

DEL MANICOMIO AL ÁREA DE SALUD

GRÁFICOS E IMÁGENES DE UN PROCESO DE REFORMA



Del manicomio al área: apuntes históricos.

Manuel Desviat

CD. Gráficos e imágenes de un proceso de reforma.

Manuel Desviat, Carlos González, Roberto Celis

© Manuel Desviat

Edita: EMISA

Imprime: Gráficas Enar, S.A.

ISBN: 84-86917-99-9

Depósito Legal: M-23331-2002

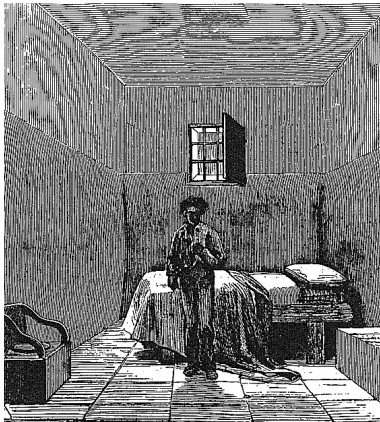
Prohibida la reproducción total o parcial de este libro.

ÍNDICE

LA CASA DE SALUD SANTA ISABEL DE LEGANÉS	5
EL ORIGEN DEL MANICOMIO DE LEGANÉS	9
LA DIRECCIÓN COLEGIADA	21
LA REFORMA DEL PSIQUIÁTRICO DE LEGANÉS	25
LÍNEAS GENERALES DEL PLAN	29
FUNCIONAMIENTO DE LA RED	35
DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN Y APOYO COMUNITARIO	39
A MODO DE CONCLUSIONES	47
AGRADECIMIENTOS	49
BIBLIOGRAFÍA.....	51

LA CASA DE SALUD SANTA ISABEL DE LEGANÉS

El Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés, durante mucho tiempo la primera empresa del municipio de Leganés, es la principal de las señas de identidad de este pueblo huertano del sudoeste madrileño. Leganés creció en torno a los muros mudéjares de la "Casa de Salud Santa Isabel" que fundara el Estado en tiempos de Isabel II, hace 150 años. Farmacias, "casas de reclusión" (casas particulares donde se acogían pacientes), un tranvía, inaugurado en 1877, que unía el pueblo con el barrio de Carabanchel, en la capital, son consecuencia de la institución asilar. Un hospital cuya historia se confunde con la historia de la psiquiatría madrileña, referencia otrora de un modelo de atención a la enfermedad mental, originado con el nuevo orden social que se inicia con la revolución francesa y da origen a la psiquiatría y al manicomio. En el amplio movimiento que produce la revolución democrática, ruptura constituyente del orden social contemporáneo, hay un despliegue técnico e institucional, un intento de promover nuevas formas de asistencia médica y social, política asistencial que prefigura la futura salud pública. El aislamiento en lugares propios, aislamiento de las pasiones, de las causas irritantes de la enfermedad, internamiento en casas de locos, y tratamiento moral, medicalización, en suma, de la locura, que da lugar al alienismo, a lo que hoy entendemos por psiquiatría.



Celda de *agitados*.

En España, el ideario asistencial revolucionario se va a recoger, aunque testimonialmente, en la simbólica Constitución de las Cortes de Cádiz, promulgada el 19 de marzo de 1812, que en su art. 6 dice: "La beneficencia nos obliga a prestar al desvalido aquella protección que desearíamos tener si ocupásemos el lugar suyo". Y en la práctica, con efectos normativos, en un Real Decreto que en 1821 establece el marco jurídico para las nuevas instituciones asilares (término acuñado por uno de los más ilustres alienistas, Esquirol, para evitar el uso, entonces peyorativo, de hospital), disponiendo la creación de casas públicas destinadas a "recoger y curar a los locos de toda especie", donde se deberían asumir principios pinelianos del tratamiento moral al expresar que quedaban prohibidos "el encierro de continuo, la aspereza en el trato, los golpes, grillos y cadenas". Establecimientos específicos, en definitiva, para el tratamiento de los enfermos mentales, como ya hiciera la Convención francesa, que surgen como instituciones públicas –es el momento del gran debate sobre la construcción de un manicomio modelo, que da lugar a la "Casa de dementes de Santa Isabel de Leganés", al amparo de la ley de Beneficencia de 1922 y en el contexto la relativa pérdida de protagonismo eclesiástico en la gestión de la enfermedad^{1, 14}.

Pero pronto los manicomios mostrarán –hacinamiento, abandono, cronificación, refugio de locos pobres– su fracaso terapéutico. Todo hace pensar que al poco de ponerla en práctica, la institución se apropia de la reflexión médica para imponerle su propia lógica. Una lógica que lleva a la institucionalización de la enfermedad mental, de la locura. Institución total, concentracionaria, donde más que curar se oculta la locura. Un escritor que cap-

tó su época, Benito Pérez Galdós, describe así al psiquiátrico de Leganés, en 1881, tan sólo treinta años después de su fundación.

"Cualquiera que despertara súbitamente a la razón y se encontrase en el departamento de pobres [1], entre turba lastimosa de seres que sólo tienen de humano la figura, y se viera en un corral más propio para gallinas que para enfermos, volvería seguramente a caer en la demencia, con la monomanía de ser bestia dañina (...) ¡En aquellos locales primitivos, apenas aún tocados por la administración reformista, en el largo pasillo, formado por la larga fila de jaulas, en el patio de tierra, donde se revuelcan los imbéciles y hacen piruetas los exaltados, allí, allí es donde se ve todo el horror de esa sección espantosa de la Beneficencia, en que se reúnen la caridad cristiana y la defensa social, estableciendo una lúgubre fortaleza llamada manicomio, que, juntamente, es hospital y presidio! (...) Dos loqueros graves, membrudos, aburridos de su oficio, se pasean atentos, como polizontes que espían el crimen. Son los inquisidores del disparate (...). Carcelero-enfermero, es una máquina muscular encargada de constreñir con sus brazos al rebelde y al furioso; tutea a los enfermos, les da de comer sin cariño, los acogota si es menester, vive siempre prevenido contra los ataques, carga como costales a los imbéciles, viste a los impedidos; sería un santo si no fuera un bruto. El día en que la Ley haga desaparecer al verdugo será un día grande si la caridad hace desaparecer al loquero"²¹.

[1] Existía un pabellón de distinguidos (los que pagaban) y otro de pobres.

"Prisiones más que propias Clínicas médicas", dirá en su preámbulo el Decreto de 3 de julio de 1931 que recoge las ideas

sobre asistencia psiquiátrica de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y de la Liga de Higiene Mental, donde hombres como Lafora, Sacristán, Germain, y todos aquéllos que forman la llamada generación del "27", luchan por la transformación de las obsoletas instituciones psiquiátricas. Fue una época dorada de la psiquiatría y de la salud mental en España. Desde los primeros meses de la Segunda República se hacen realidad gran parte de las ideas que viene elaborando este grupo reformador que se une al empeño regeneracionista de la intelectualidad española del momento. Germain, que desde la Dirección General de Sanidad y como secretario del Consejo Superior Psiquiátrico (creado el 10 de noviembre de 1931) y de la Liga de Higiene Mental, impulsa en buena medida las acciones que sitúan por primera vez a la psiquiatría española en el escenario internacional, nos contaba en una entrevista poco antes de su muerte¹⁷ la ingente labor de difusión de la salud mental realizada por la Liga entre los médicos, pedagogos y la población en general, a través de la radio, de charlas y conferencias. Los psiquiatras, en su afán de sensibilizar a la población y a los poderes públicos, recorren ciudades y pueblos, al modo de la Barraca de García Lorca, celebrando actos "en los más diversos ambientes y locales: aulas universitarias, ateneos, escuelas, casas del pueblo, y en los que los oradores no eran sólo psiquiatras, sino también juristas, pedagogos y otros profesionales"²⁴. Son las llamadas Misiones y Semanas de Higiene Mental, integradas en el gran impulso renovador sanitario que promueve Marcelino Pascua como máxima autoridad sanitaria en los primeros años republicanos¹².

EL ORIGEN DEL MANICOMIO DE LEGANÉS

En España, las nuevas ideas –la necesidad de construir asilos especiales para el tratamiento de la enfermedad mental– no se plasmaron en nuevos edificios. A mediados del siglo pasado, se mantenían las viejas estructuras caritativas o se habilitaron viejas e inhóspitas salas de algunos hospitales generales para el internamiento de una creciente población de enfermos mentales.

La Ley de la Beneficencia del 20 de junio de 1849 establece la creación de seis casas para enfermos mentales en todo el territorio nacional, de las que sólo se crearía una: la Casa de Santa Isabel de Leganés. El 16 de noviembre de 1849 el Ministerio de la Gobernación creó una Comisión integrada por un vocal de la Junta Provincial de Beneficencia, por un arquitecto, Antonio de Cachavera y del doctor Rodríguez Villargoitia, para elegir el lugar y elaborar un proyecto de manicomio en Madrid, única provincia que no contaba con un establecimiento psiquiátrico, internándose a los pacientes en dos salas lóbregas del Hospital General. (Sólo servían para cubrir las necesidades más urgentes hasta que se trasladaban a Toledo o a Zaragoza)^{15, 23}.

Los rincones cedidos en hospitales, cárceles y conventos parecían verdaderas cloacas. Agarrotados, sobre paja o sobre el puro duro suelo, casi desnudos, estaban condenados a pan y agua, y cuando se agitaban el peso de sus cadenas, un garrote o un vergajo servía de remedio a su delirio¹⁹. Esta descripción, hecha por un conocido higienista, Felipe Monlau, en 1862, se su-

maba a otros escritos de médicos como el citado Villargoitia o el médico de la real Casa, Rubio, que incitaba a la creación de una casa de dementes en Madrid (por aquellos años existían 18 asilos especiales para enfermos mentales repartidos por España).

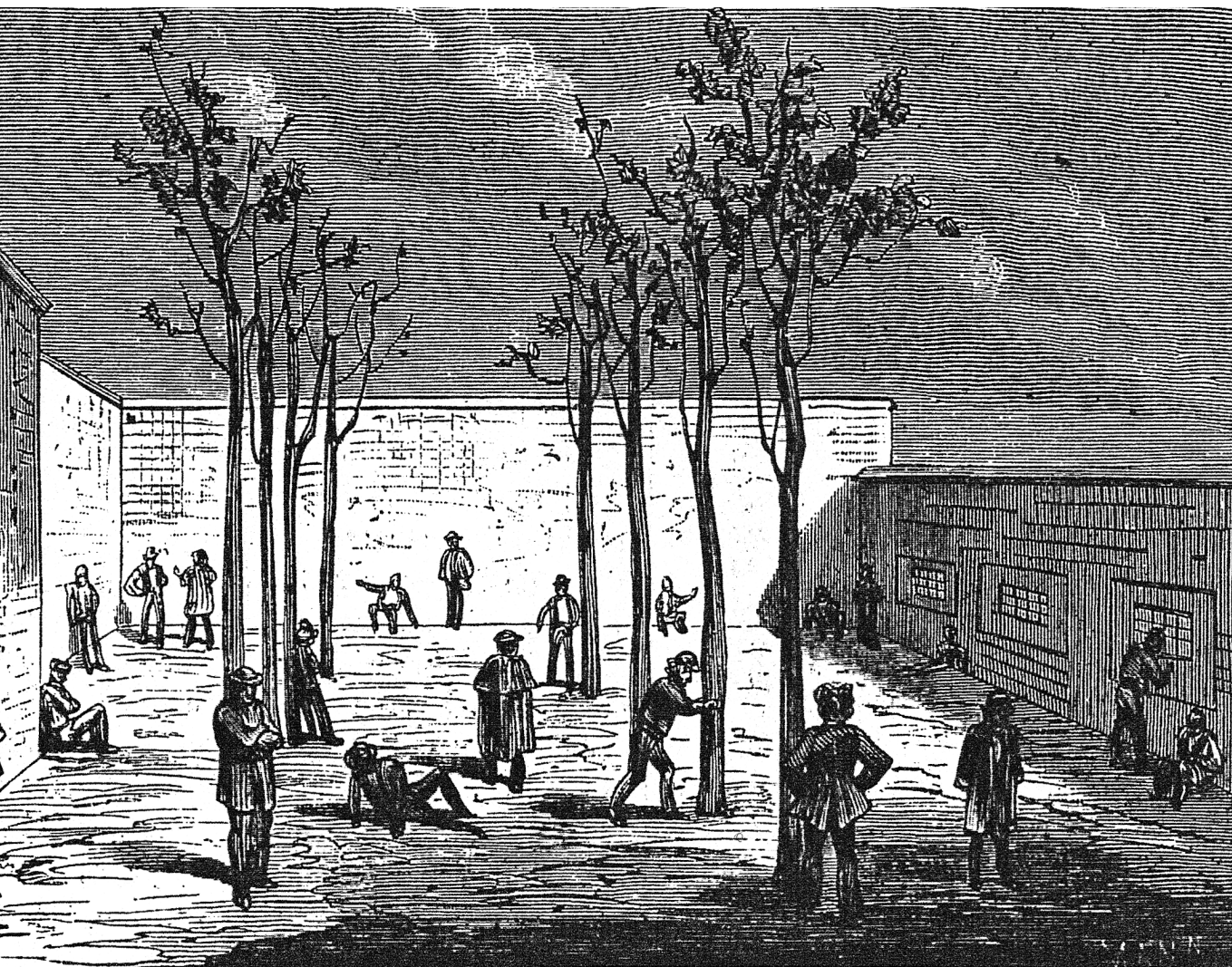
El que será considerado manicomio modelo, encontrará al fin su sitio en las casas ducales de Medinaceli, dos casas fronteras separadas por la calle Velasco. El edificio principal con un magnífico pórtico, con un gran vestíbulo y galerías de espaciosa salas, patios, jardín y huerta con agua propia, un palacio que se cree fue reedificado sobre el que en el siglo XVII poseía Diego Messía de Guzmán, marqués de Leganés. Los edificios eran propiedad de un vecino rico de Leganés, Juan Gómez, al cual le fueron adquiridas por la Junta provincial el 12 de diciembre de 1850 por 340.000 reales. La elección del lugar se debe a la facilidad de comunicación con la capital –partiendo de la idea de situar fuera de la ciudad el manicomio, tan común en la época–, a 12 kilómetros y por las buenas condiciones de salubridad. La situación topográfica de la villa era excelente por sus aires frescos y puros, templados por la proximidad de numerosos arbolados y huertas, lo que había convertido a Leganés en lugar residencial para pasar los veranos a grandes y títulos de Castilla, avecindados en Madrid.

Se hicieron obras de reforma de 1850 a 1852, incorporando algunos edificios contiguos como la llamada casa de la Magdalena. El arquitecto fue asesorado por el médico titular de la villa José María Miranda de Paz (que será a su vez el jefe facultativo, es decir, el médico del hospital).

El manicomio se inauguró a finales de 1851, aunque el traslado de los cuarenta y cuatro enfermos del Hospital provin-



Patio de agitados.



cial de Madrid no se llevó a acabo hasta el 24 de abril de 1852. Se le dio de nombre Casa de Santa Isabel, en honor del nombre de la reina Isabel II (bajo la Regencia de su madre María Cristina de Nápoles). En el frontispicio del portón que daba acceso al Hospital aún se puede leer una placa conmemorativa. Posteriormente, entre 1859 y 1861 se hicieron nuevas obras para regularizar geométricamente el perímetro hospitalario, cerrándose la calle Velasco, que separaba los dos palacios, y abriéndose a cambio una nueva, la hoy denominada Charco y años después la de Isabel la Católica (obras a cargo del arquitecto Sureda, que fueron continuadas por Bruno Fernández de los Ronderos, Tomás Aranguren y Lemos). El edificio tal como hoy lo conocemos está realizado por ladrillo visto al exterior en sus fachadas, de estilo neomudéjar ^{2,3}.

Las Hijas de la Caridad llevaban el centro (como podemos ver en el reglamento de 1852, cuadro 1). Por falta de presupuesto se habían suprimido, en los primeros años de funcionamiento, las plazas de practicante y boticario. El primer médico de la institución fue D. José María Miranda de la Paz que se mantuvo 22 años, estableciendo las primeras normas higiénicas (1955) para el cuidado de los enfermos mentales que se conocen en España, (cuadro 2) según nos cuenta Eduardo Viota y Soliva que fuera uno de sus administradores en una memoria publicada en 1896 por la que conocemos buena parte del funcionamiento del manicomio²⁵.

CUADRO 1

- 1** La Superiora de las Hermanas de la Caridad será exclusivamente la encargada de la huerta.
- 2** Sólo podrían salir los enfermos al jardín cuando la Supervisora lo determine.
- 3** El régimen interior de la casa estará encargado a la misma Supervisora.
- 4** No se comprará nada, ni se tomará resolución alguna, sin darle antes conocimiento.
- 5** Hará la distribución de las cantidades que asigne el Director del establecimiento, como encargado de hacer los pagos.
- 6** No se permitirá a los enfermos salir a la calle bajo pretexto alguno.
- 7** Nadie podrá entrar a ver el establecimiento sin que presente una orden firmada por mí, señalándose en este caso las horas de nueve a once por la mañana y de tres a cinco por la tarde para que tenga lugar la entrada.
- 8** Los parientes de los enfermos pueden visitarlos el día jueves de cada semana a las mismas horas que quedan señaladas y en el patio que al efecto está designado.
- 9** En la puerta sólo podrán entrar los empleados de la casa.
- 10** La ración que se fija a cada demente será igual a la que se da en los demás hospitales.
- 11** En la cocina grande no se permitirá que se preparen medicamentos de ninguna clase, destinándose para este objetivo únicamente la pequeña.
- 12** El Director del establecimiento habitará en el departamento que hoy ocupa la sala de conferencias, y la primera que tenía el escribiente será destinada para la habitación de las Hermanas de la Caridad, además de las que ocupan.
- 13** Ningún empleado podrá salir del establecimiento sin permiso del Director y de la Superiora.
- 14** Del mismo modo el Director y los demás empleados necesitan licencia mía para ausentarse del pueblo, sin la cual no podrán salir de él.

CUADRO 2

- 1 A las cinco y media de la mañana hasta fin de agosto a las 6 desde el 1 de septiembre, se levantarán todos los enfermos, si no hay prescripción facultativa que lo impida.
- 2 Los criados deben cuidar con el mayor celo que al levantarse se laven los acogidos en agua limpia la cara y las manos, que se sequen bien, que se vistan y se calcen perfectamente y que pasen, hasta la hora del almuerzo a las salas de descanso correspondientes.
- 3 Todos los enfermos y enfermas que estén dedicados a las diferentes labores de la casa, pasarán después del almuerzo a sus acostumbradas ocupaciones, pero en todas partes han de ser vigilados y atendidos, con el objetivo de que conserven en buen orden el vestido y el calzado, que no se arrastren y tiren por el suelo, ni permanezcan mucho tiempo en los excusados, y sobre todo para que ni un momento estén desazonados o enfermos sin que se avise a practicante o encargado de los departamentos.
- 4 Todas las mañanas a las ocho y todas las tardes a las seis, el practicante de la sala de hombres y la Hermana de la Caridad encargada de la casa de las mujeres, pasarán revista general e individual de cada uno de los acogidos, para ver si están bien puestos y arreglados y si en su semblante se observa algún síntoma de novedad.
- 5 A las seis de la mañana estarán perfectamente limpias y aseadas las salas de descanso y comedores, y a las ocho todos los departamentos, celdas y excusados.
- 6 El afeitado se hará dos o tres veces en semana, según lo necesiten los acogidos, cuidando de que todos tengan bien cortado y cuidado el pelo.
- 7 Los sábados se lavarán los acogidos los pies y se cortarán las uñas.
- 8 Los dormitorios y las celdas desocupadas estarán constantemente ventiladas y sólo se cerrarán para librarlas de los rayos fuertes del sol, y en la noche, mientras duermen los acogidos.
- 9 Los excusados estarán bien limpios y lavados siempre, usando para neutralizar sus malos olores lechadas claras de cal.

- 10** Las ropas sucias, las zaleas puercas y demás objetos de la misma clase, estarán en los puntos designados para ello, y de ningún modo se permite arrinconarlos en los departamentos o sus patios.
- 11** Las horas de tomar alimentos se dispondrán, según las estaciones, por prescripción facultativa.
- 12** Las carnes y demás comestibles serán inspeccionados diariamente por el director o su delegado, consultando al facultativo del Asilo cualquier duda que hubiera sobre el particular.
- 13** Se debe tener mucho cuidado que al tomarse la leche no esté alterada o ácida, que los garbanzos y verduras estén bien cocidos y que economice cuanto se pueda las ensaladas crudas y demás vegetales de difícil digestión.
- 14** Se debe prohibir durante la temporada del estío los pescados salados, los escabeches de cualquier género que sean, y toda conserva alimenticia salada.
- 15** Tampoco se debe hacer uso de las frutas acuosas, aunque sean azucaradas, como el melón y la sandía, prefiriendo la uva bien madura y las peras y melocotones estando en sazón.
- 16** Para cenar se deben usar las carnes con arroz o patatas, sin condimentos ni especias.

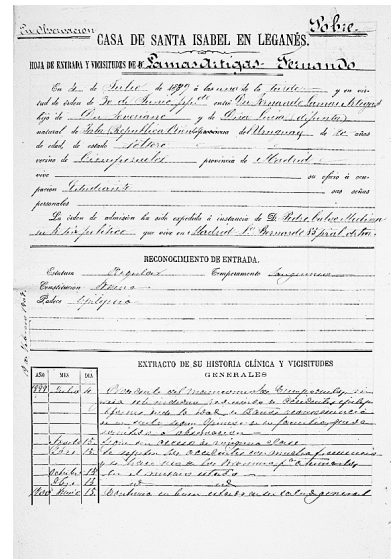
El número de ingresos entre 1852 y 1861 fue bastante más alto durante los primeros años, 434 ingresos, mientras que en los diez años siguientes se produjeron 252. Entre 1852 y 1899 hubo un total de 1.195 ingresos en Leganés, de los cuales 792 eran varones y 393 mujeres, 51 de estos pacientes eran menores de 20 años. Estas cifras fueron en alguna ocasión el triple de las previstas, hasta el punto que en 1885 se solicitó que no se redujeran los ingresos.

Los diagnósticos más frecuentes son Manía crónica, Monomanía (religiosa, política, erótica, persecutoria, ambiciosa...), Litemanía, Manía circular, Manía agitada y el grupo constituido

por imbecilidad, simplicidad e idiotismo (que hoy denominaríamos oligofrenias o débiles mentales) y las demencias –que incluiría no sólo lo que hoy entendemos por demencias, sino también las esquizofrenias y las psicosis maniaco depresivas–. El primer diagnóstico de demencia senil que consta en las historias clínicas de Leganés es de 1895 y el primero de demencia precoz de 1883. La influencia del alienismo francés resulta evidente, como señalan Ana Moro y Olga Villasante, en una revisión de las historias clínicas en los años de Luis Simarro como director²⁰. Están presentes los cinco grandes grupos diagnósticos propuestos por Esquirol: lipemanía, monomanía, manía, demencia e idiocia.

Los pacientes eran en primer lugar de Madrid, aunque por ser un hospital nacional el número de pacientes ingresados del resto de España representa cerca de la mitad. De estos pacientes dos tercios eran considerados como "clase pobre", y el resto distinguidos y clase segunda, cuyas familias pagaban su estancia. Predomina el estado civil soltero entre los pacientes ingresados (209 solteros, 132 casados y 36 viudos de los 716 pacientes ingresados durante los primeros veinte años). En cuanto a las profesiones predominan los empleados, militares y estudiantes, y se identifican oficios como arriero, confitero, mayoral de diligencia, carbonero, mayordomo real, retratista, fundidor de hierro...

Los tratamientos eran los de la época: de una parte, el tratamiento moral de los alienistas franceses; de otra, una farmacopea empírica de la que guarda memoria la antigua farmacia del manicomio que se conserva y procedimientos de choque como la ducha fría, los baños templados con afusión fría, o los baños de agua marina, sanguijuelas y sangrías. En las historias clínicas po-



demos ver el uso de belladona para la manía erótica crónica o el rábano iodado, bromuro, valerianato de albúmina, suero nitrado, tónicos y leches, aceites –de rosas, belladona, beleño–, acetatos –de morfina–, ácidos –benzoico, cítrico, salicílico–, aguas–de rosas, de canela...–, alcanfor, alcoholes –de melisa, de romero–, almendras, antipirina, argirol, azúcares, bálsamos –del Perú, de Tolú.., bicarbonato de sosa, biyoduro de mercurio, bromhidrato de quinina, bromuros, caféina, canela, carbonatos, clorhidratos –de apomorfina, cocaína, hioscina, papaverina, quinina–, cloruros, codeína, coleslerina, colchicín, cornezuelo de centeno, digitalina, esperma de ballena, fenacetina, flor de azufre, goma arábiga, hierbaluisa, hojas de nogal, incienso, jalapa en polvo, jarabe de membrillo, láudano, liquen islándico, manteca de cacao, nitratos –de amilo, de plata...–, nuez vómica, brea, pepsina en escamas, permanganato potásico, quina, raíces diversas, resinas, ruibarbo en polvo, salicilatos, sangre de drago, sosa, sulfatos diversos, tártaro emético, tinturas –de árnica, colchico, digital, naranja, opio, valeriana.., vaselina, vinagre rosado, vino aromático, yodo y zarzaparrilla... (Existe una Tesina para la Cátedra de Historia de la Farmacia de la facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid (1979) de Crespillo Calleja JM, en la que se citan las medicinas existentes en el manicomio de Leganés durante el siglo XIX).

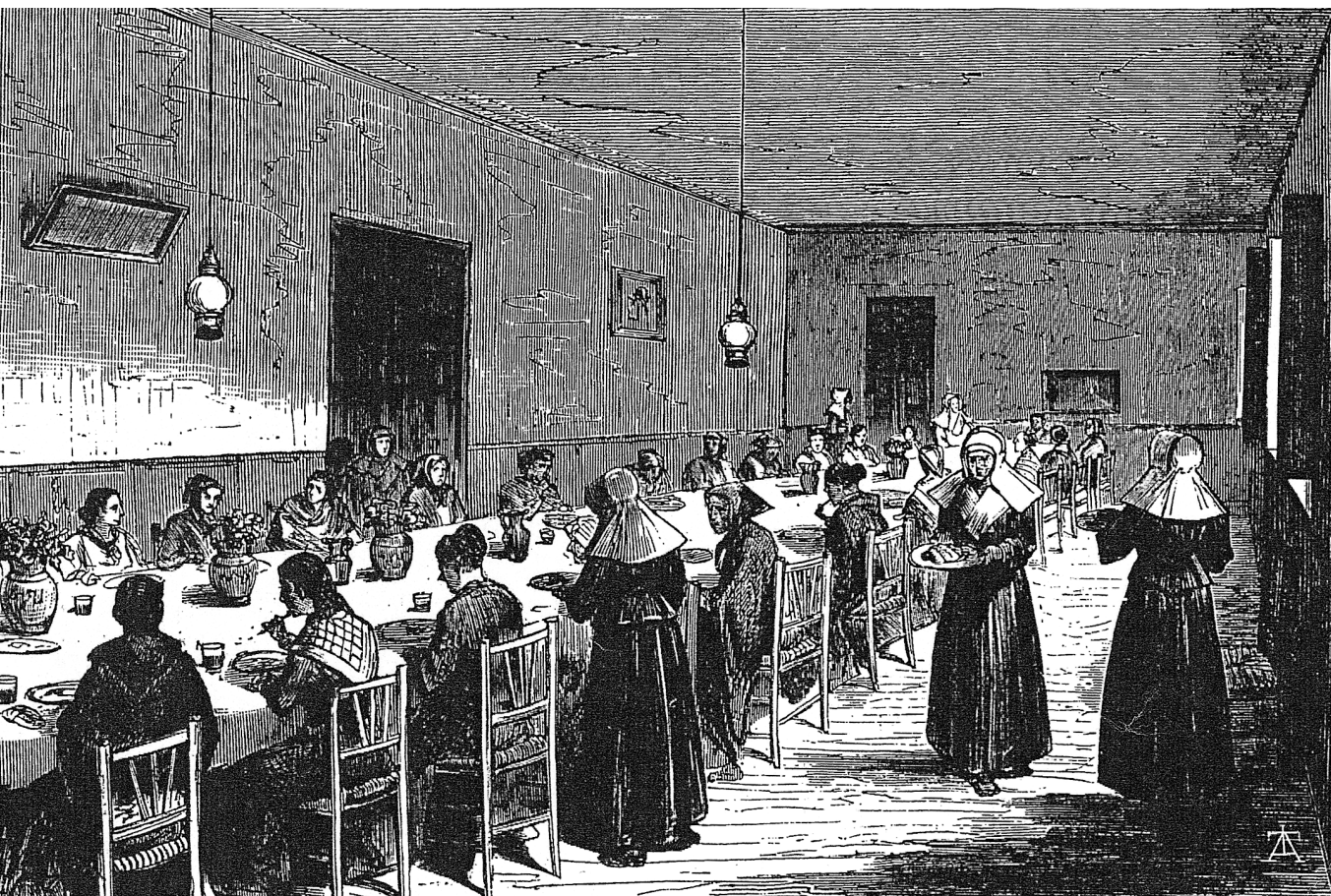
En las primeras décadas pueden encontrarse quejas de malos tratos y sobre las malas condiciones de los edificios. Aunque, gracias a la carencia de centros para enfermos mentales en todo el país y “la situación geográfica, su régimen interior, su buena alimentación y el trato benigno y suave con los enfermos (la mor-

talidad anual no excede del 6%), hace que se siga considerando a finales del siglo XIX un lugar excepcional¹⁵.

Ya entrados en el siglo pasado, en 1924, Salas y Vacas, como jefe facultativo, hace un informe titulado *Frenomios españoles*, donde insiste en la inadecuación de los edificios, incrementada por el aumento de los internados que han pasado a ser 243 en aquel año. “Cuando en 1911 nos hicimos cargo de la Jefatura facultativa del Manicomio del Estado, sufrimos la aterradora desolación de entrar a dirigir un Centro benéfico en el que se carecía de los más principales elementos en que pudieran apoyarse las modernas normas del tratamiento de los alienados. Caserón antiguo y difícilmente adaptable a sus fines benéficos; cuerpos de edificio, que resentidos por el tiempo, no ofrecían garantía como albergue de enfermos; cuevas en vez de celdas, a las que se les temía emplear como estancia de asilados; falta de agua potable en cantidad suficiente, aislamiento y separaciones imposibles por falta de sitio y orden para agrupar psicópatas: todo viejo, la mayoría ruinoso; y lo único más moderno, construido sin plan, revelando una genialidad arquitectónica que no quiso ponerse de acuerdo con el tecnicismo y conveniencia profesionales”. No obstante esta situación, Salas y Vacas, elogia las normas modernizadas y la labor sanitaria realizada por los profesionales: un grupo de Hermanas de San Vicente que junto con personal auxiliar luchaban de un modo titánico para imponer la higiene y dar atención a los pacientes internados. Por esos años el hospital contaba con dos médicos y un practicante.

Aparte de las memorias de Viota y Soliva y de Salas y Vacas, existe un informe realizado por Vallejo Nájera en 1956, probablemente en el momento de su toma de posesión como





Comedor de pensionistas *tranquilas* (mujeres)

director. (Todos estos documentos han sido encontrados fuera del hospital pues en éste, salvo las historias clínicas, afortunada y milagrosamente conservadas, toda la documentación existente cuando entré como director en noviembre de 1985 eran unas pocas carpetas escolares con algunas actas y papeles administrativos irrelevantes; que ocupan ahora poco más de un cajón de archivador). La memoria o informe de Vallejo Nájera describe la situación de desamparo del centro:

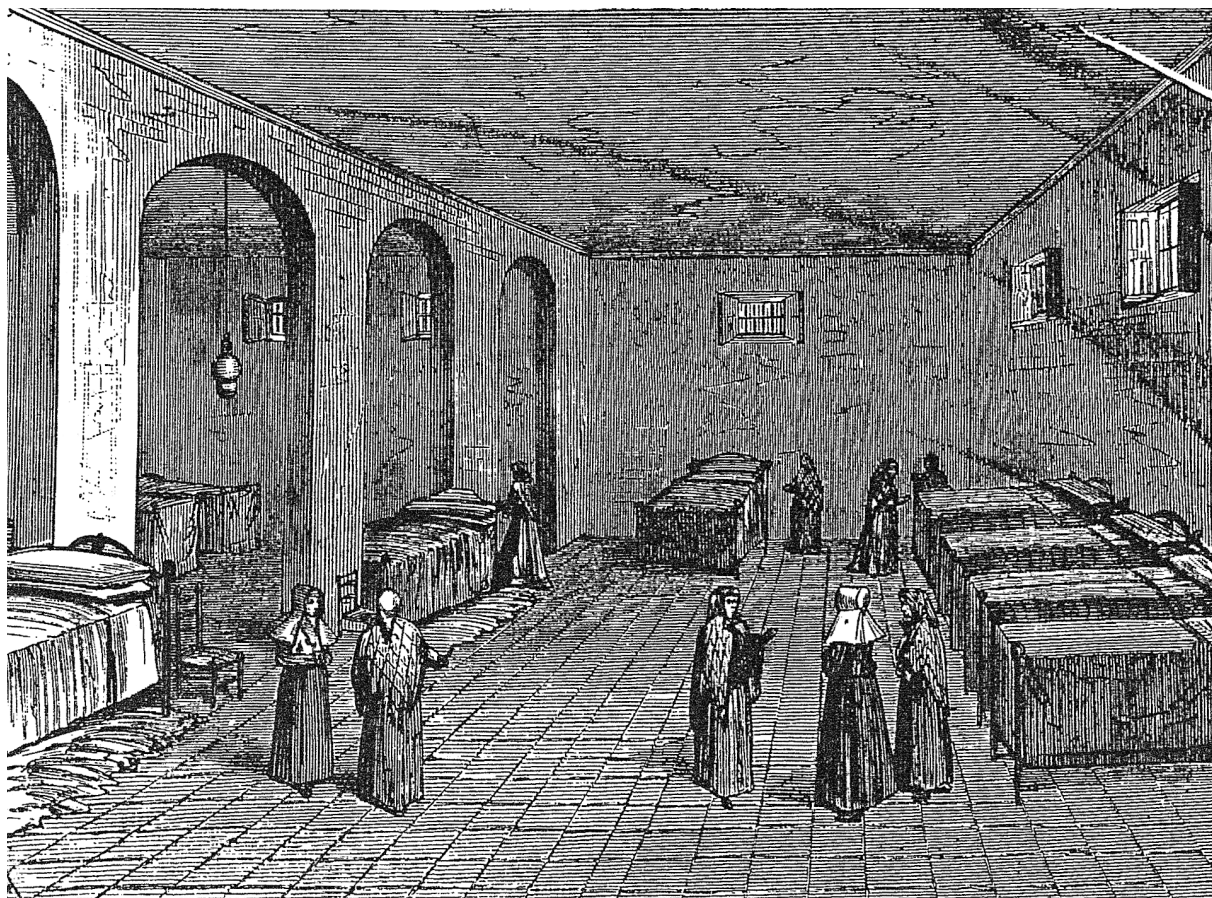
“El hospital psiquiátrico de Leganés está sin director desde hace diez años. En este tiempo, desde el fallecimiento del malogrado Dr. Peraita que había iniciado una magnífica obra de reforma, las mejoras introducidas por él se han ido perdiendo. Basta decir que en estos diez años no se ha realizado ni un solo tratamiento insulínico, el electrochoque sólo entró en uso esporádicamente y como remedio sintomático de la agitación, cuando no como método de castigo para los enfermos molestos, ni un solo tratamiento con las nuevas drogas. En este absoluto abandono terapéutico cuatrocientos enfermos se han ido demenciando lentamente, como podían haberlo hecho en el siglo XV antes de Jesucristo, si la sociedad de entonces hubiese tenido. La peregrina idea de reunirlos en tan gran número dentro de un edificio, y alimentarlos hasta el fin de sus días”.

Pese a la lúcida descripción y la propuesta de un plan de choque: mejora de las condiciones de vida y terapéuticas para los pacientes, el centro mejora muy poco durante la Dirección de Vallejo-Nájera que deja la Institución en 1970 cuando la Administración introduce medidas que son la base de una posible reforma.

LA DIRECCIÓN COLEGIADA

En 1971, el Patronato Nacional Psiquiátrico (PANAP), dependiente, como toda la Sanidad del Estado [2], del Ministerio de la Gobernación, incrementa las plantillas de sus centros y aumenta la dedicación de los facultativos (antes prácticamente inexistentes) (se pasa a cobrar de 4.000 a 20.000 pesetas por término medio). El nuevo personal y la mayor dedicación facilitan un proceso de cambio en el Hospital, hasta entonces gobernado por religiosas: revisión e historias clínicas, altas, búsqueda de familias, grupos, asambleas, apertura de consultas externas, y consultas en el propio pueblo (1974, 1976), apertura de una unidad de agudos (1980)⁵, intento de una experiencia comunitaria en los barrios de Carabanchel Alto y La Fortuna (1983), pero la situación sanitaria y de la atención psiquiátrica no permitía gran cosa. El Hospital no tenía una cobertura poblacional definida, era nacional, mientras que la responsabilidad de la hospitalización de la provincia de Madrid era competencia de la Diputación (Hospital Alonso Vega, creado en 1969 y Clínicas Psiquiátricas del Hospital Provincial, hoy Gregorio Marañón, un edificio anexo con 140 camas), además de las camas concertadas por media España con las Órdenes religiosas. La atención ambulatoria la cubrían dos neuropsiquiatras de la Seguridad Social dependientes de la V Sectorial (comprendía Carabanchel, Leganés y Fuenlabrada). La competencia asistencial del Hospital Psiquiátrico de Leganés era ninguna (o mejor dicho pacientes de la beneficencia, a los que se pretendía cobrar, tanto los ingresos como las consultas).

[2] En 1973, el PANAP, junto con el Patronato Nacional Antituberculoso y el resto de centros de la Sanidad Nacional, constituyen la Administración Institucional de la sanidad Nacional, la AISN, un organismo con rango de subdirección general que se mantiene hasta las transferencias a las Comunidades Autónomas en 1986. La asistencia del Estado atendía junto con las Diputaciones la asistencia benéfica y, consecuente con la mentalidad de la época, la hospitalización psiquiátrica. El Instituto Nacional de Previsión, el “Seguro”, no contemplaba el ingreso psiquiátrico.



Sin embargo, en este contexto, la ausencia de dirección, desde la salida de Vallejo no hubo sino direcciones provisionales, llevó a la creación de una dirección colegiada y una experiencia

Dormitorio de pobres *tranquilas* (mujeres)

de autogestión bastante avanzada, que se mantuvo de 1977 a 1980⁶.

**RELACIÓN JEFES FACULTATIVOS
(LUEGO DIRECTORES MÉDICOS)**

- | | |
|--------------|--|
| I | D. José María Miranda de la Paz: 23 Abril 1852: + 28 Diciembre 1873. |
| II | D. José María Miranda Martínez, interino: 12 Enero 1874: 8 Mayo 1874. |
| III | D. Gerardo Vázquez Quiroga: 22 Mayo 1874: 8 Junio 1874. |
| IV | D. Eduardo Gómez Navarrés: 12 Junio 1874: 30 Septiembre 1877. |
| V | D. Luis Simarro y Lacabra: 28 Octubre 1877: 30 Septiembre 1879 ²⁰ .
D. Eduardo Gómez Navarrés (segunda vez): 30 Septiembre 1879: 15 Septiembre 1883. |
| VI | D. Ignacio del Mazo y Almazán: 4 Septiembre 1883. |
| VII | D. Ramón Esquerro: 1907. |
| VIII | D. Salas y Vaca. |
| IX | D. Enrique Fernández Sanz. |
| X | Amelio Mendiguchía. |
| XI | Manuel Peraíta (el primero que figura como director médico). |
| XII | Mendiguchía. |
| XIV | Rafael Vallejo Nájera: 1956-1970. |
| XV | Valentín Conde: 1970-1973 [3]. |
| XVI | Francisco Javier Morales Belda: 1980-1982. |
| XVII | Luis Guzmán (junio 1983- octubre 1885). |
| XVIII | Manuel Desviat (noviembre 1985-). |

[3] Después de Valentín Conde se suceden direcciones interinas hasta el nombramiento de Morales Belda (Rodolfo Rosell, Antonio Martín García, Francisco Javier Yuste).

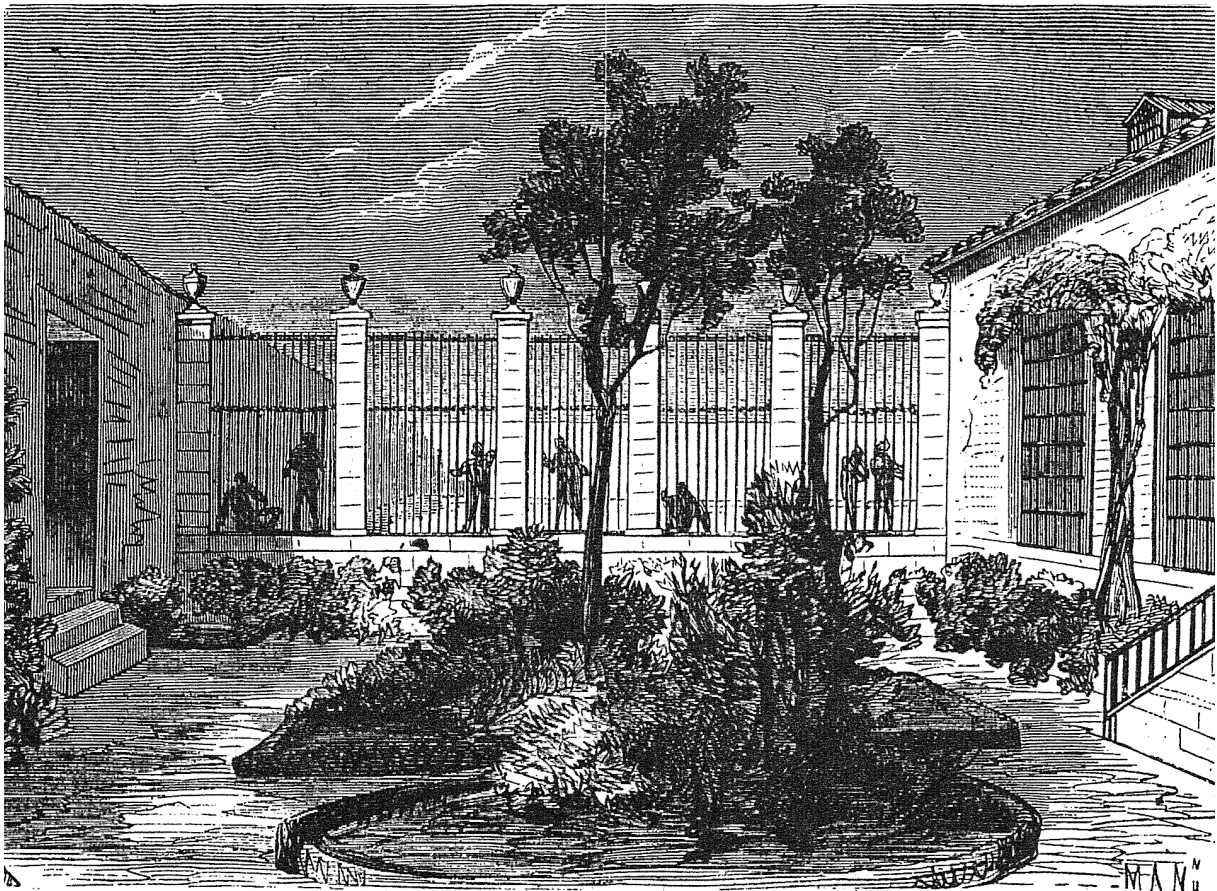
LA REFORMA DEL PSIQUIÁTRICO DE LEGANÉS

Años después, a mediados de los ochenta del siglo pasado, la región de Madrid y otras Comunidades del Estado español, inician la reforma de la atención a los trastornos mentales, buscando superar una asistencia obsoleta basada en los hospitales psiquiátricos y en las consultas de dos horas de los neuropsiquiatras del Insalud. Son tiempos, consolidada la democracia, de cambios globales en los servicios públicos. Tiempos de la reforma sanitaria. La Ley General de Sanidad se promulga en 1986 e incluye un artículo sobre la salud mental. España se incorpora, con cierto retraso, al movimiento de reforma psiquiátrica. Hacía varias décadas que la comunidad cultural y científica, había llegado a la conclusión de que el hospital psiquiátrico no era una solución terapéutica, estimando que el bienestar emocional, la identidad y el equilibrio psíquico del individuo depende de la integración en las estructuras sociales. El tratamiento ambulatorio, en la propia comunidad surge como alternativa a la institucionalización total, al retraimiento, la estigmatización, externa dependencia y pérdida de autonomía que el asilo produce.

Uno de estos procesos de cambio, es la reforma del Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés que se inicia coincidiendo con su transferencia a la Comunidad de Madrid (1 de enero de 1986), lo que permite acotar un territorio de referencia para la reconversión de los recursos del viejo manicomio, una población

de más de un millón de habitantes del sur metropolitano de Madrid. (Entre otros, los municipios de Getafe, Parla, Pinto, Leganés, Fuenlabrada, Humanes, Móstoles, Alcorcón y Navalcarnero), cinturón industrial y ciudades dormitorio que habían crecido vertiginosa y desordenadamente, pasando algunos de tener menos de 10.000 habitantes a sobrepasar los 100.000 y los 150.000 en poco más de una década. El objetivo es la atención en la propia comunidad y la desinstitucionalización de los pacientes internados (pacientes benéficos de toda España), reconvirtiendo los recursos de este viejo manicomio e integrando funcionalmente a todos los profesionales y medios existentes en las distintas administraciones.

El inicio tardío de la reforma en España nos permitió conocer las dificultades encontradas y errores cometidos por las primeras reformas⁸. A la hora del diseño del plan sabíamos que hubo cierta ingenuidad en nuestros predecesores al valorar la capacidad de las familias y de la comunidad como elementos por sí mismos “normalizadores”; sabíamos del abandono de ciertos pacientes crónicos en los procesos de desinstitucionalización, de la desesperación de las familias incapaces de asumir las altas y de la crispación ciudadana por la falta de prestaciones sociales y de espacios conjuntos de programación con los servicios de salud mental. Sabíamos que la desinstitucionalización no era la simple externación de los habitantes del manicomio y del fenómeno de la nueva cronicidad una vez cerradas las puertas del asilo. Persistencia de un “núcleo duro”, irreductible a la rehabilitación y surgimiento de nuevos patrones de cronicidad de una gran ubicuidad, omnipresentes en todas y cada una de las reformas.



Patio de pensionistas.

Pacientes crónicos que bien por su abandono, dentro o fuera de los manicomios, bien por la falta de respuestas adecuadas a su problemática, constituyen el principal factor de cuestionamiento en todo el mundo de las reformas psiquiátricas. También éramos

conscientes de que la ausencia de una planificación y de una gestión unificada de los recursos, el funcionamiento en paralelo de las diferentes administraciones y de los servicios ambulatorios y hospitalarios, habían sido una de las causas fundamentales del fracaso de experiencias de reforma precedentes. Crear un abanico de programas interdependientes, un conjunto de servicios que garantizara en todo momento todas las prestaciones a toda la población, tanto sanitarias como de estructuras intermedias y residenciales, fue la idea central del plan, para la cual se adecuó el organigrama del hospital psiquiátrico a un concepto de red de prestaciones de área, rompiendo la hegemonía hospitalaria e incrementando la infraestructura administrativa generalmente ignorada por las reformas médicas, al tiempo que se dotaba a los servicios de instrumentos de gestión: actuación por objetivos, programas evaluables, registro acumulativo de pacientes. Desde el principio sabíamos que era importante conocer los costes, valorar la eficacia, medir la eficiencia, y considerar el impacto de las nuevas formas de atención en la población. También que el proceso exigía una dimensión técnica, en muchos casos innovadora, pero que no podíamos olvidar una dimensión ética que acabara con la marginación y la vulneración de los derechos cívicos de los pacientes mentales.

En poco más de cinco años, a finales de 1991, cerrado el manicomio, termina de constituirse una red de servicios ambulatorios, hospitalarios y de rehabilitación, que da cobertura –desde la urgencia al apartamento o trabajo protegido, sin uso de plazas asilares a la población antes referida– [4].

[4] El Hospital Psiquiátrico de Leganés desaparece por Acuerdo de 17 de mayo del Consejo de Gobierno de la Comunidad (BOCM 136 de lunes 10 de junio de 1991 y del 17 de junio de 1991: BOCM 146 de Viernes 21 junio de 1991). “La culminación de un proceso de creación de estructuras y programas de salud para el área 9 y el Sur Metropolitano de la Comunidad de Madrid iniciado hace cinco años, hace que los servicios prestados por el actual Hospital Psiquiátrico de Leganés se hayan convertido en una red de unidades ambulatorias, hospitalarias y de rehabilitación que dan cobertura al espacio territorial citado, por lo que la denominación actual no responde al desarrollo de los servicios llevados a cabo, en su virtud, se ha creído oportuno atender a la solicitud formulada por el Director del propio centro hospitalario.

Por todo ello y como homenaje al que fuera uno de los principales protagonistas de las corrientes reformadoras de la psiquiatría y psicología españolas, estrechamente vinculado al desarrollo de la salud pública y a propuesta del excelentísimo señor Consejero de Salud, el Consejo de Gobierno, en su reunión celebrada el 17 de mayo de 1991, acuerda: Primero. El actual Hospital Psiquiátrico de Leganés se denominará en lo sucesivo Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Segundo. El presente acuerdo entrará en vigor el día de su publicación en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid”. Fdo: Joaquín Leguina.

LÍNEAS GENERALES DEL PLAN

Unos pocos principios han fundamentado los objetivos y programas del plan de reforma:

- 1) La integración de la psiquiatría en el sistema sanitario general, a segundo nivel, especializado, como apoyo a la atención primaria y a servicios sociales e interconsulta con el resto de especialidades médicas;
- 2) Territorialización de los servicios siguiendo la zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid;
- 3) Cobertura a toda la población;
- 4) Atención prioritaria a los grupos en riesgo;
- 5) Continuidad de cuidados;
- 6) Participación de los usuarios y familiares;
- 7) Docencia –que ha permitido el reciclaje de los profesionales, su formación continuada y de postgrado– y una investigación útil al desarrollo asistencial.

Los objetivos del plan eran claros:

- 1º) Cierre del hospital psiquiátrico (culmina en 1991).
- 2º) Creación de una red de recursos (Fig. 1) con un amplio abanico de programas interdependientes que garantizara todas las prestaciones, tanto sanitarias de recursos intermedios y residenciales en todo momento y a toda la población.
- 3º) Garantizar la continuidad de cuidados.
- 4º) Trabajo por programas evaluables.

La red de dispositivos que puede verse en la figura 1, están agrupados en cuatro columnas, señalando el tipo de prestación, desde lo específicamente sanitaria a las prestaciones de gestión ciudadana, de soporte social. Por dispositivos intermedios consideramos aquéllos que precisan una actuación conjunta de entre lo social y lo sanitario. Recursos que consideramos imprescindibles, sobre todo, si queremos cerrar un hospital psiquiátrico, sin abandonos.

FIGURA 1. DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN				
DISPOSITIVOS SANITARIOS	Programas	DISPOSITIVOS INTERMEDIOS	DISPOSITIVOS SOCIALES	DISPOSITIVOS DE GESTIÓN CIUDADANA
Centro de Salud Mental (uno por distrito)	<i>Evaluación, A. ambulatoria A. domiciliaria Apoyo A. Primaria Apoyo Serv. sociales Seguimiento</i>	Centro de Día y de Rehabilitación	Pisos Protegidos	Club Social (asociación de familiares) (asociación de enfermos mentales)
		Programa de Rehabilitación y Apoyo Comunitario		
Unidad de Hospitalización Breve	<i>Interconsulta Hosp. General</i>	Piso Escuela	Residencia Asistida	Fundación Desarrollo Salud Mental
		Talleres de Rehabilitación		
		Unidad de Rehabilitación (camas)	Talleres Ocupacionales	Programas de Empleo Protegido
Hospital de Día				
		Pisos Supervisados	Centro Agrícola	Pisos Normalizados

Estos dispositivos y programas que funcionan con una dirección única, fueron creándose utilizando recursos de diferentes administraciones, a veces casi donaciones, en un calendario que tenía tres prioridades claras:

- 1º) La dotación de un equipo de salud mental (de un centro de salud mental) a cada uno de los 7 distritos de la zona (zonificación con poblaciones entre 60.000 y 200.000 habitantes) para la atención ambulatoria y comunitaria, con cierre de las consultas ambulatorias en el hospital.
- 2º) La creación de un eficaz servicio de urgencias y de hospitalización breve (que después se descentralizaría en los hospitales generales de la zona: no existía ninguno en aquella época en la zona).
- 3º) La puesta en marcha de un programa de desinstitucionalización y atención a las nuevas formas de cronicidad; realizando una reestructuración interna del Hospital (en realidad dos hospitales: Santa Isabel y Santa Teresa, separados por cerca de un kilómetro), tras un estudio de la población internada en función de su estado y posibilidades; y cerrando el manicomio a nuevos ingresos.

La estrategia fue intentar implantar las medidas más “duras” (organigrama con nuevos responsables y formas de gestión más horizontales y descentralizadas, con gran autonomía por servicios; una trabajadora social se hace cargo del programa de crónicos y se crea la figura de coordinador de programas asistenciales; desplazamiento de los centros de poder; desplazamiento de recursos

humanos y materiales fuera del hospital; integración del personal y toma a cargo de la totalidad de la población (las consultas del “seguro”); cierre de las consultas dentro del hospital; territorializar la asistencia; plan de enfermería; horarios; registro informatizado de las actividades; prohibición de trabajos domésticos para los pacientes (no había peones en la plantilla, salvo uno que trabajaba de administrativo); prohibición de encierros y castigos; protocolos de contención y medidas restrictivas.

**RESUMEN PLAN DE REFORMA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD MENTAL**

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LEGANÉS
ACCIONES AÑOS 1986-1987

- 1** Integración de todos los recursos de salud mental del área, asumiendo los dos neuropsiquiatras del INSALUD y los profesionales de salud mental de los ayuntamientos de Leganés y Fuenlabrada, a través de acuerdos con las Instituciones respectivas (se completa en enero de 1987).
- 2** Integración en la atención sanitaria general del área (funcionalmente desde la inauguración en 1987 del Hospital Severo Ochoa).
- 3** Cobertura de una zona de población geográficamente determinada asumiendo la responsabilidad de la atención a la salud mental en todas las edades y patologías (la zona y responsabilidades ha ido cambiando según han evolucionado las áreas sanitarias vecinas).

- 4** Adecuación de la infraestructura y organigrama de gestión al proyecto de áreas sanitarias, desplazando el centro de gravedad fuera del Hospital (efectuado primer trimestre).
- 5** Diseño y desarrollo de un abanico de programas que permitan fácilmente su evolución. Informatización del movimiento asistencial (efectuado a lo largo del primer año).
- 6** Ordenación de unidades y servicios asistenciales, administrativos y generales. Reconversión de la plantilla. Negociación de la movilidad en las áreas.
- 7** Cobertura a urgencias e internamientos breves Áreas Sur (desde 1 de enero 1986). Potenciación servicio de guardias y pago de éstas (junio 1986).
- 8** Creación de estructuras intermedias: Unidad de Rehabilitación (1986); Centro de Día (1987); dos pisos protegidos (1987); un piso escuela o vivienda de transición (1987).
- 9** Aumento de la capacidad docente acreditada por la C.N.E. para médicos residentes en cuatro nuevos cada año. Los MIR se adjudican a los 7 equipos ambulatorios, desde donde realizan sus rotaciones por toda la red. Creación de una biblioteca.
- 10** Medidas de humanización y defensa de los derechos de los pacientes (prohibición de encierros, castigos, trabajos domésticos). Regulación de las contenciones y de las prohibiciones (uso del dinero, salidas).
- 11** Acuerdos institucionales con el Insalud, la Consejería de Integración Social; Concejalía de Salud y Servicios Sociales Municipales, Consejería de Agricultura, INEM.
- 12** Se dejan de cobrar las tasas en ingresos y consultas para facilitar la integración con INSALUD y, obviamente, la accesibilidad y equidad.

FUNCIONAMIENTO DE LA RED

La actividad asistencial se realiza en el marco de la integración con el resto de especialidades médicas; en especial, con atención primaria, con cuyos servicios hay un espacio de programación común. Convertimos la atención ambulatoria en la primera elección terapéutica y en la actividad articuladora de todo el proceso terapéutico, garantizando la continuidad de cuidados, y haciendo de la hospitalización un hecho excepcional (en una zona donde es el único recurso de hospitalización y las derivaciones a la privada prácticamente no existen). El centro de salud mental trabaja en estrecha relación con atención primaria. Los psiquiatras y psicólogos de los centros de salud mental evalúan, toman a cargo y derivan al resto de los dispositivos de la red (Toda derivación a un recurso más específico: hospitalización, hospital de día, rehabilitación... debe hacerse desde el equipo del centro de salud mental. El programa de evaluación, acción de primera acogida en los servicios, se realiza siempre por un psiquiatra o un psicólogo y es entendido como un proceso por el cual a la demanda del paciente se le hace una indicación terapéutica (que permite una discriminación positiva).

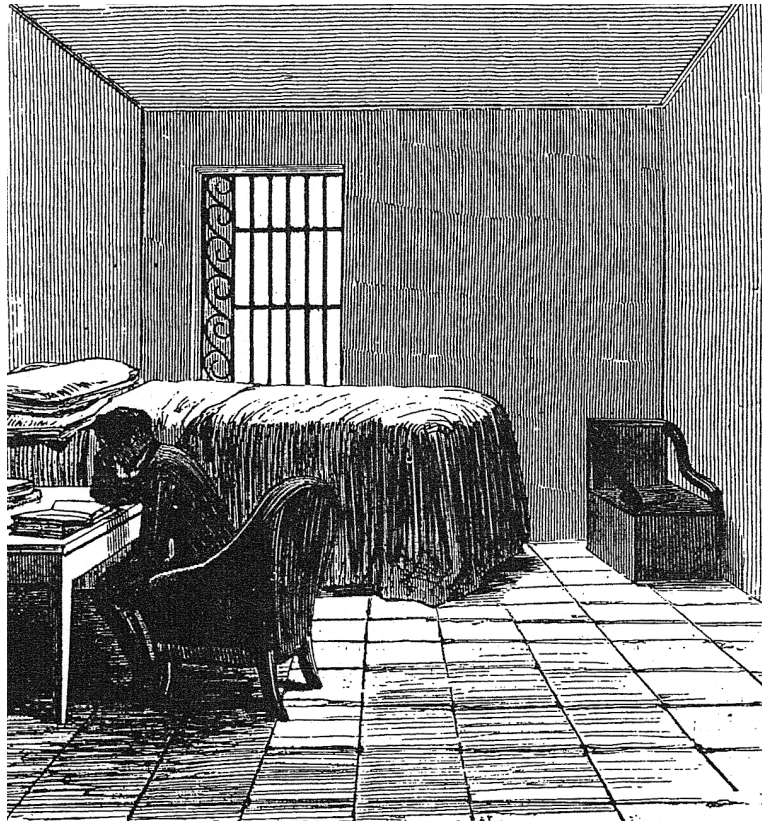
En el programa de hospitalización, habilitamos un escaso número de camas, estableciendo un modelo de funcionamiento basado en la intervención en crisis (en una actuación tendiente a situar al paciente en condiciones de ser atendido ambulatoriamente lo antes posible). Se fijó como objetivo una estancia media

en torno a los 15 días. Para indagar sobre si es tiempos cortos de estancia, aumentaban los reingresos, bloqueando la unidad, a la postre, se efectuó una investigación comparando el número de ingresos y reingresos del año anterior (1985) y el primero de la reforma (1986), objetivándose que la reducción de 30,65 días a 15,6 de estancia media, se había acompañado de una reducción del número de reingresos de 0,42 a 0,13 por paciente; la reducción de un tercio de los ingresos y no su aumento como algunos habían pronosticado¹⁸. Por otra parte, los indicadores nos mostraron que los pacientes de primer contacto están por debajo de la media (9,26 días). En 1987 con una evidencia objetivada de la asunción de toda la zona, la estancia media fue de 16,9 y el porcentaje de ocupación de 93,1, lo que nos llevó a aumentar en 10 el número de camas inicial, y hacer una previsión de futuro considerando las proyecciones de población y el incremento futuro de las poblaciones de riesgo (la zona entonces era muy joven) de 75 a 90 camas repartidas en los hospitales generales (aún por crear) de las tres Áreas sanitarias de referencia (las características de la población y el movimiento asistencial de estos 15 últimos años pueden verse en el CD que acompaña este texto) [5]. Adelantemos que las tasas de incidencia y prevalencia administrativa son semejantes a los de otros países de nuestro entorno, como las de Reino Unido – donde se trabaja con un modelo semejante, con la atención primaria como filtro. Sin embargo, aunque las cifras globales son semejantes, su distribución entre tratamientos ambulatorios y hospitalizaciones es muy diferente, siendo mucho menores las hospitalizaciones en la zona sur de Madrid. El hospital de día surgido en 1992 después de varios años de funciona-

[5] En cualquier caso las 40 camas para 932.442 habitantes (0'047 por 1.000 hab.) –en 1993 pasan a 52 al abrirse la Unidad de Getafe y en 1994 a 76 con la apertura de la Unidad de Móstoles– han sido suficientes gracias a un sofisticado sistema de coordinación con los centros de salud mental, cuyos psiquiatras, como los de toda la red, hacen guardia en el servicio de urgencia de la Unidad de Hospitalización y pueden prescribir el ingreso, teniendo a su vez que atender, si así se indica, a los pacientes dados de alta hospitalaria o derivados de la urgencia, en las 24 horas siguientes. Hoy el incremento de la población y de sus grupos de riesgo, hacen ineludible la apertura de la Unidad del Hospital de Alcorcón.

**Celda de pensionista aislado,
en observación.**

[6] Como ya señalé en el capítulo dedicado a Leganés en mi libro *la Reforma psiquiátrica*, capítulo que vengo utilizando como base de esta parte del texto, la diferenciación de dos espacios completamente independientes, permite adecuar las actuaciones y las técnicas a las diferentes características o momentos de los procesos patológicos de los pacientes. Así mientras que en el Centro de día se utilizan técnicas fundamentalmente cognitivo-conductuales, psicoeducacionales, en el hospital de día funcionan con terapias "más clínicas" (grupos, psicoterapias) y de "comunidad terapéutica". Permanece abierto de lunes a viernes con un horario de 9 a 16 horas. Esto lo señalo porque he encontrado con sorpresa que con cierta frecuencia, programas que se dicen de hospital de día que solamente funcionan unas horas varios días a la semana, lo que obviamente es otra cosa a un programa de hospitalización de día, sea cual sea su calidad. Cuenta con 30 plazas dando cobertura a las tres áreas de referencia (1 millón de hab.).



miento del centro de día para pacientes crónicos con deterioro, completa las posibilidades de atención a pacientes graves que pueden mejorar con una terapia activa e intensiva [6], significando más una mejora de la calidad de la asistencia y la posibilidad de abordar más eficazmente en algún momento de su evolución

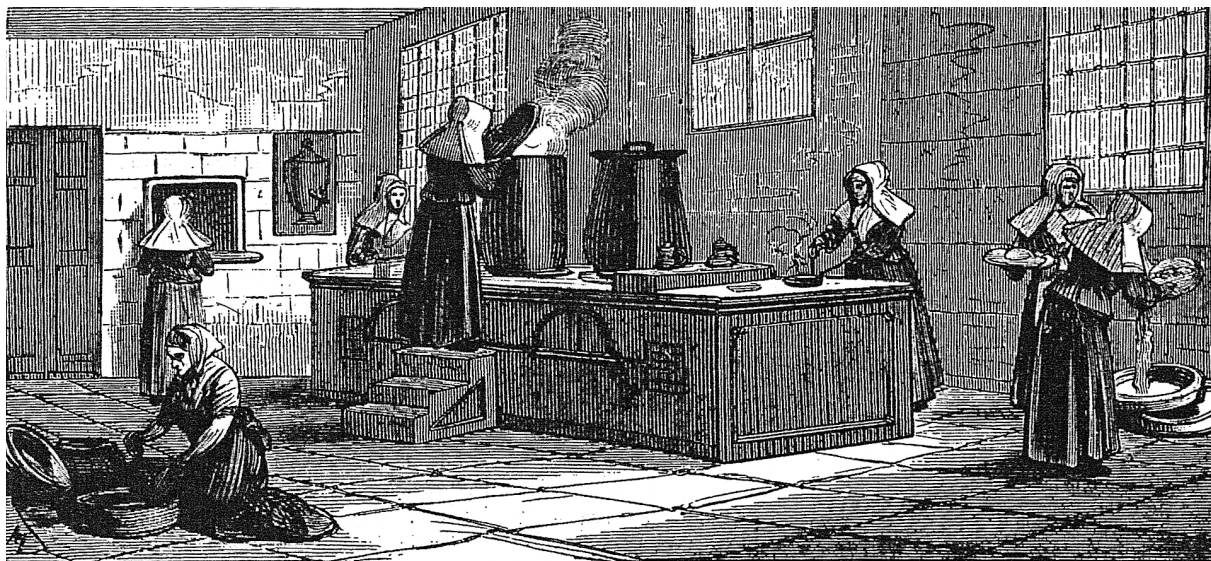
algunas patologías, como los trastornos de personalidad, que una sensible reducción de los ingresos que hay que buscarla en la existencia de una red completa de prestaciones.

En cuanto a las modalidades de atención prestadas predomina la farmacología más psicoterapia en programas de adultos. Los grupos y las terapias de familia, en los niños. La psicoeducación cognitiva en los programas de atención a la cronicidad. Aunque el número mayor de pacientes que acuden a los servicios tienen trastornos leves (neuróticos y reactivos), el número mayor de contactos se da con los pacientes que presentan trastornos más graves (psicosis funcionales), lo que demuestra que se funciona con criterios de discriminación positiva: mayor atención al que más lo necesita^{9, 10}.

La asunción de toda la demanda y los esfuerzos por contener la lista de espera, ha supuesto la necesidad de diversificar los modelos de atención y de investigar sobre las indicaciones terapéuticas. Uno de los mayores denuedos está en no convertir los centros ambulatorios en consultorios, potenciando actividades comunitarias y reservando espacios para la puesta en común e intentando implicar a los profesionales en actividades de docencia e investigación y en las comisiones de gestión de los servicios, buscando que la reflexión sobre la propia práctica mejore el funcionamiento de la institución y de la asistencia, venciendo la rutina.

DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN Y APOYO COMUNITARIO

En 1987, un año después de iniciada la reforma, cuatro mujeres y cuatro hombres, ya entrados en años, con una media de 33 años de internamiento, abandonan el manicomio y se van a vivir a unos pisos del Carrascal. Antes tuvieron que aprender cosas aparentemente muy sencillas como comprar, cocinar, poner una lavadora, utilizar las llaves, coger un autobús... "Los vecinos, escribe Anunchi Bremón, en una entrevista en el EL PAIS (16 de mayo de 1988), se quedaron gratamente sorprendidos por lo bien que limpiaban la escalera (hace referencia al piso ocupado por los hombres) por turnos y por su sentido de la responsabilidad. Son la evidencia pública de que es posible dar otras formas de atención y de alojamiento a la enfermedad mental, a la locura. Los reportajes en televisión y prensa de estos pioneros (en la comunidad de Madrid) de las viviendas alternativas, han sido fundamentales a la hora de la divulgación de la reforma de "Leganés". En un momento álgido de falsas denuncias sobre la desinstitucionalización (entre otras cosas se nos denunciaba por la apertura de estos pisos, riesgos de suicidio, de altercados, de imprudencia, en suma), invitamos al entonces al responsable político de salud de la Comunidad, al Consejero de Salud, a visitar las viviendas. Acabábamos de comer. Las mujeres nos ofrecieron un café, que to-



Nueva cocina del asilo.

mamos sentados en su cuarto de estar, mientras nos contaban cosas de su cotidianidad. Creo que fue entonces cuando la Administración empezó a creer de verdad en la reforma⁸.

Se pusieron en funcionamiento dos programas complementarios: uno destinado a la desinstitucionalización de los pacientes ingresados en el hospital psiquiátrico, buscando el alta hospitalaria y posterior reinserción social, y otro de rehabilitación de pacientes que aún viviendo en la comunidad mantienen un bajo nivel de autonomía y dificultades de inserción social. La rehabilitación se configura con un psicosocial que busca devolver al paciente la capacidad para vivir lo más dignamente posible (actuando sobre las discapacidades y minusvalías), potenciando sus

recursos personales y facilitando los apoyos sociales, afectivos o laborales que sean necesarios para hacer más fácil su adaptación al medio donde vayan a vivir. El proceso se inicia con acciones y recursos lo más normalizados posibles, intentando aprovechar los que existen en la propia comunidad antes de utilizar o crear dispositivos propios (En aquéllos que se han creado, reconvirtiendo recursos hospitalarios y con la colaboración de diversas instancias institucionales –servicios sociales, educativos, INEM, agricultura...– y las organizaciones de la propia comunidad, de la sociedad civil involucrada en el proceso, se ha intentado que su diseño recoja no sólo la necesidad de externar a unos, ya pocos, pacientes asilados, sino la atención a la nueva cronicidad ambulatoria; o la cronicidad incapacitante general).

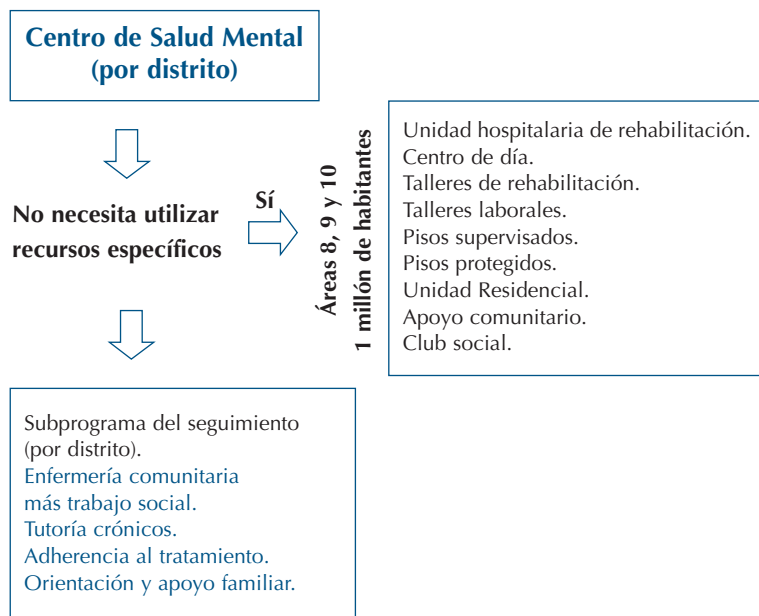
Acciones que se deben mover siempre en dos direcciones: por un lado, desarrollando habilidades personales del paciente y, por otro, utilizando los recursos ambientales necesarios para compensar al individuo de sus minusvalías y reducir sus discapacidades.

La rehabilitación se inicia, como se ve en la figura 2, en los Centros de salud mental de distrito, con un programa que hemos denominado de seguimiento, acción de enfermería, con apoyo de trabajo social, destinado a cuidar un grupo de población crónica, generalmente jóvenes psicóticos o con trastornos graves de la personalidad.

El trabajar con una población definida permite establecer un censo de "crónicos".

El paciente que contacta con los servicios y reúne estas condiciones, además de adjudicarle un psiquiatra o psicólogo como terapeuta, pasa automáticamente al seguimiento, donde se le

FIGURA 2



asigna un enfermero como tutor. Acciones personalizadas, tutorías, ejercidas por enfermeros con apoyo de trabajadores sociales y supervisados por un psiquiatra, dirigidas al paciente, a su familia y a su contexto con las que se pretende una mayor adherencia al tratamiento, el mantenimiento y desarrollo de soportes comunitarios individualizados, actividades de información y apoyo a las familias, asesoría y defensa del paciente, intervención en crisis. En el caso de que sea insuficiente este cuidado, esta forma de

atención, el paciente pasa a utilizar lo que llamamos recursos específicos de rehabilitación que dan cobertura a las tres áreas de referencia. Los dispositivos específicos de rehabilitación son un centro de día, donde se centraliza toda la actividad del programa, un centro agrícola y siete talleres (carpintería, cerrajería y forja, encuadernación, imprenta, corte y confección, ofimática y audiovisual), donde se realizan actividades de rehabilitación laboral o de rehabilitación ocupacional para aquéllos que por su situación de minusvalía o por tener concedida incapacidad laboral sólo se plantea como objetivo mejorar sus recursos personales y sociales; una vivienda de transición o piso escuela (especializado en el entrenamiento de actividades de la vida diaria y domésticas, al tiempo que sirve para la formación a personal de enfermería); una unidad de cuidados de enfermería– Unidad hospitalaria de rehabilitación, 41 camas (ingresos de 6 meses a un año), 20 plazas de pisos supervisados (En la actualidad son 20 plazas de pisos supervisados, con personal enfermería mañana y tarde y atención de urgencias por la noche: plazas de hospitalización a domicilio las denominamos; además de pisos más o menos protegidos o con apoyo) y una residencia asistida, con actividades de fisioterapia y terapia ocupacional fundamentalmente. Para ingresar en la residencia se exige no tener sintomatología psiquiátrica activa y un grado alto de incapacidad que se mide con una escala confeccionada a tal efecto. El perfil del puesto de director es de enfermero o médico internista (La falta de plazas en residencias asistidas de servicios sociales y sus criterios restrictivos –mayores de 65 años, ausencia de trastorno mental...– nos ha obligado a crear una Unidad residencial de 96 plazas, un espacio hotelero y

de cuidados de enfermería, destinada a acoger al núcleo duro, asilados irreductibles al proceso de desinstitucionalización, en su mayoría ancianos inválidos sin patología psiquiátrica –88 internados en el caso del Hospital de Leganés– y que nos ha servido, además, para garantizar el volumen empleo al cierre del manicomio de trabajadores no sanitarios) [7]²².

El programa de rehabilitación se complementa con el de apoyo comunitario, o de soporte social que constituye uno de los pilares de lo que hemos dado en llamar la 2ª fase del Plan de Reforma y se propone, entre otros objetivos, promover alternativas de empleo, de vivienda, de ocio y tiempo libre así como potenciar el asociacionismo y la participación de voluntariado con el objetivo de complementar las tareas de rehabilitación y reinserción social de enfermos mentales de evolución prolongada.

En junio de 1994 se crea la primera empresa social; Salud y Empleo (SALEM) a través de la Iniciativa Europea Horizon, pero tanto esta actividad como el intento de crear una cooperativa de pacientes y trabajadores en el centro agrícola, tienen que ser abandonadas por falta de un procedimiento administrativo una vez cesada la colaboración europea (hoy se está buscando una alternativa para poder convertir en empresas protegidas algunos de los talleres).

Estas actividades fueron realizadas en colaboración con la Asociación de Pacientes y Familiares y una asociación, “La Defensa”, de consumidores de Leganés. La asociación de familiares mantiene y gestiona un Club Social. La incorporación de las asociaciones de familiares y usuarios y de representantes de servicios sociales locales a la dirección del programa de rehabilitación ha

[7] Se intentó que cumpliera los requisitos más avanzados para este tipo de edificios: a ras de acera la fachada y las salas de estar (con grandes ventanales para quienes no pudieran salir), dentro del pueblo, con habitaciones dobles con baño completo y terraza. Las reglas son las de cualquier residencia. Pueden vivir matrimonios.

sido uno de los factores más decisivos en el buen funcionamiento del programa.

El subprograma de apoyo comunitario es el tercer pivote de la rehabilitación de pacientes más discapacitados, complementando con recursos de integración en la comunidad los logros alcanzados en la rehabilitación. Oferta una continuidad de cuidados sociales y de soportes que garantizan una mayor calidad de vida y que coinciden con las necesidades básicas del resto de ciudadanos: trabajo, relaciones afectivas satisfactorias y vivienda digna. Se centra en tres líneas de actuación: 1) promover alternativas de empleo: cursos de formación laboral, contactos con empresas, proyectos de empleo europeos, promoción de empresas de empleo protegido o de puestos de trabajo con apoyo; 2) cubrir las necesidades de vivienda: pisos protegidos, pisos supervisados, pensiones supervisadas, minirresidencias; 3) promover alternativas ocupacionales: supervisar las acciones y actividades de un club social de pacientes, voluntariado social, recursos comunitarios¹³.

A MODO DE CONCLUSIONES

La experiencia de “Leganés”, el plan de reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés, del viejo manicomio de Santa Isabel, donde, aún en 1985, más de 250 personas, sin más patología que el abandono, la pobreza, la vejez o la falta de luces, llevaban 20, 30 ó 60 años encerrados, ha demostrado, como en otros lugares, la posibilidad de una reforma de los servicios públicos de psiquiatría y de salud mental que permita una atención eficiente, equitativa y universal, sin uso de camas asilares, esencialmente comunitaria e integrada en el sistema sanitario general. Una experiencia que ha involucrado a la comunidad y cambiado la mentalidad de la población en relación al estigma sobre la enfermedad y el tratamiento de las enfermedades mentales, como hemos podido comprobar en un estudio cualitativo de opinión realizado gracias a una beca FISS¹¹.

El cambio iniciado en 1986, la que a muchos les pareciera arriesgada y utópica reforma, se ha hecho posible gracias al esfuerzo, la ilusión y la profesionalidad de muchos: autoridades políticas, usuarios, familiares, y especialmente los profesionales de lo psíquico, los trabajadores de la salud mental. La transformación del Hospital Psiquiátrico de Leganés y la creación de una red de servicios comunitarios ha sido posible gracias a un trabajo colectivo, donde médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, administrativos, técnicos de gestión, de servicios generales, conductores y perso-

nal sin cualificar se han esforzado más allá de sus contratos, más allá de los reglamentos al uso, rompiendo estructuras obsoletas y pautas de trabajo acomodaticias. Un empeño que ha creado formas originales de organización y de actividad comunitaria que han demostrado su eficacia e eficiencia.

El proceso se cierra, simbólicamente, el 23 de agosto de 2000, a las 8.30 horas de la mañana cuando una inmensa máquina dentada ha empezado a demoler los viejos edificios, abandonados hace más de una década, del viejo manicomio de Leganés. Aunque el último pabellón donde habitaban pacientes mentales fue cerrado en 1991, y los jardines del antiguo hospital se convirtieron ese año en jardines municipales, el hecho de la demolición lo convierte en irreversible: quien quisiera un hospital psiquiátrico en Leganés tendría que construirlo de nuevo.

Hoy el ciudadano puede atravesar los cerca de 50.000 metros cuadrados que ocupaba el manicomio [8]. El pueblo de Leganés recupera, en su mismo centro urbano, un espacio ciudadano, sin perder su protagonismo en la salud mental: de la Casa de Salud Santa Isabel, del centenario manicomio, se ha pasado a un Instituto que engloba unos recursos técnicamente avanzados tanto en la asistencia como en la investigación y docencia. Si en un tiempo Leganés fue famoso por su manicomio, ahora es referencia obligada, nacional e internacionalmente, por el cierre del mismo y por los nuevos servicios creados.

Manuel Desviat

[8] La Comunidad negocia con el Ayuntamiento de Leganés un plan de reforma arquitectónica que busca remodelar los viejos edificios y su entorno. Además de una adecuación más apropiada de las unidades que siguen ubicadas en estos edificios, se proyecta la creación de un museo de la psiquiatría y una pequeña residencia para visitantes. El museo es una aspiración de un grupo de profesionales del Instituto y de otros lugares. Qué mejor lugar para crear el primer museo de la psiquiatría, donde pueda protegerse del olvido, libros, revistas, fotografías y películas, viejos aparatos de contención, preparados farmacéuticos y todo aquello relacionado con los antecedentes del quehacer psiquiátrico, que algún pequeño rincón del antiguo palacio y sanatorio de Santa Isabel en el conjunto de la remodelación del centro histórico de la ciudad.

AGRADECIMIENTOS

Más que agradecer a todos los profesionales que trabajan o han trabajado en el Instituto, en especial a aquéllos, la inmensa mayoría, comprometidos con la reforma, su colaboración, se trata de reconocerles como coautores del empeño. Sin la creatividad y la voluntad de todos, “Leganés”, la red de salud mental del sur metropolitano de la Comunidad de Madrid no se habría hecho realidad.

Vaya también nuestro agradecimiento a los cómplices externos, en especial a Luis Prieto y su equipo, Montse Castanyer y Elia González Guitán, en los primeros y decisivos años de la reforma.

BIBLIOGRAFÍA [9]

- 1 ÁLVAREZ-URÍA, F. *Miserables y locos*. Barcelona: Tusquets, 1983.
- 2 CORELLA, P. *Ayuntamiento de Leganés. El antiguo y nuevo Leganés*. Leganés: Ayuntamiento de Leganés, 1987.
- 3 CORELLA SUÁREZ, P. *Leganés. Su arte e historia*. Madrid: 1976.
- 4 DELGADO, M. *Los veinte primeros años del manicomio modelo de LEGANÉS (1852-1871)*. Tesina: Biblioteca del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain, Leganés, 1985.
- 5 DESVIAT, M. *Análisis de una experiencia de hospitalización*. Rev. As. Esp. Neuropsiquiatría 1 (1): 69-85.
- 6 DESVIAT, M. *El psiquiátrico de Leganés: dos años de autogestión*. GONZÁLEZ DE CHAVEZ, M. *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: AEN/Mayoría, 1980: 158-91.
- 7 DESVIAT, M. *From Pinel to Kraepelin in Spain*. En: STEFANIS ET AL EDITORS. *Psychiatry: A world perspective*. 4. Amsterdam: Elsevier Science/Excerpta, 1990: 946-50.
- 8 DESVIAT, M. *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor, 1994.
- 9 DESVIAT, M., FERNÁNDEZ LIRIA, A. *Psiquiatría pública en el área de salud: objetivos y programas*. 1. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría 1989; 9: 619-631.
- 10 DESVIAT, M.; FERNÁNDEZ LIRIA, A. y RODRÍGUEZ DORADO, L. *Consideraciones sobre un año de trabajo por programas en los Ser-*

[9] En el CD que acompaña a este texto se incluye una amplia bibliografía sobre el proceso de reforma en "Leganés".

vicios de Salud Mental del distrito de Leganés. *Psiquiatría Pública* 1987; 1(19):13-22.

- 11 DESVIAT, M.; DELGADO, M.; FERNÁNDEZ SAN MARTÍN MI y otros. *Morbilidad psiquiátrica en población general en Leganés y Pinto (Madrid). Uso de servicios de salud mental y opiniones y actitudes de la población hacia la enfermedad mental*. (9) 5: 315-326). *Psiquiatría Pública* 1997; 9 (5):315-26.
- 12 DESVIAT, M.; MAS, J. “De las empresas de Lafora al asociacionismo hoy”. En: HUERTAS, R.; ROMERO, AI.; ÁLVAREZ, R. *Perspectivas psiquiátricas*. Madrid: CSIC, 1987.
- 13 DESVIAT, M.; PASTOR, A.; BLANCO, A.; FERNÁNDEZ RAMÍREZ, C. “Rehabilitar en la comunidad (el programa de seguimiento del Área 9 de la Comunidad de Madrid)”. En: DESVIAT, M. (director). *Atención comunitaria a la cronicidad psiquiátrica*. Vol. XIII, 2. Abril-junio 2001: 17-29.
- 14 ESPINOSA, J. *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*. Valencia: Instituto Historia de la Medicina, 1966.
- 15 ESPINOSA, J.; BALBO, E.; PESET, JL. *El hospital psiquiátrico de Leganés*. Asociación de Amigos del Museo de la Psiquiatría de Leganés (Catálogo de la exposición). “Viejas y nuevas psiquiatras. El manicomio de Leganés y la medicina contemporánea”. Leganés: Ayuntamiento de Leganés, 1994.
- 16 ESQUIROL, J.E.D. *Des maladies mentales*. Paris: Frénésie, 1989.
- 17 FERNÁNDEZ LIRIA, A.; ROMERO, AI. *Entrevista al Dr. José Germain*. *Rev. As. Esp. Neuropsiq.* 1983; 3 (7)(37-46).

- 18 FERNÁNDEZ LIRIA, A. *Estancia media y número de reingresos: evaluación de la eficacia de dos modelos de intervención en hospitalización breve*. *Psiquiatría Pública* 1987; 1(2): 66-73.
- 19 MONLÁU, F. *Elementos de higiene pública*. II. Madrid: 1862.
- 20 MORO, A.; VILLASANTE, O. *La etapa de Luis Simarro en el manicomio de Leganés*. *Frenia* 2001; 1(1):97-116.
- 21 PÉREZ GALDÓS, B. *La desheredada*. 1967 edition Madrid: Alianza, 2000.
- 22 REBOLLEDO; PASTOR, A. *Programas y recursos de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica*. *Psiquiatría Pública* 1991; 3 (4).
- 23 ULLERSPERGER, JB. *Historia de la psiquiatría y de la psicología en España*. Madrid: Alhambra, 1954.
- 24 VALENCIANO GAYA, L. *El doctor Lafora y su época*. Madrid: Morata, 1977.
- 25 VIOTA Y SOLIVA, E. *Memoria Histórica del Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés*. Madrid, Est. Tipográfico de Avrial, 1896.