



PRÓLOGO

Hasta no hace mucho tiempo hablar de enfermedad mental o de la “locura” era bastante simple. El hospital psiquiátrico o manicomio era la única respuesta a los problemas de salud mental y si tenías la desgracia de sufrir un problema psiquiátrico la perspectiva de futuro que te esperaba era sumamente sombría y en la mayoría de los casos se reducía a tener que pasar el resto de tu existencia en una institución psiquiátrica. Los antiguos manicomios tenían características que en nada favorecían procesos de mejoría de las personas ingresadas. Asilamiento, ausencia de tratamientos adecuados, falta de intimidad, hacinamiento, malos tratos, vulneración de los derechos individuales, falta de libertad, anulación de la persona y de sus proyectos vitales, marginación, etc. eran características fácilmente reconocibles en este tipo de instituciones. En resumen, los antiguos hospitales psiquiátricos se constituyeron como espacios y tiempos excluyentes, marginadores, cuya principal función era apartar de la sociedad a las personas que tenían un trastorno psiquiátrico haciendo invisible el colectivo para la comunidad.

Por otro lado, el arsenal terapéutico, tanto farmacológico como psicococial, era en esas épocas insuficiente y claramente ineficaz para conseguir mejorías significativas en las personas afectadas por una enfermedad mental grave. Muchos de estos tratamientos eran agresivos, dolorosos y con escaso beneficio para la persona. Baste recordar alguno de ellos: electroshock, comas insulínicos, aislamientos, duchas de agua fría/caliente, lobotomía, etc. Estas intervenciones frecuentemente producían daños irreparables en las personas y en el peor de los casos su fallecimiento. Otros tipos de abordajes de la enfermedad, como los psicosociales, eran casi inexistentes y los que se instauraron fueron motivados más por las buenas intenciones de los profesionales que intentaban hacer menos penosa la estancia de los ingresados en la institución, que con el objetivo de conseguir una mejoría de éstos.

Eran tiempos donde todo lo relacionado con la salud mental, la locura, la asistencia psiquiátrica, se movía en el lado oscuro y marginal de los sistemas de protección social o sanitaria. No es que la asistencia psiquiátrica estuviese en el último lugar de las prestaciones sociosanitarias, es que en muchos casos ni estaban contempladas y la atención al colectivo recaía en instituciones religiosas o caritativas. Estas instituciones jugaron entonces un papel fundamental y en muchas ocasiones se constituían como la única respuesta a los problemas de salud mental.



Esta situación, donde la única respuesta a los problemas de salud mental era la institución excluyente, cambió radicalmente en las últimas tres décadas. Algunos de los motivos que han facilitado la llamada "reforma psiquiátrica" han sido:

- Reconocimiento de los derechos ciudadanos y civiles de los colectivos con discapacidad, siendo uno de los principales el derecho de las personas con enfermedad mental a vivir en su comunidad.
- La constatación de que la enfermedad mental no se reduce sólo a la presencia de síntomas, sino que también se manifiesta en dimensiones psicosociales relacionadas con la discapacidad y las dificultades para mantener un funcionamiento adecuado e integrado en la sociedad.

- Avances en los tratamientos farmacológicos e incorporación de nuevos abordajes psicosociales provenientes de otras disciplinas del campo de lo social o de la psicología.

- La extensión de la filosofía de la normalización al colectivo de las personas con enfermedad mental por la que se reconoce que estas personas tienen el derecho a integrarse en la comunidad en los espacios normalizados existentes para cualquier ciudadano.

- Un nuevo modelo de entender la enfermedad mental que traslada la visión desde lo incurable a lo curable, desde la cronicidad a la recuperación, desde lo biológico a lo bio-psico-social.

- Los movimientos asociativos de profesionales, familiares y usuarios que presionaron de forma activa para que la atención a los problemas de salud mental fuese comunitaria, de calidad e integrada en los sistemas sanitarios y sociales. La enfermedad mental debería tener la misma consideración social que cualquier otra enfermedad.



Estos elementos se han ido conjugando progresivamente para ir transformando la atención "manicomial" hacia una atención comunitaria, que contempla no sólo los síntomas y las recaídas sino también la calidad de vida, la autonomía y la integración social de las personas con una enfermedad mental. Este nuevo paradigma, donde se intenta dar respuestas a las muchas y variadas necesidades que presenta el padecer una enfermedad mental, va a requerir la complementariedad de los distintos sistemas de protección bajo una primera premisa: las personas con enfermedad mental son ante todo ciudadanos de pleno derecho y por tanto con derechos para hacer uso, como cualquier otra persona, de las prestaciones sociales y sanitarias generales. Sin embargo, estas respuestas de los sistemas generales no son suficientes ya que la enfermedad mental suele conllevar unas necesidades y discapacidades asociadas que requieren actuaciones específicas. Es del reconocimiento de esta especificidad de donde van a surgir las redes de recursos y prestaciones que se han puesto en marcha para mejorar la calidad de vida, la integración y la autonomía del colectivo.

Así habrá todo un entramado de recursos sanitarios, desde los centros de salud mental, verdadero eje y motor de la atención comunitaria, hasta las unidades de hospitalización breve de los hospitales generales, pasando por toda una serie de

dispositivos complementarios: hospitales de día, comunidades terapéuticas, unidades de rehabilitación hospitalaria, etc. Pero si bien el manejo de la enfermedad es importante, no lo es en menor medida el manejo de la "Vida". Diferentes centros y servicios facilitarán que las personas con una enfermedad mental y en especial las de mayor gravedad, puedan vivir en espacios comunitarios. Si es posible en sus propios domicilios y si esto no lo es, en otro tipo de alojamiento donde con ayuda profesional estas personas puedan tener un funcionamiento en las mejores condiciones de calidad de vida posibles.

Si el tener un alojamiento adecuado es importante, también es fundamental poder vivir en la comunidad de forma integrada y eso significa participar de la vida social, ser autónomo, tener amigos, ejercer un rol valioso, etc. A veces el impacto de sufrir una enfermedad mental hace que nos retiremos poco a poco de la vida que estábamos llevando. Abandonamos los estudios o el trabajo, dejamos de salir con los amigos, nos encerramos en casa, etc. Recursos y programas específicos intentarán que las personas aquejadas con una enfermedad mental puedan recuperar y mejorar su nivel de funcionamiento comunitario, autonomía y calidad de vida.

Y por último no sólo es necesario tener un sitio donde vivir y que además puedas llevar una vida integrada, también es necesario tener "de qué vivir". Y aquí es donde se hace la apuesta más significativa y a mi entender revolucionaria. Las personas con una enfermedad mental no sólo tienen derecho a trabajar, sino que además pueden y quieren trabajar. Para conseguirlo se necesita que profesionales especialistas les enseñen y ayuden a conseguir un empleo y tengan oportunidades para desempeñarlo.

Este conjunto de ámbitos de atención (sanitario, residencial, laboral y de integración social) van a ser desplegados en la comunidad en un recorrido cuya meta final será la plena integración y autonomía, pero con tantas estaciones intermedias como sean necesarias para atender las diferentes situaciones personales de los afectados.

En este complejo entramado de recursos y prestaciones se va a tener que mover Luis, el protagonista de la historia que tenéis en vuestras manos. Es sin duda una atención moderna, integradora, comunitaria, eficaz y en muchos lugares quizás insuficiente, pero radicalmente mejor que la que Luis tendría que sufrir de haber nacido sólo unas décadas antes. Ahora Luis tendrá oportunidad de recuperarse de su enfermedad. Quizás tenga que estar en tratamiento largo tiempo, sin duda más del que él o su familia desearan pero la perspectiva de futuro es esperanzadora. Luis podrá vivir en su entorno sin ser recluso en una institución, tendrá atención médica y psicosocial adecuada, su familia recibirá apoyo y ayuda para mejorar la convivencia diaria y poco a poco Luis irá superando la enfermedad y sus consecuencias. Pasarán él y su familia por diferentes fases y estados de ánimo: incredulidad, rabia, resignación, frustración, desesperanza, etc. Tendrán momentos en los que los avances serán espectaculares y otros en que éstos serán lentos e incluso momentos de crisis y de vuelta a empezar. Pero en algún momento de este recorrido de cumbres y valles, de luces y sombras, ocurrirá una especie de milagro, de cambio de perspectiva vital y Luis se levantará un día de la cama y dirá "vale, tengo una enfermedad mental pero no soy un enfermo. Soy una persona". No estará continuamente viviendo en torno a la



enfermedad, volverá a tener metas, deseos, ambiciones parecidas a las de cualquier otra persona. Querrá tener un trabajo, una familia, amigos, divertirse, etc. y se dará cuenta de que esto lo puede hacer incluso teniendo una enfermedad mental. Se dirá que su problema tiene un manejo parecido al de otras enfermedades como la hipertensión o la diabetes: asumir ciertas precauciones y seguir el tratamiento, pero que estas enfermedades no incapacitan a las personas para poder llevar una vida normal. No se habrá curado de la enfermedad pero se habrá recuperado de las consecuencias de padecerla.

Pero para conseguirlo Luis no puede luchar solo. Él deberá ser el principal espadachín y sin su participación y esfuerzo no logrará vencer a la enfermedad, pero los enemigos son muchos y fuertes: síntomas, efectos secundarios de la medicación, ansiedad, falta de ganas de hacer cosas, falta de concentración, etc. y entre ellos destaca el estigma y rechazo que produce la enfermedad mental. Este estigma, fruto del desconocimiento e ideas erróneas sobre la realidad de la enfermedad mental, representa una auténtica barrera para la integración en todos los ámbitos de la vida: a la hora de hacer amigos, de conseguir un trabajo, de tener una pareja, de ir al psiquiatra o de acudir a clases de baile de salón. Este estigma hacia la enfermedad mental y el rechazo que produce, hace a nuestra sociedad más pobre, inculta e insolidaria. Más pobre porque no acoge a miembros altamente valiosos y enriquecedores para el conjunto de la comunidad; más inculta porque los datos que proporcionan los estudios científicos muestran que las personas con enfermedad mental no sólo no son más violentas que la población general, sino todo lo contrario, tienen más posibilidades que el resto de sufrir violencia; y más insolidaria por no favorecer la inclusión en su seno de colectivos desfavorecidos o en dificultades.

En manos de la sociedad está el ir cambiando estas actitudes y más concretamente en las tuyas. Hoy en día los avances científicos y los recursos de atención sociosanitaria que están disponibles, pueden hacer posible que Luis se recupere y lleve una vida perfectamente integrada en su comunidad. El rechazo a Luis, a la persona con enfermedad mental, hará que todo esfuerzo sea en balde y volveremos a condenar a Luis a la exclusión, no ya en un manicomio como antes pero sí entre las paredes de la habitación de su casa.

¡Ánimo Luis! Otros lo han conseguido y tú también tienes el derecho y la oportunidad de construir tu propia vida. Nosotros te ayudaremos. Yo te ayudaré.

Juan González Cases.

Psicólogo.

Director del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares.

Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la
Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.