. (2006a, 2006b), la figura del vigilante, guarda, gobernanta, etc., denominada de forma muy variable en las distintas épocas y en los distintos establecimientos, garantizaba del orden y la seguridad en el día a día de los hospitales psiquiátricos, gozaba de especial relevancia entre el colectivo de profesionales, ejerciendo una autoridad a la que el resto eran sometidos.

Otra figura siempre presente y con diferentes denominaciones, estudios y competencias, a la que se refieren nuestros informantes en sus discursos, era la que podríamos denominar como cuidador. Considerando varias figuras al mismo tiempo, a veces con un perfil más técnico, otras con un perfil más básico; en ocasiones referidas a las prácticas médico-quirúrgicas y otras al cuidado de las

necesidades básicas, constituían un colectivo heterogéneo, especialmente relacionado con el desarrollo formativo y profesional de la disciplina enfermera a lo largo del siglo XX, que desarrollaremos más adelante, y que fruto de esa heterogeneidad era atribuido, tal como señalan nuestros informantes, con un sinfín de competencias en el manejo de las personas institucionalizadas que poco a poco se fueron desarrollando, estructurando y organizando para su mejor puesta en práctica (Duro Sánchez y Villasante, 2016).

También apunta nuestra muestra de estudio, a que en las labores de estos profesionales se incluía, en mayor o menor medida en función de las particularidades de cada figura, la administración de las terapias prescritas. El papel estuvo condicionado por la evolución en los tratamientos. Villasante (2004) sitúa la llegada de los psicofármacos a España a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, en épocas anteriores era común el uso de terapias más agresivas, no exentas de riesgos, que se habían desarrollado en el estudio de patologías neurológicas que, como la sífilis, podían llegar a producir alteraciones comportamentales similares a las que presentaban los enfermos mentales.

En los discursos, se pone de manifiesto la aportación positiva que supuso la incorporación de los psicofármacos en los tratamientos, ya que sustituyeron a tratamientos de riesgo como los basados en metales pesados, como el mercurio, el bismuto o el arsénico, que se habían venido utilizado (Villasante, 2004). También se identifica el desarrollo de terapias más efectivas, a falta del descubrimiento de nuevas sustancias, se basaba en encontrar nuevas formas de administración de las ya existentes: inoculación en vena, intramuscular o mediante trepanación, persiguiendo un mayor efecto de estas terapias. Por otro lado, ya en el siglo XIX diversos médicos apuntaban en una dirección un tanto distinta, consistente en la provocación de importantes cuadros febriles que acabasen con los síntomas de muchas patologías como la epilepsia o algunos tipos de trastornos mentales, que ya había sido apuntado desde la época clásica (Wagner-Jauregg y Bruetsch, 1946), y que desarrollaremos más adelante coincidiendo con el discurso de nuestros informantes.

La distribución de los psicofármacos en España se produjo con una importante variabilidad a lo largo de todo el territorio. Ciudades como Barcelona o Madrid pudieron disponer antes que otras de estas sustancias, muchas veces traídas de contrabando. La variedad de fármacos que conseguían estar disponibles en España era escasa, algunos neurolépticos y antidepresivos, aspecto que también apuntan nuestros informantes, lo cual hacía que el acceso a los psicofármacos estuviese ciertamente restringido y que su uso conviviese varios años con otras terapias biológicas desarrolladas en las décadas previas y hoy en día caídas en desuso (López-Muñoz y Álamo González, 2007).

Es también destacable desde la perspectiva actual, el diferente trato que recibían las familias de los enfermos mentales por parte de los profesionales que se encargaban de su manejo y custodia, que es puesto en evidencia por la muestra estudiada. El rol de los familiares en lo que al proceso que vivían los enfermos mentales se refiere era poco relevante, bien por despreocupación por parte de la propia familia, bien por imposibilidad impuesta por los propios hospitales, la familia estaba frecuentemente ausente. Según apuntan nuestros informantes en sus discursos de forma coincidente con la bibliografía publicada (Larreina Zerain *et al.*, 2001; Romero Brioso, 2005), la familia era un elemento no tenido en cuenta en el tratamiento y manejo, generalmente custodial del enfermo. Durante la época anterior a la Reforma Psiquiátrica, la relevancia de la familia era escasa (Larreina Zerain *et al.*, 2001) y cuando se contemplaba algún tipo de intervención con ella era desde el enfrentamiento y concibiéndola como la causa principal del trastorno.

6.2. La reclusión como forma de esconder la vergüenza

Un aspecto destacado frecuentemente en la bibliografía disponible es el relativo a las características físicas y de ubicación que presentaban las instituciones destinadas a acoger a los enfermos mentales. Sus aspectos arquitectónicos, físicos, así como su localización tenían frecuentemente un sentido relacionado de forma directa con su razón de ser y que nuestros informantes, en sus discursos, lo relacionan con el interés por aislar, incluso, esconder a estos enfermos.

La indeseabilidad de las conductas que caracterizaban a los enfermos mentales hacía necesario disponer de un recinto que permitiera mantenerlos alejados del resto de la sociedad (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2009; Livianos Aldana *et al.*, 2006a). Siendo así, se entiende que la razón de ser de estos primitivos hospitales psiquiátricos no había sido crearlos para asistir o atender a personas con algún tipo de necesidad derivada del sufrimiento psíquico, sino que su razón de ser primera era la ocultación a ojos de todos los que quedaban fuera. El centro que atendía a los enfermos mentales no había sido creado para ellos sino para todos los que quedaban fuera.

Se procuraba construir estos recintos en entornos suficientemente alejados de los núcleos urbanos para que la vida diaria de estos centros no alterase la rutina de las ciudades y pueblos cercanos (Espinosa Iborra, 1980). Se construían en grandes fincas, habitualmente donadas a la beneficencia o alguna orden religiosa, y se procuraban con suficientes espacios como para asegurar cierto bienestar a quienes se suponía que pasarían allí el resto de sus vidas. Construidos frecuentemente cerca de manantiales, pozos o ríos, para garantizar un aporte de agua y desagüe adecuado, contaban con ciertos recursos que podría parecer que estaban destinados a la mayor comodidad de los residentes allí, pero que perseguía desde un principio el objetivo de que no necesitaran salir para nada de la institución psiquiátrica que les recluía, tal y como argumentan nuestros informantes, coincidiendo con lo expresado por Espinosa Iborra (1980), entre otros autores.

En un principio, aunque no de forma simultánea en toda España, y según apuntan nuestros informantes en su discurso y se recoge ampliamente en la bibliografía (Rendueles Olmedo, 1980; Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2009; Duro Sánchez y Villasante, 2016; Rendueles Olmedo, 1980), estas instituciones fueron adaptando su estructura interna para la mejor asistencia y asilo de las personas allí recluidas. Se empiezan a crear espacios diferenciados para personas que podían tener algún tipo de psicosis, o que podían presentar algún tipo de retraso mental, etc. Esta reestructuración arquitectónica del manicomio conllevaba un humilde cambio en la atención que en su interior se prestaba a los enfermos mentales. Eran espacios no mixtos, pero que ahora empezaban a tener zonas específicas para unos trastornos y para otros, conceptualizándose ese trastorno, no como diagnóstico psiquiátrico, sino como el conjunto de manifestaciones conductuales que podían ser más o menos similares a las de otros usuarios allí recluidos.

Los datos que ponen de manifiesto las publicaciones más relevantes apuntan a un aumento de la población que residía en estos centros, sin que se produjese el correspondiente aumento ni una adecuación de los espacios, lo que devino en última instancia en un importante hacinamiento (Rendueles Olmedo, 1980). Según se recoge en el discurso de nuestros informantes, paralelamente, las condiciones de vida se fueron depauperando, fruto de la convivencia de un número cada vez mayor de personas en estos espacios cerrados. La higiene de sus instalaciones, al igual que la de sus propios residentes, era muy inferior a lo aceptable en términos de salud; sus instalaciones, muchas con más

de un siglo de antigüedad, aspecto que también señalan nuestros informantes, se encontraban a menudo en condiciones de ruina dando lugar a unas condiciones físicas deplorables.

Tal y como se apuntaba anteriormente en esta discusión, y emergente de forma relevante en el discurso de nuestros informantes, las terapias aplicadas a las personas asiladas en estas instituciones distaban de forma considerable de lo que pueda considerarse buen trato desde una perspectiva actual. Cabe destacar que, entre la población asilada, una importante mayoría no recibía ningún tipo de tratamiento o terapia. Según Conseglieri (2008), entre las personas institucionalizadas en el psiquiátrico de Leganés, Manicomio de Santa Isabel de Leganés, un centro nacional y concebido como institución modelo, tan solo el 20% de los ingresados entre 1931 y 1952 recibieron algún tipo de terapia (Conseglieri, 2008). Queda patente así la finalidad de centro de reclusión, de asilo las mejores veces, con que se concebían estas instituciones.

En las primeras décadas del siglo XX se da un desarrollo importante de los tratamientos biológicos aplicados en Psiquiatría, tratamientos que a España llegarían con décadas de retraso debido principalmente al estallido de la Guerra Civil. Cuando estos tratamientos aparecen en el panorama asistencial nacional se contemplan como grandes y modernos avances y empiezan a ser implementados en mayor o menor medida en todos los grandes hospitales psiquiátricos (Conseglieri, 2008; Pigem Serra, 1945), hecho que nuestra muestra expresa haberlo vivido como un logro que les aportó tranquilidad y seguridad.

La preocupación por los riesgos de las terapias anteriores se observa de manera recurrente en los discursos, importancia que también se observa en la literatura. Se identifica como hasta las primeras décadas del siglo XX, se contaba con terapias que abundaban en las medidas higiénico dietéticas, en la hidroterapia, consistente en alternar baños de agua fría y caliente, o en la laborterapia. También se emplea el uso de barbitúricos en algunos casos, pero es el desarrollo de la malarioterapia de Wagner-Jauregg la que irrumpe con gran éxito en estos años (Conseglieri, 2008; Wagner-Jauregg y Bruetsch, 1946). Durante la Guerra Civil se utilizan en mayor medida tratamientos farmacológicos y piroterápicos, estos últimos a base de inyecciones de esencia de trementina (aguarrás), y ya en los primeros años del Franquismo se extiende el uso de las terapias de choque, como el choque cardiazólico, los comas insulínicos, conocidos como curas de Sakel, o el electroshock y algunas intervenciones de psicocirugía, como la leucotomía desarrollada por E. Moniz (Conseglieri, 2008; Conseglieri y Villasante, 2007; Pigem Serra, 1945).

Lo aberrante de estos tratamientos hace que emerjan de forma importante en el discurso de nuestros informantes, aunque en él se verbalicen alusiones a las secuelas de estos tratamientos más que a la aplicación de los mismos, pues la época a la que nos referimos es muy lejana. Por el contrario, y en lo referido al tratamiento farmacológico, sí encontramos en los discursos, coincidencias con autores como López-Muñoz y Álamo González (2007), verbalizaciones relativas a la dispar distribución de las nuevas medicinas a lo largo de todo el territorio nacional, de manera que se convierten en bienes preciados, que llegan en escasa cantidad a los hospitales y cuyo uso no se hace en base de los que actualmente se consideran preceptivos principios de evidencia científica.

Esta realidad, identificada por nuestros informantes, que venía siendo dibujada en las últimas décadas a través de un manejo custodial y unas intervenciones terapéuticas agresivas, justificaba su existencia en el modelo médico de la asistencia psiquiátrica en que se basaba (González de Chávez, 1980a). La

concepción del enfermo mental como un individuo incapaz de controlar su funcionamiento psíquico y, por tanto, inhabilitado para el ejercicio de sus derechos y la asunción de sus responsabilidades civiles, salvaba la lógica autoritaria y represiva del manicomio y la reducción de los profesionales a meros custodios de estos enfermos (Rivas Padilla, 1980).

Unido a las condiciones anteriormente aludidas y señaladas en los discursos de nuestros informantes, y reflejadas en la bibliografía referenciada, de suciedad, hacinamiento y falta de higiene que caracterizaba a estos centros, resulta una suerte de combinación entre encierro, agresividad e insalubridad que poco a poco dejó de ser invisible a ojos de los profesionales que ejercían en su seno. Se instauraba poco a poco una nueva orientación asistencial que nacía del compromiso y la sensibilidad social, tal y como emerge en los discursos analizados, y que se basaba en la eliminación de terapias violentas, actitudes represivas y diagnósticos degradantes, que buscaba volver a reintegrar a los enfermos con su comunidad y su familia, y que no se olvidaba del abordaje de las circunstancias sociales que rodeaban el proceso de enfermar que habían vivido estas personas.

El compromiso social y político de los profesionales, la toma en consideración de la asistencia por parte de las familias y de la sociedad en general, la participación de partidos políticos y sindicatos en estos procesos y, en definitiva, el resto de cambios sociales y políticos que se dieron en nuestro país de forma transversal a todos los sectores de la sociedad de la época, provocaron una transformación de la asistencia psiquiátrica, que se aprecia en las entrevistas a los informantes, y que dio lugar a lo que acabó por ser un nuevo modelo asistencial.

6.3. Lo que trajo la democracia

Tal como se señalaba anteriormente en este apartado de discusión, y sobre la base de los relatos de nuestra muestra, la asistencia a los enfermos mentales, así como las propias instituciones encargadas de la misma, se fueron transformando a lo largo del siglo XX. Ya en las primeras décadas de este siglo, ciertos sectores de la psiquiatría apuntan a la necesidad de superación de la institución manicomial tal y como se concebía en el siglo XIX. Se apela a la responsabilidad última del Estado en el bienestar de las personas allí asiladas, propugnándose la necesidad de que esos centros fuesen adecuadamente medicalizados y se contemplase la oportunidad de dar las altas convenientes, estableciéndose simultáneamente estructuras de prevención y de seguimiento del paciente fuera del propio asilo, en la línea de lo desarrollado por Rafael Huertas (1995). Comienzan al mismo tiempo a aparecer voces de otros sectores asistenciales que apoyan la creación de servicios libres o de puertas abiertas, en coincidente línea con los planteamientos de la Liga de Higiene Mental, que, en palabras del autor mencionado, popularizasen las bondades de la asistencia psiquiátrica y disipasen las leyendas de secuestro y tortura que pesan sobre los servicios de alienados (Campos Marín, 2004; Rafael Huertas, 1995). Así se entiende que la labor de la psiquiatría en estas décadas iniciales del siglo XX se orienta a la detección precoz, contemplando incluso la eugenesia, la presencia del profesional en el medio comunitario y, en última instancia, el tratamiento adecuado en instituciones seguido siempre de la readaptación social del convaleciente.

La influencia de las tendencias ideológicas se pone de manifiesto en las expresiones de los informantes y en el repaso que en la literatura se hace de la evolución de la consideración y atención de los

enfermos mentales. Durante la II República Española se consolidan tendencias más progresistas, que procuraban una atención de mayor calidad en función del desarrollo científico que hasta ese momento tenía la psiquiatría. Después, no va a ser hasta la tercera década del siglo XX cuando se consolidan los primeros procesos que persiguen transformar la asistencia en un sentido que sitúe a la persona como centro de atención. Estos procesos, que resultaron efímeros, supusieron sin embargo un punto de referencia innegable para la transformación que vino décadas después, ejemplos de estos primeros procesos fueron las iniciativas emprendidas por la Mancomunitat de Diputacions de Catalunya entre los años 1914 y 1924, y la Reforma iniciada por el Gobierno de la II República que modificó ostensiblemente la legislación vigente en todo el siglo anterior, sentando las bases legales y normativas para plantear el abandono del modelo custodial vigente hasta ese momento (Rafael Huertas, 1995). Fueron sendas dictaduras militares las que pusieron fin a estos procesos de reforma, por un lado, la Dictadura de Primo de Rivera, con la disolución de la Mancomunitat de Catalunya, y por otro la Dictadura Franquista que puso fin a la II República, acabando con todo tipo de reformas emprendidas con cierto perfil aperturista, entre ellas, las emprendidas por una asistencia psiquiátrica que ponía el acento en los aspectos sociales convirtiéndose en una disciplina con un compromiso social y crítico (Rafael Huertas, 1995).

A partir de la Guerra Civil y los consecuentes años de Dictadura, se producen cambios de corte involucionista que devuelven la asistencia psiquiátrica a presupuestos de décadas pasadas, tornándola preferentemente benéfica, custodial, defensiva de la sociedad y segregada de la asistencia sanitaria general (Conseglieri y Villasante, 2007; Rafael Huertas, 1995). Tal y como recuerdan nuestros informantes, la asistencia psiquiátrica de esta época se apoya de nuevo en los grandes hospitales psiquiátricos, generalmente de ámbito provincial y ligados a la administración de la beneficencia, y donde empezaron a implantarse los métodos asistenciales descritos anteriormente (Conseglieri y Villasante, 2007). La población de los hospitales psiquiátricos creció especialmente en un contexto social de represión franquista, motivados por todo tipo de acciones relacionadas con la peligrosidad social (Campos Marín, 2013, 2014; González de Chávez, 1980c).

En la última década de la Dictadura Franquista, cuando más cuestionado estaba siendo el Régimen desde multitud de ámbitos de la sociedad, se consolidan en el resto de Europa una serie de procesos de carácter progresista en lo que a la atención a los enfermos mentales se refiere, y cuyo más famoso exponente son las experiencias de F. Basaglia en Gorizia y Trieste (Italia) (Evaristo, 2011). La referencia a estos procesos emerge en varios momentos en las entrevistas realizadas a nuestros informantes, dándoles categoría de *modelo a seguir*, principalmente por ser uno de los primeros en culminar con éxito la desinstitucionalización y el cierre de los hospitales psiquiátricos. Esto supone una influencia más, en cierto modo la más importante desde el punto de vista cualitativo, junto a todas las que se van dando en la sociedad española de la época, que afectan y condicionan de forma importante la actitud de los profesionales que trabajan en los hospitales psiquiátricos, además de las de las personas allí institucionalizadas y sus familias (Sánchez Monge, 2011). Tanto los profesionales, como los enfermos y sus familias, empiezan a confrontar una asistencia psiquiátrica que cada vez más se concibe como de maltrato y encarcelamiento, y que empezaba a no ser comprendida por la sociedad en general (Jaime Jiménez, 2014; Martínez Lorca, 1977), equiparándola incluso como uno de más de todos los elementos de coerción que había servido de recurso para el control social del Estado Franquista.

En el año 1975 muere el Dictador y todos los cambios políticos y sociales se aceleran. En este contexto, teniendo cada vez más conocimiento de las reformas comenzadas en Europa en la década previa y que

ya estaban llegando a resultados muy positivos, se da una reconfiguración institucional que afecta a todo el Estado, también a la asistencia psiquiátrica hasta ahora en manos de las Diputaciones Provinciales y algunas órdenes religiosas. Así mismo la legalización de los actores políticos y sociales proscritos durante la Dictadura, que prestaban más oídos a los planteamientos pro Reforma Psiquiátrica (Valenzuela, 1985), dio lugar también a las primeras transformaciones y a la consolidación de los primeros cambios. Si bien es cierto esto, la propia aceleración de todos estos procesos dio lugar a una variabilidad y descoordinación importante a lo largo de todo el Estado. Se ponían en marcha diferentes iniciativas que eran determinadas por las particularidades de cada hospital o de cada provincia, pero que siempre procuraban ser coherentes con los planteamientos generales de desinstitucionalización, abordaje comunitario, implicación activa de enfermos mentales y familias, etc., que aparecen constantemente en el discurso de nuestros informantes y en la literatura (Angulo, 1977; Conde Muruais, 1986; González de Chávez, 1980a; Mascarell, 1980).

El cambio en la manera de abordar los problemas relacionados con la atención a las personas con problemas mentales, se daba en un contexto asistencial en el que se pretendía consolidar definitivamente la transición de la orientación custodial como razón de ser de los hospitales psiquiátricos a una orientación asistencial que pretendía convertirlos en centros de verdadera atención a las personas con problemas de salud mental (Angulo, 1977). Una de las primeras iniciativas, con claro objetivo humanizador, fue comprobar cómo era la salud en términos reales de los enfermos mentales allí recluidos. Se encontró que muchos de ellos no presentaban ningún tipo de trastorno psiquiátrico que justificase su ingreso, de forma coherente con la baja tasa de los institucionalizados que recibían tratamientos y que se señalaba anteriormente (Conseglieri y Villasante, 2007), del mismo modo que se certificaron muchas secuelas de los tratamientos y prácticas a los que las personas asiladas en estos centros habían sido sometidas durante años, como aparece en los relatos.

Estos procesos de incipiente reforma de la asistencia psiquiátrica que se dieron tras la Dictadura Franquista se caracterizaron por una coincidencia entre los movimientos en pro de esa reforma y la implicación social y política de los profesionales, pacientes y familiares que protagonizaron todo aquel proceso. Este fenómeno se dio de forma equiparable a todo lo acontecido en la década de 1930 y señalado anteriormente, cuando el compromiso con la transformación de esa asistencia era compartido con el activismo social y político en movimientos progresistas, de forma especialmente destacable en el caso de Cataluña (Comelles Esteban, 1988a, 1988b). Nuestros informantes se refieren a esta etapa con expresiones que demuestran la positividad con la que la vivieron.

6.4. De reclusión a puertas abiertas

El compromiso con la Reforma Psiquiátrica que caracterizó los primeros movimientos en favor de la misma continuó desarrollándose y dio lugar, entre otros efectos, a la creación de asociaciones de profesionales, de familiares y, en última instancia, de las propias personas que eran atendidas en los hospitales psiquiátricos (Desviat, 2011), reconocido en los discursos y derivado de los cambios que experimenta para los profesionales la consideración de la familia. Del mismo modo, los sindicatos de clase que en estos momentos y en años siguientes vivieron un desarrollo importante, sirvieron como colectivización de las demandas profesionales consecuencia de los planteamientos de la Reforma Psiquiátrica, produciéndose también un aumento importante de la afiliación de trabajadores de los

hospitales psiquiátricos, al igual que en el resto de los centros asistenciales, a los sindicatos de clase en cuanto estos fueron legalizados (Rafael Huertas, 1994; Perdiguero Gil, 2015).

La rapidez con la que bullían todos estos incipientes procesos de reforma daba lugar de nuevo a la mencionada variabilidad, pues la propia emergencia de todos ellos no brindaba oportunidad de buscar la ideal coordinación y sinergia entre los mismos. Todos coincidían en una serie de planteamientos generales entre los que uno tomaba la preponderancia: la necesidad de acabar con los hospitales psiquiátricos. Se asume, y así emerge en los discursos de nuestros informantes en varias ocasiones, la incapacidad de estas instituciones para hacerse cargo del cuidado de los enfermos mentales, defendiendo frecuentemente argumentos que le otorgaban un papel causal en los malestares de estas personas (Pacheco Borrella, 2004). Que el hospital psiquiátrico, por su forma y por su contenido, debía ser abolido era una idea que cundía fácilmente entre los sectores más críticos: se asimilaba el hospital psiquiátrico a la Dictadura Franquista, se acentuaban los conocidos casos de malos tratos o ingresos forzosos, así como los impedimentos a las familias para cuidar de sus familiares ingresados, argumentos sostenidos en parte en una mayor profusión de artículos y reportajes de prensa que empezaba a darse a medida que la población dejaba de ser ajena a los enfermos mentales (Aguilar, 1983; Angulo, 1977; El País, 1978), y que hacían una negación total de la utilidad del hospital psiquiátrico, impidiendo así también el desarrollo de ciertas iniciativas, coherentes con los planteamientos de la Reforma, que se habían empezado a dar en estas instituciones.

Según nuestros informantes señalan, de forma coincidente con lo expuesto en la bibliografía y en la prensa del momento (El País, 1978; Martínez Lorca, 1977; Mascarell, 1980; Sánchez Monge, 2011), en estos años se promueve la idea de asemejarse a experiencias que en el entorno europeo estaban empezando a dar sus frutos (Evaristo, 2011), las experiencias de F. Basaglia en Trieste o Gorizia, o las del hospital de Arezzo, daban muestra de que era posible cerrar los hospitales psiquiátricos y volcar toda la atención a los enfermos mentales en dispositivos y equipos de trabajo comunitario (Evaristo, 2011), aunque esta asunción de aspectos positivos negase frecuentemente las evidentes dificultades que estos procesos entrañaban. Para la AEESME, el interés de lo que acontecía, en la década de los años 1980 en países de nuestro entorno, se traducía en contar en los congresos con expertos de Suiza, Italia, Reino Unido y los Estados Unidos de América.

De las personas que residían asiladas en los manicomios al inicio de la Reforma, principalmente personas que padecían trastornos mentales orgánicos o relacionados con algún problema físico, como la epilepsia, quienes presentaban alteraciones graves de la conducta o pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento, eran éstos dos últimos tipos los que representaban un reto para el naciente modelo comunitario. Se emprendieron múltiples alternativas de manejo en diferentes contextos, con mayor o menor éxito, lo que parecía claro era que el hospital psiquiátrico tal y como era concebido entonces, ni por sus dimensiones ni por sus contenidos, representaba una alternativa satisfactoria (Fernández Liria, 1995). Nuestros informantes ponen en valor el papel de los profesionales en la integración de los enfermos en la comunidad.

Se asume entonces que la desinstitucionalización es la clave para acabar con el manicomio, y esto suponía un importante reto para la asistencia sanitaria a estos enfermos mentales. Se trataba de un importante volumen de población que había residido durante años en la institución, se había habituado a la vida asilar y presentaba serios problemas de adaptación a un medio externo extraño, incluso a su propia familia que, en algunos casos, había estado ausente durante años. Este proceso

requirió planes específicos de actuación, sistemas de reinserción social y desarrollo de programas de autocuidados, de manejo del dinero, de habilidades sociales y de relación que les permitieran desenvolverse con garantía en un medio a veces hostil (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2009).

Desde el punto de vista político se establecen planes idílicos que pretenden dar respuesta a las demandas del nuevo sistema, para los que se hicieron en principio análisis de resultados bastante autocomplacientes y poco críticos (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2009), que más bien supusieron un escollo para el óptimo desarrollo del propio sistema que una ayuda para el mismo. En este sentido, es preciso señalar que, en algunos casos, sobre todo en los primeros momentos, la desinstitucionalización se hizo a un ritmo más acelerado del deseable, aspecto señalado por alguno de nuestros informantes. La desconexión durante años con el medio de origen en el que se pretendía integrar de nuevo al enfermo mental dio lugar en ocasiones a situaciones difíciles de manejar por el recientemente creado modelo comunitario, más aún en provincias con menor desarrollo o en zonas rurales. Fernández Liria (1995), es que se había sobrestimado la capacidad de adaptarse a condiciones de vida normalizadas de personas que habían vivido durante largos períodos en medios protegidos olvidando, o incluso sin haber llegado a aprender, las habilidades necesarias para vivir autónomamente.

Esta realidad fue de nuevo resuelta de muy variados modos, uno de los más difundidos, así referido en las entrevistas de los informantes, fue la prueba de las llamadas salidas o permisos terapéuticos, que perseguían retomar el contacto con los familiares del enfermo mental ingresado y dar significado a la presencia de este en el seno de la familia (Rafael Huertas, 1980). Iniciativas de este tipo fueron poniéndose en práctica y dando lugar a la necesidad de centros asistenciales más cercanos, a poder ser inmersos en la comunidad donde estaba el entorno social del enfermo mental. Ante esta necesidad, a nivel institucional, comienza a gestarse el diseño de una red asistencial que consolidase las pretensiones de la Reforma Psiquiátrica y las demandas de profesionales, familiares y enfermos mentales (Giménez Muñoz, 2012). Así, el Gobierno socialista creó, por Orden Ministerial del 27 de Julio de 1983, la Comisión para la Reforma Psiquiátrica, que se encargaría de dar la cobertura institucional que oficializaba todas las iniciativas que ya se desarrollaban a lo largo de todo el territorio nacional, y que contribuyó a introducir estos aspectos en los contenidos relativos a la salud mental que aparecen en la LGS (Giménez Muñoz, 2012; Igualdad, 2009). El interés para las enfermeras que ejercían en el ámbito de la atención a enfermos psiquiátricos está demostrado. En el V Congreso de la AEESME, se trató sobre lo que se esperaba de esta ley para la atención psiquiátrica. El lema de la actividad fue *V Congreso de Enfermería de Salud mental. Desarrollo de la Ley General de Sanidad. Un reto para la Enfermería.*

6.5. Acabando con los estereotipos y prejuicios

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, resultado de los trabajos del Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009), llegó mucho más allá de una mera declaración de intenciones, dando lugar a un importante desarrollo legislativo. En él se recogían una serie de consideraciones, coherentes con lo planteado por nuestros informantes, que se concretaron en 37 principios para un plan general de salud mental y atención

psiquiátrica que, a su vez, crearon el marco necesario para redactar una serie de recomendaciones para el entonces Ministro de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, dirigido por Ernest Lluch.

Ya en sus Consideraciones Generales, este Informe pone de manifiesto que ha existido una activa discriminación de la atención a la salud mental por parte de los poderes públicos, a la vez que afirma que esa atención es responsabilidad última de esos poderes. En línea con esta afirmación, y ya refiriéndose al estado actual, en el año 1985, hace alusión a los hospitales psiquiátricos que va a coincidir con los planteamientos que hasta ese momento se venían desarrollando e implantando en todos los movimientos que buscaban la transformación o reforma de la psiquiatría en nuestro país, cuando afirma que el hospital psiquiátrico *ha venido ejerciendo funciones polivalentes en relación con los enfermos psiquiátricos, cubriendo problemas de orden sanitario, social y puramente custodial relacionados con la enfermedad mental* (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985b), hechos que emergen en los discursos.

Estas dos Consideraciones Generales sirven como rotunda declaración de intenciones sobre la orientación filosófica, política y asistencial del contenido del Informe, que va más allá y concreta aspectos muy relevantes para todo el proceso de Reforma. Se considera que la atención a las personas con problemas de salud mental debe ser entendida como un ámbito de la asistencia sanitaria, y no de la beneficencia, planteando la necesidad que la asistencia psiquiátrica esté integrada en el sistema general de protección de la salud, para lo que plantea por un lado una serie de reformas referidas a la asistencia sanitaria en general, como la inclusión de la atención a la salud mental en la cartera de servicios del sistema sanitario, la modernización del sistema para evitar espacios de *segregación sanitaria*, etc. y por otro lado, varias reformas de la atención psiquiátrica, incluyendo aspectos como la protección de la salud mental dentro del entorno social del usuario, la reducción en número y duración de las hospitalizaciones, y la defensa de los derechos civiles de la persona atendida en estos servicios (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985b).

En este Informe cobra especial relevancia la ordenación de los cuidados de la salud mental, teniendo como elementos preponderantes la territorialización y la participación comunitaria, vinculándose muy especialmente a la naciente atención primaria de salud. En el ámbito de la atención especializada a la salud se incidía de forma importante en la hospitalización por motivos de salud mental, que pasaba a hacerse preferiblemente en hospitales generales y entre cuyas funciones básicas se incluía exclusivamente el tratamiento de los pacientes ingresados, la psiquiatría de enlace del hospital, el apoyo a la urgencia hospitalaria y las funciones docentes y de investigación, como puede observarse, quehaceres muy alejados de la custodia y vigilancia del enfermo mental que hasta ahora tenían como fin las instituciones destinadas a su atención.

Siguiendo con los contenidos del Informe y las valoraciones positivas de la Reforma de nuestros informantes, hay que destacar la inclusión de una relación de nuevos programas que habrán de ser permanentes en el nuevo modelo comunitario y que categoriza como prioritarios. Estos son: la salud mental infanto-juvenil, la atención a la salud mental en la vejez, la atención a las personas con problemas de drogodependencia y la psiquiatría penal.

Este modelo siguió desarrollándose y poniéndose en práctica con un firme convencimiento en la apuesta por mantener al enfermo mental en contacto con su entorno comunitario. Este contacto permanente daba lugar inevitablemente a una presencia real del enfermo mental en los barrios y

pueblos, y provocaba el inevitable aumento de relación con su familia, vecinos y demás actores sociales presentes en esa comunidad. Esta realidad aparece en diferente medida en los discursos analizados tras las entrevistas, ilustrando con creativos ejemplos la importante cantidad de iniciativas puestas en marcha para garantizar esa frecuencia, aunque no se ha encontrado bibliografía específica referente a la puesta en marcha de estas medidas concretas y al efecto que tuvieron.

El principal y primer cambio que vivía esa comunidad, se daba en la familia de la persona que ahora era sacada del psiquiátrico (Sánchez Monge, 2011) para convivir con ella y en su comunidad, situaciones nuevas para el enfermo, la familia y el entorno vecinal. Diferentes situaciones y algunas dificultades que se presentaban, se resolvían con una importante asunción de responsabilidad por parte de la familia en su conjunto, o un familiar de manera particular, o el resto de actores de la comunidad relacionados con la persona egresada. Estas situaciones, muchas de ellas origen de malestares, fueron solventadas, como venimos diciendo, con el protagonismo de las familias y con la ayuda de los profesionales, mediante la creación y participación activa en los GAM. Estos iban surgiendo de las asociaciones que se estaban conformando, o bien al contrario, pues también era frecuente que las asociaciones surgiesen a raíz de los procesos vividos en un GAM primigenio (Desviat, 2011; Lozano, 2015; Megías Lizancos y Pacheco Borrella, 2009).

La bibliografía señala que el diagnóstico de una enfermedad mental en un miembro de la familia supone una situación de crisis, para el afrontamiento del cual no suele haber experiencia, conlleva un proceso de duelo, puede que también de trauma, y que requiere una reasignación de roles y responsabilidades en el seno de la familia (Lam y Tori, 2013). También se da en el caso que nos ocupa, aunque de forma diferente; de diferentes maneras, nuestros informantes expresan como el diagnóstico de una enfermedad mental en un miembro de la familia en las épocas anteriores a la reforma conllevaba en la práctica totalidad de los casos que la persona acabase asilada en un hospital psiquiátrico, en ese momento los procesos que se generan en el seno de la familia tienen que ver con el duelo, entrando también en juego procesos de vergüenza amparados en nociones estigmatizadas relativas al enfermar mentalmente, lo relevante en la Reforma Psiquiátrica era que ese familiar, que ya había sido diagnosticado y separado de su familia, ahora retornaba, la familia requería una reasignación de roles y un ajuste en sus dinámicas y en su día a día, no tanto por el diagnóstico, que ya era conocido, sino por la asunción de la responsabilidad sobre ese familiar hasta ahora asilado en el psiquiátrico (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2009; Lam y Nori., 2013).

Esta realidad era susceptible de generar ciertos malestares en la vida diaria de las familias y su entorno social más próximo que habían de ser afrontados, salvando las diferencias, como si el diagnóstico psiquiátrico del familiar acabase de producirse. Es aquí donde, en el mutuo reconocimiento de esos malestares, en dinámicas de solidaridad y convivencia, estas familias entran en contacto entre sí y se ayudan mutuamente (Megías Lizancos y Pacheco Borrella, 2009). La formalización de esta ayuda, que es mutua, que no viene de la asistencia sanitaria reglada, da lugar, como señalan nuestros propios informantes a partir de sus vivencias, a la creación de espacios grupales para proporcionarse esa ayuda mutua, que desde un principio, tal y como señalan diversos autores, aportan importantes beneficios a las personas y familias que participan de ellos (Cañamares y Jurado, 1995; Iraurgi et al., 1995; Roca Soriano, 1998; Yela Blazquiz, 2006). Tanto es así que, al igual que sucedía fuera del ámbito de la psiquiatría, muchos de esos GAM han estado funcionando durante años, aun hoy continúan funcionando y desarrollándose muchos de ellos, de tal modo que han dado lugar a nuevos procesos como los anteriormente mencionados relativos a la creación y puesta en marcha de asociaciones de

familiares de enfermos mentales. Autores como Desviat (2011), Roca Soriano (1998) o Yela Blazquiz (2006), destacan su importante papel, al igual que la muestra estudiada.

Todos estos procesos iniciados en los años inmediatamente posteriores a la Reforma Psiquiátrica, ya con un desarrollo normativo nuevo especialmente condicionado por la vigencia de la LGS, y las transferencias de competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas, dan lugar a diferentes modos de consolidación de unas u otras iniciativas a lo largo de todo el país. Cobra una destacada importancia en este aspecto la asunción de nuevas responsabilidades relacionadas con la gestión de la asistencia que acaban por asumir las asociaciones de familiares en algunas comunidades autónomas y que también señalan nuestros informantes (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2004). La bibliografía existente no abarca la diferenciación en cuanto a efecto, beneficios o perjuicios de una u otra forma de gestión de los servicios asistenciales, que en los casos en que era asumido por estas asociaciones, era generalmente a través de fundaciones creadas a tal efecto y principalmente en el ámbito del bienestar social, la inserción laboral, las alternativas residenciales, etc. Tal y como se aprecia en el discurso de nuestros informantes, existen diversas opiniones sobre la mayor o menor conveniencia de esta gestión por parte de los familiares, argumentando que su real conocimiento de su problemática les hace idóneos para esta función o discutiendo sobre la dejación de funciones en que incurrían las administraciones públicas, respectivamente.

6.6. El compromiso de los profesionales, una cuestión ideológica y de formación

Como señala Siles González (1999) el nivel de desarrollo y madurez de las profesiones que desempeñan su labor en el ámbito comunitario está relacionado con el nivel de desarrollo y madurez democrática del país. Las décadas de 1970 y 1980 en España están marcadas muy especialmente por un progreso a nivel democrático que influye de forma transversal a toda la sociedad, también al ámbito de trabajo con los enfermos mentales y sus familias. El significado que las cuestiones ideológicas adquieren en la asistencia a los enfermos psiquiátricos, ha sido objeto de consideración para los enfermeros de este ámbito. Desde los primeros congresos de la AEESME, en los años 80 del siglo pasado, se contó con la participación de políticos relevantes como Enrique Tierno o Matilde Fernández, por poner algunos ejemplos. También es lógico reseñar la apertura que manifestaban, pues como se señala a lo largo de esta tesis, la apertura era una realidad a todos los niveles.

Según emerge en los discursos aportados por los informantes en esta investigación, y de forma coincidente con lo publicado en la bibliografía especializada, a lo largo de esos años se vive en los reformados servicios asistenciales psiquiátricos una reorganización de casi todos los aspectos que les atañen, incluidas las profesiones sanitarias que en su seno desempeñan su labor. Figuras profesionales entre las que existía una gran variabilidad, como se describe en el análisis de los discursos aportados, empezaban a ordenarse a través de la descripción y detalle de las funciones que debían cumplir los nuevos servicios y, por ende, los profesionales que en ellos trabajaban, esta realidad se recoge también en los medios El País (1978) y García González (1988).

En el caso de los profesionales de enfermería, entendiendo en esta categoría todos aquellos que se dedicaban a la prestación de cuidados, enfermeras y auxiliares de enfermería, se vivió una de las

mayores transformaciones de las vividas por estas profesiones, marcada especialmente por la catalogación de la enfermería como disciplina universitaria.

Como referíamos anteriormente, son las propias funciones de los centros, antes de la Reforma custodiales, y tras ella comunitarias, las que acaban por definir las funciones de los profesionales en general, y de las enfermeras en particular. Como se pone de manifiesto en los discursos, pasar de asumir esa labor custodial y de vigilancia a trabajar aspectos de rehabilitación, relacionales, grupales y de resignificación de la experiencia, supuso una transformación total para la profesión enfermera. Una de las necesidades de las que los propios profesionales tomaron conciencia fue la falta de formación que estos nuevos quehaceres requerían, y así se señala en los discursos de nuestros informantes. Empezaron a organizarse iniciativas formativas que permitían a estos profesionales adquirir competencias relacionadas con la terapia familiar, con el manejo grupal, etc., del mismo modo que empiezan a organizarse reuniones entre profesionales, a modo de congresos de la enfermería, por ejemplo, con el objetivo de garantizar el óptimo desarrollo científico de los cuidados que ahora debían recibir los enfermos mentales y sus familias.

Dos momentos fueron especialmente importantes en este desarrollo. El primero, la entrada en la universidad de la Enfermería en el año 1977 y el segundo, consistió en el rescate de la especialidad de salud mental en el año 1980. El Ministerio de Educación y Ciencia del Gobierno de España publica el RD 2128/1977 sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería, por el que los estudios de Enfermería pasan a ser una diplomatura universitaria (El País, 1977). El desarrollo científico de la disciplina que este cambio implicaba fue trascendental para el trabajo de todos los profesionales, tanto de los nuevos como de los ya existentes que tuvieron que enfrentarse a un proceso de adaptación curricular (El País, 1980). El trabajo desempeñado por estos profesionales, que en un primer momento seguían siendo los mismos trabajadores, vivía así un cambio cualitativo que se ha demostrado positivo y que transformó la realidad de la disciplina y de los profesionales, así como de los pacientes y sus familias.

La particular situación de la asistencia psiquiátrica y del trabajo con los enfermos mentales y sus familias conllevó que las enfermeras que en este ámbito trabajaban viviesen un segundo proceso equiparable al anterior, consistente en la reafirmación a nivel normativo de la formación como especialistas en salud mental. Ya en el año 1970 se regula la especialidad de psiquiatría para las enfermeras, impartida en las facultades de medicina, que se mantiene vigente hasta 1987, cuando aparece el RD 992/1987 para enmarcar normativamente la formación de las enfermeras especialistas, y que contempla las especialidades de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), enfermería pediátrica, enfermería de salud mental, enfermería de salud comunitaria, enfermería de cuidados especiales, enfermería geriátrica y gerencia y administración de enfermería, de las cuales en un primer momento solo se desarrollarían las de matrona y salud mental y psiquiatría con la llegada de la Orden del Ministerio de Presidencia de 24 de junio de 1998 (Cibanal Juan, 2007). Nuestros informantes dan especial relevancia a lo esto supuso para la Reforma para fundamentar la especialización.

Este desarrollo, unido a otros hitos como la aparición de revistas científicas de Enfermería o la publicación de libros y manuales sobre la disciplina, empezaba a garantizar una visibilidad de la profesión en cuya construcción tuvo un importante papel el compromiso social que los profesionales de enfermería de salud mental habían demostrado en su implicación en los procesos de Reforma. Procesos en los que habían acercado la realidad de los enfermos mentales y sus familias a la sociedad,

movidos por un compromiso social más allá de su quehacer laboral y que junto al descrito desarrollo disciplinar, contribuyó a la consolidación de los cambios emprendidos, convirtiéndoles en un actor significativo en una sociedad especialmente movilizadora y comprometida.

Conclusiones

7. CONCLUSIONES

Es necesario destacar que la AEESME, ha tenido un papel fundamental en todo el proceso de consolidación de los objetivos planteados en la Reforma Psiquiátrica, y previamente lo tuvo el germen que dio origen a la Asociación, como se pone de manifiesto en las actividades científicas y publicaciones que se llevan a cabo.

En el análisis de la consideración de la enfermedad mental y de las personas que la padecen en el periodo anterior a la Reforma Psiquiátrica, se pone de manifiesto que **el estigma de la enfermedad psiquiátrica** es transversal a todas las entrevistas realizadas, emergiendo de forma relevante a lo largo de todos los discursos. La noción de miedo y peligrosidad social clásicamente apelada a la hora de aludir al enfermo mental obtiene un protagonismo importante en la época pre Reforma.

En la época pre Reforma se entiende que **la reclusión es una forma de esconder la vergüenza, encerrar al loco**, la discriminación fruto del estigma señalado y el trato vejatorio mediante el que eran controladas estas personas, encuentra una solución satisfactoria para los no alineados. Los profesionales entrevistados referencian una realidad especialmente dura, en la que la vulneración de derechos fundamentales, el trato inhumano y la negación de los mínimos cuidados a los enfermos mentales era la norma en las grandes instituciones manicomiales.

El advenimiento de **la democracia** cambió en el último cuarto del siglo XX todas las facetas de la sociedad española, también la realidad de la atención a los enfermos mentales. Aparece en los discursos aportados un cambio transversal a la práctica totalidad de los aspectos de la vida de los ciudadanos y ciudadanas en España. Los progresos fruto de ese cambio se rigen por una idea de justicia social que acaba por llegar a la asistencia psiquiátrica, donde ya no se toleraba el maltrato del que eran víctimas los reclusos en los psiquiátricos.

Se constata el paso **de la reclusión a las puertas abiertas**. La diada reclusión-libertad polariza muchos de los cambios acontecidos; encerrar al loco no aportaba nada positivo y sí mucho de negativo a su vida y la de sus familias, devolverle la libertad de vivir en comunidad en contacto con su entorno social normalizaba su vida y le devolvía el estatus de ciudadano, de persona con derechos.

Se observa una transformación fundamental tendente a **acabar con los estereotipos y los prejuicios** que tanto habían perjudicado a los enfermos mentales, se quiebra el círculo que en el análisis de los discursos comenzaba con el estigma abriéndose una nueva realidad en la que el enfermo mental es un ciudadano con los mismos derechos que cualquier otro, en los que la familia no es apartada ni negada en el cuidado de la persona que padece la enfermedad mental y en el que la comunidad juega un papel solidario y fundamental para el sostenimiento del modelo que nacía con la Reforma Psiquiátrica.

Es especialmente destacable el **compromiso de los profesionales, las cuestiones ideológicas y de formación**, pues aun formado parte siempre del sistema, sin sufrir en primera persona las vejaciones que este ejercía, viven la necesaria implicación, fruto de la caridad o de la solidaridad, por motivos religiosos o ideológicos, combatiendo la situación existente antes de la Reforma y movilizándolo todos los recursos para acabar transformando en gran medida el sistema.

La **formación** que llevaron a cabo los profesionales para reciclarse, la **información** que decidieron proporcionar a los enfermos, sus familias y la sociedad, el **asociacionismo** como método para catalizar los cambios que, acertadamente, consideraron necesarios, la **visibilidad** propia y de las realidades con las que convivían a diario para conocimiento de la sociedad, y el **desarrollo** de su campo disciplinar y profesional mediante la investigación e implementación de nuevos cuidados fueron los mejores métodos para que la transformación de la asistencia a la salud mental en nuestro país cambiase con la Reforma Psiquiátrica. Para llegar a la situación actual, en la que la consideración de la enfermedad mental, es equiparable a cualquier otra dolencia, y las personas que la padecen, como cualquier persona con una cualquier patología.

Bibliografía

8. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, J. (1983). La reforma psiquiátrica en Andalucía, iniciada durante la transición política, en fase de estancamiento. El País. Sevilla.
- Alberdi, R. (1988). Sobre las concepciones de la enfermería. ROL de Enfermería, (115), 23-30.
- Alberdi, R. (1991). Sociología de la salud y la enfermedad. IX Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería en Salud Mental. Pamplona: AESM.
- Alexander, M., y Runciman, P. (2003). Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración y de las consultas. Ginebra.
- Amezcuca, M., y Carricondo, A. (2000). Investigación cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. Index de Enfermería [Index Enferm] (Edición Digital), 28 (2926-34).
- Amezcuca, M., y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública, 76 (5), 423-436.
- Angulo, J. (1977). Duras condiciones y técnicas agresivas en los psiquiátricos de la Diputación de Vizcaya. El País. Bilbao.
- Aportaciones teóricas de dos maestras de los cuidados: H. Peplau y D. Orem. 20 años mejorando. 1982-2002. (2003). Madrid.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2004). Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Revista AEN, (5), 1-119. Retrieved from <https://www.aen.es/docs/CTecnicos4.pdf>
- Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. (2009). La Reforma Psiquiátrica en España, evolución y futuro de los cuidados enfermeros en salud mental. (Vol. 1).
- Bardín, L. (1996). Análisis de contenido (2nd ed.). Madrid: Akal.
- Berical, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. Revista de Sociología, 62, 145-176.
- Blasco, T., y Otero, L. (2008a). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista (I). Nure Inv, (33).
- Blasco, T., y Otero, L. (2008b). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista (II). Nure Inv, (34).
- Bobes, J., Bousuño, M., González, M., y Saiz, P. (2001). Enfermería psiquiátrica. Madrid: Síntesis.
- Campos Marín, R. (2004). La psiquiatría en la ciudad: higiene mental y asistencia extramanicomial en España en la década de 1920. Revista Frenia, 4 (convocatoria 2002), 101-111. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1503446~S1*cat

- Campos Marín, R. (2013). La construcción psiquiátrica del sujeto peligroso y la Ley de Vagos y Maleantes en la España franquista (1939-1970). *Asclepio*, 65(2), 17.
- Campos Marín, R. (2014). Pobres, anormales y peligrosos en España (1900-1970): De la "mala vida" a la ley de peligrosidad y rehabilitación social. XIII Coloquio Internacional de Geocrítica. El Control Del Espacio Y Los Espacios de Control. Barcelona, 5-10 de Mayo, 5-10. Retrieved from [www.ub.edu/geocrit/coloquio2014/Ricardo Campos.pdf](http://www.ub.edu/geocrit/coloquio2014/Ricardo_Campos.pdf)
- Campos, R., y Huertas, R. (2008). Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. *Arbor. Ciencia. Pensamiento Y Cultura.*, CLXXXIV (731), 471-480.
- Cañamares, J. M., y Jurado, C. (1995). Un grupo de autoayuda en la rehabilitación psiquiátrica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 15 (52), 137-145. Retrieved from <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1995/revista-52/15-un-grupo-de-autoayuda-en-la-rehabilitacion-psiquiatrica.pdf>
- Capra, F. (1987). *El punto crucial*. Barcelona: Integral.
- Carmona, J., y Del Río, F. (2011). Análisis histórico de la Reforma Psiquiátrica andaluza: Los inicios y el proyecto. *Estudios de Psicología*, 16(3), 329-339.
- Caserta, T. A., Pirttila-Backman, A.-M., y Punamaki, R.-L. (2016). Stigma, marginalization and psychosocial well-being of orphans in Rwanda: exploring the mediation role of social support. *AIDS Care*, 28(6), 736-744. <http://doi.org/10.1080/09540121.2016.1147012>
- Cibanal Juan, L. (2007). A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. *Rev Esp Sanid Penit*, 9, 34-37. <http://doi.org/10.4321/S1575-06202007000200001>
- Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, M., y Carballal Balsa, M. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud*. (2a). Madrid: Elsevier.
- Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., y Ward-Griffin, C. (2006). Peer support relationships: an unexplored interpersonal process in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 490-497. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00970>
- Comelles Esteban, J. M. (1988a). El espejismo neurológico y el auge la psiquiatría madrileña. In *Razón y sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea* (104-109). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Comelles Esteban, J. M. (1988b). El triunfo de la psiquiatría catalana. In *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea* (110-136). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Comelles, J. (1992). De médicos de locos a médicos de cuerpos. La transición del manicomio al gabinete en la psiquiatría de anteguerra (1890-1939). *Asclepio*, 44 (1), 347-368.
- Comelles, J. (1997). Reforma asistencial y práctica económica. De la crisis del tratamiento moral a la

- hegemonía del kraepelinismo. In Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España. (pp. 83-105). Madrid: Editorial Libro del Año.
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. (1985a). Documento general y recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la atención a la salud mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (13), 204-222.
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. (1985b). Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, V (13), 204-222.
- Conde Muruais, P. (1986, July 8). Seis muertos, y cuatro desaparecidos, en el incendio del psiquiátrico de Conxo. *El País*.
- Conseglieri, A. (2008). La introducción de nuevas medidas terapéuticas: Entre la Laborterapia y el Electrochock en el manicomio de Santa Isabel. *Revista Frenia*, VIII, 131-160. Retrieved from <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16458/16303>
- Conseglieri, A., y Villasante, O. (2007). Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés, XXVII (19), 119-141.
- Cook, S., y Fontaine, K. (1990). *Enfermería psiquiátrica*. Madrid: Interamericana.
- Corrigan, P., y Gelb, B. (2006). Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatric Services*, 57 (3), 393-398.
- Costa, M., y López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Lam, P., Ng, P., y Tori, C. (2013). Burdens and psychological health of family caregivers of people with schizophrenia in two Chinese metropolitan cities: Hong Kong and Guangzhou. *Community Mental Health Journal*, 49(6), 841-846. <http://doi.org/10.1007/s10597-013-9622-6>
- Dadvand, P., Bartoll, X., Basagana, X., Dalmau-Bueno, A., Martínez, D., Ambros, A., ... Nieuwenhuijsen, M. J. (2016). Green spaces and General Health: Roles of mental health status, social support, and physical activity. *Environment International*, 91, 161-167. <http://doi.org/10.1016/j.envint.2016.02.029>
- de la Cuesta, C. (n.d.-a). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Inv2006*, (25).
- de la Cuesta, C. (n.d.-b). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de Cuidados*, (20).
- Departamento de Salud Educación y Bienestar EEUU. (1978). Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación. Informe Belmont.
- Desviat, M. (1994). *La Reforma Psiquiátrica (1a)*. Madrid: Dor.

- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de trabajo social.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 427-436. Retrieved from http://www.scielosp.org/pdf/resp/v85n5/02_colaboracion1.pdf
- Duro Martínez, J. C. (n.d.). Fases y diseño en la investigación cualitativa.
- Duro Sánchez, A., y Villasante, O. (2016). "La asistencia al enfermo mental" de Luis Valenciano: la profesionalización del cuidado al enfermo mental durante la Segunda República Española, 51-62.
- El País. (1977, August 23). Los estudios de ATS, integrados en la universidad. El País.
- El País. (1978, December 15). Los centros de salud mental, alternativa al manicomio. El País. Madrid.
- El País. (1980, May 10). Los títulos de ATS y de diplomado en enfermería estaban ya homologados. El País.
- Emmanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación sea ética? Siete requisitos éticos. En: F. Lolas y A. Quezada (Eds.), *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas* (83-95).
- Espino, A. (2002). Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: Debilidades y fortalezas, amenazas y oportunidades. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 22 (181), 39-61.
- Espinosa Iborra, J. (1980). La evolución de la asistencia psiquiátrica en España: una introducción histórica. In M. González de Chaves (Ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica en España*1 (1st ed., pp. 109-115). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Esteban, M. (1992). La construcción de una disciplina. In XIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. *Las enfermeras del tercer milenio*. (112-125). Sevilla: AEED.
- Estroff, S., Penn, D., y Toporek, J. (2004). From stigma to discrimination: An analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 493-509.
- Evaristo, P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(110), 345-351. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352011000200011>
- Falcone, R., y Castillo, C. (2012). Los registros clínicos como fuente primaria para la historia de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis.
- Fernández Liria, A. (1995). Cronicidad en la psiquiatría a finales del siglo XX. In S. Rebolledo Moller (Ed.), *Rehabilitación psiquiátrica* (Vol. 1, pp. 15-28). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Foucault, M. (1982). *Historia de la locura en la época clásica*. Mexico: FCE.

- Foucault, M. (1992). Memoria redactada para la candidatura al Collège de France. Didie. Michel Foucault. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Francisco, C., Ferrer, E., y Benavent, M. (2009). Los cuidados como núcleo de la profesión enfermera. In C. Francisco, E. Ferrer, y M. Benavent (Eds.), *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: DAE.
- Fromm, E. (n.d.). *Anatomía de la destructividad humana*. Méjico: Siglo XX Editores SA.
- Fuller, E. (1974). *La muerte de la psiquiatría*. Philadelphia.
- García González, J. (1988). La cuestión de la desinstitucionalización y de la reforma psiquiátrica en Asturias: cinco años de evolución (1983-1987). *1Revista AEN*, VIII (27), 723-749.
- García-Silberman, S. (2002). Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública Mex*, 44(4).
- George, S., Bergin, C., Clarke, S., Courtney, G., y Codd, M. B. (2016). Health-related quality of life and associated factors in people with HIV: an Irish cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 115. <http://doi.org/10.1186/s12955-016-0517-4>
- Giménez Muñoz, M. del C. (2012). El gobierno socialista y la atención a la salud mental: la reforma psiquiátrica (1983-1986). *Historia Actual Online*, 27 (27), 19-28.
- Goffman, E. (1970). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, F. (n.d.). El mito de la enfermedad mental. *Huellas. Uninorte*, 2 (4).
- Gómez, M. (n.d.). *Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, calificación y metodología*. Pereira, Colombia: UTP.
- González de Chávez, M. (1980a). *Análisis de algunos intentos y experiencias de cambio*. (Asociaci, Ed.). Madrid.
- González de Chávez, M. (1980b). Historia de los cambios asistenciales y sus contextos sociales. In M. González de Chávez (Ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica en España* (Vol. 1, pp. 13-106). Madrid: Mayoría.
- González de Chávez, M. (1980c). Historia y análisis de la asistencia psiquiátrica en España. In M. González de Chávez (Ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. (Vol. 1, pp. 109-168). Madrid: Mayoría.
- Gonzalez, E. (1994). *Historia de la locura en España. Siglos XIII al XVII*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- González, E. (2000). De la psiquiatría a la salud mental. *Rev Esp Neuropsiquiatría*, 20(74), 249-260.
- Gutting, G. (1994). Michel Foucault's phänomenologie des krankengeistes. In *Discovering the History of Psychiatry* (pp. 331-347). Oxford: Oxford University Press.
- Hedelin, B., y Svensson, P. G. (1999). *Psychiatric nursing for promotion of mental health and prevention*

- of depression in the elderly: a case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(2), 115-124.
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después*. Madrid: Interamericana.
- Heredia Urzáiz, I. (2006). La defensa de la sociedad. Uso y abuso de la Ley de Vagos y Maleantes. In S. Castillo y P. Oliver (Eds.), *Las figuras del desorden. Heterodoxos, proscritos y marginados*.
- Heredia Urzáiz, I. (2009). Control y exclusión social: la ley de vagos y maleantes en el primer franquismo. In C. Romero y A. Sabio (Eds.), *Universo de Micromundos*.
- Huertas, R. (1980). El debate sobre la reforma psiquiátrica en la España del primer tercio del siglo xx 1, 43-53.
- Huertas, R. (1994). Fuerzas Sociales Y Desarrollo De La Salud Publica. *Revista de Sanidad E Higiene Pública*, (68), 45-55.
- Huertas, R. (1995). El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, (15), 193-209.
- Huertas, R. (2001a). Historia de la psiquiatría, ¿por qué? ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia*, 1(1).
- Huertas, R. (2001b). Historiografía de la asistencia sanitaria en España. De los mitos funcionales a la historia social, secuencia. *Revista de Historia Y Ciencias Sociales*, (51), 123-144.
- Huertas, R. (2004). El siglo de la clínica. Para una teoría de la práctica psiquiátrica. *Frenia*.
- Ibáñez, J. (1979). Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica. *Siglo XXI*.
- Iraurgi, J., Basabe, N., Igartua, J., Páez, D., y Celorio, M. J. (1995). Grupos de autoayuda y enfermedad mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 15(52), 125-136. Retrieved from <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1995/revista-52/14-grupos-de-autoayuda-y-enfermedad-mental.pdf>
- Jaime Jiménez, F. (2014). Revolución-Reforma: orígenes de un cambio. *Presencia*, 10(20), 10228.
- Kemper, T. (1978). Toward sociology of emoticons: some problems and some solutions. *The American Sociologist*, (13), 30-41.
- Kenneth, D. (2011). Modelo de adaptación de Sor Callista Roy. In *Modelos y teorías en enfermería (7a)*. Barcelona: Elsevier.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, A., y Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- King, I. (1991). *A Theory for Nursing: systems, concepts and process*. New York: Delmar Learning.
- Kraepelin, E. (1907). *Trattato de Psichiatria*, trad. de la 7a Ed. alemana (7a). Milano: Vallardi.

- Kraepelin, E. (1994). Las Formas Fenoménicas de la Locura. *Rev Arg Psiquiatría*, V (17), 215-230.
- Kvale, S. (1996). *Introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications.
- Laing, R. (1985). *Wisdom, Madeness and Folly: The making of psychiatrist 1927-1957*. London.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health os Candians: a working document. *Nouvelle perspective de la santé des canadiens*. Ottawa.
- Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K., y Hanestad, B. R. (2007). Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(3), 275-295. <http://doi.org/10.1080/01612840601172627>
- Larreina Zerain, M., Ortiz de Murúa García de Vicuña, N., García Diego, C., Alzola Ladrón de Guevara, M., Alzola Ladrón de Guevara, M., y Jordana Zorrilla, J. M. (2001). Programa de intervención familiar en una unidad de rehabilitación. In *Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (Ed.), Gestionando los cuidados en salud mental (437-444)*. Girona.
- Lavín, S. (n.d.). Historia de la psiquiatría, aquí y ahora, ¿desde qué concepción de la historia? *Temas de La Historia de La Psiquiatría Argentina*, XV (32).
- Livianos Aldana, L., Císcar Vilata, C., García Rodríguez, Á., Heimann, C., Luengo López, M. Á., y Tropé, H. (2006a). El hospital de locos de Valencia en los siglos XV y XVII: del Hospital de los Inocentes (1409 - 1512) a la Casa de Locos del Hospital General (1512 - 1699). In J. M. López Piñero (Ed.), *El Manicomio de Valencia del siglo XV al XX*. Valencia: Ajuntament de Valencia.
- Livianos Aldana, L., Císcar Vilata, C., García Rodríguez, Á., Heimann, C., Luengo López, M. Á., y Tropé, H. (2006b). El manicomio de Valencia 1900-1936. In J. M. López Piñero (Ed.), *El Manicomio de Valencia del siglo XV al XX2*. Valencia: Ajuntament de Valencia.
- López, C. (1988). *Locura y sociedad en Sevilla. Historia del hospital de los inocentes (1467-1840)*. Sevilla: Diputación Provincial.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista AEN*, XXVIII (101), 43-83.
- López-Ibor, J., y Cuenca, O. (2000). *La esquizofrenia. Abre las puertas*. Madrid.
- López-Muñoz, F., y Álamo González, C. (2007). *Historia de la Psicofarmacología*. Editorial Médica Panamericana.
- Lozano, A. (2015). Hoy hablamos con Manuel Desviat de salud mental. Grupo 5.
- Marcelino López, M., Laviana, M., y García-Cubillana, P. (2006). Los hospitales psiquiátricos en las(s) Reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. In F. Pérez (Ed.), *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica (239-273)*. AEN.

- Martín-Crespo Blanco, M., y Salamanca Castro, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Inv*, (27).
- Martínez Lorca, A. (1977, January 29). Polémica en Málaga sobre el emplazamiento del nuevo hospital psiquiátrico. *El País*. Málaga.
- Mascarell, S. (1980, April 22). Psiquiatría comunitaria, una solución al problema de la salud mental en España. *El País*. Madrid.
- Mayer, R., y Quellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. (G. M. Editeur, Ed.). Boucherville, Montreal.
- Mechanic, D. (1974). *Politics, medicine and social science*. New York, NY, US: John Wiley y Sons.
- Megías Lizancos, F., y Pacheco Borrella, G. (2009). Intervenciones enfermeras en el ámbito de la salud mental comunitaria. In F. Megías Lizancos y M. D. Serrano Parra (Eds.), *Enfermería en psiquiatría y salud mental* (2), 348-467. España: DAE.
- Megías-Lizancos, F. (1987). *La enfermería en salud mental en la comunidad: teoría y práctica*. Vitoria: AESM.
- Megías-Lizancos, F., y Cases, J. (2009). Terapias interactivas en familias. En: *Enfermería en psiquiatría y salud mental*. (2a). Difusión y avances de enfermería DAE.
- Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. (Basic Book). New York, NY, US.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1986). *Ley General de Sanidad*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2009). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
- Moore, K. (2011). El modelo de conservación de Myra Estrin Levine. In *Modelos y teorías en enfermería* (7a). Barcelona: Elsevier.
- Morse, J. M. (n.d.). *Asuntos críticos en la investigación cualitativa*. Sant Vicente del Raspeig: Universidad de Alicante.
- Murray, R., y Huelskoetter, M. (1991). *Psychiatric mental health nursing*. Connecticut: Apleton y Lange.
- Novel, G. (1991). Hacia una sistematización de los aspectos psicosociales de los cuidados. *Notas de Enfermería*, 1(3).
- Novel, G., Lluch, M., López de Vergara, M., y Blasco, R. (2005). *Enfermería psicosocial y salud mental*. (2a). Barcelona: Masson.
- Novel, G., Lluch, M., y Rigol, A. (1988). Concepción holística de la salud mental. *ROL de Enfermería*, (115), 33-36.
- Novella, E. (2008). Del asilo a la comunidad: Interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia*,

8, 9-31.

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. (1a)*. Barcelona: Masson-Salvat.

Orem, D. (2001). *Nursing concepts in practice. (6a)*. Saint Louis: Mosby.

Orlando, I. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. Atlanta: National Language for Nursing.

Ortí, A. (1990). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo. In *El análisis de la realidad social (2nd ed., pp. 171-203)*. Madrid: Alianza Universidad Textos.

Pacheco Borrella, G. (2004). *Del manicomio a la comunidad: relato de una experiencia profesional*. Evidentia, 1(2).

Pacheco, G. (1989). *Prsente y futuro de la Enfermería en Salud Mental en Andalucía*. Ciempozuelos.

Pacheco, G. (1991). *Desinstitucionalización psiquiátrica y recursos intermedios*. Jarandilla.

Pacheco, G. (2003). *Aspectos que configuran la salud mental*. Medwave, 3 (8).

Pacheco, G. (2010). *La contrucción social enfermo mental, su repercusión en el individuo, familia y en los cuidados de salud mental*. Universidad de Alicante.

Pacheco, G. (2011). *¿Cómo se nombra a quien padece un trastorno mental?* Rev Presencia, 7 (13).

Peplau, H. (2004). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer Publishing CO Inc.

Perdiguero Gil, E. (Ed.). (2015). *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*. Universidad Miguel Hernández de Elche.

Pérez Andrés, C. (2002). *Sobre metología cualitativa*. Rev Esp Salud Pública, (76), 373-380.

Pigem Serra, J. (1945). *La piroterapia, las curas de choque y asociación de métodos en psiquiatría*. Anales de Medicina Y Cirugía, 2 (3), 260-264.

Polo, C. (1997). *Del padre Jofré al Jofrismo*. In A. Rey (Ed.), *La locura y sus instituciones*. Actas de las II Jornadas de Historia de la Psiquiatría (125-140). Valencia: Diputación de Valencia.

Porras, A. (2008). *25 años de profesión a tres voces: Una visión social*. Salamanca.

Porter, R. (1987). *Mind-forg'd Manacles: A History of Madness in England from the Restoration to de Regency*. Cambridge: Harvard.

Porter, R. (1989). *Historia social de la locura*. Barcelona: Crítica.

- Power, P., Iacoponi, E., Reynolds, N., Fisher, H., Russell, M., Garety, P., ... Craig, T. (2007). The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and access to an early detection team in first-episode psychosis. *The British Journal of psychiatry. Supplement*, 51, s133-9. <http://doi.org/10.1192/bjp.191.51.s133> [doi]
- Raile Alligood, M., y Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7th ed.). Barcelona: Elsevier Science.
- Real Academia de la Lengua. (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (23rd ed.).
- Rendueles Olmedo, G. (1980). La psiquiatría asilar española. In M. González de Chávez (Ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica en España* (pp. 131-150). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Rigol Cuadra, A., y Ugalde Apalategui, M. (2001). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. (2a). Barcelona: Masson.
- Rivas Padilla, E. (1980). Análisis de la experiencia de cambio en as clínicas psiquiátricas de la Ciudad Sanitaria Provincial de Madrid. In *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. (Ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica en España* (457-502). Madrid.
- Roca Soriano, F. (1998). Los “desconocidos” grupos de ayuda mutua. *Cuadernos de Trabajo Social*, 11, 251-263.
- Romero Brioso, A. M. (2005). El apoyo al cuidador familiar, elemento fundamental de la atención al paciente psicótico. In *Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental* (Ed.), *Elementos terapéuticos de los cuidados de enfermería de salud mental* (511-516). Cáceres.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuiló*, 16(45).
- Sánchez Monge, J. M. (2011, April 25). 25 años sin manicomios. *El Mundo*. Madrid.
- Schwartz, J. (2000). *La hija de Casandra. Una historia de psicoanálisis en Europa y América*. Madrid: Síntesis.
- Seco, M., Andrés, O., y Ramos, G. (1999). *Diccionario del Español actual* (1a). Madrid: Grupo Santillana.
- Serrano, M. (1999). Las necesidades de salud en la población. XVI Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería de Salud Mental. Toledo: AESM.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry. From the era of the asylum to the age of prozac*. New York: John Wiley y Sons.
- Siles González J. (1999). Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (Edición Digital), 24-25.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para*

- desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía.
- Szasz, T. (2008). *El mito de la locura*. Madrid: Amorrortu.
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tropé, H. (2011). Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de Valencia. *Frenia*, XI, 27-46.
- Valenzuela, A. (1985, December 16). La Diputación de Málaga investiga las presuntas irregularidades en el hospital Psiquiátrico. *El País*. Sevilla.
- Valles, M. (2009). *Entrevistas cualitativas. Cuaderno metodológico nº32*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Vasco, A. (1990). El proceso de enfermar. VIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería en Salud Mental. Vigo: AESM.
- Ventosa, F. (1984). *Historia de la enfermería española*. Madrid: Ciencia 3.
- Villasante, O. (2004). La malarioterapia, ¿un tratamiento revolucionario? *Historia de La Medicina*, 68-76.
- Wagner-Jauregg, J., y Bruetsch, W. L. (1946). The history of the malaria treatment of general paralysis. *The American Journal of Psychiatry*, 102, 577-582. <http://doi.org/10.1176/ajp.102.5.577>
- Weiner, D. (2002). *Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente*. Méjico: FCE.
- Wesley, R. (1997). *Teorías y modelos de enfermería*. México: Interamericana.
- World Health Organization. (1990). *La introducción de un concepto de salud mental en la atención primaria*. Ginebra.
- World Health Organization. (2001). *Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo*.
- Yela Blazquiz, D. (2006). Los grupos de autoayuda en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. *Experiencia de un grupo*. *Presencia*, 2(4).
- Yoshizumi, T., Mizutani, S., y Yamada, S. (2016). Deprivation and Social Support in Mental Health of Welfare Recipients in Japan. *Psychological Reports*, 118(2), 372-386. <http://doi.org/10.1177/0033294116639183>
- Zarco, J. (2000). *El análisis de contenido cualitativo como soporte técnico para la asesoría política*.

Anexos

ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, mayor de edad,
con DNI /NIE, presto mi consentimiento a participar en la
investigación **EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.**
UN ANÁLISIS SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA, en calidad de **INFORMANTE**, y autorizo al
Investigador Principal D. FRANCISCO MEGÍAS LIZANCOS a llevar a cabo el tratamiento oportuno de la
información aportada por mi persona.

En, a de de

Firmado, el Investigador Principal

Firmado, el entrevistado

D. Francisco Megías Lizancos

D / D^a

Anexo 2: ENTREVISTA 1

Entrevistador: Comenzamos con cuatro datos medio administrativos. ¿Qué edad tienes?

Entrevistado 1: Sesenta y nueve años.

P: ¿Experiencia y tiempo trabajado en salud mental?

R: Experiencia en tiempo veinte años en dos, casi tres, etapas. Veinte años. Y experiencia pues empecé de auxiliar psiquiátrico, ATS psiquiátrico, la especialidad, especialista en psiquiatría y después ya como gestor: gestor en centros psiquiátricos, director gerente.

P: ¿Y actualmente?

R: Actualmente director del Centro Universitario de Enfermería de San Juan de Dios adscrito a la Universidad de Sevilla.

P: Empezamos ya con la primera pregunta. Antes de la reforma psiquiátrica de 1985, ¿qué consideración social tenían los enfermos mentales y sus familias? Y más específicamente, ¿cómo los veían los profesionales sanitarios?

R: Para el Informante 1, contestar a la pregunta requiere hacer una abstracción y situarse en los tiempos y tendríamos que retraernos a cómo eran los enfermos desde el año 1885, que es la primera vez donde se contempla al enfermo, la segunda en el año 1931 que deroga la anterior y después la Ley General de Sanidad en 1986, que deroga la del año 1931.

Hay que tener en cuenta que la sociedad ha ido cambiando según los tiempos en todas y cada una de estas etapas; la sociedad piensa de distinta manera. Es por ello, que aquella abstracción hay que hacerla al hablar del enfermo mental.

La psiquiatría ha ido en función de los tiempos, el brujo, el castigo, la desgracia...

El parecer de los profesionales respecto de la psiquiatría, es en función de la ideología política y también podemos decir, que al cargo político que ha tenido cada profesional que ha podido influir en el mundo de la psiquiatría. Esto lo hace distinto al resto de especialidades médicas.

Alrededor de la psiquiatría siempre ha habido un móvil político. Los reformadores del año 1978 en España, se apoyan en la reforma italiana, en Trieste, que con la Ley 180/1978, llega a prohibir los hospitales psiquiátricos y crea los centros de salud mental, como eje de la atención a la salud mental.

P: ¿Cuáles crees que fueron las causas que condujeron a la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica?

R: en los años de 1960, España es reconocida como una potencia económica, en el año 1966 se celebra en España el Congreso Mundial de Psiquiatría y curiosamente al inicio de la década de

los años 1970. Aparecen personajes hasta entonces desconocidos, que manifestaban no estar de acuerdo con la asistencia sanitaria de la época y la psiquiatría en sí misma.

P: ¿Cómo repercutió la reforma psiquiátrica en la valoración social y en el tratamiento de los enfermos psiquiátricos?

R: considera que se puso en marcha una reforma con mucha prisa y sin alternativas a la asistencia psiquiátrica que había hasta entonces. El proceso entiende que fue muy triste porque si bien, pudo haber un logro en cerrar sitios inhumanos, pero a su vez, era muy triste ver a los enfermos mentales vagando por estaciones de trenes y autobuses. Primero se creó la conciencia de que aquel tipo de asistencia de psiquiatría no era justa y sin embargo, no se crearon alternativas, todo ello dio lugar a mucho sufrimiento y abandono en cierta medida.

A lo largo del tiempo se han ido creando centros adecuadamente dotados con espacios más pequeños y más humanizados y a la vez, algunos centros antiguos se han ido adaptando, dando lugar, a una imagen nueva de la asistencia psiquiátrica incorporándola a su vez, a un sistema más clínico.

Entiendo que la asistencia al enfermo, ha ido mejorando. Al principio, había gran empeño en definir si el paciente presentaba un problema de tipo social o de tipo psiquiátrico y dentro de cada grupo, cuáles era residuales y cuáles eran rescatables. Estas categorías, llevan a pensar y esto es algo muy interesante en la gestión, en otros capítulos económicos, novedosos en el sistema de salud, como lo son los de las necesidades sociales.

P: ¿Y la reforma trajo nuevos dispositivos asistenciales, diferentes a los que existían anteriormente? ¿Qué ha supuesto esto para la atención y cuidado de los enfermos mentales?

R: El informante manifiesta que las estructuras de atención a la salud mental antiguas, con grandes edificios, debidamente adaptadas a las necesidades de las personas que van a atender y adecuadamente dotadas desde el punto de vista estructural y económico, pueden funcionar adecuadamente y dando respuestas positivas a la atención y cuidado de los enfermos. Un ejemplo puede ser el de un enfermo psicogeriatrico, que, en muchos lugares de nuestro país, es atendido en centros antiguos pero muy adaptados a sus necesidades: se les atiende con una gran carga humana y profesional.

El cambio en la atención a personas con problemas de salud mental ha evolucionado mucho y de forma paralela a la evolución social.

Preguntado sobre si los dispositivos asistenciales han facilitado la integración del enfermo en la sociedad, nos dice que él prefiere utilizar la palabra normalizado, en el sentido de que podemos observar como grupos de enfermos crónicos hacen actividades sociales y no se les mira de manera extraña como ocurría antes. No es tanto que se haya dado una integración total, pero sí que las relaciones establecidas con la sociedad, sobre todo desde una perspectiva grupal, de alguna manera, se han normalizado.

P: Ahora vamos a hablar de las enfermeras. ¿Qué cambios han introducido los conceptos y métodos asistenciales derivados de la reforma en la actividad que desarrollan las enfermeras

de salud mental? Es decir, ¿ha habido un cambio en la labor, en la función de la actividad de las enfermeras de salud mental?

R: Sí. Pero antes de eso quiero decir que las enfermeras siguen siendo un poco todo. Eso no sé cuándo lo perderemos, pero aun todavía siguen siendo un poco todo. Pero dicho esto, verdaderamente ahora mismo el factor enfermera en el mundo de salud mental es muy importante. Desde el punto de vista asistencial, humano, de sus silencios, de su disponibilidad, de su ciencia, todo eso junto ahora mismo en el desarrollo de su hacer diario, haciendo un poco de todo aún. Siguen valiendo para todo. Eso, por un lado, y por el otro lado, la relación con la familia y que las familias las vean como un aporte, una ayuda muy importante a la enfermera. Poner en la enfermera un poco su apoyo, su apoyarse en ella. Y por otro lado, la introducción de la enfermera como una cosa muy especial a la hora de trabajar con todo el montaje que hay (montaje en el buen sentido de la palabra, claro), toda la infraestructura que ha generado la atención social. O sea, esa relación que tiene la enfermera para una parte familiar y para una parte de apoyos sociales. La enfermera ahí es una clave muy importante sin haberla dejado de hacer, siempre según la evolución de la sociedad, como ha ido avanzando, y sin dejar de hacer un poco de todo: lo mismo vale para eso que estoy diciendo y vale para más cosas dentro del mundo sanitario, también dan de comer, también hacen higiene al enfermo; y son enfermeras y no pasa nada. Pues eso que venimos haciendo toda la vida se sigue haciendo ahora, pero hay una diferencia, como he dicho, de estas dos partes (que puede haber más, pero por ser un poco más certero).

P: Has comentado que las enfermeras se relacionan mucho más con la familia y con los servicios sociales. ¿Se han adaptado a este nuevo rol? ¿Han incorporado a la familia y a los servicios sociales como parte de su responsabilidad o de su relación?

R: ¿Ellas hacia ellos, o los colectivos...?

P: Pues mira, las dos cosas

R: Yo creo que sí: "yo creo que lo que me ha dicho a mí la enfermera es verdad", dicen las madres o dicen las mujeres o las esposas. En definitiva, es verdad porque, mire usted, están todo el día con él, o todo el día con ella. Es decir, hacen un juicio a la familia. Y los servicios sociales en definitiva es lo mismo: "¿Quién va a saber mejor que ellas?". Si se quiere, son gestos muy vulgares, pero es una forma de expresar o tratar de copiar lo que dice la sociedad, y dicen los propios servicios sociales. Es decir, yo creo que ahora mismo, en la situación que estamos, a un nivel que he dicho antes humano-científico, profesional, de saber callar, de saber esperar, de tener paciencia (porque todo esto es muy importante en esta atención al enfermo), y de nunca tener presencia y mano derecha siempre con la familia, pues yo creo que esto, en definitiva, es como un preámbulo a esto que nos has preguntado de esta relación de ellos hacia allá, y de ellos hacia ellas. Creo yo, no estoy hablando *ex cátedra*, pero es un poco como yo lo veo. Más que como yo lo veo, como lo he ido viendo crecer, como yo lo he ido viendo a la vez que juntos [íbamos] creciendo. No siempre hay que estar practicando para ir viviendo eso.

P: ¿Pero las enfermeras y los servicios sociales compiten?

R: Bueno eso es histórico. Porque siempre dicen "llegaron las últimas y nos han comido casi todo", eso los trabajadores sociales, "además nos han cogido un montón de tareas que hacíamos". Eso son gestos que se suelen decir. Yo creo que cuando hay un planteamiento serio, todo esto no entra, ni siquiera se verbaliza. Cuando eso ocurre es porque hay algo más de fondo. Yo esa relación no la aseguraría como tal, como si hubiera impedimentos que están proporcionando una rémora en nuestra profesión enfermera. Más bien lo veo que debajo hay algo que no funciona, y lo que aparecen son esos hechos puntuales. Porque cuando funciona no hay problemas. Hombre, si me pregunta "¿cuénteme cuantos funcionan?", pues ahora mismo sería un poco arriesgado decir cuanto por cien hay en España de esa manera. Pero yo creo que estamos en línea de que eso funcione. Porque ya estamos culturalmente acostumbrados a la lentitud de nuestros avances en salud mental. Por decir salud mental, porque en general en la profesión.

P: Volvemos a las familias. ¿Qué función tiene para usted la familia en el cuidado y la atención del enfermo mental?

R: Aquí me vas a disculpar que me extienda, yo aquí digo que la familia es el alma del enfermo mental. Si es el alma, es todo. El alma es lo que nos da vida a ti y a mí, pues la familia es el alma del enfermo mental. Ahí podríamos estar desmenuzando el alma, pero yo creo que con esto queda muy claro lo que yo quiero decir.

P: ¿Las familias se han beneficiado o han sufrido la reforma psiquiátrica?

R: Esto que he dicho es porque está fundamentado en muchas cosas. Por ejemplo, el gran problema que tiene la familia cuando dicen que no colabora, o que no está pendiente, o que no hacen caso, en fin, todo eso que se suele oír en relación a la familia (y yo creo que eso lo conocemos todos), es que cuando una familia tiene una cobertura estructural y una cobertura humana disponible, la familia aguanta hasta el último minuto. Pero lo triste es cuando esta familia, que es el alma del enfermo, es sobrepasada en sus conocimientos y en su hábitat de casa normal y no hay una cobertura; eso sí que es doloroso. Y eso sí que es triste. Pero cuando no ocurre eso, y gracias a dios cada vez está mucho mejor, cuando una familia le dice a la enfermería "mira que esto no va", sabes lo que te está diciendo. Y cuando esa enfermera se hace presente, la familia tiene una confianza... Y cuando es necesario el "aguántelo usted un mes más; no, vamos a llevarlo a la estructura asistencial especializada y ya volverá", eso yo creo que es lo que más la familia aprecia. Y es lógico: una madre aguanta hasta al máximo, pero cuando no va, no va. Y tiene que buscar recursos, y si tiene cerca recursos humanos capacitados (como ya hemos dicho que los hay porque hay unas enfermeras punteras), y hay una estructura que no hay vecinos de camas, sino que es acogido, pues eso sería lo más importante para la familia.

P: ¿Las enfermeras consideran a la familia solo en cuanto cuidadora, o también la identifican como a un sujeto necesitado de la asistencia?

R: Yo diría incluso más, yo diría que muchas acciones nuestras de enfermera no podrían ser cumplimentadas si faltase la familia. Es decir, nuestra acción enfermera con un paciente o con un colectivo que carece de familia es distinta a donde tiene la cobertura familiar. Es evidente además.

P: ¿Qué ayudas necesitan las familias para desempeñar su función?

R: Pues yo diría, casi lo he dicho antes, pero realmente ¿qué es lo que necesitan? Pues un poco lo he dicho antes: "su paciente no puede ingresar" porque [es] la línea que llevamos. Pero claro, si eso ocurre, o se descompensa o mil cosas, si yo tengo una disponibilidad de profesionales o de estructuras no habrá nunca un problema para cuidar al enfermo, para todo eso que vemos de la higiene, de la medicación. Porque claro aquí siempre vemos a la madre, pero nunca o casi nunca hablamos de la esposa, o del esposo. Y mira, en mi experiencia, no vamos a contar experiencias, pero uno de los grandes problemas que tenía yo como director de enfermería en mi época era que a veces las altas volvían muy deprisa, muy pronto, y era raro. Hasta que pude verme con mucho trabajo de que claro si era por parte de la esposa, si tomaba una medicación muy concreta no podía cumplir sus funciones maritales, de pareja. Si no le doy la medicación pues hay una ración. Eso qué significa, pues que retornaba otra vez la patología psiquiátrica. Quiero decir que a veces todo esto es muy complicado y que hay que tocar muchas teclas y no es siempre la clásica madre mayor, viejita. No, no; hablo de familias y estoy metiendo a toda la familia. Principalmente un gran problema son los esposos cuando uno u otro tiene la enfermedad

P: ¿Cuál es a su juicio el aporte enfermero a la reforma psiquiátrica?

R: Pues, yo creo que algo ya he dicho. Pero es esa manera de cómo actuamos. Es muy importante. Yo no sé si me vas a preguntar más adelante otra cosa que pueda coincidir, pero, por ejemplo, yo creo que el aporte que ya estamos haciendo es tan visible, ahora que estamos en el mundo de lo visible que no necesitaría mucha argumentación lo que está aportando la enfermera. Otra cosa es que tengamos que estar demostrándolo día a día. Eso ya sería otro tema que llevaría su discurso: el tener que estar demostrando continuamente la valía de la enfermera con todo lo que ya llevamos hablado de lo que se podría decir. Por lo tanto, yo creo que el aporte de la enfermera es vital, siempre lo ha sido. Pero si estamos en este discurso, yo creo que la reforma no se hubiera podido llevar adelante. Yo recuerdo que, en Granada, en 1986, teníamos un seminario que llamábamos "Aula abierta" para hablar del enfermo mental. Con Concha Germán, con los enfermeros del psiquiátrico de Granada, y yo en la sala de nuestro hospital de San Rafael, tenía sala abierta. Quiero decir que sin esto que decimos ahora del "cuidador invisible" (es antiquísimo en nuestra profesión de salud mental: la enfermera invisible) no se hubiera podido montar la reforma si no es por la enfermería. Sin entrar en comparar a nadie o ninguna profesión; simplemente que no se hubiera podido llevar a donde estamos sin la enfermera.

P: ¿Y el futuro? ¿Hacia dónde tienen que ir las enfermeras en el futuro?

R: El futuro está naciendo ahora mismo. Esta entrevista es futuro ya. Y entonces eso es lo que nos tiene que llevar a plantear esto que he dicho antes: de no tener que estar. Tiene que llegar un momento (y yo quiero verlo antes de finalizar, no sé si me va a dar tiempo cronológicamente hablando) que yo llegue a ver que la enfermera no tenga que demostrar su valía; y tengo que ver la plenitud y la singularidad o la impronta de la enfermera en un equipo interdisciplinar. Eso de la multidisciplinidad no funciona, eso no vale. Yo tengo que verlo porque la enfermera invisible en salud mental no es posible seguir manteniéndola, es que no debemos permitirlo. Pero tampoco se debe estar forzando nada, simplemente es que como estamos haciendo el futuro en el presente y vivimos día a día, pues eso nos tiene que llevar a que no hay que demostrar nada: valemos lo que valemos científicamente hablando, profesionalmente hablando, humanamente. Y por lo tanto el equipo interdisciplinar será una cosa tan normal, tan

del día a día, que eso será el futuro de mañana. Hoy es el presente, pero ya llevamos diez minutos de futuro.

P: ¿Cómo conseguimos que la enfermera no esté cuestionada en un momento donde se quiere volver a las jerarquías tradicionales?

R: Pero eso socialmente es así, la tribu es malísima, la tribu es una cosa muy complicada. Porque unas veces el poder pasa al jefe de la tribu y otras veces pasa al chamán, y no ha cambiado nada. Yo sí que estoy muy convencido de que lo que cambia son los decorados, pero el hombre y la mujer siguen siendo los mismos. Entonces, y es un poco lo que decía antes, [hay que] demostrar que valgo, que sé, que conozco, que manejo, que cuido. Sinceramente, no lo sé. Yo creo que con lo que estamos haciendo yo creo que sería suficiente, el caminar así. Lo que ocurre es que claro, el ser humano se cansa y a veces... Porque aquí lo más difícil yo creo que está ahora mismo en administrar la cotidianeidad. Ese es nuestro gran problema como enfermeros, que no nos paramos a administrar la cotidianeidad. Si la administráramos bien la cotidianeidad, no estaríamos solo evaluando los planes, los cuatrimestres, los trimestres, los bianuales, sino que estaríamos haciendo previamente esa administración de la cotidianeidad para que nos de esa solvencia para ese cambio. Yo creo que dentro de todo esto también hay mucha singularidad, muchas maneras, muchas formas. Pero yo no creo que estamos en esa situación, y cada año más. Y ahora, por ejemplo, el estudiante que sale de los nuevos grados sale con conocimiento de salud mental: que sepan hacer una valoración, con una decisión Yo creo que en ese aspecto soy positivo. O será también porque uno lleva tantos años conociendo la lucha, la guerra. Pero vamos, hoy estamos donde estamos gracias a aquello y mañana estaremos donde estaremos gracias a hoy.

P: ¿Y a quien nos tenemos que dirigir las enfermeras, las asociaciones de salud mental? ¿A quién nos tenemos que dirigir fundamentalmente: ¿a los otros profesionales, a nuestros propios profesionales, a los ciudadanos?

R: Hemos avanzado mucho, pero yo creo que tenemos la tarea pendiente de ponernos de acuerdo nosotros mismos. Es un problema que va en contra nuestra, no nos favorece en nada. Aunque sea rica la diversidad de opiniones, todo eso es rico porque incrementa, pero eso no es la disparidad ni el alejamiento. La diversidad de criterios y de opiniones es riqueza, pero no debe ser nunca un alejamiento. ¿Dónde conviene ceder?, ¿dónde mis ideas y mis criterios son los que valen? Es decir, todo eso en nuestra profesión todavía es una asignatura que tenemos que limar más. Esto no quiere decir que entre medias puedes decir algo a los colegas médicos, a los colegas psicólogos; pero yo centraría la tarea dentro del colectivo primero, para tener esa solvencia para poder abordar a otros colectivos. Pero si realmente trabajáramos en serio como estamos haciendo ahora (en serio quiere decir desde esa cotidianeidad de cada día) pues de esas cosas no haría falta convencer a nadie. De hecho, ya muchos fantasmas están cayendo. El fantasma de la enfermera de salud mental está cayendo, el cómo nos ven otros colectivos. Pero aún queda.

P: Y, por último, algún otro aspecto q quiera destacar.

R: Pues a hay muchísimos. Ahora que dice eso enseguida me voy a la historia, que es la materia que trabajo. La primera cuestión que hay que destacar es la continuidad que tenemos que tener como colectivo en el mundo de la salud del estigma que tiene aún todavía el enfermo en el siglo

XXI. Y otra cosa que querría destacar y que no sale nunca es cómo en toda esta reforma de aquellos colectivos que se llamaban progresistas (no es que yo lo diga, sino que se auto llamaban progresistas) realmente cargaban todas las tintas de la situación auxiliar y asistencia psiquiátrica a aquellas clínicas privadas o de la Iglesia que eran las que fomentaban e incrementaban ese tipo de asistencia. Un poco históricamente, uno como lee y se documenta, realmente hay poca documentación de ese colectivo de cara al Estado, porque la persona que tenía la seguridad social que tuviera, por el hecho de ser enfermo mental, pasaba a la beneficencia, y nadie decía nada. Y eso siempre me gusta remarcarlo porque a veces se cargan las tintas muy subjetivamente de acuerdo a mi ideología política o mis creencias. Y yo creo que eso es un error sea de donde venga, sea de la enfermería o sea de la medicina, en este caso venía de la Medicina, sobre todo. Yo creo que, ya que me lo preguntas, previamente [hay que] seguir trabajando sobre la estima de estas personas [todo lo] que podamos, lo que se pueda desde los medios públicos, la prensa, la radio, la tv, todos esos medios muy incisivos. Yo recortaba, ya lo he dejado, pero recortaba siempre todo eso de la prensa, me gustaba recortarlo porque me venía bien para la docencia, pero ya lo he dejado también.

P: Muchas gracias

R: De nada.

Anexo 3: ENTREVISTA 2

Entrevistador: ¿Qué edad tienes?

Entrevistado 2: Cuarenta y cinco años.

P: ¿La experiencia que tienes en salud mental? ¿Dónde has trabajado? ¿El tiempo que has trabajado?

R: Llevo ya veinte años trabajando en salud mental. He estado trabajando en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife; después, cuando las unidades de agudos salen de los hospitales y pasan a los hospitales de tercer nivel, se crean en cierta medida las unidades de agudos e internamiento breve y nos trasladamos a esos hospitales grandes.

P: ¿Y qué roles has tenido en el ámbito de la salud mental?

R: En el ámbito de la salud mental desde enfermero, enfermero de salud mental. Y también he estado como supervisor de lo que antiguamente se llamaba rehabilitación, que después se llamó estancias medias, intermedias y largas y, después, la unidad de agudos. Y también he estado de supervisor de la unidad de agudos.

P: Y, en la actualidad, ¿qué situación profesional tienes?

R: En la actualidad soy enfermero de salud mental y trabajo en la unidad de internamiento breve del Hospital Universitario de Canarias.

P: Antes de la reforma psiquiátrica de 1985, ¿qué consideración social tenían los enfermos mentales y sus familias?

R: El Informante 2 ha estudiado la consideración que tenían los enfermos mentales desde el año 1894, fecha en la que se funda en Canarias el Depósito de Dementes, que luego sería el Manicomio Provincial de Tenerife y después el Hospital Psiquiátrico.

El concepto de Depósito, se entiende como un alojamiento o habitáculo donde se alojan determinados objetos sirviendo de almacén. Este concepto y referido a las personas con problemas de salud mental, es el que se tenía cuando se funda el Depósito en el año 1894. A lo largo del tiempo, este concepto se va modificando

Es en la época de La República, donde el concepto cambia considerablemente y se empieza a hablar de hospital. Llegada la época franquista se da un retroceso importante progresando la idea del “endemoniado”, queriendo definir una persona con una tara física irrecuperable. Se tiende a crear recintos de acero y cemento para alojar a este tipo de enfermos y apartarlos así de la sociedad porque representan un concepto feo para la misma.

En Tenerife, hubo intentos de reforma de la atención psiquiátrica desde el año 1936 y entre los años de 1962 y 1964, aparecen documentos donde se reivindica desde los propios profesionales sanitarios la contratación de más médicos y enfermeros.

Cuando el tratamiento del paciente se empieza a ver de otra manera, es porque se contempla la posibilidad de la reinserción social del mismo, lo que ya se venía discutiendo en los años de 1960. Esta forma de abordar el problema también tiene que ver con el momento político que les toca vivir, que en España era de plena dictadura.

En la atención y cuidado a los enfermos mentales, la familia es una pieza fundamental, desde los centros asistenciales muchas veces a las familias se les veía como objetos pasivos que se acercan a los servicios con la intención de ingresarlo. Las visitas al enfermo solían ser escasas, es tras la reforma, cuando las familias entraron a participar en el proceso de cuidados de sus enfermos, colaborando con los profesionales y preocupándose, sobre todo, del tratamiento farmacológico.

Continúa nuestro Informante 2, diciendo que los profesionales de la salud mental, tradicionalmente veían al enfermo como un enemigo. Enemigo por considerarle peligroso ante el que no te puedes dar la espalda porque te puede agredir, es un concepto carcelario. Actualmente, esta mentalidad ha ido desapareciendo incorporándose una atención más humana y terapéutica.

P: *¿Cuáles crees que fueron las causas que condujeron a la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica?*

R: Según el **Informante 2**, las causas fueron consecuencia de los cambios políticos de España, acaecidos tras la muerte de Franco y con gobiernos elegidos democráticamente. En ese momento había ganas de hacer propuestas de cambio para la mejora de la vida de las personas en general y en este caso de la asistencia a los enfermos mentales en particular (“siempre me dio mucha pena no haberlo vivido”). Pero sí es verdad que los cambios la acción política, con el fin de esa opresión de cuarenta años, que habían estado muy marcados por el franquismo, fue lo que hizo que el pensamiento cambiara.

Se veían como cuestiones a imitar, las corrientes habidas sobre la asistencia psiquiátrica del siglo XIX, por ejemplo, la *Open door* que se estableció en Inglaterra y otros tipos de sistemas donde ya se planteaban el hecho de la reinserción de las propias personas con un problema de salud mental en la sociedad.

Nos tenemos que dar cuenta de una cosa: “yo llegué a vivir en los años noventa, en el Psiquiátrico de Tenerife, todavía concepciones muy metidas dentro del sistema “manicomial”, las puertas con las famosas rejas y la famosa trampilla que permitía ver al paciente, al loco, al enfermo. Porque el concepto de enfermo es muy diferente al de paciente, al del individuo con un problema de salud mental”.

“Creo que se ha ido modificando hasta incluso dentro del propio lenguaje de los profesionales de enfermería, de los profesionales sanitarios. Yo llegué a bañar pacientes con mangueras, con botas, con delantales de plástico todos en fila (que recordaba mucho a aquellas imágenes sacadas de la segunda guerra mundial de los campos de concentración), pero todo eso progresivamente se fue modificando, creo que porque fue cambiando también la mentalidad. Es verdad que, todavía hoy en día, te puedes encontrar profesionales que siguen llevando a cuestas esa carga importante de ese concepto “manicomial”, de esa persona con problemas de salud mental: un individuo que te puede agredir, que tiene alguna patología secundaria, es como una especie de maldición enviada

por Dios, que es un concepto muy medieval; todavía sigue anidando y se puede encontrar dentro de los propios profesionales sanitarios, ya sea personal de enfermería (incluyendo auxiliares) o de la medicina, trabajado social, etc.”.

P: *¿Cómo repercutió la reforma psiquiátrica en la valoración social y en el tratamiento de los enfermos psiquiátricos?, y ¿qué ha pasado con estos enfermos?*

R: La repercusión que ha tenido la reforma psiquiátrica... Bueno, nos reunimos en Talavera hace unos años la asociación. Vine yo en representación de Canarias y llegamos a conclusiones que eran muy interesantes. Yo creo que el gran cambio se produce gracias a que entran en escena los fármacos. Los fármacos son los que verdaderamente producen el cambio. Por los años cincuenta empiezan a aparecer las sales de litio, aparece la plometazina... aparecen una serie de fármacos que verdaderamente liberan de las cadenas a los enfermos que tienen un problema de salud mental. Eso ha sido lo que nos ha hecho lograr el reinsertar a los individuos dentro de la propia sociedad y que tengan una vida como la puedas tener tú o yo: normal, podemos hablar de normalidad. Eso ha sido lo que ha repercutido y lo que ha favorecido este cambio. ¿La reforma se ha llevado a cabo? ¿Ha habido una reforma? Yo creo que se empezó con mucha fuerza, pero la fuerza se ha ido perdiendo con el tiempo. Se empezó con toda esa serie de recursos que en cierta medida iban a favorecer considerablemente lo que era el hecho de que el propio individuo con esa patología de salud mental pudiera estar reinsertado, pudiera vivir con su familia, pudiera trabajar. Una exigencia incluso casi hasta del propio capital que exige no tener un individuo que no produzca, sino que tiene que producir. Y para ello tenemos fármacos, tenemos una serie de recursos para reinsertarle y que trabaje como trabaja cualquier otro. Yo creo que va un poco por ahí orientado lo que es el hecho de la reinsertación. Aunque yo creo que no se ha logrado esa reinsertación, se han dado pinceladas. No hay un apoyo gubernamental verdaderamente interesante, fuerte, afianzado, consolidado. No se ha consolidado. Cuando hay que recortar, ¿de dónde tiran? Normalmente de las hermanas pobres y, dentro de las hermanas pobres, una de ellas es la salud mental. Los pacientes de salud mental no se quejan; y si se quejan, están locos, no pasa nada. Yo creo que la reforma no ha llegado a culminarse, y la reforma se logró gracias a ese impulso político, por lo menos en España. Yo creo también que, incluso en España, la revolución de los claveles del año 1968, como movimiento antisocial, también favoreció considerablemente ese cambio de mentalidad, es cambio de ver a los individuos como un todo. Así como en 1859 la famosa teoría de Darwin hizo que los cimientos de la sociedad de ese momento se tambalearan por completo estableciendo una concepción completamente diferente (¡venir el hombre del mono!), la revolución de 1968 y los movimientos antisociales favorecieron el surgimiento de esos cambios en la mentalidad con respecto al concepto que se tenía de la enfermedad mental, y cómo el enfermo mental pasa de esos manicomios a esos recintos como este en el que hoy estamos. Ese cambio hizo que aparecieran las unidades como la unidad de internamiento breve. Yo conocí en el psiquiátrico de Tenerife la unidad de internamiento breve metida dentro del propio hospital psiquiátrico. Y ha habido un cambio en la sociedad canaria para evolucionar hacia otras cosas. Y las otras cosas son, por ejemplo, que el enfermo de salud mental es igual que aquella persona que tiene un problema de diabetes, que tiene un problema cardiológico, que tiene un problema traumatológico. Y los tenemos que atender en los hospitales de tercer nivel [solo en] la fase aguda. Esto ha costado, ha costado casi desde 1894 hasta 1998 que es cuando salen las Unidades. Imagínese, estamos hablando de cien años.

P: *¿Qué ha pasado con los enfermos que antes estaban en los manicomios? ¿Qué ocurrió con ellos?*

R: Lo que ha pasado con los enfermos que antiguamente estaban en los manicomios ha sido que, progresivamente, se han ido incorporando. Yo creo que la política en Canarias ha estado muy centrada en hacer uso de las ONG, donde no es lo mismo que tengan recursos que se gestionan desde la Administración a recursos que se autogestionan y a los que se da la mitad del presupuesto. Y con esa mitad de presupuesto se tienen que, de alguna forma, resolver un poco la vida. Las camas en los hospitales, tanto en el hospital de Gran Canaria como en el hospital de Tenerife, de los que puedo hablar porque tengo conocimiento en ese tema, se han ido disminuyendo progresivamente y lo que se ha hecho es crear una serie de recursos sobre todo en lo que en Gran Canaria es el ETAC (Tratamiento Asertivo Comunitario) y lo que en Tenerife es el ECA (Equipo Comunitario Asertivo) que son cognitivo-asertivos. Se han buscado unas mini-residencias, se han utilizados ciertos recursos... Aunque todo esto, de unos años para acá. Se ha puesto en funcionamiento yo calculo a finales de los noventa, cuando se ha empezado a potenciar desde la propia Administración para dar un poco la solución e ir cerrando progresivamente lo que eran las unidades de psiquiatría que había en ambos manicomios, tanto en el de Hospital Psiquiátrico de Gran Canaria como en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife. Entonces lo que progresivamente se ha hecho es incorporar a los individuos en esos recursos, independientemente de los que se encontraban o se han creado con el ECA o con el ETAC; y es también hacer uso de las órdenes religiosas. Y las órdenes religiosas han asumido una carga importante. En Tenerife tenemos la "Cruz Blanca", la orden de San Juan de Dios..., y ellos han ido asumiendo progresivamente a este tipo de pacientes que antiguamente no estaban. El panorama canario, por ejemplo, es un panorama completamente diferente al panorama nacional. Aquí tenemos un órgano de gobierno que es diferente, aunque muy parecido, a lo que en el territorio peninsular son las diputaciones: son los cabildos. Estos cabildos son los que han asumido la gestión de todos los dispositivos de salud mental hasta prácticamente la incorporación de estos en Tenerife y Gran Canaria (año 1998 en Gran Canaria y 200-2001-2002 en Tenerife) por medio de diferentes dispositivos que ellos han creado. Han asumido la red, porque hasta ahora estaba separado por completo, eran prácticamente esas rémoras del pasado muy relacionadas con la beneficencia del siglo XIX.

P: ¿Qué han supuesto los nuevos dispositivos asistenciales que introdujo la reforma en la atención y cuidados a los enfermos mentales?

R: La creación de estos nuevos dispositivos ha supuesto, sobre todo, el hecho de la reinserción del enfermo, de la persona que tiene un problema de salud mental, progresivamente en la sociedad. En Canarias, que es el ejemplo que tengo más cerca, me he dado cuenta de cómo progresivamente desde la propia Administración ha habido una sensibilización. ¿Sensibilización al cien por cien? Yo creo que es más una sensibilización política que un verdadero tratamiento de base. Yo creo que todavía queda mucho por hacer. En Canarias se han creado dispositivos como el ETAC o el ECA en Tenerife, ya comentados, pero sí es verdad que estos dispositivos se quedan cortos con respecto a todo lo que verdaderamente se tendría que hacer. Es curiosa una cosa: en Canarias hay una situación muy paradójica, una situación que llama la atención, y es el hecho de cómo la Administración canaria ha tendido, sobre todo, a hacer uso de las asociaciones, sobre todo de familiares. AFES y FEAFES son las dos que existen por allí, y son las que lo que han hecho es suplir aquellas carencias que la Administración no ha sabido cubrir. Se han creado talleres, se han creado las mini-residencias desde la propia Administración, los pisos protegidos, los pisos tutelados, en los que la figura de la enfermera de salud mental ha adquirido una gran importancia. Lo que pasa es

que [aunque] curiosamente se le ha dado esa importancia no hay un reconocimiento de la especialidad. Son esas situaciones que llaman mucho la atención, porque dices: "bueno, sí, queremos enfermeras especializadas, pero no les reconozco la especialidad". Esto es una lanza que habrá que ir puliendo poco a poco y quitándole el filo. Pero todavía existe una necesidad de recursos, ya que cuando ves que esto falla sucede lo que nos encontramos en la ciudad, sobre todo en la parte vieja, que es el hecho de encontrar mucha indigencia. Y mucha indigencia relacionada con personas que tienen problemas de salud mental. Acaban en la calle, los "sin techo" (que llaman en algunos artículos a esa gente que carece de techo, de domicilio). Claro, aquí quien verdaderamente juega un papel fundamental ya no es solo la propia Administración, sino la familia. Los profesionales de la salud tenemos que cuidar a la familia de una forma considerable, porque la familia es la piedra angular; y en el momento en que falla la familia, pasamos al siguiente paso.

P: ¿Qué cambios han introducido los conceptos y métodos asistenciales derivados de la reforma en la actividad que desarrollan las enfermeras de salud mental?

R: Los cambios después de la reforma han sido verdaderamente importantes. Todavía nos queda definirnos a nosotros, nuestra figura, porque yo creo que muchos de nosotros no nos creemos cual es nuestro papel dentro del equipo multidisciplinar. Es decir, ¿cuál es mi labor como enfermera dentro del equipo multidisciplinar? Muchos compañeros a los que hago esta pregunta no saben cuál es su verdadera actividad. "¿De qué me encargo yo?", y es tan simple que se puede resumir en pocas palabras: "Me encargo de cuidar y de educar", de educar para la salud. Ese concepto se ha ido asumiendo progresivamente: la figura de la enfermera y de la enfermera de salud mental ha ido adquiriendo cuerpo. Hemos pasado de ser el ATS (yo siempre me acuerdo de que tenemos una paciente que ingresaba en el hospital psiquiátrico cuando trabajaba en la unidad de agudos que nos llamaba el "itisi", el ATS). De hecho, todavía en el hospital psiquiátrico sigue identificándose a la enfermera con el ATS. Y yo creo que la enfermera de salud mental tiene otras actividades que van más allá de lo que yo he llamado el "A-TE-A-SE" (Atar y dar pastillas). Porque además el concepto de atar es un concepto con el que yo discrepo considerablemente y que estoy constantemente rectificando dentro del equipo con el que yo me muevo. Te atas los zapatos, atas a los animales, pero, ¿verdaderamente tú atas a personas? No. Cuando realizas algún tipo de técnica que ya entra dentro de la sujeción física, que entra dentro de la contención, es sujeción. Y es una técnica que utilizas porque hay que utilizarla en determinados momentos, pero no hay ningún [momento] de atar. *Atar* es un término peyorativo. Es, como comentaba hace un momento, el concepto de enfermo. Hemos pasado de enfermo al concepto de paciente; y yo paso ya directamente a otro: el *usuario*. Me gusta más utilizar el *usuario*. De hecho, es curioso, cuando tengo que entregar los informes de continuidad de cuidados, normalmente utilizamos dos sobres en el servicio donde yo trabajo, y fíjate que yo ya pongo "ejemplar para el usuario". Porque creo que incluso *paciente* tiene un carácter peyorativo: "tú eres un paciente". Yo creo que no es el término adecuado. *Usuario* parece frío, parece muy de gestión (todavía no he encontrado uno que se adapte perfectamente), pero sí se asocia más con el trabajo que estamos realizando. La enfermera parte desde ese ATS, ese enfermero psiquiátrico, esa figura creada en el ámbito sanitario en los años setenta, años ochenta, y evolucionamos hacia algo más, y es al hecho de identificar y reconocer al enfermero de salud mental. De hecho, ese cambio de enfermero de salud mental, ese concepto de salud mental, acuñado por algunos profesionales del ámbito, yo creo que se adapta mucho más a cuál es nuestro papel, cual es nuestro rol. Además, yo creo mucho en ese equipo

multidisciplinar, ese equipo donde cada individuo, cada miembro que constituye el equipo de trabajo que trata y cuida a la persona que tiene un problema de salud mental, está colocado y sentado a la misma altura. Yo creo en esto. En el servicio en el que yo trabajo se hace. Es duro decirlo porque no ocurre en todos los sitios igual, pero en mi servicio, todavía la enfermera se sienta a la misma altura y mira a los ojos al médico, mira al trabajador social, al psicólogo. Y es algo que ha sido una pelea de muchos años lograr identificarlo. Pero, ¿cómo identifico yo esa figura de la enfermera? La identifico con el testimonio, con el día a día, con el trabajo, con decir "a mí me toca esto, yo me encargo de hacer esto, yo me encargo de dar educación, yo me encargo de realizar talleres, yo hago los talleres de relajación", todo ese abanico de actividades que se identifican con el enfermero o la enfermera de salud mental. Y es verdaderamente la labor que tiene que saber. Hemos partido de ese ATS, de ese concepto. Incluso, me acuerdo de que en el en psiquiátrico de Tenerife se hablaba del *botiquín*; es curioso: no *sala de curas*. Todo eso lo he tenido que ir modificando dentro de mi propio discurso, porque todavía a veces llamamos *botiquín* a la sala de curas. Son conceptos que ha ido que ir modificando, que ir cambiando. Lo que sí creo [es] que a las enfermeras nos queda mucho camino desde el punto de vista conceptual, desde el punto de vista de nuestras ideas, de asimilar conceptos, de asimilar todo este ideario que se ajusta mucho más a esa reforma que surge en los años setenta.

P: ¿Cuál es el aporte enfermero en la reforma psiquiátrica?

R: El aporte enfermero en la reforma psiquiátrica ha sido trascendental. La enfermera es yo no digo que la clave de bóveda, pero si es verdad que dentro de esas piezas que conforman el arco de medio punto es una pieza fundamental. Todas las piezas son importantes, pero la pieza de la enfermera es fundamental. ¿En la reforma? Yo creo que ha sido trascendental, si no hubiera existido la figura de la enfermera, en aquel momento ATS, o enfermero psiquiátrico... Son diferentes formas de denominar (como la ley Moyano en el siglo XIX que nos plantea esas tres figuras: enfermera, practicante y matrona), y aunque se ha ido cambiando de nombre la actividad siempre ha estado ahí. La enfermera de salud mental en la reforma ha sido fundamental. Los movimientos sociales que surgen en esa época de los años setenta han sido los que han marcado el ritmo de ese cambio de ideas, de forma de ver a la gente, de ver a las personas; el hecho de plantearse que mañana te puede tocar a ti. Yo muchas veces se lo comento a los usuarios que tenemos ingresados: "hoy tengo un pijama blanco, mañana puedo tener el pijama azul y pasar ahí". Esa calidad humana ha ido surgiendo progresivamente y la hemos ido conquistando de forma paulatina, logrando así esa capacidad de empatía, de colocarse en lugar del otro, que ha ayudado considerablemente a que las personas con problemas de salud mental reciban una atención metida dentro de la calidad. Ojo con esto. Hay que tener en cuenta una cosa muy importante: no se puede hacer crítica a antes de los años cincuenta. Toda la actividad psiquiátrica que se realizó hay que verla desde el punto de vista, yo como historiador tengo que verla así, del momento. ¿Qué pasa en ese momento? Y en ese momento los recursos eran otros; unos recursos con unas condiciones e ideario completamente antagónicos al pensamiento que tenemos hoy. Hoy en día es inconcebible una agresión física a un paciente, es inconcebible una sujeción como castigo. Y a veces se hace, pero sí que es verdad que no es la forma adecuada de trabajar. Además, con ese concepto peyorativo. Las personas con problemas de salud mental son individuos que están a la misma altura que nosotros. Yo no tengo problemas de salud mental por ahora, pero no quita que con el tiempo pueda tenerlos.

P: A su juicio, ¿qué función tienen las familias en la atención al enfermo mental?

R: La familia es una pieza fundamental. Yo me he dado cuenta empíricamente de que desde el momento que falta la familia, normalmente la tendencia es a ir hacia la indigencia. La familia controla, la familia apoya, la familia supervisa, ayuda a que el tratamiento sea efectivo, a que acudan progresivamente a cada una de las consultas que están previstas, ya sea en las unidades de salud mental comunitarias, ya sea con la propia enfermera, como con el propio psiquiatra.

P: ¿Qué ayudas necesitan las familias para desempeñar su función?

R: La verdad que las ayudas que necesitan las familias para desempeñar su función...A veces, desde incluso la propia enfermería y desde los propios profesionales nos olvidamos un poco de las familias. Independientemente [de que] hacemos talleres, (es verdad que ya hay experiencias en otros puntos de España, en Canarias, en Tenerife, no se está llevando a cabo), sí que tiene que haber un apoyo y tiene que haber una formación. Muchas familias te llegan y te dicen: "oye, ¿qué hago si se pone enfermo?", "¿qué hago si se agudiza?", "¿dónde tengo que ir?", "¿a quién tengo que llamar"? Yo creo que hace falta. Hay por ahí una experiencia que a mí me gustó mucho que es la del *prelapse*, que se llevó a cabo sobre los años ochenta si no recuerdo mal, donde abordaba sobre todo no solo al individuo con un problema de salud mental como era la esquizofrenia, sino también había un apoyo a la familia. A veces nos olvidamos de la familia. Yo tengo una experiencia en la unidad docente (en la parte de investigación que es la del área que yo llevo, Investigación, Docencia y Bioética) en la cual hemos hecho algunos proyectos pilotos que hablan incluso de una valoración relacionada con la familia, donde la familia la involucramos dentro de los cuidados que se realizan al propio individuo que tiene un problema de salud mental.

En cuanto a las enfermeras de salud mental con respecto al apoyo a las familias todavía nos queda, al menos en el área donde yo desarrollo mi actividad asistencial, mucho por caminar. Aún andamos caminando con las personas que tienen problemas de salud mental, hazte una idea de lo lejos que andamos aún de las familias de ese paciente, olvidadas considerablemente. Es importante la familia, sobre todo por las cuestiones que son el hecho del apoyo a su familia. La familia apoya al enfermo con su problema psiquiátrico y este apoyo, esa relación de ayuda, ha ido evolucionando cada vez más, aunque todavía queda mucho recorrido que caminar. Nos quedan sitios donde aún tenemos que investigar, que tenemos que, de alguna forma, desarrollar y que son de gran importancia en la ayuda. En cuanto a la relación con los servicios sociales, ya la enfermera (al menos en el hospital donde yo trabajo) puede hacer una interconsulta a la trabajadora social y eso a mí ya me parece un avance grande. En el hospital donde yo trabajo hemos focalizado el tema a que sea la supervisora la encargada de ello, porque es la que está siempre de mañana y por ende controla un poco más que el resto de profesionales que andamos con turnos rotatorios. Pero, lo bueno es que ya es una enfermera que puede realizar una consulta a una trabajadora social y, repito, eso me parece un paso importante con respecto a nuestra relación con los servicios sociales y, por ende, con la familia.

P: ¿Cuál cree que debe ser el papel en el futuro de las enfermeras de salud mental?

R: El papel de la enfermera en un futuro es de difícil resumen pues queda aún mucho que caminar. En Canarias hemos tenido desmantelado por completo este concepto de enfermera, dado también por la falta de liderazgo. Hacen falta enfermeras y enfermeros activistas, enfermeras y enfermeros implicadas, enfermeras y enfermeros que verdaderamente dediquen un tiempo a esa actividad que

va más allá de ganar el jornal. Muchas veces no se ve el tiempo que uno invierte, desarrolla y quita de su tiempo personal pero que realmente hace falta. Hace falta gente implicada que desarrolle su actividad, aunque no hay ningún tipo de remuneración, simplemente sin el lucro. Hace falta la implicación.

P: Por último, ¿hay algún otro aspecto que quiera destacar?

R: Yo creo que, hoy en día, bajo una bandera nos empezamos a mover sobre todo con las diversas asociaciones de ámbito español. Particularmente, yo soy socio de una, y son asociaciones que llevan una bandera importante con respecto a la identificación del papel de la enfermera de salud mental, de la figura del profesional. La asociación nacional está haciendo una actividad importante, yo aparecí en escena por casualidad y la actividad que se está desarrollando está intentándose que llegue a todos los ámbitos de España. Sobre todo, lo que se reivindica, el caballo de batalla ahora, es que la sociedad o que la Administración reconozca que existen enfermeras de salud mental, que existen enfermeras que se están formando y no se están metiendo dentro de la cartera, se está prevaricando con dinero público. Porque realmente a las unidades docentes no se les está dando el uso que hay que darles, y se hace obligatorio que la enfermera de salud mental se integre en la cartera de trabajadores, de categorías que existen en todas y cada una de las autonomías. Mi pelea es Canarias, pero esta es una lucha que hay que continuar. Y el hecho de que nos asociemos es una cuestión que va a ayudar considerablemente a lograr unos objetivos comunes. Las fuerzas divididas no consiguen nada, las fuerzas unidas consiguen todo.

Anexo 4: ENTREVISTA 3

Entrevistador: Empecemos por lo básico, ¿Qué edad tiene?

Entrevistado: Cincuenta y nueve

P: Antes de la reforma de 1985, ¿qué consideración social tenían los enfermos mentales y sus familias? Y, ¿cómo los veían los profesionales sanitarios?

R: Hace cuarenta años la consideración social que se tenía del enfermo mental era de marginados. Las familias eran inexistentes o casi inexistentes, no iban al hospital psiquiátrico a ver a sus enfermos. Uno de las cosas que empezaron a hacer los enfermeros, queriendo mejorar la relación de los pacientes con sus familias, fue el empezar a trabajar para que las familias contactaran con sus hijos, sus sobrinos, sus hermanos, dentro de la institución psiquiátrica en la cual llevaban a veces, hasta treinta años o más, ingresados.

En el ámbito social, si se veía a un enfermo mental por la calle (porque era usual a veces que cierto tipo de pacientes saliera fuera de las tapias del manicomio), se les consideraba como el tonto del pueblo. La gente para mofarse de ellos les ponía una gorrilla y les daban un pito (silbato) para que dirigieran el tráfico en la puerta del hospital; a otros, algunos celadores y celadoras, los usaban de recaderos para que fueran al mercado a hacerles la compra.

La consideración social era ínfima, “eran carne de hospital”, “locos”. En el hospital civil, había cerca de seiscientas camas de psiquiatría, con otras especialidades y en el manicomio, que se le cambió el nombre a hospital psiquiátrico, había también quinientas camas de psiquiatría. Tanto en el hospital civil como en el hospital psiquiátrico, nunca iban los profesionales de otras especialidades: medicina interna u otra patología, a visitar a los enfermos mentales, aunque fuesen requeridos profesionalmente.

La sociedad tenía una visión de los espacios manicomiales, como de una isla de apestados, de marginados, de gente extraña, de gente sucia; visión que a veces también manifestaban los propios profesionales. Esa es la consideración que muchos pudieron contractar en aquel momento.

Se puede decir que había un pequeño grupo de enfermeros y algún auxiliar que, siendo muy jóvenes, se acercaron al problema de la marginación, por un sentimiento de tipo ideológico, propio de los años de 1970 en España. Entre estos enfermeros jóvenes, se oía decir: “son personas excluidas socialmente; vamos a entrar a trabajar ahí porque es donde más nos pueden necesitar”. Esto tenía una óptica política y también una óptica incluso religiosa. Porque en aquel momento, en los años de 1970, había muchas órdenes religiosas metidas en instituciones sanitarias, algunas lo hacían bien y otras estaban un puco a las órdenes del que mandaba.

Los enfermeros jóvenes, vivían como una gran suerte el encontrarse con compañeros que eran ocho o diez años mayores que ellos y que fueron un poco su guía en aquellos momentos.

Nuestro informante, cuenta lo siguiente: “la primera experiencia que yo recuerdo como enfermero joven, fue en 1973 que estaba de oyente (una figura como si fuera ahora una especie de voluntariado que no estaba ni haciendo los estudios de ATS), y yo iba por las tardes y por las noches a aprender y a ver cosas en el hospital; hubo que ingresar a una señora en el pabellón de psiquiatría y entonces pedí si podía acompañarles; esa fue la primera vez que yo entré en ese recinto que era el pabellón de psiquiatría de mujeres. Y la impresión fue nefasta: el olor, la sensación... Y eso que era el pabellón más limpio, el de mujeres. Al entrar al año siguiente, ya como alumno de prácticas, en el pabellón de hombres, aquello fue un desastre. Me fui corriendo y tuve que vomitar. Un olor a hacinamiento, a porquería, a comida por los rincones... Y eso me hizo pensar mucho más, ¿por qué me tocaba la barriga el haber estado en ese momento? Y fue un poco como un revulsivo, eso me hizo decir: "esto hay que superarlo y tengo que volver a entrar". Y, de hecho, volví a entrar y no he salido, llevo treinta y siete años en esta especialidad”.

P: ¿Cuáles crees que fueron las causas que condujeron a la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica? ¿Por qué aquella situación que nos has dibujado ahora cambia?

R: era insostenible el seguir manteniendo las instituciones totales, cerradas: los manicomios. Recordaremos siempre que hubo tres lugares importantes al inicio de la Reforma, en Asturias, el manicomio situado en la Finca La Carrillada con 1200 pacientes y en Galicia, el manicomio de Conxo (La Coruña), y en su momento, el de Rebullón (Pontevedra). Ellos inician un trabajo, sacando a los enfermos a la calle, empiezan a contactar con las familias e inician el cierre de los manicomios, ya llamados hospitales psiquiátricos. Pero aquellos inicios, los cercenaron porque fueron antes de la muerte del dictador y estos proyectos fueron frustrados.

“Nosotros en Málaga lo que hicimos fue aprovechar el espacio de vacío institucional que vino a partir del año 1975, con la muerte del dictador; ese espacio que se creó: Cortes Constituyentes, primeras elecciones municipales... Se empezaron a hacer una serie de reivindicaciones asamblearias (en el hospital psiquiátrico, sí que se conseguía, eso de la asamblea), las reivindicaciones se plantearon a la Diputación Provincial, gestora del hospital psiquiátrico: adecentar los pabellones, arreglar las goteras, mejorar la alimentación, realizar una clasificación de los enfermos, ya que hasta entonces, muchos de ellos tenían además patologías orgánicas y algunas muy contagiosas como la tuberculosis entre otras. La Diputación, gobernada en aquel momento por la derecha, se negó a llevar a cabo todas las propuestas, estábamos en enero de 1977, fecha que recordamos como algo muy importante para nosotros. En esa coyuntura estaba gobernando ya la Unión de Centro Democrático (UCD), que tenía un plan para construir un nuevo hospital psiquiátrico a las afueras de Málaga, en medio del campo, en el pueblo de Alhaurín de la Torre. Se llevó a discusión a la asamblea, a la que acudían pacientes y profesionales y de aquella reunión salió el eslogan “Alhaurín = cárcel de hoy” (paradójicamente, hoy, Alhaurín de la Torre es la cárcel provincial de Málaga). También los pacientes votaron salir en manifestación por las vías públicas de Málaga desde el hospital psiquiátrico hasta la puerta de la Diputación, esta fue la primera manifestación que se conoce, quizás en el mundo, de salir a la calle enfermos mentales en una situación como era la de aquella época, a manifestarse reivindicando mejoras para sus derechos como ciudadanos y mejoras de su vida diaria. La policía político-social del momento investigó profundamente en el Hospital Psiquiátrico, para detectar los posibles promotores de aquellos hechos.

Paralelamente a los actos que estaban ocurriendo en Málaga, hubo también intentos parecidos en el Hospital Psiquiátrico Conxo.

Estamos ante una situación muy importante, ya que por primera vez y en aquella época salían 60 o 70 enfermos con pancartas a las calles, colocándose en la puerta de la Diputación Provincial reivindicando cosas, a las que recordemos la Administración no accedió.

En el verano y otoño del año 1977, se radicalizan las posturas dentro de los trabajadores y se reúnen en lo que se llamaba antiguamente Asambleas Permanentes, era un espacio donde se encerraban los trabajadores, salían al puesto de trabajo los que les tocaba trabajar, pero siempre había trabajadores en la Asamblea discutiendo alternativas y viendo propuestas. Esto fue durante un mes y medio, y tampoco se consiguió gran cosa. Lo que dio lugar a que las posturas se radicalizaran al extremo, hasta el punto de que diez profesionales se decretaron en huelga de hambre y, eso sí que cambió la situación. En este momento es cuando la ciudadanía malagueña se fue enterando, se solidarizó mucho, porque hubo en ese momento buenos sistemas de comunicación con la gente, a modo de pintadas en los muros, con lemas como: “diez trabajadores del psiquiátrico en huelga de hambre – solidaridad”. Estas pintadas algunas permanecieron hasta veinte años en ciertos muros y eso sí que hizo que la dirección del Hospital Civil, que era Hospital General al que estábamos adjuntos, empezara a escuchar nuestras propuestas.

Estaban de parte de las reivindicaciones que hacían el personal y los enfermos del Hospital Psiquiátrico muchas otras personas ajenas al mismo, ya no eran solamente la gente del manicomio: (que éramos muy “raros”, que trabajábamos sin bata, sin uniforme, con pañuelos puestos en los cuellos de aquella época, con boinas, frente a los del hospital general que iban perfectamente uniformados). Los trabajadores del Hospital General empezaron a acudir a las asambleas, tanto que no teníamos sitio en la celda en la que nos reuníamos y tuvimos que irnos a hacer las asambleas al Hospital General. En estos momentos es cuando la Diputación empezó a ver más fuerzas.

Antes y aprovechando también, que se avecinaban las primeras elecciones, nuestras reivindicaciones fueron llevadas a los distintos partidos y conseguimos el compromiso de que, aunque no estaba perfilado el futuro de lo que se iba a hacer respecto a la atención psiquiátrica, el proyectado Hospital Psiquiátrico en Alhaurín de la Torre no se iba a construir. Esto ya tranquilizó, relajó y es ahí donde nos dijimos: “bueno, esto ya lo hemos parado, y, ¿ahora qué hacemos?”.

A la respuesta de “¿ahora qué hacemos?”, se empezaron a invitar a expertos que disertaran sobre la psiquiatría comunitaria, sectorización para la atención a la salud mental; iniciándose también salidas de profesionales, principalmente enfermeros, en pequeños grupos a formarse y recibir información sobre nuevas experiencias en la atención a enfermos mentales. Recuerdo que fuimos a Talavera de la Reina, donde había un foro, subvencionado por la Organización Mundial de la Salud, y allí contactamos incluso con profesionales que tenían orientación comunitaria y fuimos informándonos, a la vez que contactando con expertos, tales como: Augusto López Krahe, Marcelino López, del Hospital Psiquiátrico de Conxo, José María López Piñero y Arturo Arlo (hasta aquí sin tratar) y fuimos creando un grupo, en este caso de psiquiatras, para poder liderar de alguna manera el proceso que estábamos a punto de iniciar. Dentro del propio hospital, que se solía surtir de la escuela de ATS, hubo un hecho muy curioso y fue que, como ya empezaban a transformarse las cosas, no había suficientes profesionales. ¿Qué ocurrió entonces? Que a compañeros que

estaban haciendo tercero de ATS los contrataban como auxiliares de enfermería, pero hacían el trabajo de un ATS, y de mi promoción escogieron a seis-ocho personas para distribuirlos por los diferentes pabellones. Ya ahí fue donde empecé a entrar con ellos, no a trabajar. Porque yo no estaba muy de acuerdo con eso de que me hicieran un contrato de auxiliar haciendo otras funciones; yo decía que el sistema tenía que tener profesionales suficientes y no sanitarios a medio camino. Pero bueno, en aquella época era bastante usual que hubiera gente de tercero de ATS trabajando de ATS sin tener el título. Esto fue en el curso 1976-1977. Cuando (por unas causas muy personales que me obligan a hacer la mili porque me quitaron la prórroga militar por estudios) llego en septiembre de 1977 después del servicio militar, es cuando me encuentro todo esto montado en el hospital psiquiátrico y es cuando me meto en la asamblea y me meto en la huelga de hambre. Curiosamente de los diez que estábamos en la huelga de hambre, nueve si eran trabajadores, pero el único que no estaba trabajando era yo porque me había pillado en la mili, como os comentaba. Y a partir de ahí, se inició todo. En 1979 empezamos a hacer las primeras sectorizaciones dentro del propio hospital psiquiátrico, empezamos a distribuir a los profesionales por salas, por unidades terapéuticas, empezamos a clasificar, a hacer salas de abuelos, salas de enfermería porque no teníamos un espacio determinado para poder atender en la sala de hombres, por ejemplo, delirium tremens (era muy típico que se nos murieran, por desgracia). Tuvimos que montar enfermerías porque había muchas enfermedades orgánicas, sobre todo tuberculosis. Después empezamos a hacer lo que se conoce como las revisiones de salud a todos nuestros pacientes, porque había pacientes a los que no se les había hecho una analítica ni una radiografía en veinte años. Y allí empezamos a encontrarles cosas muy curiosas. Por ejemplo, existían múltiples fracturas antiguas que no estaban reseñadas en ninguna historia clínica, algunas producidas por las terapias electroconvulsionantes, dadas de aquella manera en aquellos momentos, otras por las propias agresiones que se producían dentro de la institución cerrada.

(..., tos, estornudos, pausa, conversación sobre como retomar el tema)

En aquellos primeros momentos, tuvimos que empezar a clasificar a las personas que teníamos en los diferentes pabellones, había muchas enfermedades orgánicas, había alcoholismo con su delirium tremens, había tuberculosis, había muchas epilepsias mal tratadas por lo que había mucha gente convulsionando cuando se encontraban mal. Nos hicimos unos grandes expertos en coser las heridas de la cabeza y teníamos en todas las salas, curiosamente, un equipo de sutura. La primera vez que a mí se me ocurrió decir "al paciente vamos a llevarlo a urgencias", se tiró cerca de dos horas en urgencias y no le cosían porque decían que a ver si no había enfermeros en el manicomio. Eso nos hizo pedir instrumental y todo aquello para poder nosotros autoabastecernos. Lo que vino después fue montar unas enfermerías propias en la sala 21, en el pabellón más grande de hombres, y en la sala 20, que era el pabellón más grande de mujeres. [Era] el único que había de mujeres porque de hombres había tres pabellones: el 21, que tendría unos quinientos y algo; el 27, que tendría cerca de trescientos; y había un pequeño pabellón, anécdota curiosa de lo que se podía hacer en aquellas épocas, que fue construido exclusivamente para una persona, para un paciente que en un momento de crisis agredió a la enfermera de ese psiquiatra y hubo un homicidio. Entonces ese psiquiatra, en aquel momento director de la institución, ordenó levantar un pabellón con rejas, una mini cárcel para ese paciente. Allí estuvo ese paciente solo sin salir de ese espacio, que no sería más grande de sesenta, ochenta o cien metros cuadrados, durante más de quince años hasta que iniciamos el proceso de reforma. Ese pabellón posteriormente se convirtió en la primera

unidad de agudos. Pero retomando lo anterior, comenzamos a clasificar y ¿qué ocurría? Una cosa muy curiosa. Como os decía, nos fijábamos en mucha gente de fuera (digo de fuera porque en Málaga no sabíamos cómo hacer). Vino gente de Conxo, en concreto dos psiquiatras, gente del centro como he dicho antes, López Krahe y Marcelino López; en Málaga teníamos también nuestros propios psiquiatras jóvenes que también estaban ya desde hacía tiempo trabajando, Peralito Ramoche (26'47"), José María García-Herrera, y un señor muy entrañable, muy antiguo, de la época (que era el que más me enseñaba Kraepelin) que era don Ramón Paz; y después Serafín XXXXXXX (26'58"). Con esto quiero decir que se empezaban a hacer pequeños equipos, eso era muy interesante. Porque cuando yo vine por primera vez al psiquiátrico había un director de psiquiatría, había un practicante por cada pabellón (y el pabellón de hombres, uno tenía 600 casi y el otra cerca 300), y un ATS por cada turno. Por eso tuvieron que reforzar con estos compañeros que estaban en tercero para poder poner tres enfermeros (tres ATS de la época) por cada turno, uno atendiendo a cada médico que se asignaba a cada sala. Ahí empezamos un poco a decir: "bueno, y ahora, ¿hacia dónde tiramos? Pues vamos a empezar a contactar con las familias, vamos a empezar a leer bien las historias clínicas y a ver si esta persona tiene o no tiene familia; vamos a empezar a darles identidad a estas personas". La gran mayoría de ellos no tenían DNI, no tenían documento de identidad, por lo cual para el resto de la sociedad no existían.

(..., tos, estornudos, pausa, conversación sobre como retomar el tema)

Como decíamos, en aquella época comenzamos a dotar de identidad a las personas que estaban en el sanatorio. No tenían ningún colgante de identificación por lo cual no existían para la sociedad, ni para el estado, ni para la sociedad, ni para estadística, ni para computar, ni para bien ni para mal; no existían. De modo que no tenían la posibilidad de recabar las pocas ayudas del estado que había para aquellas personas que tenían una enfermedad de larga duración, que eran unas pequeñas pensiones. Todo eso fue un trabajo muy laborioso para el que no solamente tuvimos que incorporar a profesionales sanitarios, sino que tuvimos que incorporar a personas que gestionaran todo esto, y ahí recuerdo a José Antonio, un administrador que vino a estar con nosotros en todo el inicio de la reforma y que fue magnífico, porque él supo de alguna manera dotar a todos los profesionales de...

P: José Antonio "el ratón".

R: Si, pero era...

P: Economista

R: Ya, pero era...

P: Ruiz.

R: José Antonio Ruiz. No solamente incorporamos a profesionales de la salud, sino que para poder llevar a buen puerto todo eso necesitábamos una buena administración. Nosotros nos habíamos dado cuenta, en los tres años que llevábamos ya en el manicomio, que el que se encargaba de gestionar las cosas de los pacientes vivía muy bien y los pacientes vivían muy mal. Sabíamos que la diputación le daba un paquete de Celtas al día al enfermo y resulta que después al enfermo le cobraban una perra chica por cada cigarrillo, se los iban dando sueltos. A eso hubo también que

darle un vuelco y tuvimos que contactar con una persona muy luchadora, muy concienciada, que se llamaba José Antonio Ruiz. Fue nuestro primer administrador que puso en concierto todo esto que estamos hablando. Se dotó a todos los pacientes de DNI. [Hicimos] desde tener que salir con las personas a la comisaría para hacer los documentos, hasta llegó, en algún momento, un equipo a venir para las personas que eran incapacitadas y no podían salir de la institución para cogerles allí las huellas y poder registrarlos. Eso hizo que todos ya tuvieran la posibilidad de solicitar sus pagas. Algunas personas venían enfermas con cuarenta años, pero habían estado trabajando durante quince o veinte y tenía un derecho por ley. Ahí ya conseguimos, por lo menos, algo muy importante que fue que las personas tuvieran sus cartillas, sus cartillas de ahorros, cosa que hasta ese momento no era posible. Las cartillas de ahorro las tenía el administrador, y el administrador hacía con ellas lo que le daba la gana. Otra cosa curiosa era que, en aquella época, se vivía de lo que nos daba la sociedad. Era la ropa de la iglesia, la ropa esta que decían "esto para el manicomio, esto para la iglesia" y eso nos indignaba mucho. ¿Por qué no pueden tener las personas su propia ropa? Y si es posible con el criterio de sus gustos; que ellos vayan, que las vean y las compren. Eso fue un proceso muy bonito que se hizo: que en pequeños grupos se empezara a salir a la calle con personas que algunas llevaban quince y veinte años sin haber pisado las puertas de la calle, sin haber salido del recinto de las murallas del manicomio. Otra de las situaciones curiosas de aquella época fue que empezaron a darse fugas. Como habíamos empezado a salir a la calle con ciertas personas que llevaban muchos años allí, algunos habían dicho "¡Uy, qué bonito es esto!", y empezaron a irse por su cuenta. Esto nos costó algunos disgustos, porque era o dejamos la puerta de la cancela abierta totalmente o con algún tipo de control. Y eso hizo que en su momento se pusiera un cierto control, aunque nos dedicábamos más a concienciar a las personas: "bueno si se van por ahí, vengan a la hora de la comida", o "dínoslo para no estar buscándote por todos los pabellones". Pero era un hecho curioso, porque al no haber estado nunca en la calle, claro, las criaturas salían a la calle, veían la ciudad y deseaban volver a ella otra vez. En aquella época también empezamos a hacer pequeñas excursiones a los pueblos. Teníamos una serie de comarcas muy concretas aquí en la provincia de Málaga: la comarca de Antequera, la comarca de la Axarquía (sobre todo en la zona de la Axarquía es muy común el cultivo de la uva para hacer las pasas después). Recuerdo, en la zona de Almáchar y por ahí, que teníamos algunos pacientes [con los que] que el truco era "mira, Pepe (o a la prima, o a la hermana), te vamos a traer a tu hermano unos días y así te ayuda en la recolección (que era cuando en el campo se necesitaba ayuda, etc.). Y vamos a venir dentro de diez días, por ejemplo, ¿te parece?". Algunas personas decían que no, otros decían que sí y de este modo fuimos dejando en pequeñas vacaciones a pacientes que llevaban veinte años en institución cerrada en la casa de su familia. Con la excusa esa de que va a ayudar, está en la recolección, se pone a ayudar a cortar los rabillos de las pasas y demás. Incluso nos encontramos en alguna ocasión que nos decían las familias: "no, no te lo lleves, qué está muy bien, que se está comportando muy bien, no te lo lleves", "bueno, pues venimos el mes que viene". Hubo gente que se quedó varios meses y que fueron de los primeros que tuvieron la posibilidad, cuando ya se empezó a externalizar la gente con sus familias, de salir. Aquella etapa fue también muy bonita.

(..., tos, estornudos, pausa, conversación sobre como retomar el tema)

P: Luego, en un momento determinado, te voy a pedir que describas un poco la situación de cómo vivían los enfermos ingresados en el manicomio. Si había malos tratos, si había agresiones, si había vejaciones...

R: También en aquella época empezamos a dotar a las personas ingresadas en el manicomio de su propia ropa. Hasta hacía poco tiempo les habíamos estado dando la ropa de la iglesia que se decía, las donaciones. Había una cosa que era consustancial con nuestras personas allí ingresadas que a nosotros nos daba mucho coraje. Eran personas que venían con dos y tres chaquetas puestas y que veías a la persona cuando salía del comedor con los bolsillos cargados de bollos y con muchas revistas puestas. Empezamos a darnos cuenta de que las revistas se las ponían debajo del pecho porque no tenían jersey, para después no tener frío en invierno. Y si llevaba dos chaquetas era porque a lo mejor una no era de buena calidad y era de una talla diferente a la que usaría. Todo esto hizo que nos planteáramos muchas cosas. Una de las primeras que se replantearon era dónde puede dejar la persona sus pertenencias para que no tenga que llevarla todos los días metida en sus bolsillos. Y reivindicamos tener taquillas. Otra fue la compra de ropa personalizada, que la persona fuera a comprar su ropa con su cartilla que ya la teníamos regularizada y ya tenían algo de dinero. Para eso eran esenciales nuestras compañeras de trabajo, las enfermeras y las auxiliares, porque eran unas "buscavidas": buscaban la ropa más adecuada y al menor precio posible para que nuestros pacientes fueran muy dignamente vestidos a partir de esos momentos. Después los equipos fueron llevando poco a poco a las personas, en esta transformación que íbamos haciendo, hacia su domicilio. ¡Figúrate! Les llevábamos hechos un dulce. Esa persona ya iba con ropa nueva, iba con cierto uso de hábitos ya, más o menos, rehabilitados. Si no podía afeitarse el solo decía "ayúdame a afeitarme" o "aféitame". Un cierto aseo; muy primario, pero un cierto aseo para que no llamara mucho la atención dentro de su familia. Y un detalle muy interesante: algunos de ellos, los que tenían sus cartillas ya regularizadas, una de las maneras [que tenían] de ayudar también (no solo la de las labores agrícolas cuando en temporada llevábamos a ese familiar a su casa), [era] que se guardaba la cartilla y la llevábamos con el familiar; con lo cual a esa casa llegaban doscientas, trescientas, pesetas; ese mes que iba a estar ese sobrino o ese hermano allí no iba a suponer un gran gasto. Y eso también hizo que la gente fuera mejor recibida. Cuando el paciente volvía a la institución, la cartilla volvía con él. Eso hacía que fuera de otra manera. Hay anécdotas de aquella época. Una muy luctuosa fue que una de las primeras veces que se externalizó a un paciente y se lo llevaba a su pueblo, hubo un accidente de tráfico y murió el paciente y una de las auxiliares que lo llevaban en el coche. Eso nos tambaleó mucho, porque en aquella época el núcleo de los trabajadores estaba muy unido, éramos una piña y hubo un par de anécdotas de este tipo. Porque todo esto lo estábamos haciendo dentro del manicomio, pero en la calle había una contestación increíble: "qué se creará está gene, ¿van a echar a los locos a la calle?". ¡Ojo!, incluso con las organizaciones que estaban surgiendo en aquella época como defensoras de los trabajadores. Nosotros tuvimos que enfrentarnos a ciertos sindicatos porque decían que eso de los locos a la calle, no, que lo que hay que hacer en una institución digna es que no haya goteras y poco más. Y nosotros dijimos que no, que en la institución total eso sobraba, que había que buscar otras alternativas, pero que eso sobraba. A partir de 1982, con las primeras elecciones en las que gana el Partido Socialista Obrero Español, empiezan a variar cualitativamente más las cosas. Es cuando se empiezan a mover para hacer una nueva ley de sanidad, que después saldría en 1985. En principio, creo que en 1983 ya hubo escarceos y después ya sale el decreto en 1985. Pero, en Andalucía, en Málaga en concreto, ya habíamos conseguido de la Diputación un decreto ordenando cerrar el manicomio, no de hoy para mañana, pero si diciendo institucionalmente que eso no nos sirve por lo que tenemos que buscar otras alternativas. Ahí es donde surge la idea de empezar a crear equipos en la comunidad. Nos vamos a las comarcas naturales en el caso de Málaga, nos vamos a Marbella (Costa del Sol), nos vamos al interior de Guadalhorce, nos vamos a Coín, de ahí a

Antequera, y a la Axarquía en Vélez. Y se crean dos equipos en Málaga capital: el río Guadalmedina que, aunque era seco tiene veracidad en dos trozos, y se crea un equipo en una antigua casa de socorro del ayuntamiento que es en Carranque, y otro equipo en otra antigua casa de socorro que es la de El Palo, estos son los dos equipos únicos de Málaga capital, más los otros de la comarca. ¿Qué pasaba? Pues que aquí también convencimos a la Diputación, cosa curiosa, de que debíamos tener un medio de transporte; entonces nos dotan de "cuatro eles" [Renault 4]. Ahí llegaban los profesionales al manicomio por la mañana a las 8 de la mañana, a las 8.15 se estaban montando en sus "cuatroeles" y salían como una flotilla. Unos para Antequera, otros para Vélez, otros para Marbella, otros para Coín, y los que veníamos a la capital pues veníamos para la capital. Eso también trajo muchos costes de personal, en accidentes. En aquella época la carretera, sobre todo la de Marbella, era mortal. Y hubo accidentes por suerte sin que nadie muriera, pero se pasaba mal porque eran ciento veinte kilómetros para ir a atender allí un rato. Pero es que eso lo hacíamos como una especie de rotación porque nosotros teníamos que tener de seguido responsabilidades de nuestros pacientes de dentro del manicomio y esto era mucho esfuerzo. La gente tenía militancia en aquella época. Y, fundamentalmente, la militancia era del colectivo que se dedicaba a los cuidados, eran los auxiliares de enfermería y las enfermeras y enfermeros que en ese momento estábamos trabajando allí. Siempre apoyados, porque tuvimos la gran suerte de que estos psiquiatras jóvenes que nos llevaban cinco o siete años eran muy parejos a nosotros. Si yo entré con veintiuno, este psiquiatra, Benito Romocho (43'27"), tendría treinta. Quedábamos muy parejos, no había grandes diferencias de edad como para que hubiera diferencias generacionales también en este tipo de cosas. En aquella época fue bastante bien, bastante sobre ruedas, porque incluso desde Málaga pudimos participar en todo lo que estaba creando en Andalucía. Andalucía fue la primera Comunidad Autónoma que asumió las responsabilidades en salud. Estaba todo por hacer. Sí que nos sentimos orgullosos de que, desde Málaga, en el caso concreto de la salud mental, tuvimos mucha influencia en el primer instituto andaluz de salud mental que se creó. Yo creo que en todas las Comunidad Autónomas no se había creado nada, y se creó un instituto andaluz de salud mental para integrar todos los recursos que había de la salud mental: están los de Diputación, están los manicomios, la sanidad nacional, los cupos, estaba también la marina, que también tenían distintos oficiales de la marina algunos intereses en cuestiones de la salud mental. De modo que este instituto andaluz surge para aglutinar todos estos diferentes servicios y hacer un único servicio. Una red, como la empezamos a llamar. Y, tuvimos la suerte de que los de Málaga éramos muy requeridos ya que habíamos empezado nosotros. En Málaga empezamos sobre 1982 más o menos, Jaén siguió luego en 1983, Sevilla siguió luego, Huelva después. O sea que las ocho provincias nos pusimos en danza, pero Málaga fue un poco la [pionera] por esas circunstancias que comentaba de la lucha, la huelga de hambre, el reto que le pusimos a la diputación. Y tuvimos la posibilidad de ir influyendo en las redes que se iban abriendo. Tanto es así que en otros sitios no sonaba raro, pero, en Andalucía, el tema de la droga va por otra línea que no es la asistencia sanitaria, va por servicios sociales. Eso generó grandísimas dudas en su momento y participamos en toda esa discusión con la gente que estábamos trabajando. En concreto con la gente de Málaga, y mucho, para lo que fue lo del patronato de la droga y desligarlos de la salud mental. En las otras dieciséis Comunidades Autónomas el tema de la drogodependencia ha influido en las redes de salud mental, en Andalucía, no. Como anécdota a esa situación, empezamos también a ir fuera. Recordamos que íbamos fuera, nos llamaba la gente: "no, vosotros que habéis iniciado la reforma, los primeros en España, venid a hablarnos", "pero bueno, si nosotros estamos empezando, ¿qué queréis hablar?". Pero la gente era muy curiosa y donde llegábamos es que no había nada, estaba todo por hacer.

P: Y, veintinueve años después, casi treinta, de la reforma, ¿cómo crees que ha repercutido está en la valoración que se tiene en la sociedad del enfermo mental y también en los profesionales sanitarios? ¿Ha cambiado su misión? ¿Qué ha pasado con esos enfermos? ¿Cómo se les atiende ahora? Aquellos que estaban antes en el manicomio, ¿qué fue de ellos?

R: Casi treinta años después de haber iniciado todo este proceso de reforma... por supuesto, no hay comparación, es como la noche y el día. Socialmente sí, aunque yo sigo muy enfadado, muy enfadado porque a la enfermera mental se la sigue marginando y tendríamos que hacer campañas de concienciación contra la marginación ni contra el estigma. De hecho, en Andalucía llevamos tres años con una campaña muy fuerte contra la estigmatización de nuestros pacientes. Pero, por ejemplo, antiguamente yo recuerdo que llegabas tú con un paciente a una tienda a comprar algo y te dejaban solo en el mostrador, todo el mundo se apartaba o nos atendían los primeros "no, pasa, pasa aquí que le atiende yo", como para quitarnos pronto de en medio y echarnos. Hoy día eso no suele ocurrir, muchos pacientes van decentemente vestidos, cada uno con su estilo, cada uno con sus peculiaridades, con mejor o peor aseo, pero no tienen que ser tipos de rechazo. Hay algo que sí ha avanzado mucho en la sociedad y es con las familias. A las familias al principio las culpabilizábamos de alguna manera, hasta que nos dimos cuenta de que eran los mejores aliados. Porque lo cierto es que a las familias no tenemos que tenerlas enfrentadas. En todo caso junto a nosotros o enfrente para ir hablando con ellas e ir viendo qué manera es la mejor para solucionar el problema de su familiar. Las asociaciones familiares empezaron a surgir. En un principio parecía que nosotros éramos no nazis, pero sí muy puristas; "nosotros que nos hemos hinchado a leer, nos hemos hinchado de estudiar y demás, nos va a venir alguien ahora a decir un poco cómo vamos a tratar a este tipo de personas, por mucho que sean sus padres o que sean sus madres". Al principio, como digo, creó ciertas reticencias, pero posteriormente fueron limándose. De hecho, actualmente Andalucía creo que es una de las Comunidades Autónomas en la que más trabajamos en conjunto con las asociaciones familiares y de usuarios, estas últimas más tardías. Las de usuarios fueron mucho más tardías que las de familiares, pero, por suerte, hemos conseguido que ellos también vuelvan a encontrarse y a tener sus decisiones, sus organizaciones y con oídos dentro de la Administración central y de los servicios sanitarios. Hay algo en Andalucía que nos diferencia también de otras Comunidades Autónomas que yo siempre destaco, y durante muchos años: "hemos vendido la moto", como decimos. Y es la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), es una institución con varios patronos de diferentes consejerías: de salud, de bienestar social (ahora ya están juntas), de justicia... En definitiva, cuatro consejerías que inyectan dinero a esta fundación y a partir de ahí se empiezan a hacer trabajos muy interesantes. Por ejemplo, tenemos toda una red desarrollada en Andalucía de casas rurales con un dimensionamiento máximo de veinte personas y dotadas con catorce profesionales por cada casa, con lo cual está muy bien dotado a nivel de tipo asistencial. Cada casa-hogar tiene asignado un equipo de salud mental de referencia y normalmente uno o dos enfermeros de referencia en esa casa-hogar; es decir, enfermeros especialistas. Porque con suerte en Andalucía, por mucho que le pese a la Administración de no reconocernos las especialidades, todos somos especialistas, en ese sentido, ha ido muy bien, muy escalonado. Pero en los pisos protegidos, que se llaman, en donde conviven tres-cuatro pacientes, [estos] tienen su llave, tienen un teléfono de contacto y hay un monitor cada dos pisos que va controlando, pero ellos entran y salen como quieren. La casa hogar es de atención 24 horas y los pacientes entran y salen cuando quieren, pero existe un cierto horario de comida, de desayuno, de aseo, etc. Un punto más cuidado están ahí en el sentido de menos

autónomos. Después están los pisos supervisados abiertos, donde tú vas una vez al mes o cada quince días a supervisar a ese paciente. Últimamente también hemos conseguido los hospitales de día, todo esto con una red muy bien montada de intercomunicación con los profesionales que atienden. Esta fundación tiene también todo un proceso de abordajes laborales, de cursos, talleres, incluso pre-laborales, donde la gente aprende por ejemplo algo de jardinería para después autoemplearse en una comunidad de vecinos. De esa manera están desarrollándose muchos programas de rehabilitación, por parte de esta fundación, pero el programa estrella en concreto de la fundación son los programas residenciales.

P: Bueno, y todos estos conceptos, métodos nuevos, ¿en qué han cambiado la actividad que desarrollan las enfermaras, en concreto las enfermeras de salud mental?

R: Bueno, pues en mucho no, porque veníamos desarrollando casi lo mismo desde hace muchísimos años. Quizás un poquito más tecnificado. Vino toda la época de los noventa con la XXXXXXXXXXXX (52'46"), nosografía, la taxonomía, el intentar unificar un criterio a la hora de trabajar, la implicación con la Universidad, que es muy importante porque cuando ya empiezan las escuelas de diplomados de Enfermería con una relación entre la parte teórica de las Universidades con los compañeros que trabajan, por lo menos aquí en Málaga (yo siempre hablo de mi experiencia de Málaga). Se establecieron unos puentes que han sido muy interesantes y que se han mantenido durante más de veinticinco años de lo que sería la Universidad y los clínicos, los del día a día.

P: Queda ya menos... Muchas de las preguntas que vienen después las has enunciado ya, porque tú hablas y hablas y ya vas introduciendo temas siguientes. Hablaremos un poco de la enfermería, que si quieres hilarlo ya lo hilas. Ahora la pregunta en la que estamos es ¿en qué ha cambiado el trabajo de las enfermeras? Y la siguiente sería ¿cuál es el aporte que han hecho las enfermeras a la reforma psiquiátrica? Ahí si me gustaría que ahondases. Es decir, hasta ahí es el trabajo de las enfermeras y ahora y específicamente, [si] las enfermeras hemos aportado a que esta reforma psiquiátrica vaya adelante esto, si somos un equipo de salud mental los psiquiatras, los psicólogos, pero las enfermeras...

R: Lo que se ha caracterizado de la enfermería en Andalucía es el romanticismo, esa voluntariedad.

P: Pues eso lo cuentas.

R: La vida de horas que se le han echado sin mirar si me va a pagar esto, si no. El trabajo de los enfermeros, las enfermeras, los auxiliares de enfermería, el equipo de enfermería antes y ahora, que yo resalto siempre cuando hablo con los compañeros más jóvenes que están en formación es la voluntad que le poníamos, las horas que le echamos. La gente ahora con el tiempo dice "erais muy románticos". Estábamos todo el día. Es que a lo mejor tu entrabas a las 8.00 h y te ibas a las 15.00 h, pero no te ibas a las 15.00 h porque entraba un compañero que estaba de 15.00 a 22.00 h. y te quedabas con él hasta las 17.00 h. Porque a lo mejor había que poner a las 16.00 h cincuenta inyectables, y como estaba solo por la tarde le ayudabas y tú te ibas a las 17.30 h cuando ya habías hecho ese trabajo. Esa voluntariedad hoy sigue existiendo. Las enfermeras que trabajamos en salud mental (yo ya llevo muchos años en esta especialidad, ya son treinta y siete) creo que todavía seguimos siendo muy románticas y seguimos apostando porque somos capaces de colaborar en la recuperación y que el paciente pueda volver a ser persona, pueda funcionar con todos sus síntomas,

pero dentro de su sociedad, de su familia, de su empleo. Eso es importante. Por eso, una de las características que quizás antes no señalé de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) es que en cada provincia hay una empresa que cede empleo. Esto es como el trampolín donde nuestras personas, algunas, empiezan a poner en práctica lo aprendido en los talleres y dan el salto a empresas normalizadas. Y algunas veces es como un núcleo de pequeñas empresas donde en una se hace limpieza, en otras reprografías, hacer fotocopias, otras electricidad, otras mantenimiento. Al final es un conglomerado. Como digo hay una en cada provincia andaluza, y en cada grupo de empresas habrá como ciento cincuenta o doscientas personas trabajando. Eso es muy importante también, que la persona le diga "mire usted, quédese con la paga que me da el estado de 374 euros y deme usted 700 que es mi trabajo, ese es mi esfuerzo". Aunque a veces no sea mucha la diferencia, pero que es muy importante que el paciente no tenga la sensación de "esto no me lo dan porque yo esté malo sino porque lo he conseguido a través de un esfuerzo".

P: ¿Pudo haber reforma psiquiátrica sin las enfermeras?

R: Yo creo que no, yo creo que las reformas se pudieron hacer porque las enfermeras y los auxiliares de enfermería estaban mal. Hay que tener en consideración que es verdad que muchas veces, porque el propio sistema nos lo pedía, estaba tan jerarquizado que los psiquiatras eran los que mandaban. Un director de una institución de este tipo que tenía mil y pico personas imagínate el poder que tenía y el prestigio que tenía dentro de la sociedad que tenía ese hospital. En aquella época yo recuerdo, por ejemplo, si éramos cincuenta enfermeros en la sala de mujeres, había cuatro psiquiatras, entonces, la proporción.... Si alguien se queda en la calle a llevar enfermos a las procesiones de Málaga, las procesiones que eran muy famosas, o a la playa, los psiquiatras no solían ir, todo ese trabajo era de enfermería. La cercanía, la educación, la reeducación, todo eso era de los enfermeros, de los auxiliares y de las enfermeras porque sí que es verdad que, durante un tiempo, que no fue más allá de un año o un año y medio, tuvimos que ponernos muy serios para contrarrestar las malas prácticas que se venían asociando a los enfermeros. Por ejemplo, el salir a mitad de un patio y empezar a pegar palmetadas para llamar a los pacientes a comer; no decías "a comer", pegabas las palmetadas y veías que iban levantándose los pacientes de todos los suelos que había por el patio e iban todos en columnas hasta el comedor. Tú si llegabas como ATS ya titulado a un servicio y no te gustaba eso, pues no te ibas a enfrentar directamente con un jefe, con uno que tenía cincuenta años y tu tenías veinte, porque eso era morir nada más que en el intento. Empezamos a ganarnos a ese tipo de personajes y empezamos a quitar cosas. Por ejemplo, sabíamos que era una persona que era bastante ruda o agresiva con un paciente, sobre todo a la hora de las duchas (el paciente era resistente y él decía "a la ducha, a la ducha", le pegaba un guantazo y entonces entraba en la ducha) pues en vez de enfrentarnos con él lo que hacíamos era estar un ATS con él en el proceso de las duchas; [Así] se acabaron los palos en las duchas, se acabaron los palos para que entraran en las bañeras, pero teníamos que estar uno allí. Observábamos que a lo mejor mandaban yogures a la cocina para el postre y a las mesas de los pacientes no llegaban, se quedaban en el camino, se guardaban en las taquillas de algunos de los celadores más viejos para llevárselos a su casa (estamos hablando de un yogur que en aquella época era un pequeño lujo). ¿Solución? un enfermero a la puerta del camión de la comida y durante todo el recorrido de la comida. No nos enfrentábamos, pero con nuestra presencia era suficiente para que no se cometieran esos dislates. Incluso hubo enfrentamientos, porque si tu coges a una persona

dando una paliza a una paciente, como fue el caso de nuestra querida Pascuala, pues ahí sí que se denunció y trajo bastantes consecuencias [del tipo] de "mira a este, tú, que no ha estado bien decir que si tú lo haces peor que yo". Pero se consiguió también parar eso porque fue un poco ejemplarizante, se suspendió de empleo y sueldo y se castigó a la persona que estaba agrediendo a la paciente porque le partió dos costillas; es que no fue broma, es que le partió dos costillas, que no fue una galleta, que le partió dos costillas y se tuvo que denunciar. Dentro de la propia institución también tuvimos muchos avatares; había ciertas camarillas de las personas más antiguas que no estaban de acuerdo con "los revolucionarios estos que han llegado aquí a decir cómo tenemos que hacer las cosas". Y hubo incluso hechos luctuosos, no solamente el que comenté del paciente que murió y el auxiliar cuando iban de camino al pueblo la primera vez que se le llevaba, sino que dentro de la propia institución uno de los profesionales que trabajaba con nosotros en los servicios generales, un carpintero, un paciente lo agredió y cometió un homicidio dentro de la propia institución. Esto contado con el tiempo puede parecer que bueno, un manicomio, una persona loca puede matar a alguien, pero, en aquel momento, fue una revolución que casi nos para en seco todo el proceso de la reforma porque era volver a darle al loco la condición de peligroso social. Algo que nosotros llevábamos ya tres años intentando demostrar y enseñar a la sociedad y a las familias, y sobre todo a las instituciones que nos gobernaban en aquel momento, que el enfermo mental no es más peligroso que otra persona. Pero como suceden ese tipo de secuencias y está todo el mundo pendiente de ti, en los periódicos de Málaga, a los dos días o tres siguientes "un enfermo mental asesina...". En fin, esto ralentizó los procesos de cambio. Pero por suerte se siguió adelante y con las diferencias actuales abismales. Uno lo concibe y [como] uno es aficionado a la fotografía, me [metí] de tapadillo una cámara en el manicomio para hacer foto-denuncia de todo esto. Resulta que hoy se las enseño a los alumnos de grado y dicen: "¿pero esto cómo es? ¿Esto cómo es posible?" y eso lo viví yo con veinte años, no es tan lejano. A veces corremos mucho pero luego las cosas están ahí todavía, y todavía me creo que haya algunas instituciones cerradas que están fuera de control de las instituciones públicas, sin los controles que deben de tener, donde se cometen abusos y desmadres, que son los manicomios privados. De hecho, a nosotros nos consta en alguna institución privada de Málaga donde ha habido muertes de pacientes sujetos a camas porque se le ha caído la colilla al colchón y se le ha prendido fuego y no encontraba las llaves porque había un solo celador para un manicomio de doscientas personas. En las instituciones cerradas-privadas, hoy día, todavía se puede mejorar mucho respecto al trato y yo, que quieres que te diga, estoy muy orgulloso de la red que tenemos montada en Andalucía.

P: Cambiemos de tercio. A su juicio, ¿qué función tienen las familias en la atención al enfermo mental y qué necesitarían para desempeñar sus funciones?

R: El tema de las familias ha evolucionado mucho. Al principio no es que las culpabilizáramos, pero a las familias las veíamos siempre como alguien curioso. Tú tenías una entrevista con un paciente, tú dejabas a las familias a la puerta. En cualquier sistema sanitario hoy en día tú necesitas información, ampliar más información, recabar más información, contrastar la información que te está dando la persona que tiene el padecimiento; en aquella época, no. Yo he tenido compañeras pasando consulta como psiquiatras y yo he intentado entrar a la familia y "no, no, no, la familia ahí, la familia ahí" como si les molestara. En este sentido se ha avanzado muchísimo. El hacer corresponsables a las familias del proceso que tienen con un hijo, con un hermano, o con un padre, eso nos ha ayudado mucho. Pero hemos tenido que variar también los profesionales sanitarios, hemos tenido

que darle valor a lo que nos dicen de ellos, cosa que antes lo poníamos siempre en solfa: "señora, ¿se ha tomado su hijo la pastilla?", o "señora, ¿cuántas pastillas le está dando usted?", la pregunta siempre con la duda de que si lo están haciendo bien ellos. Ahora no, ahora normalmente cuando se cita a una persona se cita con su familia, se dan los dos tiempos, ahora el paciente individual, si él lo requiere, [ahora] conjunto. Si la familia le dice al paciente: "Pepe, quiero hablar un ratito solo con tal", nosotros siempre solemos decir "pero, ¿es sobre Pepe?" y ellos "sí, pero es que...", "pues entonces que venga Pepe". Eso la familia lo están haciendo ahora, ahora los tenemos como aliados. El movimiento asociativo está muy fuerte, pero yo creo que políticamente a los políticos les interesa tenerlos cerca, y por eso están muy fuertes, a la hora de subvenciones, a la hora de facilitarles mucho... Concretamente en Andalucía, con todo ese proceso de empleo hay diferentes conserjerías facilitando este tipo de creciente empresa. Pero más me interesa la asociación de enfermos. Ahí es donde tenemos que pitar, darle la palabra y darle el valor al movimiento asociativo de los propios enfermos que eso era impensable hace quince años. En Andalucía hay una que se llama "En Primera Persona" que es muy potente y en todos los organismos oficiales, ya puede ser una comisión de trabajo, un congreso, siempre tienen su mesa, siempre tienen su coloquio, siempre tienen su ponencia, siempre tienen una participación activa y directa en lo que se esté diciendo con otros profesionales. Se ha avanzado mucho.

P: Y socialmente, ¿tu compartes la impresión que tienen algunos familiares de que se encuentran solos cuando más necesitan?

R: Sobre todo los últimos cuatro o cinco años, esto iba muy bien, con las carencias de siempre. Porque siempre hemos dicho que la psiquiatría y la salud mental somos el culo de la sanidad, dentro de esa vida de donde partimos no queremos ponernos a nivel del otorrino, no queremos ponernos a la cabeza, pero sí que es cierto que se iba a avanzando. Pero, por ejemplo, la red de Andalucía se ha parado: donde ahora necesitaríamos tener el doble de dispositivos dentro del programa residencial pues no los podemos tener porque no hay ni un puñetero duro. De hecho, en Málaga necesitamos una unidad de especialización en el hospital de Marbella que lleva diez años diseñada y está parada porque no hay dinero. Y esto sí que está repercutiendo en la asistencia en general porque la unidad que tenemos de especialización se colapsa casi cinco o seis meses al año, más ocho o más nueve pacientes en camas en los pasillos. Me saca mucho de quicio y me indigna que, en el siglo XXI, tengamos pacientes en un pasillo con la falta de privacidad, con todo lo que queramos decir y la falta de mejora de la atención. Eso está ocurriendo acrecentado en los últimos cuatro años, cinco últimos años, por lo de la crisis que no la han causado ni los pacientes ni los profesionales pero que la estamos sufriendo, porque no tenemos ni nuevos dispositivos, ni los programas se están dotando económicamente. Había unos programas de ocio y tiempo libre [en los que] si tú antes podías citar un autocar en la puerta a las 8.00 h de la mañana una vez al mes para irte con un grupo de cincuenta personas a El Chorro (que es un pantano que está aquí en los alrededores) o irte a la playa, pues cada vez se puede hacer menos porque ya no tienes para alquilar ese autobús de cincuenta plazas una vez al mes y cosas por el estilo. Y todo esto sí que está mermando. Pero el sistema no se ha resentido, los pacientes siguen siendo asistidos, las familias siguen teniendo voz, los enfermos siguen teniendo la posibilidad de acercarse desde otro punto a la asistencia y lo que si podemos notar es la falta de profesionales que está habiendo en todo lo público. La tasa de reposición es cero, cero, ni siquiera el porcentaje que decían que la ley contemplaba. Aquí, ahora, por lo que he contado hace mucho rato de que hubo una época que entramos todos a la vez, nos vamos a jubilar

todos en un proceso de dos años, y vamos a ver capitalizado el servicio en dos años. Porque gente con cuarenta o cuarenta y un años de experiencia nos vamos todos a la vez, de modo que si no empezamos a reponernos ya con gente de veintiocho-treinta años hemos pensado, los más antiguos, que va fuera nuestro trabajo, se va a quedar en nada. Pero que no nos van a dar la oportunidad de hacer como a mí me hicieron compañeras cinco y siete años más mayores que yo: a su forma, crear una especie de escuela. Aquí nos lo están impidiendo los últimos cinco o seis años, porque al no haber contratación es lo que hay.

P: Las enfermeras ¿cómo se han adaptado al trabajo, a este nuevo escenario de trabajar con las familias y con los servicios sociales? Antes ni familia, ni servicios sociales, ¿se han adaptado a ese escenario?

R: Si y mal. Los terapeutas ocupacionales, grandes profesionales que hemos descubierto hace ocho o diez años, no nos aguantan, no quieren asistencia. Pero en Francia y otros países sí, pero aquí no están incorporados a equipos de trabajo. Todas estas cosas, lo que hace la trabajadora social, lo que hace el terapéutico ocupacional, lo hacíamos los enfermeros en los años setenta, ochenta y principios de los noventa. Porque realmente cuando se hicieron los equipos sí que se puso ya una trabajadora social por cada equipo, pero, hasta entonces, había una trabajadora social por manicomio, mil y pico personas. Ella podía orientar, pero si tiene que hacer algo de papeles o de lo que fuera, eras tú el que iba, éramos los enfermeros, los auxiliares, normalmente en aquella época. Hoy sí, la incorporación del trabajador social, la incorporación de los terapeutas ocupacionales ha supuesto que el equipo se enriquezca, en general. Los dispositivos estaban más enriquecidos, al enfermero se le valora, y se le valora más cuando tienen un criterio que está en el centro de los equipos. También será verdad, digo yo, que me encuentro con psiquiatras que tienen ahora treinta y cinco años y yo sesenta y a lo mejor, por respeto, no te dicen mucho pero no es el enfrentamiento que había antes. Al final se va quedando en la gente. Que un enfermero pueda discutirle a un médico "justifícame por qué le está mandando ese tipo de tratamiento que yo creo que iba muy bien con el otro que le tenías puesto y, este es mucho más caro y más doloroso de poner, ¿ahora le vas a poner dos inyecciones al mes si antes estábamos con una e iba genial?". Eso era impensable hace equis tiempo; hoy si se admite ese tipo de discusión dentro de un equipo. Por lo cual yo creo que el enfermero cada vez [tiene] más protagonismo dentro del proceso asistencial y más responsabilidades.

P: ¿Cómo ves el futuro de las enfermeras en salud mental?

R: El futuro de las enfermeras de salud mental, de la enfermería de salud mental, yo no lo veo nada halagüeño. No lo veo halagüeño porque ahora empiezan, como en todas las cosas, los modismos de los nuevos términos. A mí me enfada mucho que nuestros directores de enfermería, nuestros dirigentes enfermeros a nivel autonómico, hablen de un eufemismo que se ha sacado últimamente que es lo de la enfermería avanzada. Enfermería avanzada yo interpreto que es una enfermería especializada y si el sistema nacional reconoce que hay siete especialidades pues algo está fallando. No me hable usted de enfermería avanzada cuando tenemos ocho unidades docentes en Andalucía formando a cuarenta y tantos enfermeros especialistas en salud mental para que cuando salgan a los dos años usted les diga: "no, que eso no es lo que interesa, a mí me interesa la enfermería avanzada"; tonterías las precisas. O hable usted de dinero público, de esas cincuenta plazas que está usted formando; claramente aquí algo falla. Es por esto que no lo veo con mucha credibilidad porque creo que en el resto del Estado español no anda tampoco muy brillante con respecto a la

falta de recursos, de recursos humanos y recursos materiales. Por supuesto, por lo que hemos dicho de la crisis de que no se han acabado de desarrollar las redes, todo lo que teníamos previsto desarrollar. Pero yo, por ejemplo, soy un gran enamorado de las Universidades y de la gente joven y creo que están saliendo alumnos [que son] los mejor formados de los últimos veinte años. En las últimas diez promociones está saliendo gente magnífica, sí es verdad que para trabajar en salud mental te tiene que gustar y yo reconozco que de cada cien alumnos hay cuatro o cinco que muestran un interés especial para esta especialidad. Yo tengo la suerte en los tres últimos años como tutor clínico de que los alumnos de grado que pasan y hacen prácticas con nosotros, cuatro han optado por hacer la especialidad y los cuatro lo han conseguido. Será por ellos, pero uno no ha hecho tampoco mal lo de ilusionar a la gente.

P: En cuanto al papel de los equipos de salud mental, una cosa es ya la especialidad, el futuro académico, pero en cuanto a lo que las enfermeras van a aportar en el futuro ¿cómo lo ves?

R: El papel de las enfermeras en los siguientes dispositivos sigue siendo crucial. En la unidad de hospitalización, los cuidados son veinticuatro horas: [es] fundamental un equipo de enfermería, bien coordinado, bien avenido, y sin muchas tensiones. En las comunidades terapéuticas, el noventa por ciento son enfermeros y auxiliares. En los equipos comunitarios, [en los que] cada vez se discute más en las mesas de trabajo, enfermería tiene más que aportar, más que decir, incluso más que enseñar, cosa que hasta ahora siempre nos estaban enseñando los médicos, los psicólogos. Ahora nosotros, a veces, somos los que les enseñamos a ellos y eso es un salto importante que incluso a los propios enfermeros nos ha costado. Nos ha costado decir "¿yo qué voy a tener que enseñarles?, que se enseñen ellos", sobre todo por la falta de seguridad, "¿yo qué voy a hacer ahí?". Pero, hoy día, en las unidades multiprofesionales tenemos enfermeros dándoles clases a residentes de psiquiatría, de medicina, a terapeutas ocupacionales, a residentes de salud mental, a médicos de familia; es decir, que hoy día sí que hemos conseguido una credibilidad dentro del sistema público y creo que el futuro de la enfermería es muy prometedor. Yo creo que es una de las carreras más bonitas, de las profesiones más hermosas, poder trabajar con personas y poder ayudarles y a cambio recibir un salario digno, no para tirar cohetes, pero sí un salario digno. Yo muchas veces pongo el ejemplo de que ni estoy bajando a la mina, ni estoy subiendo veinte pisos a la obra, sino que estamos trabajando en unos espacios muy especiales. A veces la gente de la calle nos ve y nos dice "hay que tener valor para trabajar ahí", y digo "bueno, hay que tener valor para trabajar en urgencias", porque allí hay muchas más agresiones que las que hay aquí o en la atención primaria. Todas estas cosas por suerte se salvaron, y enfermería en los equipos va funcionando muy autónomamente siempre dentro del sistema, donde hay que dar una serie de justificaciones al equipo y por dónde van tus programas. Yo aquí, por ejemplo, en este equipo que es mi centro hay cuatro programas especiales y los cuatro los llevamos enfermeros y solamente un grupo lo lleva una psiquiatra. A la hora de hacer cosas diferentes, no solo la atención de consulta cada veinte minutos para atender una paciente, revisarlo, etc., cuando se hacen grupos, se hacen familias, lo hacen los enfermeros.

P: Ya, por último, ¿algo que deseas añadir "en tu defensa"?

R: En mi defensa poco (risas). Sí quiero decir algo que si no lo digo reviento. Normalmente siempre hemos intentado apoyarnos los unos a los otros. Yo no puedo dejar de reconocer que si no hay una Mari Luz Liébana (80'33") que está por delante de mí enseñándome como hacer las cosas,

probablemente yo no podría tener a una Ainhoa Jurado que va a hacer ahora la residencia de psiquiatría enseñándole cosas; o a una Pilar Artolachipi como hemos tenido. Quiero decir que yo he tenido la gran suerte de haber seguido siendo apoyado por otros compañeros. Y el grupo que nos conocemos desde hace treinta y siete años, imagínate; es un privilegio tener siempre el apoyo de Larodilla (81'08"), de Paco Jaime, de Chelo Caballal, de Francisco Mejías. Cuando nos hemos reunido, hace años, yo recuerdo que llegamos con unos nervios y queríamos soltarlo todo de golpe; ahora ya vamos más tranquilos y disfrutamos más de los congresos y de los espacios de encuentro. Pero yo recuerdo que, en aquella época en habitaciones, sobre todo en las habitaciones de los andaluces, de los malagueños, era donde nos reuníamos a contar como iban en Andalucía las cosas. Para mí es un reconocimiento a una serie de compañeros y profesionales que me han acompañado en estos treinta y siete años y que han hecho posible que si hoy día yo soy algo de enfermero es por todos estos otros que me han ido ayudando en este camino.

P: De lo que pasaba en las habitaciones de los malagueños no decimos nada...

R: No, pero tengo fotos (risas).

P: Muchas gracias.

Anexo 5: ENTREVISTA 4

Entrevistador: ¿Qué edad tiene usted?

Entrevistado: Cincuenta y ocho

P: ¿Qué nos puede decir sobre la Reforma Psiquiátrica?

R: En la gran reforma que podríamos entender de los años ochenta, en algunos lugares fue a principios de los años ochenta, en otros fue algo más tarde, la consideración que tenía el enfermo mental era una consideración de segundo nivel y, en la mayoría de las ocasiones, a las familias se las mantenía en segundo plano. Y exponente claro de ello era, por ejemplo, que no se podía ver muchas veces a los enfermos cuando estaban hospitalizados, o te ponían unos horarios rígidos de visitas en unas franjas horarias y unos días determinados, o cuando ingresaba el enfermo agudo te decían "no, mejor que la primera semana mientras esté ingresado no vengan a visitarlo porque eso le va a beneficiar". Quiero decir que no se veía a la propia familia como un elemento colaborador del proceso del tratamiento terapéutico, sino se veía como un elemento que había que mantener alejado. Yo mismo he de reconocer, por ejemplo, que, en aquellos años, también era un poco de esa opinión, pero después al poco tiempo, incluso durante bastante tiempo, estuve haciendo actividades de grupo con familiares porque era la única manera de que se incorporaran al proceso. Yo pienso que, incorporándolas al proceso, todos ganamos y en todo caso las familias lo que precisan es básicamente dos herramientas para incorporarse al proceso, que son información y formación. En la medida en que estas dos herramientas se les facilite, adaptadas a las características de cada una de estas familias, sus componentes pueden participar correctamente en el proceso. Pero antes de la reforma la familia se mantenía al margen, y si el enfermo dentro del sistema sanitario era de segundo nivel, la familia estaba todavía por debajo del enfermo psiquiátrico.

E: ¿Cómo los veían al enfermo de salud mental y a la familia los profesionales sanitarios?

R: [Para] Los profesionales sanitarios, yo haría una doble distinción. Es decir, los profesionales sanitarios específicos de la salud mental que abordaban el tratamiento a los pacientes y a las familias lo veían de una forma determinada que podemos entrar en detalle, pero el resto de profesionales de fuera de la salud mental yo pienso que si hablamos de estigma del enfermo y de la enfermedad, dentro de las propias profesiones sanitarias hay un cierto estigma también al trastorno mental, se ve como algo extraño, raro, complejo, digámoslo así. Pero dentro del ámbito de la salud mental yo pienso que al enfermo y a la familia se les ve como personas que necesitan ayuda y que, en definitiva, esa ayuda debería de ser o es deseable que sea transitoria. Y que debería facilitarse a esa persona y a la familia las herramientas suficientes como para llegar a hacerse un auto chequeo y un autoconocimiento de sus dificultades o de su enfermedad, para poder abordar las dificultades con autonomía propia y con poca dependencia, y poder salir adelante ante las dificultades que puedan aparecer. Por lo tanto, yo pienso que esa visión es muy diferente si se trata de los profesionales que tratan a esa persona con dificultades o trastornos mentales que, por lo tanto, tienen conocimientos y son especialistas en salud mental, del resto de los profesionales de fuera de la salud mental. En un centro de atención, por ejemplo, ha habido, y con eso enlace una

realidad, una cierta tendencia, por lo menos en lo que yo conozco, de incorporar los centros de salud a los centros de atención primaria, que se denominan, en otros sitios, áreas básicas de salud. Es decir, incorporar la atención primaria en salud mental a la atención primaria global, en genérico. Yo pienso que esa convivencia dentro de un mismo techo, vamos a decirlo así, de la salud mental ha sido buena para los profesionales y normalizadora, pero hay todavía como una cierta vivencia extraña de intrusión, como decir "nos estáis aportando aquí un cierto virus de la enfermedad mental que no estábamos acostumbrados a convivir con ella".

E: ¿Cuáles cree que fueron las causas que condujeron a la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica?

R: Yo pienso que las causas fueron multifactoriales. Por un lado, veníamos de centros obsoletos, muy antiguos. Hay que pensar que muchos hospitales psiquiátricos cuando se produce esa gran reforma ya habían cumplido más de cien años de vida y que, por tanto, muchos de ellos habían evolucionado muy poco o casi nada en algunos aspectos. Había un gran hacinamiento en los centros psiquiátricos y había pluripatología, después había personas que estaban ingresadas sin ningún tipo de patología, fruto de nuestra evolución histórica y social. Yo recuerdo todavía cuando hacía clínica directa, y estamos hablando de finales de los años setenta, todavía estaban en funcionamiento lo que se denominaban en aquel momento los "juzgados de peligrosidad social", y anterior a aquellos juzgados de peligrosidad social había estado en vigor al final de la guerra civil aquella ley de vagos y maleantes. Entonces, la premisa que había era que aquella persona que estaba en la calle sin una función clara y si no había cometido ningún delito por el que se le pudiera acusar, se le podía recluir en un psiquiátrico. Y en aquel momento quien decidía eso era un escrito del gobernador civil de turno. Yo pienso que fue multifactorial y, precisamente, cuando se hace la gran reforma, uno de los elementos que ayudan a, entre comillas digámoslo así, vaciar de manera importante los centros psiquiátricos es que se lleva a cabo una revisión profunda de las historias de los pacientes y se ve que muchos de ellos no tenían justificación [para] que estuvieran allí. Entonces, lógicamente, a aquellas personas no se les deja en la calle y se buscan alternativas en función de su estado y su grado de dependencia. Algunos fueron a pisos protegidos, a otros se les buscó otro tipo de ayuda, alguno sí hizo algún contacto con familiares que todavía tenían, aunque fuese fuera del municipio; si la respuesta era favorable y era acogedora se intentó una inserción en aquella familia, o aquellos familiares que quedaban. Pero yo pienso que la reforma fue multifactorial: por un lado, había un hacinamiento importante, había un grupo de población que no debía de estar, y luego, por qué no decirlo, había una gran presión desde fuera de nuestro país de profesionales que habían vivido y estaban viviendo experiencias como era la de la sectorización en Francia, era el momento por ejemplo del *boom* de las experiencias de Franco Basaglia en Italia y, concretamente, con su experiencia de Trieste. Y todas esas inquietudes fueron las que ayudaron, junto con una generación también importante de médicos psiquiatras y de enfermeros con unas inquietudes importantes, [a] poner en marcha todas esas reformas. En aquel momento fue cuando se empezó a hablar de aspectos que hasta ese momento se hablaba muy poco, como era un hospital de día, o como era un centro comunitario. Hasta el momento el único recurso que se contemplaba y se conocía era el hospital psiquiátrico que lo que había pasado era evolucionar con distintas nomenclaturas: hospital psiquiátrico, centro psiquiátrico, sanatorio psiquiátrico... diferentes nomenclaturas pero que, en definitiva, no se había llegado a la raíz del problema. Y hasta aquel entonces, por ejemplo, el noventa y cinco por ciento de los hospitales psiquiátricos todavía estaban separados por sexos. Los centros eran, o bien para hombres o bien para mujeres, pero nunca eran mixtos.

E: ¿Cómo repercutió la reforma psiquiátrica en la valoración social y en el tratamiento de los enfermos psiquiátricos? Y, ¿qué ha pasado con estos enfermos?

R: Bueno, yo pienso que en nuestra cultura hay tres tipos de recursos sociales en el ámbito de nuestro entorno que siempre, culturalmente, han estado alejados: eran las prisiones, por aquello de estar lejos o tener lejos a las personas que habían cometido un delito contra una persona o contra la sociedad; eran los cementerios, por aquello de que la muerte siempre en nuestra cultura ha estado un poco vivida de forma especial con respecto a otras culturas; y [eran] los hospitales psiquiátricos, por aquello de lo del miedo. Yo pienso que tanto los psiquiátricos, las prisiones, como los cementerios, como los núcleos urbanísticos, los municipios, han ido creciendo y, por lo tanto, sin quererlo han ido aproximando esa realidad a los municipios y a la sociedad. Yo pienso que con esa aproximación, en unos casos no solicitada, en otros caso por convencimiento, hemos ido indirectamente derribando esas barreras que había respecto al concepto que teníamos de salud mental y del enfermo. En este sentido, yo pienso que, con la reforma, sí que en algunos momentos podía haber el riesgo de que, en relación a lo que mencionaba antes con el vaciamiento de los hospitales psiquiátricos, mucha gente se podía quedar en la calle. Y el riesgo era que pasaran de su condición de enfermo psiquiátrico, con etiqueta o sin etiqueta, bien o mal, a estar en la calle pasando a un rol de vagabundo, lo que después se ha llegado a llamar en programas específicos los "enfermos sin techo", las personas sin techo por los cuales se ha trabajado mucho. Pero yo creo que la reforma contribuyó a que se aproximara esa imagen que teníamos de miedo, a nivel social, respecto a la persona con una enfermedad mental. Pero en este sentido y todavía hoy quedan asignaturas pendientes como, por ejemplo, los medios de comunicación. Los medios de comunicación nos pueden ayudar mucho a aproximar esa imagen que la sociedad tiene de la persona con una enfermedad mental, o nos pueden perjudicar en el sentido de que cualquier persona que, por ejemplo, comete un delito en la calle la primera sospecha es que sea un enfermo mental. Y eso no es así y se ha demostrado que no siempre es así. Por lo tanto, yo creo que con la reforma se aproximó al enfermo, se positivizó, por decirlo así, la imagen que teníamos del enfermo mental. Aunque la reforma posteriormente incorporaba la asistencia psiquiátrica a la ley general de sanidad, e incorporaba los servicios de psiquiatría a los hospitales generales, y sobre todo la atención al enfermo agudo. Pero la realidad es que eso fue un proceso muy lento, estamos hablando [de] que la Ley General de Sanidad de 1986 fue un proceso muy lento hasta tal punto que después de veinte años todavía había servicios de agudos de psiquiatría dentro de hospitales psiquiátricos. Yo pienso que antes el enfermo estaba dentro del cajón de la beneficencia, léase diputaciones y otros órganos similares; después pasó oficialmente al sistema nacional de salud pero, oficialmente, no fue real. Y eso ya sabemos todos que es una cosa paulatina y lenta, pero que nos gustaría que eso ya fuera, por decirlo así, de pleno convencimiento el hecho de que el enfermo mental sea un enfermo más. Porque yo siempre pongo el ejemplo de que un enfermo con un accidente [que] tiene una secuela traumatológica, todo el mundo entiende que lleve muletas, que haga recuperación, que lleve un proceso más o menos largo en su rehabilitación. El enfermo mental tiene un paso parecido: tiene una situación aguda de su enfermedad y después tenemos que entender que tiene que pasar un proceso de reaprendizaje en algunos aspectos de sus capacidades y que ese proceso también puede durar cierto tiempo. Socialmente el primer ejemplo se entiende perfectamente, el segundo cuesta más.

E: ¿Qué han supuesto los nuevos dispositivos asistenciales que introdujo la reforma en la atención y

cuidado a los enfermos mentales?

R: Los nuevos dispositivos, un poco como he apuntado, eran algo que, tras la reforma, para muchos eran novedosos. Pero yo pienso que lo importante de los nuevos dispositivos es la función que llevan a cabo, no tanto su nomenclatura o el nombre que le queramos dar. Es decir, nosotros podemos tener un centro de atención de salud mental dentro de un hospital general y cumplir su cometido; y podemos tener lo que la gente dice con su nomenclatura un centro de atención comunitaria en un barrio de una ciudad y no llevar adelante su cometido, y no cumplir específicamente para aquello que se ha diseñado o se ha pensado. Pero, yo creo que suponen inicialmente la ruptura de un modelo tradicional donde la única oferta era el régimen de tratamiento en forma de hospitalización y de reclusión, entre comillas (en el sentido de que los centros psiquiátricos eran una reclusión, en definitiva, salvando algunas honrosas excepciones). Y la nueva aparición de dispositivos ya no es tan novedosa porque, incluso antes de la gran reforma psiquiátrica de 1984-1985, ya hubo algunos hospitales psiquiátricos que pusieron en marcha algunas experiencias creando pisos, que en aquel momento se llamaban pisos protegidos. Y esto fue anterior a la reforma, quiero decir que los conceptos ya existían porque en países europeos se habían llevado a la práctica, se habían un poco, digámoslo así, evaluado. Por lo tanto, eran novedosos para nosotros y supuso esa ruptura con la única forma tradicional que había de tratar al enfermo mental. El evitar que un enfermo perdiera el contacto con su núcleo familiar y con su casa; que pudiera ir al hospital de día durante el día, todos los días o algunos días, y tratar en paralelo a la familia; eso tiene relación con lo que decíamos, anteriormente en otras preguntas, que dado que la enfermedad es multifactorial y la abordamos desde un modelo psicobiosocial, también debemos abordar a la familia y la debemos abordar en el mismo momento con los profesionales adecuados. Pero supuso, lógicamente, una ruptura importante y fundamentalmente para la manera de trabajar de enfermería. Enfermería solo estaba acostumbrada a trabajar en los grandes centros psiquiátricos y fue una ruptura importante porque era como perder la brújula. Fue en aquel momento como perder la brújula, porque todo el entorno cambiaba: ya no hay camas, ya no hay camillas, ya no hay jeringuillas; el modelo, la concepción de entender la enfermedad y la de abordar al enfermo y a su familia era otra, donde aparecían ya esas nuevas técnicas que no eran las técnicas mecánicas sino las técnicas de comunicación, de expresión, de soportes emocionales, etc.

E: Yo iba por ahí; la siguiente pregunta era: ¿Qué cambios han introducido los conceptos y métodos asistenciales derivados de la reforma en la actividad que desarrollan las enfermeras de salud mental? O sea, que, si quieres seguir por ese camino, sigue.

R: Eso que supuso una ruptura desde el punto de vista social, también supuso una ruptura y un *reset*, utilizando términos de informática, en el rol profesional. Es decir, ¿yo de dónde vengo?, ¿qué me está pidiendo ahora la sociedad?, ¿qué me está pidiendo el entorno en el cual me desenvuelvo? Por lo tanto, yo tengo que adaptarme. Recuerdo que eso coincidía también en los primeros congresos de enfermería, donde aportábamos ya comunicaciones y empezábamos transferencias, e incluso algunas provincias pusieron en marcha en paralelo también el tema (que era una cosa muy importada de la concepción de la atención en Francia) de la sectorización que llamaban ellos, los franceses. Es decir, que el mismo equipo de profesionales tratasen al enfermo tanto en el momento de la hospitalización como en la comunidad, para que hubiera un hilo conductor con el equipo en el tratamiento. Ya que supuso esa ruptura social el hecho de la reforma psiquiátrica, la

ruptura en los roles y en los contenidos profesionales fue todavía, mayor desde el prisma y desde la óptica de los profesionales. El hospital de día era algo absolutamente nuevo porque no existía; y lo del centro de salud era como una adaptación de lo que era la atención primaria pero especializada en salud mental. Y ahí fue un poco más fácil, ya que había más proximidad con el paciente, la visión de abordaje al paciente ya no era una relación jerárquica, en el sentido de la relación con él y con la familia, sino más colaborativa: en qué puedes participar, qué puedes aportar, "hagámoslo juntos"... Eso cambiaba mucho, y muchas actividades se hacían conjuntamente, que eso anteriormente en el modelo clásico tradicional del hospital psiquiátrico no se contemplaba. Y ahí fue cuando aparece con fuerza también la concepción de trabajo en equipo: ya no era una cosa de que cada uno hacía lo suyo, sino que cada uno hacía lo suyo pero dentro de un plan de atención global destinado a mejorar la situación del enfermo. Esa fue la gran ruptura desde el punto de vista profesional.

E: Esto es lo que la reforma aporta a las enfermeras, pero ¿qué aportan las enfermeras a la reforma?

R: Yo pienso que las enfermeras aportan a la reforma un mayor conocimiento, sobre todo y fundamentalmente al enfermo y a la familia, de desmenuzar y de aportar herramientas básicas para el desarrollo de la vida diaria, tanto a la familia como al paciente. Es decir, los profesionales yo creo que deberíamos de ser, y creo que somos así, más accesibles para hacer más entendible la enfermedad tanto al paciente como a la familia. Y a través de ese mayor entendimiento poder avanzar en la superación de las dificultades y de los momentos más críticos de la enfermedad. Evidentemente, esa función de la enfermera, que es el tema de la función de la educación sanitaria, en la cual ya no es nada más tratar, sino ofrecer esa educación para que, por ejemplo, en este caso, la persona que padece esa enfermedad psiquiátrica sea capaz de detectar esos síntomas como para avanzarse a una crisis más grave. Yo creo que, si eso funciona adecuadamente, la enfermera lo que consigue es evitar o detectar síntomas de manera muy precoz evitando hospitalizaciones. Por lo tanto, normaliza más el sistema intentando evitar esas hospitalizaciones y, por qué no decirlo también, rentabiliza más el sistema; es decir, los recursos que antes solo se utilizaban para la hospitalización, evitando hospitalizaciones ayudan a que sean más normalizadores a nivel social.

E: ¿Cuál sería la función de las familias en la atención al enfermo mental?

R: Las familias, parece frase hecha, pero sin ellos difícilmente se podría haber avanzado en muchas de las cosas que hemos conseguido. Es decir, anteriormente a la reforma que no participaban para nada en el plan de atención, o no participaban para nada en el proceso de la persona, han pasado, una vez han visto la importancia que la situación tiene, a saber organizarse. Han pasado a exigir derechos que ellos consideran fundamentales y que nosotros creemos que también es así, y que, por lo tanto, ejercen su presión a la Administración y a los profesionales, por un lado. Y a nivel terapéutico yo pienso que han entendido que son una parte colaborativa importante, no solo de colaboración, sino participando en el proceso de tratamiento de las personas con una enfermedad mental. Por tanto, yo creo que han pasado de tener un rol no presencial a tener un rol muy participativo y además muy realizado y, además, en muchos de los casos con muchos recursos. Puestos a valorar aspectos positivos y aspectos negativos, ha habido también algún aspecto negativo en todo este proceso. Y para mí, algún aspecto negativo de este proceso ha sido que con el afán y el deseo y el ímpetu de las familias organizadas de poder favorecer y tratar a sus familiares enfermos han caído un poco, digamos así, en la trampa de crear recursos propios para atender a

sus familiares. Entonces muchas veces la Administración también ha caído en esa dinámica de [que] cómo ellos ya lo tienen, ya lo asumen, pues nosotros no tenemos que preocuparnos por eso. Yo pienso que los roles tienen que estar muy bien delimitados; que era negativo al principio de todo este proceso que no estuvieran presentes, pero también puede llegar a ser negativo el asumir roles que, yo creo, en el proceso de tratamiento de sus familiares no les competen. Yo pienso, por ejemplo, que no les debe tocar asumir responsabilidades asistenciales, sino que deben asumir [otras] responsabilidades: que han estado presentes en el tratamiento, han estado presentes en la colaboración. Han de entender lo que supone participar en el proceso, pero no sustituir a la Administración en funciones que le competen a la propia Administración.

E: ¿Qué ayudas necesitan las familias para desempeñar su función? ¿Qué necesitarían?

R: Si hablamos de necesidades de las familias para asumir estas funciones, yo pienso que estas son varias. Por un lado, está la que les puede dar el propio sistema sanitario que es la información, como decía antes, y es la formación. Pero, por otro lado, no hemos de ser ciegos y entendemos que, si ellos están funcionando y están aportando aspectos positivos al sistema de manera organizada, también precisan recursos propios para llevar a cabo actividades, por ejemplo, de sensibilización, de apoyo a familias, hacer tareas de divulgación... Y eso, queramos o no, nos guste o no, tiene unos costes. Por lo tanto, yo pienso que esas labores que no son asistenciales, sino que son de divulgación, de sensibilización (y que posiblemente esas familias que tienen problemas con algún familiar sean más receptivos a recibir esa ayuda por parte de organizaciones de familiares que no por parte de la Administración o de otros profesionales), para llevar adelante todas esas actividades es necesario que dispongan de recursos. Y yo pienso que, si eso es reconocido por el sistema que es positivo para el proceso de atención a los enfermos mentales, la propia Administración debería asumir colaboraciones para que ellos se doten de esos recursos. Si son reconocidos como una parte del sistema, y son una parte del sistema importante, también deben recibir recursos de la propia Administración para llevar a cabo las distintas actividades.

E: ¿Las enfermeras como se han adaptado a la relación de ayuda a las familias y a la colaboración con los servicios sociales?

R: Yo pienso que es una función muy importante todo lo que se establezca en relación con la ayuda a las familias. Y yo pienso que, por ser un poco coherentes como el sistema debe ser coherente, si entendemos que las causas de la enfermedad mental son multifactoriales y como mínimo son psicobiosociales, la realidad es que a la hora de abordar la situación la Administración no lo aborda de manera conjunta. Porque la Administración está organizada de manera diferente, sus ministerios son diferentes, el Ministerio de Sanidad es uno, después han hecho un cierto proceso de reagrupamiento durante mucho tiempo, el Ministerio de Asuntos Sociales fue otro muy diferente. Y a nivel autonómico muchas veces están separados. Es muy difícil que un enfermo entienda ciertas cosas de su proceso terapéutico y que a veces tenga que elegir entre comer y tomar el tratamiento; eso es tremendamente difícil, es ponerlo en una disyuntiva. Todo eso [de] que el paciente tenga unas necesidades de tratamiento, sociales, de techo donde vivir, sino se aborda de manera global no favorecemos el proceso de tratamiento de reinserción de la persona con un trastorno mental. La enfermera, en este caso, tiene que trabajar conjuntamente con los otros profesionales que tienen que participar en el proceso. Detectando necesidades, no resolviéndolas ella. Incluso, me vienen a la cabeza ahora diferentes perfiles de enfermeras según el ámbito donde

están trabajando. Tengo en la cabeza una enfermera que trabaja en un ámbito más rural que urbano, y ella, por ejemplo, hace el seguimiento de un número determinado de casos en determinados municipios y va a ver a los pacientes a su casa y no los encuentra; [entonces] la enfermera no se queda ahí tocando el timbre y marchándose, sino [que] ella ya sabe dónde encontrarlo en el pueblo; y va a los sitios de interés donde sabe que deambula ese paciente y, primero, conoce el entorno, reconoce sus relaciones, sabe cómo se comporta... Y esa relación con el entorno social crea estos roles nuevos que antes nos parecían que no se tenían que llevar a cabo, ni ejecutarlos. Por eso, esa función es, también digámoslo así, psicoeducativa en el sentido de que es una función y que además se implementa en un entorno en el cual hasta hace poco tiempo la enfermera no estaba acostumbrada a desenvolverse. Son estos nuevos perfiles profesionales que son relativamente nuevos con respecto a hace algunos años, pero que son los caminos que han de irse abriendo porque la sociedad nos lo demanda. Es decir, nosotros no podemos estar enclaustrados en nuestro perfil de hace algunos años cuando la sociedad está avanzando y se está configurando de diferente manera. Por lo tanto, nosotros tenemos que hacer ese esfuerzo adaptativo a esas nuevas demandas y necesidades.

E: ¿Y tienen dificultades para adaptarse?

R: Todas las del mundo. Tienen dificultades todas las del mundo, porque además hay reticencias, hay una falta de conocimiento por parte de la sociedad de que puedan entender qué cosas le puede hacer la enfermera y qué cosas no, o que necesidades le puede cubrir la enfermera. Y muchas veces, las necesidades que puede satisfacer la enfermera se implementan a partir de la relación de confianza que establece con el paciente y con su familia. Es decir, hay cosas a las cuales no se puede llegar con un despacho convencional, una mesa y una silla entre medio de las familias, los pacientes y el profesional. Eso se consigue a través de una relación muy próxima, si puede ser posible en el entorno, y que eso le pueda ofrecer la satisfacción a las demandas que plantea. Entonces muchas veces la enfermera tiene que resolver la demanda que le plantea, pero en otros casos puede ser simplemente un canalizador para resolver las demandas que le plantea. ¿Dificultades? Claro que las tiene, sobre todo las dificultades las tienen perfiles que provienen de un entorno, digámoslo así, más clásico, más convencional. Digamos también que las nuevas generaciones, la gente más joven, no tienen tantas dificultades. Pero no por una cuestión de edad ni de formación, sino que ya culturalmente se han formado de otra manera y por lo tanto eso ya no llama tanto la atención, aunque tengan esas ciertas dificultades. Pero dificultades claro que las hay.

E: ¿Cuál cree que debe ser en el futuro el papel de las enfermeras de salud mental?

R: Yo pienso que las enfermeras de salud mental fundamentalmente su gran reto y su gran bolsa, digámoslo así, de actuación estará en la comunidad. Es decir, si hiciéramos un reparto de profesionales, un menor número de profesionales tendría que estar en las unidades de hospitalización, y la gran mayoría de los profesionales deberían estar en la comunidad. En la comunidad cubriendo esa doble función que es preventiva y educadora y de sensibilización y, por otro lado, lógicamente, de tratamiento y de cobertura de las necesidades de los pacientes. Ese deben de ser los nuevos caminos y los nuevos retos, y no por ello una es más importante que la otra. Es decir no debemos conceptualizar las cosas como enfermeras de primera y de segunda, entendiendo que los que trabajan en la comunitaria o viceversa son más importantes unos respecto a los otros. Es que además, lo bonito, o lo coherente de todo eso, sería que no enclaustráramos a

un profesional durante toda su vida profesional en la atención comunitaria, en la primaria o en la hospitalización. Yo pienso que todo lo que sea amplitud de miras, amplitud de actuaciones enriquece al profesional y en definitiva enriquece a la población a la que está atendiendo. Ese es el camino, fundamentalmente, en temas de educación sanitaria en la comunidad. Y la estigmatización, el quitar dramatismo a la enfermedad mental: la gente, por ejemplo, no entiende que socialmente cuando una persona dice "no, es que era una persona normal, no entendemos como ahora de golpe ha hecho estas cosas", es que, posiblemente, es muy difícil que las cosas pasen de cero a cien de una manera instantánea; ha habido elementos que han ido avisando paulatinamente de que aquella persona tenía alguna dificultad. Si tenemos un sistema que sea capaz de hacer esa detección precoz, tendremos un camino mucho más llano para poder actuar de manera mucho más preventiva, coherente y, al mismo tiempo, para el profesional menos estresante porque se avanza a los acontecimientos que pueden ser más graves.

E: Por último, ¿algún aspecto que quiera destacar, algo que quiera decir en su defensa?

R: Hombre, una entrevista como esta en la cual hemos hecho un recorrido muy amplio y condensado en poco tiempo es evidente que hay muchas cosas. Si pudiéramos hacer un resumen, yo creo que venimos de una actuación en la cual socialmente había un apartamiento, digámoslo así, muy grande de las personas con trastornos mentales, donde cuanto más lejos mejor no vaya a ser que nos contamine, no corramos peligro. Con el recorrido que se ha hecho, en el cual ha colaborado mucho el personal de enfermería, cuando menos hay un mayor grado de tolerancia. Hay gente que, eso era impensable hace un tiempo, desde la perspectiva de haber sufrido una enfermedad mental, después escribe sus experiencias. Y, por lo tanto, la gente lo lee, y ve que cualquiera de nosotros podemos estar expuesto a un episodio como ese, y que, por lo tanto, no es algo que sea ambiguo, ni etéreo, ni nada de todo eso, sino que puede estar en nosotros mismos en cualquier momento determinado de nuestra vida. Por lo tanto, en todo ese recorrido las cosas han ido cambiando. También es cierto que querríamos ir más deprisa y que las cosas cambiaran más deprisa. Y también es cierto que, todavía hoy, por qué no decirlo, todo lo que tiene que ver con la salud mental todavía sigue en el furgón de cola del sistema sanitario. Es decir, hay un grupo de necesidades de atención que el sistema sanitario todavía tiene en el furgón de cola. Y entre ellas está salud mental, y también, aunque haya ido mejorando, está la atención a la gente mayor, a los disminuidos psíquicos... Por ejemplo, una Comunidad Autónoma anunciaba hace dos días que de aquí a fin de año no puede pagar los conciertos y las prestaciones que vienen realizando hasta ahora a todos estos grupos de población: salud mental, discapacitados, gente mayor. Yo pienso que una de las aspiraciones que debería tener como preferente el propio sistema es que el propio sistema no estigmatice a la salud mental, sino que, como mínimo, lo ponga al mismo nivel del resto de necesidades de población. Es decir, hemos mejorado asistencialmente, científicamente, en muchos ámbitos de la salud, pero en la salud mental muchas de las cosas que se han conseguido ha sido a base de mucho esfuerzo de los profesionales. Puesto en una balanza con el esfuerzo que ha hecho la Administración, hay mucho desequilibrio. Los profesionales se han esforzado mucho y la Administración no tanto como los profesionales. Esperemos que en un futuro la mejora sea más patente y estemos todos a un mejor nivel de atención tanto para la población como, a nivel profesional, para nosotros.

E: Muchas gracias.

Anexo 6: ENTREVISTA 5

Entrevistador: Empezando por lo básico, ¿Qué edad tienes?, ¿Cuál es tu experiencia en el trabajo? ¿Dónde has trabajado en salud mental?

Entrevistado: Tengo sesenta y cuatro años. Yo he trabajado en la sala de psiquiatría del Hospital Clínico de Valencia. Era la única que existía en un hospital general. Los otros recursos que existían eran el Hospital de la Santa Faz de Alicante y el Hospital Psiquiátrico de Bétera. Cuando yo entré todavía funcionaba el antiguo Manicomio de Jesús y en el año 1973-1974 abrieron el Hospital Psiquiátrico Nuevo de Bétera. Cambio del manicomio al hospital, cambia un poco la estructura del trabajo, era un trabajo más organizado, más buscando alternativas de nuevos tratamientos, pero al fin y al cabo continuaba siendo un almacén de enfermos.

P: Actualmente, ¿trabajas en salud mental?

R: Sí, yo he pasado por todos los cargos. Entré en 1971, con diecinueve años, nada más acabar, entré de becario, me pagaban la comida, y dos mil quinientas pesetas, y yo estaba allí todo el día metido, día sí, día no. Posteriormente pasé por todos los cargos. Pasé a ser supervisor, estuve durante diez años siendo supervisor. En 1982 entré en la facultad como profesor, en aquella época [como] contratado de clases prácticas. En 1985 saqué la plaza de profesor titular de escuela universitaria. Continué la supervisión hasta 1991. Cuando dejé la supervisión pasé a domiciliaria para poder compensar la docencia con la asistencia. En ese momento yo era titular de escuela universitaria y hubo una movida en España entre algunas escuelas de enfermería para que se nos diera lo mismo que se le estaba dando al personal médico, que era lo que se llamaba una plaza vinculada. Esta plaza vinculada implicaba que yo tengo unas horas de docencia, creo que son cuatro o cinco horas diarias de docencia, y tres de asistencia. Esto me permite ver a los enfermos del área, yo estoy de seguimiento del área para evitar que estos enfermos se nos pierdan de la red. Además, me permite utilizar recursos públicos para llevarme a estudiantes para que vean cómo por medio de la empatía utilizo los recursos: la clínica Depot, las evaluaciones de problemas secundarios, etc. Además, me permite que (para los psiquiatras que llevan a este tipo de enfermos, en estos momentos aproximadamente unas veinte) si [en] el enfermo veo algún síntoma que me llama la atención o que no es normal, le acelero las visitas del psiquiatra. En el caso de que el enfermo esté igual o esté mejor, lógicamente la retraso, con lo cual favorezco que el psiquiatra acelere más las primeras visitas.

P: Antes de la reforma psiquiátrica de 1985, ¿qué consideración tenían los enfermos mentales socialmente y cómo los veían los profesionales sanitarios?

R: Bueno mirad, aquí se planteaba un problema. En 1973-1974 desaparece el manicomio y aparece el hospital psiquiátrico. En teoría el hospital psiquiátrico suponía una forma distinta de ver y sobre todo de aplicar una terapéutica. La realidad era que era exactamente igual que el manicomio. Había entre los enfermos una copia de síntomas: el paciente ingresaba con una depresión, por ejemplo, y a los tres meses que había estado con psicóticos al final ya no sabías si el paciente tenía una esquizofrenia, una depresión o qué era porque había una contaminación de síntomas. El problema

que aparecía, además, con estos enfermos es que se producía una ruptura con los lazos familiares. Al estar apartado de la ciudad, los familiares tenían más dificultad de acceso. Esta dificultad de acceso favorecía que progresivamente con el tiempo se fuera rompiendo el vínculo, y el enfermo se quedaba aislado. Además, había otro problema: aparecía lo que se llamaba "institucionalización", porque se perdían una serie de habilidades sociales que el paciente tenía cuando estaba en la sociedad, por ejemplo: limpieza, aseo, control de esfínteres, etc. Esto hacía que cada vez era más difícil sacar al enfermo para reintegrarlo en la sociedad. Esto respecto al enfermo. El enfermo era prácticamente considerado loco, era peligroso y había que apartarlo; y la sociedad estaba muy contenta de tenerlo en Bétera; y más lejos porque no podía ser, si no, también. En el ámbito del personal sanitario la visión era casi similar a la de la población general. Hasta el punto y como anécdota te cuento que hubo una pequeña concentración de personal sanitario en La Fe cuando fueron a abrir en 1986 la sala de psiquiatría porque estaban en contra; porque decían que aquello sería un desastre, que sería algo negativo para el hospital. También hay una anécdota muy interesante y es que gracias a don Joaquín Colomer, que era el *conseller* de Sanidad, en una de las normas de la *Consellería* (creo que fue norma de la *Consellería*) se garantizó que todos los hospitales generales tuvieran una sala de psiquiatría. Eso disminuía considerablemente la marginación del enfermo mental, porque si yo como enfermo mental estaba en una sala, y arriba había una de cardiología, y abajo una de neumología, y al lado una de trauma... Quiero decir que se consideraba una enfermedad mental como una enfermedad más, lo cual disminuía el estigma.

P: ¿Cuáles crees que fueron las causas que condujeron a la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica?

R: Hombre, las causas están muy claras. Las causas que condujeron a la reforma psiquiátrica fueron fundamentalmente otras experiencias que ya se estaban dando en Europa, principalmente en Inglaterra. Ya había estado la movida de Franco Basaglia en Verona, en Francia había habido algunos conatos igual que en Alemania, pero fundamentalmente Inglaterra e Italia son los primeros que habían hecho una revolución, creando alternativas, comunidades terapéuticas, etc. Aquí en 1985 el Gobierno central crea una comisión para estudiar en qué situación se encuentran los enfermos mentales de toda España. Esa comisión saca un informe demoledor diciendo que los hospitales psiquiátricos son meros almacenes de enfermos. A partir de este informe, la Ley General de Sanidad 1986 en el artículo 20 saca la visión nueva de los nuevos modelos sanitarios: psiquiatría basada en la comunidad, etc. Y la destrucción y la revisión en algunos casos sí que se anuló, como en el caso de Valencia, pero continuó en otras provincias. Y la idea era empezar a trabajar con el sistema comunitario. ¿Qué problemas se plantean con el sistema comunitario? El problema que se plantea y que aparece con el sistema comunitario es que cuando se sacan los enfermos del psiquiátrico, se destruye el psiquiátrico, se cogen los enfermos y se llevan a la comunidad. Pero para poder aplicar el modelo comunitario inglés resulta que se necesitan una serie de recursos: hospitales de día, trabajos tutelados, hospitalización domiciliaria, hospitales de noche, centros de salud mental... que en ese momento no existían ¿Qué pasa? Que, al no existir estos recursos, de repente los enfermos se encuentran en la calle y sin una serie alternativas (ni los enfermos, ni los profesionales que en ese momento estábamos en la movida de la aplicación del modelo psiquiátrico comunitario). Nos encontramos con los enfermos en la calle y sin [los] recursos que eran imprescindibles para poder poner en marcha el modelo comunitario. De hecho, a partir de ahí hubo, por suerte, no demasiados profesionales que nos reprochaban que el modelo comunitario era un fracaso. No era un fracaso;

lo que era un fracaso era que no se había hecho bien porque por problemas económicos no se habían puesto en marcha los dispositivos necesarios.

P: ¿Cómo repercutió la reforma psiquiátrica en la valoración social y en el tratamiento de los enfermos psiquiátricos? ¿Qué ha pasado con estos enfermos?

R: La valoración social mejoró muchísimo. Nosotros lo que hacíamos es que empezamos a utilizar los dispositivos sociales como dispositivos sanitarios. Por ejemplo, voy a contar mi caso, que es muy interesante. Con mi hijo, que es de una falla, conseguimos que la falla integrara a dos esquizofrénicos que vivían en el barrio donde yo vivo, y conseguimos que estos se integraran en la falla. Y cuando eran fallas nos invitaban; yo cogía a los dieciséis enfermos que tenía en la sala de psiquiatría y me los llevaba a la falla, nos invitaban a tomar unas papas, etc. Con lo cual poco a poco la sociedad, por medio de pequeños pasos, fue integrando y aceptando la diferencia. Es utópico decir que ya la ha aceptado. No la ha aceptado del todo, pero desde luego fueron pasos que se fueron dando. Otras alternativas: cuento una anécdota muy interesante que es que llegamos a ir a algunas empresas (por ejemplo, el caso de la Ford) a poner los tratamientos Depot dentro de la propia empresa, con el fin de que el paciente no dejara de trabajar, porque consideramos que el trabajo es un instrumento de relación terapéutica. ¿Qué hacíamos? Que el trabajo, la empresa, se convertía en un instrumento terapéutico de integración del paciente. Es un objetivo romántico, pero de alguna forma es la lucha que incluso todavía llevamos.

P: ¿Qué han supuesto los nuevos dispositivos asistenciales que introdujo la reforma en la atención y cuidado a los enfermos mentales?

R: Vamos a ver, hay muy pocos dispositivos. Aquí se parte de un problema y es que no estamos igualados; todas las Comunidades Autónomas no están igualadas, mientras haya unas Comunidades Autónomas [en las] que se invirtió mucho dinero y disponen de muchos dispositivos, [y en] otras como el caso de la Comunidad Valenciana, no. Nosotros en estos momentos, pisos tutelados creo que hay no sé si tres o cuatro de hombres y dos o tres de mujeres. Y además no son del sistema sanitario, son de Caritas. ¿Qué quiere decir esto? Quiere decir que cuando sacamos a los enfermos del hospital psiquiátrico para aplicar el modelo comunitario, nos encontramos con la situación que es que el enfermo no sabía qué hacer. ¿Qué pasó? Se institucionalizaron ciertas plazas, en concreto la plaza de la Virgen. Los enfermos iban a la plaza de la Virgen y se pasaban allí todo el día porque no teníamos los dispositivos y los recursos que nos hacían falta. En otras Comunidades Autónomas, caso de Andalucía, por ejemplo, que introdujo mucho dinero, caso del País Vasco, el modelo comunitario dio mejores resultados porque el personal sanitario, como yo, podía trabajar con estos dispositivos. Aquí se abrió un hospital de día hace muy pocos años; cuatro o cinco años, no hace más. Hay una anécdota importante, que todavía llevo, que son los grupos de habilidades sociales. Tengo uno, los psicóticos de aquí del área de Benimaclet, [en el] que hacemos reuniones los jueves y de alguna forma hago que los pacientes no se encierren en sus casas y que salgan a la calle. Como anécdota puedo contar una cosa muy significativa y es que el año pasado, como son enfermos de muchos años, intenté cerrar el grupo para hacer uno nuevo y los familiares de estos enfermos protestaron a dirección, y me llamaron de dirección [diciendo] "que, de cerrar el grupo, ni pensarlo", que continuara porque habían protestado los familiares diciendo que, aunque fuera un día por lo menos los enfermos salían a la calle.

P: ¿Qué cambio han introducido los conceptos y métodos asistenciales derivados de la reforma psiquiátrica en la actividad que desarrollan las enfermeras de salud mental? ¿Puede decirme qué hacían antes, qué ha pasado con las actividades de las enfermeras?

R: La aplicación del nuevo modelo de psiquiatría basado en la comunidad supuso la modificación de la concepción enfermera en salud mental. Hay que tener en cuenta una cosa: cuando estaban los hospitales psiquiátricos había muy poca enfermería y mucho auxiliar. En las salas de psiquiatría de hospitales generales justo era, al contrario: había mucha enfermería y poco auxiliar. El cambio para la enfermería supone una visión completamente distinta. Vamos a ver, yo tengo que salir a la calle, no se trata de que yo esté encerrado con el paciente, dándole la pastilla o poniéndole una inyección, sino al contrario, yo tengo que salir a la calle y ayudar a ese muchacho que tiene un brote psiquiátrico, o a este señor o a este chico, etc. Ayudarlos a que sean capaces de vivir en esa comunidad. Coincidió un aspecto muy interesante que fueron los neurolépticos Depot que permitían no tener que forzar al paciente todos los días, sino que era periódico, cada catorce o quince días etc. Cuando nosotros íbamos a casa de los enfermos a ponerles el tratamiento, los enfermos nos contaban sus delirios, sus trastornos perceptivos, etc. ¿Qué es lo que hacíamos? Les educábamos para que eso no lo contaran en la calle. Por ejemplo, yo iba a casa de una señora que me decía, cada quince días, que por favor no me llevara sus pechos, que los dejara en el aparador porque si no después le dolía al salirle otra vez los pechos. Bueno, pues [con] esta mujer conseguimos que no dejara de trabajar, que en el barrio estuviera metida en la falla (la falla aquí en Valencia es muy importante porque es un poco la asociación de vecinos), la señora se iba a las excursiones con la gente del barrio, vivía sola y hasta que se jubiló (ahora ha muerto, pero se ha muerto de otra cosa, no tiene nada que ver con psiquiatría); y la señora resulta que conseguimos que hiciera una vida como cualquier otra persona, con una vida crónica: sus delirios no se le fueron, sus alucinaciones no se le fueron, pero nosotros íbamos manejándola para que no fuera considerada en su barrio "la loca", y fuera considerada como una vecina más.

P: ¿Cuál es el aporte enfermero en la reforma psiquiátrica?

R: Básico. La aportación de la enfermería a la reforma psiquiátrica es el vehículo que favorece que el enfermo sea capaz de estar viviendo en su barrio, que sea capaz de tener una vida como cualquier otro individuo, como cualquier otra enfermedad. Bueno, insisto, hay que dar gracias también al desarrollo de la clínica Depot que favorecía eso. Si tenemos en cuenta que el enfermo tiene un bajo nivel de *insight*, es decir, que no tiene conciencia de enfermedad, si yo tenía que ir todos los días a poner un tratamiento era un auténtico problema, porque cada día era una tragedia tener que convencerlo, etc. Al retrasarlo cada quince o cada veintiún días, dependiendo del producto que se le pusiera Depot, conseguíamos que el paciente aceptará el rol de enfermo y de alguna forma por medio de la empatía conseguíamos que ese enfermo se pusiera un tratamiento. Los delirios del todo probablemente no se fueron nunca, pero conseguíamos que el muchacho, pues nada, que los sábados se fuera a la discoteca, que tuviera amigos, que saliera, etc.

P: A su juicio, ¿qué función tienen las familias en la atención al enfermo mental?

R: Aquí ha habido una tragedia. Volvamos atrás porque cuando en 1986 sacamos a los enfermos a la calle, gracias a la Ley General de Sanidad en el artículo 20, vuelvo a repetir el problema que hubo con la falta de dispositivos, de recursos de área: hospitales de día, pisos tutelados, etc. ¿Qué pasó?

Sacamos al enfermo y el enfermo se fue a vivir con la familia. Y esta familia se encontró sola con el paciente y sin los dispositivos y recursos necesarios para poderlo llevar. Enfermeros que hacíamos la calle, que hacíamos domicilios, éramos muy pocos, en concreto en el área del clínico éramos solamente dos, posteriormente dos más porque se abrieron dos centros de salud mental y ya favoreció un poco la dinámica, y ahora hay una enfermera solamente de hospitalización domiciliaria. Yo lo que hago es seguimiento a la clínica Depot, y habilidades sociales, y detección de nuevos síntomas. El problema es que cuando la familia se quedaba con el enfermo no tenía ningún recurso al que acudir, con lo cual se cargó a la familia con una responsabilidad que era de tipo sanitario. Mira, aquí se plantea un problema: el problema es que, si yo me rompo la pierna, me operan en trauma, me arreglan el hueso que me he roto, me ponen un clavo, lo que sea, y después voy a una sala de rehabilitación para volver otra vez a caminar bien, recuperar músculo, etc. En psiquiatría no, en psiquiatría solamente existe el tratamiento agudo, no existe un tratamiento que, de alguna forma, igual que si fuera de trauma, favorezca esta recuperación y reinserción social. Lo que existe es mínimo, es muy poquito, y aún después de tantos años, esto fue el año 1986-1987, todavía no existe: solamente hay cuatro o cinco pisos de hombres, cuatro o cinco pisos de mujeres, y encima no son de la *Conselleria* de Sanidad son de Caritas, o sea que el problema es serio.

P: ¿Y qué ayuda necesita la familia? ¿Qué ayudas, a tu juicio, necesitan las familias para desempeñar su función?

R: Bueno, en estos momentos [en] el desarrollo de la enfermería (yo soy profesor de Universidad) desde la Universidad sí que se está potenciando, cara a los programas docentes en salud mental, el que los enfermeros sirvan de apoyo a la familia. De forma que la familia no se sienta abandonada. Faltarían recursos, por ejemplo: trabajos tutelados para psicóticos, faltarían hospitales de día (ya lo he dicho), faltarían incluso en algunos casos apoyos domiciliarios porque resulta que mientras la familia vive, el enfermo mental está apoyado por la familia; pero en el momento que la familia, por lo que sea, se muere o envejece y no puede, el enfermo se queda con una serie de *handicaps* importantes. Yo pienso que lo que hay que hacer precisamente es potenciar que los conocimientos de enfermería vayan dirigidos precisamente al apoyo de las familias con el enfermo. Enseñar que sus trastornos perceptivos o del pensamiento son un síntoma de una enfermedad igual que si tienes gripe, te duele la cabeza. Pues si tienes una esquizofrenia tienes estas cosas. Y enseñar, ayudar, a la familia; enseñar al manejo de estos recursos sociales, etc., favorecer que el paciente no se quede encerrado en su domicilio, que la familia sea permisiva y colabore en que el muchacho, el chico o la chica, de alguna forma salga con amigos, etc.

P: ¿La propia familia? ¿Algún programa de reposo, de respiro... alguna cosa?

R: Existen... vamos a ver. En teoría existen cuando se agudiza algún caso. Sí que existe un pequeño programa de respiro de la familia. O sea, el muchacho en su agudización, ingresa hasta tres o cuatro días y la familia por lo menos descansa. El problema del descanso de la familia es que no siempre se van a encontrar a gusto; muchas familias consideran que ingresar al paciente es abandonarlo, entonces no es tan fácil. Yo creo que es más interesante precisamente que tengan recursos de apoyo: enfermeros que vayan si no diariamente, periódicamente; que tanto la familia como el paciente sepan que en un caso de agudo la sanidad la tiene cerca, o sea que se puede en un momento recurrir a los dispositivos sanitarios. Es decir, que no estén solos. Sobre los descansos aquí se estaba planteando hacer un gran centro digamos casi de "vacaciones" para enfermos

mentales de toda España. El proyecto parece que está parado, por lo menos no he oído más, y la idea era un poco esto: que los familiares de vez en cuando descansaran, que el enfermo pudiera venir como si fuera a una residencia, que estuviera un tiempo, unos días, y después que volviera a su domicilio. De todas formas, creo que... me dan miedo estas cosas porque pueden convertirse otra vez en centros psiquiátricos cuando te descuides.

P: ¿Cómo se han adaptado las enfermeras de salud mental en la relación de ayuda a las familias y a la colaboración con los servicios sociales? ¿No aceptan, no asumen, se han integrado, huyen...?

R: Tenemos dos tipos de enfermeras en estos momentos. Ya he dicho que en el caso de las salas de psiquiatría había más enfermeras y menos auxiliares; en el caso de los hospitales psiquiátricos era justo, al contrario: había muchos auxiliares y muy pocas enfermeras. De hecho, precisamente llevaban botiquín y poco más. Las enfermeras de los manicomios, cuando salieron se adaptaron peor, no por nada [sino] porque ellas estaban acostumbradas a tener muchos auxiliares. Como en el caso de las salas de psiquiatría no había auxiliares, el enfermero lo hacía todo. Prácticamente, cuando salieron a la calle con los enfermos, estaba más acostumbrado al manejo de estos enfermos: de ir a recogerlos, de sacarlos por la tarde a pasear a los viveros, en fin, estaban más acostumbradas a manejarse en la comunidad que los que estaban en los hospitales. Hay que tener en cuenta que, como he dicho antes, al ser tan pocos enfermeros los que estaban en hospitales psiquiátricos, las formas terapéuticas que hacían con los enfermos se centraban mucho en lo que era el hospital: psicodramas, teatros, pero no estaban tan acostumbrados a la comunidad como estábamos la gente de los hospitales generales.

P: ¿Los trabajos con los servicios sociales...?

R: [En los] Trabajos con los servicios sociales desde las salas de psiquiatría de los hospitales generales, tenemos que tener en cuenta que eran pacientes agudos. El ser agudos quiere decir que pasaban en teoría su fase aguda y automáticamente volvían otra vez con la familia. El contacto con los trabajadores sociales era muy bueno lo que pasa es que había muy pocos trabajadores sociales en esa época. En los hospitales psiquiátricos la relación entre enfermería con trabajos sociales tal vez estaba más desarrollada por la búsqueda de los recursos que necesitaban a la hora de sacar a los pacientes. De todas formas, estamos hablando de los años 1986-1987-1988 en que los trabajadores sociales eran muy pocos. En el hospital clínico de Valencia, con novecientas noventa camas, había un trabajador social para todo el hospital; después hubo dos: uno creo que exclusivamente era para infantil y otro para el resto del hospital incluida psiquiatría; con lo cual, los recursos eran mínimos.

P: ¿Cuál crees que debe ser el papel en el futuro de las enfermeras en salud mental?

R: Primero la concienciación de que la enfermería de salud mental está en la comunidad. Nosotros en mi tiempo decíamos (tal vez era una fase un poco teórica y que después, siendo más realista y siendo más mayor, lógicamente lo ves con una perspectiva distinta) que el hospital es el fracaso del área, que el paciente cuando ingresaba en la sala de psiquiatría era porque yo no había cumplido del todo mi papel. De hecho, incluso entre nosotros, no veíamos bien que un enfermo que estaba llevando en la comunidad alguno de nosotros reingresara. La enfermería lo que tiene que pensar es que un día que el paciente pase ingresado en un hospital, sea el que sea, es un día perdido. Porque el paciente tiende a perder habilidades sociales. Con lo cual, en la actualidad, la enfermería

de salud mental tiene que pensar que su trabajo está en el domicilio, está en la calle. Y está en la calle y está en los recursos, está por medio de asociaciones de vecinos, de trabajos tutelados, como sea, concienciando a la gente de que pueden ser un dispositivo sanitario de gran importancia en la fase de recuperación y de reintegración del enfermo mental.

P: Por último, ¿alguna cosa que quieras añadir? ¿Algo que no hayas dicho o algo que quieras destacar?

R: Bueno, yo creo que los pasos que se están dando en este país empezaron muy bien en 1986, [aunque] hubo bastantes parones, principalmente por problemas económicos. En estos momentos lo que estamos intentando hacer desde, por ejemplo, el caso de mi área es conectarnos con primaria de forma tal que la enfermera de primaria nos sirva de detección precoz de problemas importantes, de posibles problemas importantes. La enfermera de primaria se pone en contacto con nosotros y así resulta que creamos un vínculo entre primaria y especializada. Este es el paso que estamos dando y que en un futuro preveo que va a ir a más. Vuelvo a los recursos: el problema está en que, si tenemos un muchacho, una chica, esquizofrénico estamos yendo a su domicilio, estamos intentando comunicarnos con la calle, etc., pero a la hora de la verdad yo no tengo un trabajo protegido en el cual el paciente pueda ir dos o tres horas (porque más no va a hacer). Pero yo, incluso los jefes que dirijan estas empresas no hacemos absolutamente nada porque al paciente lo tratamos en su domicilio lo vinculamos, pero después no tiene trabajo. Hay que considerar que el trabajo es un instrumento terapéutico de gran importancia para la recuperación del paciente. Es una de las cosas que yo propondría ya urgentemente: la creación de trabajos tutelados. Pisos tutelados, exactamente igual. Porque hay familias que evidentemente no pueden convivir, [por] veinte mil razones distintas, con el paciente y el paciente necesita una ubicación; con lo cual un piso tutelado, al que yo pueda ir y valorar a los cuatro o cinco pacientes que vivan allí sería de gran ayuda para aplicar del todo de verdad el modelo de asistencia comunitaria y que no se quede en la mera teoría.

P: Las enfermeras generalistas de atención primaria, ¿cómo ven al paciente psiquiátrico y la colaboración con esta? ¿Tienden a derivar, no quieren saber de nada o vosotros trabajáis en conjunto con ellas no solo en la detección, sino también en el cuidado posterior?

R: En las enfermeras de atención primaria respecto al enfermo mental ha habido un cambio importantísimo sobre todo en los últimos años. En estos momentos están acostumbradas también a manejar los neurolépticos Depot; por ejemplo, mi caso: en mi área yo estoy en contacto con los centros de salud. Cuando, por medio de la abucasis, el paciente no va a ponerse el neuroléptico Depot me llaman, me avisan: "fulanito no ha venido", y entonces yo voy a su casa para evitar que se pierda de la red. En estos momentos la colaboración es buena, [pero] tiene que ser mucho mejor. La enfermera de atención primaria no se debe dedicar solo a aplicar la clínica Depot al paciente del área, no solo avisarme si el paciente no va, sino además detectar posibles problemas que a mí se me hayan escapado. Es una profesional, y como una profesional puede y debe hacerlo: detectar si aparecen conversaciones sobre el tema de la muerte, detectar si aparecen trastornos perceptivos, si empieza a decir cosas extrañas que ve, que siente, etc., trastornos de pensamiento, en fin, cualquier tipo de trastorno. La enfermera yo creo que hoy está preparada para detectar de forma precoz. Aunque después vayas y no sea realmente un problema, pero sí que está preparada. También está preparada para detectar problemas secundarios derivados de los neurolépticos, por ejemplo, síndromes extrapiramidales, acatisias, etc.

P: Muy bien, pues muchas gracias

R: Pues nada, cuando quieras.

Anexo 7: ENTREVISTA 6

Entrevistador: ¿Nos puede decir su edad, experiencia y tiempo trabajado en salud mental?

Entrevistado 6: Mi edad son sesenta y cuatro años, y para mi experiencia de trabajo en salud mental tengo que hacer memoria porque ya son bastantes. En la asistencia yo empecé a trabajar en el año setenta y seis en salud mental, más o menos hacia esas fechas, que es cuando había terminado la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Y después me he dedicado a la docencia, pero siempre relacionada con la salud mental; y siempre he continuado en contacto con la asistencia tanto en la relación con la formación de las especialistas, como en el ámbito de voluntariado porque la pérdida de la asistencia para mí fue bastante dura (el pasar a tener que ser solo docente) y durante muchos años hice grupos, llevé grupos de enfermos con trastornos mentales graves, jóvenes con trastornos psicóticos tratados en la comunidad. Por tanto, el contacto nunca ha desaparecido del todo.

P: ¿Y en la actualidad?

R: En la actualidad trabajo como docente en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona e imparto docencia sobre todo en la parte más importante de enfermería de salud mental y en el *practicum* de enfermería de salud mental, además de otras actividades, como la investigación.

P: Antes de la reforma psiquiátrica de 1985, ¿qué consideración social tenían los enfermos y sus familias?; ¿y cómo los veían los profesionales sanitarios?

R: Antes de la reforma yo creo que la percepción de los enfermos mentales y de sus familias era muy negativa. Todos los estereotipos y estigmas que ahora hablamos repercutían en ellos. Para empezar (sobre todo en Cataluña que es la zona en la que yo vivo, en la que he trabajado y es la que más conozco) no olvidemos que la mayoría de instituciones psiquiátricas y manicomios estaban muy alejados. Ahora ya no. *(recolocan micrófono y conversación intrascendente)*.

P: Antes de la reforma psiquiátrica de 1985, ¿qué consideración social tenían los enfermos y sus familias?; ¿y cómo los veían los profesionales sanitarios?

R: Antes de la reforma de la psiquiatría del año ochenta y cinco la consideración que tenían los enfermos mentales y sus familias yo creo que era muy negativa, o bastante negativa. Había un gran estigma hacia ellos. Primero, porque todavía se conservaban estas grandes instituciones manicomiales que estaban alejadas de la población y había un gran desconocimiento antes de la reforma. De todas maneras, yo creo que antes de la reforma ya empiezan a darse pasos muy importantes de cambio en todas estas estructuras. Porque creo que no podemos olvidar que los años ochenta y cinco y desde finales de los setenta hay el final de una dictadura, y hay un cambio también en toda la sociedad. Es decir, hay un contexto en el que empiezan a aparecer asociaciones, asociaciones de vecinos, empiezan a haber cambios en la educación, en la sanidad... y todo esto yo creo que va influyendo también en que, desde los profesionales, y con los familiares conjuntamente, empieza a producirse un cambio que luego se proyecta en esta reforma del ochenta y cinco-ochenta y seis.

P: Y a su juicio, ¿cuáles fueron las causas que condujeron a la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica?

R: A mi juicio, la causa que hizo que se pusiera en marcha la reforma psiquiátrica fue que hubo un gran movimiento de profesionales dentro de la psiquiatría; yo creo que un movimiento muy conjunto no solo de psiquiatras, sino de trabajadores de la salud mental, enfermeros, cuidadores y también de los propios familiares, que pusieron en cuestionamiento las condiciones que hasta aquel momento había habido de hacinamiento, de falta de derechos... Y a mi juicio creo que fue como un reguero de pólvora, desde Asturias, en Galicia, en Valencia, Bétera, y toda la reforma después de Andalucía, que hubo un movimiento en todo lo español que fue influyendo de unos a otros y también, un poco como comentaba, con la influencia de toda una serie de movimientos sociales. Y de una serie de cambios que se iban produciendo en Europa: desde la influencia de mayo del sesenta y ocho, que tuvo influencia, al menos en mí y en un grupo de profesionales, y que nos fueron llegando todas las influencias de Goffman, de Foucault, que nos ayudaron a analizar las instituciones. Y por supuesto también toda la influencia de otros movimientos de la llamada "antipsiquiatría": de Basaglia, o de Lynne y Cooper (yo tuve la suerte de conocerlos) porque ayudaron a potenciar la reforma. Yo creo que un poco la causa, por llamarla de alguna manera, fue el final de una época, unos movimientos como decía sociales, en todos los ámbitos de la educación de la sanidad, y que propiciaron este cambio importante

P: ¿Cómo repercutió la reforma psiquiátrica en la valoración social y en el tratamiento de los enfermos psiquiátricos? ¿Y qué ha pasado con ellos?

R: De cómo repercutió la reforma en estos pacientes y qué ha pasado con ellos, yo creo que se han producido muchos cambios y muchas mejoras. De todas formas, siempre se ha hablado de que la reforma o la desinstitucionalización es una desinstitucionalización inacabada. Y se llevó a cabo de forma muy heterogénea en todo el país. En Andalucía, por ejemplo, yo creo que se apostó mucho por todo lo comunitario, en Cataluña, al haber unas instituciones psiquiátricas muy importantes se hizo otro tipo de reforma. Es decir que ha sido muy poco homogénea. ¿Que se ha avanzado?, evidentemente. Yo creo que los pacientes mentales y sus familias tienen otra consideración: hay muchos más recursos; hay un mejor reconocimiento; se han hecho campañas contra el estigma, por ejemplo... Pero para mí continúa siendo una reforma inacabada. Y también por razones diversas. Yo creo que en este momento la llamada crisis económica también está influyendo en el tercer sector, que es el de la rehabilitación, y el que tiene una gran importancia para los pacientes de salud mental que tienen trastornos mentales graves: no hay suficientes recursos, ni suficientes profesionales sobre todo de enfermería. La ratio que tenemos es baja en comparación con países europeos.

P: ¿Qué han supuesto los nuevos dispositivos asistenciales que introdujo la reforma psiquiátrica en la atención y cuidado de los enfermos mentales?

R: Sobre los nuevos dispositivos que introdujo la reforma en relación a la salud mental y a los enfermos mentales, yo creo que hay una serie de dispositivos que han sido muy importantes. Los primeros, por ejemplo, los centros de higiene mental o los centros de salud mental en la primaria especializada, que no existían. Yo creo que este ha sido un recurso importantísimo porque ha modificado, ha cambiado, el eje de la atención, que estaba muy centrada en la hospitalización, a un

eje muy centrado en la comunidad. Es decir, este recurso yo creo que ha sido importante: a partir de aquí se han llevado a cabo más programas de continuidad de cuidados (que creo que es básico, no desde una mirada corporativista, sino desde las necesidades que tienen estos pacientes con riesgos de cronificación). También ha habido más recursos de hospitales de día; por ejemplo, se abrió una red infanto-juvenil que antes no existía; y muchos más recursos de rehabilitación en la comunidad. O sea, esto ha sido importante, pero también creo que en los últimos años ha habido una contrarreforma, por decirlo así. Hay pocos profesionales, como decía, en la sanidad, sobre todo en estos recursos terciarios. Y como siempre suele ocurrir hay una serie de profesionales que han desaparecido o se ha apostado menos por ellos, que no era así hasta ese momento, como son las enfermeras y enfermeros. Con lo cual se han dejado de dar unas prestaciones de continuidad que creo que también son importantes.

P: Al hilo de esto. ¿Qué cambios han introducido los conceptos y métodos derivados de la reforma en la actividad y desarrollo de las actividades de los enfermeros en salud mental?

R: Los cambios que la reforma introdujo en las intervenciones o en la actuación de las enfermeras y enfermeros de salud mental yo creo que fueron muchos. Por un lado, yo creo que las enfermeras de esa época, las *senior* por decirlo de alguna manera, tuvimos una gran oportunidad de formarnos desde una práctica muy interdisciplinar: en terapia familiar, en grupos, en muchos aspectos. Y esto creo que sedimentó una gran formación. Y un poco es mi sensación cuando hablo con otros profesionales de la asociación de salud mental, que siempre observo: que hay una buena base. Y luego también propició muchos cambios. Como decía antes es un contexto, el contexto de la reforma, de cambios a muchos niveles. Y uno de ellos es la aparición de la Enfermería dentro de la universidad. Y el que aparezcan una serie de profesionales no relacionados a lo mejor exactamente con la salud mental; no quisiera citar a muchos, pero a lo mejor Mompert, Alberdi... yo creo que tuvieron una influencia importante; y asociaciones como la ED en un primer momento, que ayudaron a dotar de un marco conceptual propio. Por primera vez nos planteamos que había modelos de enfermería que podían orientar nuestra intervención. Yo creo que para los enfermeros de salud mental nos fue mucho más fácil; nos habíamos aprendido a mover siempre en modelos conductistas, psicoanalistas, humanistas... Entonces, entender que había unos modelos que nos dotaban de unas teorías, de una forma de entender la enfermedad, de entender la enfermería, nos fue más fácil porque todos provenían de estos modelos psicológicos. Yo creo que nos ha dado herramientas muy diversas para la función.

P: ¿Qué han aportado las enfermeras a la salud mental?, ¿cuál es el aporte de las enfermeras a la salud mental?

R: Yo creo que las enfermeras aportaron muchas cosas a la reforma psiquiátrica, porque creo que no fue un movimiento que se hiciera solo desde unos profesionales, que igual han sido más emergentes o han estado más visibilizadas unas profesiones como pueden ser los psiquiatras. Creo que fue un movimiento en el que convergieron enfermeras, convergieron psiquiatras, trabajadores sociales, sobre todo, y auxiliares y cuidadores. O sea, fue un movimiento en el que todos aportaron. ¿Qué aportaron? Aportaron toda la valoración que hicieron de cara a la reforma: la valoración de estos pacientes para poder decidir dónde se derivaban, cómo volvían a la comunidad... Aportaron intervenciones que la asociación de enfermería de salud mental seguro que tiene recogidas; aportaciones muy interesantes en diversos aspectos: desde dramatizaciones, desde terapias, etc.

Aportaron también todo el trabajo con las asociaciones de familiares de enfermos, esto ha sido muy importante, y que han trabajado conjuntamente. Yo creo que han aportado un gran trabajo en la comunidad. Y siempre enfatizo: en Cataluña, evidentemente, considero que hay una buena formación, una buena atención, pero siempre he admirado mucho todo el trabajo comunitario que se llevó a cabo, y que se ha llevado y se lleva, en Andalucía. Porque creo que ahí ha habido una gran importancia también de los enfermeros. Las aportaciones, igual no todas están recogidas, han sido muy diversas; pero sobre todo para poder estar en la comunidad, para que se pudieran reintegrar otra vez y permanecer en la comunidad.

P: ¿Qué importancia tienen las familias en el cuidado y la atención del enfermo mental?

R: A mi juicio la importancia que tienen las familias en la atención a la salud mental y a los enfermos con problemas de salud mental es mucha y no se puede negar que la han tenido siempre. En este momento, tal y como está la orientación que tiene la sanidad, cada vez se les da más importancia a las familias. Pensemos que cada vez más los ingresos hospitalarios son más cortos; es decir que la importancia de la familia es mayor. Pero yo creo que esto también es una perversión del sistema, porque estas familias las estamos convirtiendo en unos cuidadores informales, que si no les damos apoyo y nos les damos suficientes recursos también ellos van a enfermar de alguna manera. Por tanto, las familias tienen una gran importancia, pero una importancia que, si no es con ayuda, y además aquí sí creo que la importancia es de las enfermeras y enfermeros, va a ser un fracaso. Pero tiene una gran importancia; también porque no olvidemos que cada vez más tienen importancia movimientos como el *recovery*: es decir, dar la voz a los propios pacientes y dar la voz a las propias familias porque considero que son ellos los que son expertos en este tema; y nosotros somos acompañantes

P: ¿Y qué ayuda necesitan las familias para desempeñar su función?

Yo creo que la ayuda que necesitarían las familias para poder desempeñar esta función, sobre todo desde la enfermería, desde los profesionales de la enfermería, es una: reconocer qué necesidades tienen ellos. Si ellas son, estas familias, las cuidadoras, hemos de valorar qué necesidades tienen, hemos de protocolizar o estudiar de alguna manera cuáles son estas, hemos de darles voz para que sean ellas quienes nos digan cuáles son, y hemos de apoyarlas supongo que en muchos tipos de intervenciones: desde gestión del estrés, desde apoyo emocional... Y también considero que en el reconocimiento de este papel que tienen, Yo creo que hemos de trabajar muy conjuntamente. Nosotros somos expertos desde el conocimiento, y ellas son expertos desde la experiencia que tienen.

P: Y las enfermeras de salud mental, ¿cómo se han adaptado a las familias y a los servicios sociales como parte de su profesión?

R: Usted me pregunta si las enfermeras se han adaptado a las familias y al equipo multidisciplinar con los servicios sociales: sí y no. Yo creo que las enfermeras siempre han trabajado en conjunto con las familias; y no hay más que ver que cuando hay reuniones de la asociación siempre están presentes familiares (asociaciones de familia), siempre cuando te acercas a las instituciones están. Pero también es difícil, yo creo porque hay pocos recursos de enfermeras. Y si se suprime el número de enfermeras que son necesarias (yo creo que son necesarias muchas enfermeras, no desde una

perspectiva de amigo o corporativismo) no pueden ayudar porque no tienen recursos. Entonces, sí que se han adaptado, pero a veces hacen encaje de bolillos porque es muy difícil: si una enfermera está en un centro de asistencia primaria de salud mental, y solo hay una enfermera porque han recortado recursos, poco puede implicarse. Pero sí, siempre han sabido adaptarse a esto, siempre se ha tenido en cuenta y podríamos citar muchas experiencias.

En cuanto al equipo multidisciplinar de los servicios sociales: sí y no. Yo creo que tenemos experiencia bastante de trabajar con las trabajadoras sociales y cada vez aparecen nuevos profesionales, como educadores sociales. Pero igual aquí tendríamos que terminar de enfatizar las competencias que tienen las enfermeras dentro de este equipo que a mí me gusta llamar interdisciplinar, más que multidisciplinar. Porque pienso que cada cual tiene una gran importancia y un rol que aportar a la sociedad.

P: ¿Cuál es a su juicio el futuro del papel de las enfermeras de salud mental?

R: A mi juicio en el futuro el papel de las enfermeras de salud mental debería ser un papel prioritario. Por varias razones. Como sabemos cada vez hay más problemas de salud mental, y según las cifras de la Organización Mundial de la Salud van a ir en aumento, por tanto, cada vez van a ser necesarios más recursos en salud mental. Y yo considero que en enfermería. ¿Por qué? Porque como comentaba al principio los pacientes con problemas de salud mental tienden a la cronicidad. Y la mayoría de problemas que presentan tienen que ver con cuidados: con el ser cuidados; igual que las familias. Por tanto, el papel más importante que deberían tener las enfermeras de salud mental por un lado sería entrar en el liderazgo y en la gestión de alguna manera; o sea dar a conocer cuales son las competencias. Porque muchas veces creo que pasan desapercibidas, no son reconocidas; entonces esto es importante. Segundo: implicarse mucho con los familiares y con los propios pacientes; crear nuevas experiencias, nuevos recursos; pero dándoles voz y dándoles prioridad; y sobre todo centrándose en el cuidado. Yo creo que hay que potenciar el cuidado cada vez más, porque es lo prioritario, es lo que más necesitan. Y no me quiero olvidar de otra cosa: investigar en cuidados: ¿qué necesitan los pacientes?, ¿qué necesitan las familias? Porque hay muchas investigaciones en aspectos genéticos, bioquímicos, que son importantes, pero este aspecto es prioritario, porque es la necesidad.

P: ¿Qué obstáculos se pueden encontrar para desempeñar ese rol?

R: Yo creo que unos de los obstáculos que hay para desempeñar este rol futuro, por un lado, son los recortes. Porque siempre los recortes influyen en los profesionales de enfermería, también en los cuidadores. Otro obstáculo es el hecho de que es una profesión que siempre tiene un techo de cristal bajo, que tiene menos reconocimiento que otras profesiones. El hecho de que es una profesión feminizada en general. A pesar de que en salud mental es muy masculina en este sentido, pero es igual un poco en las características: menor reconocimiento que en otras profesiones. Yo creo que los dos obstáculos serían: económicos, por falta de recursos, y de reconocimiento social. Y también la falta de empoderamiento, es decir que los propios enfermeros de salud mental crean en sus capacidades y competencias.

P: Ahora, cuéntenos alguna anécdota de su experiencia en salud mental.

R: A ver, como experiencias personales en relación a la salud mental yo creo que tengo dos experiencias: una muy del inicio, y otra de la mitad de mi trayectoria. Mi primera experiencia fue que a mí ya me interesaba trabajar en el ámbito de la psiquiatría desde que empecé a estudiar enfermería, y lo primero que hice fue ir a buscar trabajo a una institución psiquiátrica, manicomial en la época. Fue una experiencia de impacto para mí. Yo nunca había estado en una institución psiquiátrica. Me interesaba por que, como digo, era un momento de muchos movimientos sociales y estaba mezclado el cambio en la psiquiatría con todos los cambios sociales y políticos, y cuando llegué al centro me dijeron que les extrañaba porque no había ninguna mujer que hubiera pedido trabajo; eran hombres, era un hospital solo de hombres. Me abrieron la puerta, me dijeron que esperara a que me entrevistaran, y cuando cerraron la puerta me dije "pero si estoy en la calle". Vi una fábrica, un bar, vi coches... y unos señores muy raros, en aquel momento, en un bar que me pedían tabaco y dinero. Entonces cuando intenté salir vi que no podía salir. Primero me asusté un poco, tenía dieciocho años y fue mi primera experiencia de los muros del manicomio; realmente vi lo que era estar encerrado en un manicomio: no podías salir. A pesar de que me impactó, porque era mi primera experiencia, me siguió interesando el trabajar en psiquiatría y ver como se cambiaba.

Y la siguiente fue ya trabajando como profesora de especialidad y del grado en enfermería, en un intercambio con unos profesores australianos. Aparte de la parte docente mi interés fue el de visitar algunos centros de salud mental y hospitales. Una de las preguntas que me hicieron los enfermeros fue: en las unidades de agudos de psiquiatría (hablo hacia el año 98 una cosa así), ¿cuántas enfermeras había de ratio por paciente? Dije "pues en mi unidad hay unos treinta pacientes, hay una enfermera y un auxiliar por cada quince"; ¿y cuántos psiquiatras? "pues hay cinco o seis"; ¿y psicólogos? "pues siete u ocho". Nunca se han olvidado y lo recuerdan siempre, decían "¿y por qué?" Y yo les dije "¿y vosotros?". Decían: "nosotros tenemos diez enfermeras, un psiquiatra, un psicólogo, porque esto es un lugar de cuidados. Necesitamos un psiquiatra para que haga el diagnóstico y el tratamiento; un psicólogo para hacer alguna terapia, pero necesitamos enfermeras para cuidar". A mí esta anécdota me acompañó toda mi trayectoria porque pienso que es real: o sea, que aquí tenemos una inversión. Y como anécdota yo siempre recuerdo esto.

P: ¿Hay algún otro aspecto que quieras destacar?

R: Pues no exactamente, pero quizá sí un poco que yo creo que las enfermeras y enfermeros de salud mental tienen un reto para el futuro, y yo creo que es una fuerza muy importante, y que sobre todo han de empoderarse: creer que tienen capacidades desde su competencia, desde su conocimiento.

Anexo 8: ENTREVISTA 7

Entrevistador: Tres preguntitas fáciles. Primero, edad si nos la quieres decir.

Entrevistado 7: Cincuenta y ocho.

P: Experiencia y tiempo trabajado en salud mental.

R: Cerca de treinta y ocho.

P: ¿Dónde has trabajado? ¿Siempre en el mismo sitio?

R: Siempre en el mismo sitio.

P: Y tu rol siempre de auxiliar de psiquiatría o de...

R: Auxiliar psiquiatría.

P: Actualmente, ¿de qué trabajas? ¿También de auxiliar en?

R: San Ramón.

P: Que es...

R: Una residencia geriátrica.

P: Primera pregunta. Antes de la reforma psiquiátrica de 1985, ¿qué consideración social tenían los enfermos mentales y sus familias? ¿Y cómo los veían los profesionales sanitarios?

R: Yo no me acuerdo de mucho, pero estaban aquí juntos, porque no había otro sitio donde encauzarlos, donde meterlos. Esto estaba a tope, cualquier enfermo mental, incluso niños pequeños con ocho años o así estaban aquí. Porque antes no había lo que decías "esto es a lo mejor una vergüenza", o no querían quedarse con ellos y los metían también aquí. Que no era sitio tampoco, no era sitio para que fuera así.

P: ¿Esto estaba muy lejos de Sevilla?

R: Aquí, aquí. Aquí en el mismo sitio.

P: Sí, pero que, si la ciudad ha avanzado hasta aquí, o estaba muy lejos de Sevilla

R: Sí, sí, claro. Esto tiene muy mala combinación para entrar. Antes no estaba el barrio que hay ahí detrás. Esto siempre lo iban a quitar porque habían puesto el barrio y los enfermos no podían estar aquí; no podía estar el manicomio, como decíamos antes, cerca del barrio. Porque a la gente le daban miedo los enfermos. Salían y a la gente no le gustaba tener los enfermos cerca. No sé si eso

es lo que quieres decir.

(pausa, conversación sobre cómo seguir la entrevista, repite la pregunta,)

P: ¿Cómo estaban vistas las familias de los enfermos mentales?

R: ¿Las familias? pues con miedo. Los médicos les tenían miedo. Porque ellos venían aquí a por todo: a que tenía que tener el enfermo aquí, a que se tenía que quedar. Y el médico tenía miedo a la familia; a algunas a otras no, claro. De enfermos no había antes muchos medicamentos, como ahora que están los enfermos relajados. Antes había mucha mano dura. No había medicación. Yo cuando entré había tres clases de medicamentos, nada más. Tenían unos botes, y a todos les daban lo mismo.

P: Y ¿ha cambiado mucho?

R: ¡Hombre! Ha cambiado bastante. Algunas cosas van bien, y otras cosas van mal, como la reforma.

P: Cuéntame la reforma, ¿cómo ves tú la reforma? ¿Qué es lo que ha cambiado para bien y qué es lo que ha cambiado para mal?

R: Hombre la reforma tiene muchas caras. Primero, que sí: hay reforma, pero entre comillas. Porque hay enfermos que tienen donde quedarse o los ubicaban en otro sitio, pero hay enfermos que no, que estaban en la calle, como niñas de dieciocho y veinte años. Y eso no es una reforma, para mí. Eso es echar a la gente a la calle. La gente puede pensar que como yo trabajaba aquí no me quería quedar sin trabajo (yo y muchas, todos los empleados), que pensaríamos que "hay que ver, que esto lo van a cerrar", y eso no era así, porque los sentimientos están ahí. Y da mucha lástima ver a la gente por la calle. Venían enfermos a buscarte a ti para que tú los bañes, decían [que querían] quedarse, sucios. Algunos no tenían padres, ni los familiares los quieren. Un enfermo peligroso, porque los hay muchos, no lo quieres. Y la sociedad menos; porque a los que tienen piso, los que están en los pisos, la gente que viva en ese bloque tiene que aguantar lo imposible. Y su familia, a lo mejor, nada más la que quiere es la madre y al muchacho se lo han quitado de en medio.

P: ¿Las enfermeras y las auxiliares psiquiátricas han cambiado mucho su trabajo desde la reforma? ¿Tú cómo trabajabas antes? ¿Haces lo mismo, ves que los enfermeros hacen también lo mismo, o ha habido cambios?

R: Hombre, alguno de nosotros (creo que yo no he seguido igual) tiene mucho tiempo [en el que] hace lo mismo con enfermos peligrosos. Y algunos pues si lo tratan de esa manera que lo trataban antes, y eso no es. ¿No sé si me entiendes? Con dureza. La cosa ha cambiado mucho, se ha estudiado mucho y hay que tratarlos como se merecen y con un poquito de sentimiento, y ayudarlos. Porque si los ayudas a ellos te ayudas a ti a tratarlos. Pienso yo.

P: ¿Has notado el cambio en tus compañeros? ¿La mayoría siguen tratando como antes o no? ¿o todo el mundo ha cambiado?

R: Sí, la mayoría sí, pero hay algunos que están estancados. Yo misma hay cosas que me acuerdo de la experiencia y digo "no, mira, esto es así". Para bien, yo creo que para bien. Ahora, he cometido

fallos porque yo no soy una lumbrera tampoco; pero digo "mira esto es así, vamos a tratar de hacerlo mejor o hablarle de otra forma o de atraértelo a ti". Ahora hay mucha medicación y están mejores, no como antes. Que antes cuando se ponían bravos, por decirlo así: una sábana por encima y a cogerlos, a reducirlos. No había otra cosa; mucha leña, así de claro. Mucha pena, mucho dolor. Y con la reforma más todavía, porque vinieron muchos psicólogos nuevos, claro, venían a hacer su trabajo y nosotras incluso nos escondíamos algunas; yo precisamente me he escondido para que no me llamaran. Todos los días nos tocaba a alguna entrar en el despacho para coger a los enfermos y [decía] "este se lava solo, o esta señora se lava sola, come sola, duerme sola, no es agresiva, pues echarla a la calle". Hablando claro, porque iban a la calle, porque [con] los familiares, no. Y enfermos que llevaban aquí cuarenta años. Y algunos se han matado, algunos iban a la residencia y se han matado. Y de aquí se tiraron cuatro hombres al tren, un tren que había aquí hace un montón de años. Te echan a la calle. Porque iban a la calle, no iban a otro sitio: iban a la calle, así de claro. Y te ves solo y dices "¿dónde voy yo?, ¿quién me va a hacer a mí?". Porque algunos razonaban: "¿y a dónde voy yo?". Es que se veían en la calle, pero en la calle completamente. Los han matado y eso, para mí, no es una reforma.

P: Y las familias ¿ahora tienen otra actitud, tienen otro papel en el cuidado de los enfermos psiquiátricos?

R: Al cuidador no lo cuida nadie. Y menos con un enfermo de psiquiatría. Al cuidador no lo cuida nadie, nadie. No lo quiere tener en su casa y el que diga que sí es mentira. Yo, por ejemplo, tengo a mi hija que es un poquito retrasada (no es la palabra, pero me ha salido así), y yo a mi hija la quiero más que a mi vida, pero si la hubiera cogido en otro tiempo, mi hija está aquí, como había muchas chicas. Ahora no. Yo a mi niña la voy a cuidar y todo eso, y mi familia también. Pero que al cuidador no lo cuida nadie y más a un enfermo psiquiátrico. No sé si eso es lo que quieres que te diga.

P: ¿Y no tienen ayudas? ¿Las familias no tienen ayudas para cuidar?

R: Eso es que nadie quiere hacerse cargo de un enfermo así.

P: ¿Y tú qué piensas que tienen que hacer las enfermeras en el futuro con los enfermos de salud mental? Las enfermeras y las auxiliares psiquiátricas.

R: Las enfermeras depende del que mande, del que quiera hacer la reforma. Y de la manera que lo haga, porque en el Clínico, aquí en Macarena, no es justo como están. Hay un pasillo, como este pasillo de aquí al lado, más pequeño, [con] unos cuantos cuartos. Están hacinados, ahí ni puedes respirar ni puedes nada. Están agresivos. Tengo compañeros allí y lo pasan verdaderamente mal. Los enfermos y los enfermeros también, están deseando que den las horas para salir. Y aquí no, aquí tenían su espacio, porque el espacio que hay aquí no lo hay en ningún sitio. Eso no. ¿Meterlos como si fueran animales?, eso no. Para mí es eso. Y se pasa muy mal, lo pasamos muy mal, pero muy mal. Mis compañeros me lo cuentan: "oye, ¿cómo te va?" "Fatal, Mari, estoy deseando que de la hora para salir porque aquí no se puede estar".

P: Muy bien. ¿Y alguna cosa más que quieras tú contarnos, algún detalle o algo que no hayas dicho y que te gustaría que quedase ahí?

R: No sé ahora mismo. Ahora mismo no se me viene nada a la cabeza.

P: ¿Cuál es el caso que más te impactó en tiempos?

R: A mí lo que más me impactó fue la reforma. Echar a la gente a la calle. Me impacta mucho. Ir al centro de compras o lo que sea, y ver a los enfermos allí a mí me impactó muchísimo. Y niñas con dieciocho y veinte años venían aquí a buscarme, a mí y a otras compañeras: "Lávame, dame de comer, péiname..." venían a pedir ayuda porque estaban en la calle. Lo que me impactó muchísimo fue que antes había hombres y mujeres, cuando estaban las religiosas, y cuando hubo la reforma, pues no: cuarto de hombres, cuarto de mujeres. Y eso era un... Por la noche teníamos que estar pendientes porque se metían los hombres en los cuartos de las mujeres. Y eso ningún familiar lo llevaba bien. Porque tú tienes una hija, con dieciocho años, y la va a coger otro enfermo..., porque es que las pillaban a muerte. Eso era horroroso, eso fue muy mal. Porque yo ponía la mano en mi pecho: "¿si fuera mi hija?" Yo escuchaba gritos en el cuarto y es que tenías que entrar. Y si podía entrar; porque a mí me pasó una mesilla de noche por lo alto de la cabeza cuando entré en el cuarto en el que estaba gritando una chica. Y no se podía con los enfermos, en ese momento [estaba] como un animal. Porque entre las ganas que tenían porque eran personas jóvenes, y tenían sus ganas de..., y además con su cabeza que no [funcionaba] bien, y agresivos... ¿pues a ver quién entraba en el cuarto?

P: ¿Qué hacíais en esas situaciones?

R: ¿Que qué hacíamos? Yo estoy viva de milagro. Me pasó la mesilla por lo alto de la cabeza. Claro que teníamos que entrar. Venían cuatro o cinco enfermeros, porque antes los enfermeros nada más que los querían grandes y fuertes, y a las enfermeras (yo no sé cómo a mí me cogieron porque era la más chica). A la fuerza, ya te digo. Medicamentos había muy pocos. A la fuerza. Sabíamos cómo cogerlos, nos tirábamos al suelo, con la clásica sábana. Decían que los enfermeros daban mucha leña, pero es que no había otra cosa; yo comprendo que esta no es la forma, pero es que eras o tú o él. Hombres como usted de grandes. Y no se podía con ellos. ¿Y joven?, ¿joven y hombre? No se podía con ellos la verdad.

P: Pues muchas gracias. ¿Ves como no ha sido tanto?

P: No, no, ha sido estupenda, vamos. Muy bien.

R: ¿Ya está? Me han quedado muchas cosas en el tintero.

P: ¡¡Pues cuéntamelas!!

P: Mira Carmen, tú me has contado a mí la parte de la gente que venía a buscarte y demás, como cuando los tenían que llevar la ambulancia y que se te agarraban.

R: Uf... Eso sí fue fuerte. Cuando lo cogía la ambulancia, teníamos que sacar...

P: Espera que pongo esto.

R: Pues decían: "hoy toca ambulancia, Carmen"; y yo decía: "si yo soy muy chica, como voy a ir yo". Teníamos que ir porque era una chica, para hombres iban los hombres. Tú entrabas en esa casa como si fueras la policía. Se metían debajo de la cama, [había que] sacarlos de la cama, porque es

que ni se habían tomado la medicación ni nada de nada. Y eso, para mí, fue horroroso. La familia llorando, yo llorando, la enferma agarrada a la cama llorando..., una cosa malísima. Yo, por lo menos, lo pasaba fatal. No sé si yo es que soy sentida o qué, pero que a mis compañeras les pasaba igual. Y meterlas aquí cuando bajaban de la ambulancia. Yo no sé qué creía del manicomio cuando entré aquí, la verdad, no me creía ni que esto existía. Y la religiosa era la que llevaba aquí el tema, era la que maldecía mucho. De todo.

Como cuando los psicólogos empezaron a echarlos a la calle. Nosotros lo veíamos así; a lo mejor no es la palabra, pero lo veíamos así. Después íbamos al sitio donde habían llevado a los enfermos para verlos, íbamos a verlos con la religiosa, y se querían venir. O llegábamos y decían: "no, pues fulanito se ha matado, se ha tirado por la ventana". ¡Después de cuarenta años! Es como si le cogen a usted y le dicen "pues hoy no va a vivir aquí, hoy va a vivir allí; porque yo lo digo, y punto". Esa es la reforma: "porque yo lo digo y punto y porque me parece bien y porque voy a ahorrar". Y son personas.

P: ¿Y aspectos positivos de la reforma?

R: Hombre, yo lo único que he visto es que había enfermos que no tenían que estar aquí. Gente joven [que] no tiene porqué estar aquí. Pero ya le digo: mi hija a lo mejor en otro tiempo hubiera estado aquí. Como donde yo entré: en la otra clínica pequeña. [Allí] Niños se llevaban, niños de dieciocho años y poco más. Y ese no era sitio. Porque los mismos enfermos le pegaban el uno al otro. Y aunque estuvieras muy pendiente, ¡qué va! Al final había sufrimiento, mucho sufrimiento. Porque esto era como un hacinamiento de enfermos, ¿pero a dónde los llevas? Porque a las familias que tienen un enfermo así nadie les echa una mano. Casi nadie; porque nadie quiere problemas y el miedo existe, porque ese es el miedo. Porque ni mi hermana, que la quiero más que a mi vida y que quiere a mi hija un montón, dice "dámela que te la voy a llevar al cine". Y le digo que mi hija la verdad que es muy linda, la puedes llevar a todos lados, que ella no parece ni lo que tiene. Y, sin embargo, eso es así: tu enfermo es para ti, tu problema es para ti. Y la reforma lo que ha hecho es eso: el enfermo es tuyo, te lo tragas tú con todas las consecuencias. Porque desgraciadamente el enfermo tiene su sitio.

P: Y de tu trabajo ¿qué es lo que más te gusta?

R: A mí mis abuelos. Que se rían conmigo. Yo me lo paso bien, la verdad. Ahora me voy a jubilar y me da pena, pero amenazo con volver. Me da pena, pero bueno, mi hija también me necesita y yo tengo que dejar paso como todo el mundo. Pero a mí me gusta mi trabajo, la verdad. Me llena. Un enfermo se ríe, un abuelo se ríe contigo. También me mosqueo como todo el mundo, que todo no es una perita en dulce, pero bueno. Pero hay que tener mucho corazón para charlar con [ellos]; y tiene que servir, a todo el mundo nos sirve, pienso yo. Pero es como decirte (**¿? 20.34**) de carpintero y no quiere.

P: ¿Hay una pregunta que quieras tú hacerme?

R: No sé si eso es lo que pedías, hijo.

P: La relación vuestra con los psiquiatras ¿cómo era entonces y cómo es ahora?

R: Al principio bien porque una venía de nuevas, no sabía muchas cosas. Hemos aprendido muchísimas cosas. Porque, claro, no es el psiquiatra de ahora, que tienen otros pensamientos, con la demencia de antes. Bien, estábamos bien. [Con] los psicólogos no..., por lo menos mi caso no... Comprendo que tienen que hacer su trabajo, pero es que nos cogió en un momento muy malo. Eso de los enfermos a la calle, no. Porque el psiquiatra o el psicólogo [es] sota, caballo y rey. Por lo menos para mí. A todos les enseña el mismo dibujo, a todos les enseña el mismo "que si esto es una paloma, que si esto es no sé qué", y todos los enfermos se vuelven con la misma... Había algunos que sí, que tenían mucha psicología, pero otros es que no.

P: ¿Los enfermos tenían su ropa?

R: Los enfermos no, estaba el común. Lo traía su padre y las religiosas es las que se encargaban. Ya cuando nos llevaron a la Diputación eran ellos los que se encargaban de tener la ropa, pero todo era para los soldados vamos, eso es lo que yo pienso. A lo mejor estaban bien.

P: ¿O sea que no elegían el común tampoco?

R: Sí, sí.

P: Cuéntanos [lo de] la ropa.

R: La ropa era una que elegían ellos, tú te ponías esto. Y además que yo no estaba para pensar en cuál es su ropa. Ya cuando empezaron a entrar chicas más jóvenes no se dejaban poner lo que tú querías: "pues a mí esto no me gusta, esto no me lo pongo". No sé, yo lo pasé muy mal aquí. ¡Y también [cómo] me puso el de la luz! Antes había unos cuadraditos de luz y venían cerrando la trampilla, porque los enfermos podían meter la mano (había una sala que no podía entrar nadie, nada más que nosotras dos, las dos que estábamos con los enfermos). Pues venía el electricista y cerraba la trampilla de la luz para que no metieran las manos, y decía "¡tú qué haces! ¡So tal, so cual!", por más que estuvieras [delante]; y yo le decía "hombre, no le hables así, háblale de una manera que él lo entienda"; y él "pues tú te callas, que tú también eres una...". O sea, que se trataba al enfermo muy mal. Ahora, ya cuando empezaron a venir enfermos con más estudios (porque eran enfermos, pero ellos tenían sus estudios) ya no consentían que les hablaran así de mal. Para nada, vamos. Y uno de los enfermos que había aquí le dijo a un psicólogo y al médico (porque les hacían entrevistas, con nosotros también) le dijo al médico: "mira, si me echas de aquí (este era un psicópata de los buenos, y además estudiado y sabiendo [mucho]) si me echas de aquí, me tienes que llevar a otro sitio que esté mejor que aquí"; llevaba aquí treinta años, y dijo: "porque como yo me vea en la calle, tu casa la prendo fuego. Me tiene que llevar a un sitio mejor que aquí". Y así muchos médicos y muchos psicólogos se asustaron. Había gente así que estaban en el mundo con su enfermedad, pero sabiendo lo que querían. Pues esos no iban a la calle. Lo que es tener fuerza y lo que es no tenerla.

P: ¿Y antiguamente cómo comían los enfermos?

R: ¿Quiere que le diga la verdad? La comida se hacía aquí y en principio unas cosas venían bien y otras cosas había que echar las cucarachas para un lado, así de claro. Y eso es muy fuerte. Porque había suciedad, aquí no había limpieza. Los que limpiaban eran los enfermos, las enfermas. Nosotros no teníamos que entrar. En la sala a lo mejor en la que había cinco o seis hombres, teníamos que entrar

con el enfermero y una enferma, y nosotros la ayudábamos a hacer las camas, otras se metían a fregar. No había gente de limpieza, una chica de la limpieza. Se han aprovechado bien, desde luego. Hombre, tenía que tener una ocupación en algo, pero ¿fregar? No como ahora, que tienen su tallercito, que pintan... Pero antes no, antes llevábamos la ropa sucia a las enfermas, eso era indignante.

P: ¿Comían dos platos?

R: Sí. Sí, sí, la verdad es que sí

P: ¿Y que podría ser un día típico?

R: Pues dos platos, primero y segundo. Y su fruta. Había gente de pago, que les decían "de pago", [a las] que las monjas les ponían su comida aparte. Y cuando se ponían en el comedor (eso no lo he visto nunca bien, ni yo ni nadie) las enfermas de pago, cuando le ponían el jamoncito delante y a la otra enferma que estaba enfrente los ojos se le salían. Y yo decía "aquí tienen que comer las dos lo mismo". Y cuando la monja [se] daba la vuelta yo repartía para las dos; como la otra enferma no decía nada. Y han sufrido mucho, la verdad.

P: ¿Antiguamente tenían para comer cuchillo, tenedor, cuchara?

R: No. Cuchara nada más. Ni tenedor ni cuchillo. Salvo el residente que podía tenerlo, porque comía en su cuarto solo. Había muchas mujeres de la vida. ¿Te cuento una anécdota? Una vez, yo soy muy bajita como ves, y esta señora era muy alta. Nos daban una esponja así, un trozo así de gordo para lavarlos. Cortaban un corcho, lo que se dice un corcho de esponja clásico, cortaban un trozo de esponja y con eso teníamos que acabar. Y me pongo a lavarla la espalda, se me cayó y al momento ya no la vi. ¿Cómo se llamaba...?, Esperanza, y digo: "Esperanza, ¿y la esponja?" porque todo lo que tenía ella en la cabeza era lavarse. ¡Se la había metido dentro para lavarse por dentro! Y yo cogí tal susto: "esta me coge a mí y me mete por algún sitio". Y resulta que lo hacía para lavarse porque tenía nada más que ganas de lavarse de todo lo que había hecho, de toda la vida que había llevado. Porque había muchísimas mujeres de la vida. Salían aquí por la tarde, y nosotros que estábamos de noche algunas veces, pues a las cinco de la mañana venían ya de su trabajo, de hacer su vida. Dormían, venían a dormir; pero gente que no estaba muy mal. Porque había gente de dinerito que no la querían meter en otro sitio, o no tenían otro sitio a donde ir. Y el médico, o alguien que tenía un poquito de poder, en vez de que la familia la viera por ahí, pues la metían aquí. Y allí no había nadie, y seguían haciendo su vida. Y esto tampoco es sitio para ella, digo yo.

P: ¿Había más enfermas que hacían prostitución o había más prostitutas que se cobijaban aquí?

R: Aquí había muchas prostitutas. Yo las he visto, y ahora parece que las estoy viendo, guapísimas, monísimas. Una era cuñada del director de aquí. Para no tenerla por ahí fuera algunos empleados como el director, o gente pudiente de aquí, los que mandaban, en vez de tener alguien a su servicio, pues nada: enferma. Al lado de mi suegra (porque mi suegra también estaba aquí, mi suegra era secretaria de uno de los jefes) estaba el director, no voy a dar nombres ni nada, y le dice mi suegra: "hay que ver lo que hacen con el enfermo, lo tienen para limpiar, para todo" Y a la hora de comer, le ponían el plato en el patio, eso es muy fuerte. Yo que era joven eso lo veía como una cosa muy desagradecida. ¡Ay!, no puedo, de verdad, era una lástima. ¿No es una persona más? Estaba todo

el día desde por la mañana haciendo el servicio de una persona que tenían que pagar ellos. Cosas así, cosas muy fuertes.

P: ¿Y las enfermas que eran prostitutas fuera se prostituían aquí?

R: Aquí cuando la reforma, pero eso no es que fuera prostitución, eso es que eran jóvenes y su cuerpo se lo pedía. Tenían muchachos jóvenes y ellos un poco que la insistían, pues... Decían "por un polvo cinco pesetas", cosas así. ¡Cinco pesetas! Aquí, aquí. "Un polvo: cinco pesetas; por detrás no sé cuánto, y por delante..."; "Chiquilla, ay madre mía" y la monja "corre, ve a por ella, que va para allá". Y en los rincones del sitio este que van a tirar, eso era horroroso. Algunas enfermas lo querían. He pasado de una cosa a otra, pero bien. Algunas veces las enfermas no querían, pero los enfermos eran jóvenes y las cogían a traición. Y la reforma supuestamente les venía bien porque tenían que vivir. Pon a tu hija aquí a ver si te gusta la reforma así. Tienen que vivir en el patio, y yendo a algún sitio. Ya al final las llevábamos al cine, íbamos al circo, íbamos, yo qué sé, a muchos sitios, como de camping. Pues eso sí, esa reforma estaba bien. Venían aquí a hacer teatro, en el teatro de ahí. También se lo han pasado bien. No todo ha sido... ¿entiendes?, no es por allanar la cosa, pero es que también se lo han pasado bien. Últimamente, ya los últimos años que he estado en psiquiatría aquí, lo que quedó, pues también lo han pasado bien. Los llevábamos a tomar ahí al teatro.

P: Y antes de la reforma, ¿se trataba peor a las mujeres que a los hombres? ¿Sufrían más las mujeres enfermas que los hombres enfermos?

R: No. Hombre, las mujeres trabajaban mucho, la verdad. Bueno, había un equipo de enfermos que salían de aquí a las cinco de la mañana para trabajar en el cortijo, en el campo. Y venían por la tarde. Había otros enfermos que les llevaban su comida, para que almorzaran allí. Pero a las cinco de la mañana se levantaba al enfermo. Como estuviera.

P: Como nos has contado que trabajaban más las mujeres...

R: Las mujeres aquí.

P: Ah, los hombres salían fuera.

R: Los hombres salían fuera.

P: Y había menos protección con las mujeres, ¿no?

R: Sí. Había más caña, la verdad. No sé si está bien dicho. Las religiosas les exigían mucho. Teníamos que ponernos al lado de la que le tocaba fregar la vajilla e ir contando los cubiertos, había una enferma que contaba los cubiertos, y como faltara un cubierto, esa le pegaba a todo quisqui: todo el que estuviera allí en la cocina no salía hasta que apareciera el cubierto. Era muy fuerte. Porque había leña.

P: ¿Antiguamente había abusos sexuales a hombres o a mujeres por parte de los empleados?

R: Sí, la verdad es que sí. No quiero decirlo, pero la verdad es que sí. Aquí había enfermas que han tenido un niño de empleados. Incluso han acabado en la cárcel y todo. Pero eso fue cuando entramos ya los más jóvenes; y empezamos "hijo, esto no puede ser". Pero sí ha habido. Y hay

enfermas aquí todavía que tienen. Lo que pasa es que la criatura a lo mejor se lo ha llevado a su familia. El que estaba bien, porque el que estaba mal lo dejaban aquí. Incluso aquí había un niño que lo habían adoptado de chiquitito; cuando yo entré tendría catorce o quince años y lo veías con un cochecito que tienen para estar. Y me contaron que es que lo habían adoptado unos señores de posibles y cuando empezó a andar y empezó a arrastrarse un poquito se dieron cuenta que era un enfermo. ¿Y a dónde fue? Aquí. No es mío, no es de mi sangre, pero, aunque no sea de mi sangre esto no se lo cuento a nadie porque esto es muy fuerte.

P: Voy a hacer una pregunta un poco inducida. En estos centros solía haber en otros casos relaciones homosexuales también de abuso, de presión, [para] encontrar la voluntad del enfermo

R: Aquí tenemos uno. Aquí tenemos uno que le tiene pánico a que lo laven, vamos es que no le gusta un pelo que lo laven. Incluso nosotros cuando le lavamos, aunque tenemos cuidado y lavamos con cariño, le da miedo, tiene miedo.

P: ¿Por qué?

R: Hombre porque abusaban de ellos. Aquí había un tío y su sobrino. Y entró este hombre, "el batallas" ese (porque nos contaba muchas batallas de donde había estado, en la guerra o no sé qué), que venía para el sobrino y decían: "pues cómo mejor, con su tío" en el cuarto los dos. Y aquello era el niño que estaba en el cuarto con el tío. Y la familia: "que sí, que sí"; el médico: "que sí, que sí, que con su tío estaba mejor". El niño iba todos los días detrás de su tío. Todo el día detrás, para donde fuera. Ahora, por la noche abusaba de él. Bastante. Cuando entrábamos mi compañera y yo decíamos: "vamos a sacarlo de ahí, vamos a sacarlo y vamos a meterlo en otro cuarto", y el otro "no te lleves al niño, no te lleves al niño". Y el niño tendría pues diecisiete años, pero la criatura no se podía defender.

P: ¿Antiguamente se practicaba mucho la religión en el centro?

R: Sí, bastante. Hablamos de que era todo religión y un pecado. ¿Y cuándo pusieron aquí judiciales? Eso, ¿para qué? Con sus puertas de hierro y todo, porque eso era muy fuerte. La gente de dinero que no quería que su familiar fuera a la cárcel, pues ¿dónde iba?, aquí. Y era muy fuerte. Ahí no se podía entrar, teníamos que entrar con enfermeros. Nosotros no podíamos entrar. Estaba la comida ahí y las monjas... eso era muy fuerte. Y se han matado a muchos. A lo mejor con un bote de descafeinado que le había traído su familia. Había un enfermo, las cosas de antes, que tenía catalepsia que se murió a las cinco de la mañana o por ahí, se había muerto por la mañana; luego ya vamos para la piedra (un sitio que teníamos aquí para casos así) íbamos por el camino y en ese momento se levanta y dijo: "a dónde me lleváis". ¡Nos dio un susto! Se sentó, se despertó, así tres veces. La última vez cuando fuimos a abrir la puerta para que ya se lo llevaran, meterlo en su cajita y tal, dijo: "qué hacéis, que llevo aquí toda la noche muerto de frío". Aquello fue un susto. Y cuando hicieron ese pabellón había muchos niños enterrados chiquitillos, muchos recién nacidos (vamos muchos, cuatro o cinco) y decían que era del amor. Pero no era así, yo creo que no fue así; eso era de gente pudiente que a lo mejor se había quedado en estado (eso me lo contó a mí una monja hace muchos años), abortaban y lo enterraban aquí.

P: ¿Los enfermos estaban separados por patologías o estaban todos juntos?

R: Todos juntos. Había algunos que tenían que dormir solos de noche. Su puerta cerrada, un colchón en el suelo de estos duros, porque es que lo hacían tiritas; la comida había que metérsela por debajo de la puerta. Que eso para mí fue... ¡Y los lavaban desde lejos! Pero si son personas, ¡cómo los lavas con una goma, y con una escoba! Es muy fuerte, a ver si me van a poner a mí.... He contado demasiado, me parece. Ya no cuento más nada

P: ¿Había duchas?

R: Si que había duchas, pero eran todas como en la mili antiguamente; y frías, el agua fría. Como no había medicación, el enfermo que se ponía muy agresivo, o la enferma: una bañera de agua fría y una bañera de agua caliente. Y eso que te bañabas tú con la enferma y todo.

P: ¿Había cuartos de castigo?

R: Sí que lo había. Yo he visto dos. Yo cuando entré como que los habían quitado los cuartos de castigo. Y pegarles con, estoy hablando mucho, mantas mojadas, con trapos mojados. Yo he llorado mucho por esas cosas.

P: Pero eso tu no lo viste. Eso fue muy al principio.

R: Eso me lo han contado a mí, pero vamos, yo he visto algunas cosas que no sabría contarte, porque me parece muy fuerte. No puedo, me sobrepasa.

P: Sin cámara nos lo cuentas.

R: No, no.

P: Pues muchas gracias.

Anexo 9: ENTREVISTA 8

Entrevistador: ¿Cuál es su edad?

Entrevistado: sesenta años.

P: El compañero que anteriormente ha hablado, nuestro Entrevistado 7, nos hablaba del practicante de pabellón y el ATS a turnos, si quieres, indistintamente, comenzar por esto para que os sirva un poco para aclarar conceptos del tipo ¿qué era el practicante de pabellón y el ATS?

R: Yo creo que la diferencia básica entre los practicantes y los ATS era que los practicantes pertenecían a un sistema muy tradicional que lo que hacían era aplicar cuatro tratamientos, hacer alguna cura, dentro de una institución que estaba más pensada para la custodia, para tener a la gente encerrada y cumplir el horario. De hecho, como decía Paco, los psiquiatras cumplían un horario similar, iban una vez al día, una hora o dos, y se iban. Yo iba a contar lo de los bollos, que se los ponían en las chaquetas. Los bollos, en el pabellón 21 y en el 27, al menos tenían otra función que era que se retiraban una serie de bollos y las familias que les llevaban dinero para que los auxiliares tuvieran más consideración con los pacientes, les compraran un bocadillo o les dieran alguna cosa, les rellenaban los bollos que habían sobrado anteriormente y les daban cosas. Del comedor recuerdo (yo entré más tarde, en el año 1978) el primer día de reparto de medicación que salía a ver de dónde venía la comida y, como contaba antes Miguel, había un coche al lado aparcado y todos los yogures fueron al coche, ni pasaron por allí. Solo había cuchara.

Y aquella tablilla, por decir tablilla, con cuadraditos para ir repartiendo la medicación. Lo del ropiridol, decía a uno de los pacientes: "bueno, Manolo, ¿estás tomando las gotas? ¿Cuántas te echas?" y decía "yo un chorreón como el meado de una vaca".

P: ¿Y sobre el tratamiento con las inyecciones de aguarrás?

R: Yo no llegué a verlas. Bueno, pero las consecuencias sí. Bueno, Pepe tenía al menos en un glúteo tres y en el otro tenía tres o cuatro; al menos le habían puesto tres o cuatro. Lo de los *electroshocks*, sí. ¡Y cómo se ponían, uno al lado del otro!

Anexo 10: ENTREVISTA 9

Entrevistador: ¿Qué edad tiene usted?

Entrevistado: sesenta años

P: El compañero que anteriormente ha hablado, nuestro Entrevistado 3, nos hablaba del practicante de pabellón y el ATS a turnos, si queréis, indistintamente, comenzar por esto para que os sirva un poco para aclarar conceptos del tipo ¿qué era el practicante de pabellón y el ATS?

BV: Bueno, pues los practicantes de pabellón eran practicantes que pertenecían a la Diputación, pertenecían a la beneficencia, y solamente aparecía un par de horas por el manicomio, por el recinto; y al par de horas, cuando habían puesto sus dos o tres inyecciones y habían curado las dos o tres cosillas que hubiera por hacer, desaparecían y entonces quedaban los absolutos poderes en el personal celador vigilante que había allí. En 1976-1977 (yo tengo más conocimiento del año 1977) yo entro en el verano de 1976 a cubrir precisamente las vacaciones de estos alumnos de ATS. En mi caso, había terminado primero y entré aquel verano con contrato de auxiliar haciendo funciones ya de ATS, para suplir las vacaciones de ellos. Y ya hace treinta y ocho años de esto. Yo entré un año antes a trabajar que mi compañero y amigo Miguel Ángel y desde entonces trabajo en el manicomio en esta especialidad. Vamos a obviar lo de manicomio que como tal ya se cerró. En esta especialidad llevo ya treinta y ocho años. Entré específicamente a suplir a estos y a encargarme de la enfermería que había en el pabellón 21 con diez camas solamente, viendo *delirium tremens*. Y me paso dos años viendo *delirium tremens*. Además, su padre era uno de los practicantes de la beneficencia del pabellón 20 y el que ponía los *electroshocks*. Y ya con los ATS empieza a haber cambios. No obstante, y a pesar de esto, había que tratarles de usted a los celadores vigilantes que eran los que ostentaban el poder, los jefes de turno. Donde uno era un mafioso total, hasta el punto que se vendían los paquetes de tabaco como decía antes Miguel Ángel. Además de hacer cierta amistad había que darles dinero a los otros. Había otro que, aunque siempre muy criticado, era un sargento de la guardia civil retirado, pero era más humano que todos ellos juntos. Aunque era muy brusco al hablar, como buen sargento de la guardia civil: dando órdenes siempre, era mucho más humano que el "prestamista" como yo le llamo.

P: ¿Dedicaban mucho trabajo al reparto de medicación?

R: La medicación... Tu entras ya con lo de los cuadraditos. Yo empiezo con un libro normal de cartóné, donde se escriben las incidencias con la medicación que se ha dado, y una caja y un cajón que sería la mitad de esta mesa, toda llena de envases clínicos. Y en el comedor con trescientos pacientes sentados averigua que medicación es para cada uno de ellos. Esa fue, por ejemplo, mi entrada un domingo 1 de julio de 1976 que me dan el cajón y el libro y el comedor con trescientos enfermos; y yo sin conocer a ninguno, y encima ninguno contestaba por el nombre cuando se le daba. Entonces uno de los auxiliares, o celadores vigilantes como se les llamaba en aquella época, me quitó aquella tabla y comenzó a repartir metiendo la mano en los envases XXXXXX (11'20") como si fuera la cabalgata de reyes magos, tirando caramelos. Y al que tenía el ropiridol abría la boca y le echaban un chorro sin contar gota de nada hasta que poco a poco lo fuimos normalizando, fuimos haciendo

la caja para medicar a cada uno, fuimos identificando a los pacientes y los fuimos medicando uno a uno como dios mandaba.

E: ¿Y sobre el tratamiento con las inyecciones de aguarrás?

R: Sobre las inyecciones de aguarrás yo tengo que decir que eso no lo he vivido. Respecto a las inyecciones de aguarrás yo tengo que decir que no se llegó a utilizar al menos en la época que entré yo. Las consecuencias sí, pero no se llegó a utilizar cuando estaba yo. Yo entré en 1976 y ya no se estilaba la inyección de aguarrás. Lo de los *electroshocks*, como cosquillas, sí. Eso de que un paciente le dijera a un celador "hijo de puta", le costaba tres *electroshocks*, mínimo. Eso sí lo he vivido, con Manolito "el rojo", que se le puso indiscriminadamente a un paciente; yo creo que era casi a diario dos.

Eso era una sala, en la sala 21 se entraba a mano izquierda, a la izquierda estaba la enfermería... Yo lo he vivido en la sala 2, donde se juntaban todas las camas (treinta y tantas camas, quince por un lado y quince por el otro) y empezaba a ponerlos sucesivamente de uno a otro, con el consiguiente humo. Cuando llegaba al quinto el siguiente ya se había orinado en la cama del miedo y del terror de ver a los otros cuatro como había sido. ¡¡Monstruoso!!! Otro hecho, que también es digno de mencionar de cómo era la monstruosidad en aquella época, era cuando terminaban el desayuno, los enfermos pasaban al baño como corderos y el personal intervenía relativamente poco: teníamos enfermos de confianza que eran los que quitaban la mierda, los demás estábamos con las mangueras desde arriba echándoles agua. Y después cuando terminaban el baño pues los famosos polvos Zeta Zeta, que los embadurnábamos. En aquella época se veía con una cierta normalidad, entre comillas, y cuando haces una memoria retroactiva de ello [piensas] "como podía yo participar de aquella...".