

EDITORIAL

PÁG. 2

Listas de espera.

Juan González Cases

OPINIÓN

PÁG. 6

Año 2 del Plan:

Tiempo de margaritas.

Iván de la Mata Ruiz

**Sobre la enfermería
y el trabajo social
en salud mental.**

Valentín Lemus y Cristina Alonso Salgado

PANÓPTICO

PÁG. 14

COLABORACIONES

PÁG. 17

**Bossing, Mobbing: ¿Necesito
psiquiatra o comité de empresa?**

Guillermo Rendueles Olmedo

HEMOS LEÍDO

PÁG. 27

**CARTAS A LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD
MENTAL**

PÁG. 28

TABLÓN DE ANUNCIOS

PÁG. 29

A M S M

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

invierno

BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL

JUNTA DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD MENTAL
AMSM

PRESIDENTE

Antonio Escudero Nafs

VICEPRESIDENTES

Cristina Alonso Salgado
Juan González Cases

SECRETARIA

Violeta Suárez Blázquez

TESORERA

Esther Pérez Pérez

VOCAL DE PUBLICACIONES

María Diéguez Porres

VOCAL DE DOCENCIA

Déborah Ortiz Sánchez

VOCALES

Carmen Carrascosa Carrascosa
Alberto Ortiz Lobo
Ivan de la Mata Ruiz

BOLETÍN

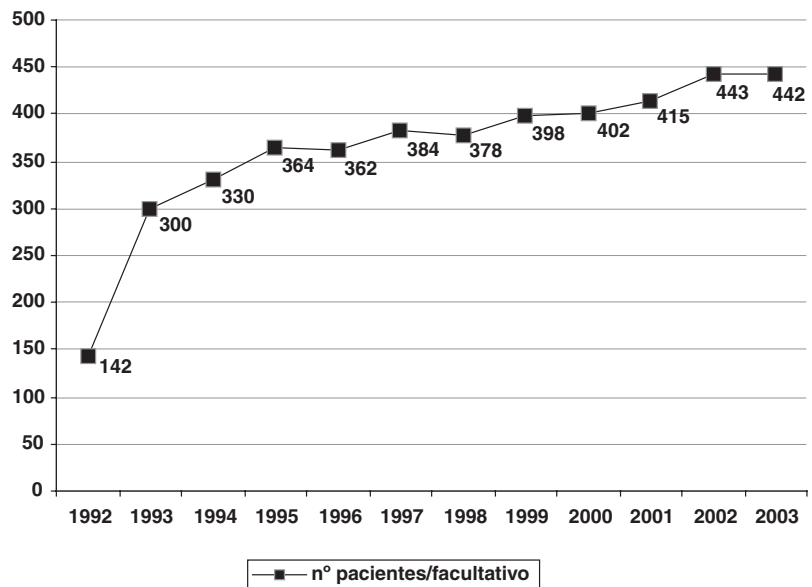
María Diéguez Porres
Alberto Ortiz Lobo
Iván de la Mata Ruiz
Eva Grau Catalá

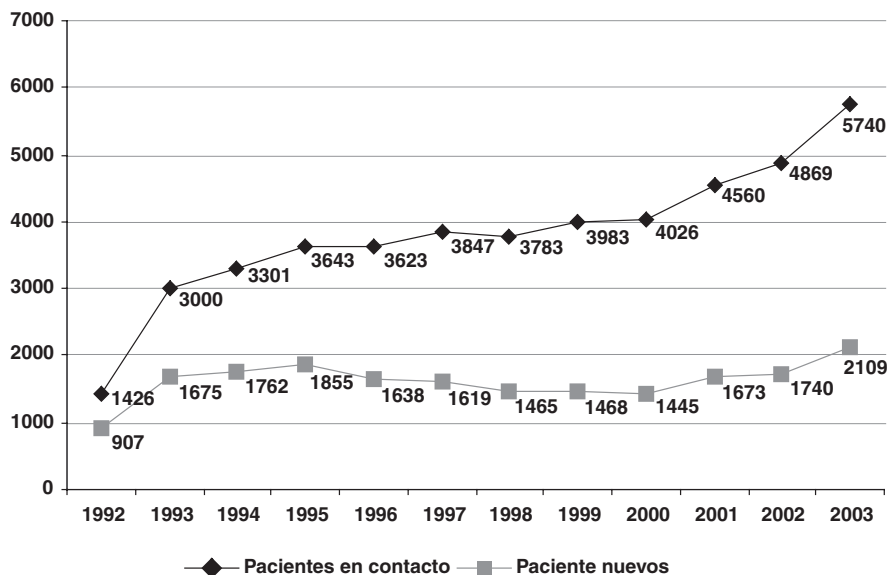
EDITORIAL

Listas de espera

Varios son los temas que los responsables y planificadores de los sistemas sanitarios, y también sociales, nos repiten machaconamente creando una sensación de fragilidad del sistema a los ciudadanos y un sentimiento de “culpabilidad” en los usuarios de éstos. Algunos de estos temas son el, nos dicen, elevado y casi insufrible incremento del gasto, especialmente el farmacéutico, la saturación de los servicios y las listas de espera. Abordaremos este último.

La primera reflexión tiene que ver con el grado de preocupación que nuestros gestores le dan a las listas de espera por especialidades y como se maneja esta preocupación ante la sociedad. La lista de espera quirúrgica ocuparía el número uno en el *ranking* de noches sin dormir de nuestros responsables sanitarios, pero ¿hay número dos en esa lista?, ¿otras esperas sanitarias existen?, ¿eso de la salud mental tiene lista de espera?, ¿puede alguien encontrar en la página web de la Consejería de Sanidad y Consumo datos de listas de espera diferentes a las quirúrgicas? Pues parece ser que sí, que en otras atenciones sanitarias también hay espera, incluso más espera que para someterse a una intervención quirúrgica. Esta visibilidad de lo quirúrgico se observa en frecuentes noticias al respecto en los medios de comunicación, planes de choque e inversiones en reducción de algunas listas de espera, e incluso en promesas electorales de dimisión si no se reducen. Nosotros, los que estamos en esto de la salud mental, también con nuestras listas de espera, parece que una vez más no existimos dentro del universo de la sanidad. La segunda reflexión hará referencia a la red de psiquiatría y salud mental en nuestra Comunidad. Los siguientes gráficos, realizados en el C.S.M. de Alcalá de Henares, no necesitan explicación y sirve de introducción a la temática de la saturación de los servicios de salud mental.





El aumento de la demanda de prestaciones de salud mental ha sufrido un incremento exponencial durante la última década, tanto en el número de usuarios que desean acceder a sus servicios como en la cada vez mayor variedad de motivos a consultar. Respecto a la primera variable, el incremento en el número de personas que accede a los servicios, un análisis a vuela pluma nos puede apuntar a dos soluciones rápidas: que la lista de espera no sea excesivamente corta en el tiempo, con lo que las remisiones espontáneas obrarían sus maravillosos y nada despreciables efectos en esto de la salud mental, con la consiguiente reducción natural de las personas que acceden al centro. La otra solución no es nada ingeniosa y trata de recuperar aquella brillante y antigua idea de que quizás trabajando con quien manda los pacientes (léase atención primaria) para que derive menos, se reduzca el número de personas a tratar en los centros de salud mental. Ahora bien, ¿están los compañeros de primaria en esa situación ideal que les permite hacer un trabajo estrecho de colaboración y coordinación con los de especializada? ¿O han perdido la razón al montar toda una plataforma para reclamar 10 minutos por paciente? Quizás sea buena idea reclamar un tiempo por paciente también en salud mental, pero posiblemente se declarararía otra “guerra civil” para consensuar el concepto de paciente, tiempo medio, máximo, mínimo, etc. El único consenso podría ser el término “minuto”, por estar ya definido por personas que nada tienen que ver con esto de la salud mental.

Respecto a la segunda variable, la cada vez mayor variedad de motivos a consultar, desde hace años se viene reclamando desde los profesionales de los Centros de Salud Mental un debate, consenso y decisión para delimitar “aquello” que parece razonable que sea atendido por el sistema público sanitario de salud mental de aquello que por coherencia debería estar fuera de éste. Evidentemente esta es una decisión complicada, que requiere consenso con las partes afectadas (profesionales, asociaciones, usuarios, etc.) pero ir asumiendo todas y cada una de las antiguas, presentes y futuras patologías, malestares o tristezas *ad infinitum* colocaría a los servicios y a sus profesionales en una situación de desbordamiento continuo en un escenario donde el crecimiento de profesionales parece que no se va a equiparar con el crecimiento de la demanda. La solución actual de hacer como si nada pasase y teniendo en cuenta, por mucho que los físicos lo pongan en solfa, que el tiempo y el espacio son finitos, nos lleva a una fracción donde el numerador es finito (tiempo del profesional) y el denominador es variable y tiende a infinito (número de pacientes). Como todos ustedes habrán deducido, el resultado, con el transcurso del tiempo, tenderá a acercarse cada vez más a cero, es decir, cada vez se verá menos tiempo a los pacientes. Pero además parece razonable complicar más el cociente anterior con variables relacionadas con la gravedad del problema a atender, es decir, aplicar al cociente anterior la corrección de “ver más a quien más lo necesita”. Ahora bien, esta reducción del tiempo que se atiende a los pacientes tiene un límite “intuitivo” por debajo del cual nos parece que no hacemos bien nuestro trabajo. Ya desde hace años estamos en ese límite, quizás ya sobrepasado, y por tanto sólo nos

queda dejar fijo el denominador o número de consultas que puedo ver en mi tiempo de trabajo. La consecuencia es evidente: aumenta el número de personas que esperan para verme - léase lista de espera - y a las que veo las veo con menor frecuencia (aquí la corrección de gravedad estaría relacionada con la mayor frecuencia de citas que debería tener la persona o situación más grave). También puedo jugar con la variable “alta”, con planteamientos terapéuticos “express” o con derivaciones o “colocaciones” a otros (recursos de rehabilitación, otros compañeros del equipo, etc.) o cualquier otra estrategia con la que nos ingeniamos. El producir rápidas mejorías y por tanto pocos contactos profesionales parece un buen criterio de calidad para muchas especialidades. Ahora bien, en salud mental, y en concreto con algunas patologías, las buenas prácticas, incluso los “señores de las evidencias”, sostienen que es mejor ver mucho y frecuentemente a las personas que por ejemplo padecen patologías mentales graves y persistentes. Un reto importante en esto de la integración en la atención especializada es intentar convencer a los gestores de lo anterior y no sólo eso, sino también insinuarles que estas personas quizás lo necesiten de por vida. Pero esto es otra historia.

¿Cómo se puede resumir y entender lo anterior? Intentémoslo:

Premisas:

1. Los usuarios crecen en número.
2. Las demandas crecen con “nuevas patologías”.
3. Los recursos profesionales no crecen de acuerdo a las premisas 1 y 2.

Consecuencias:

1. Aumenta el número de personas en lista de espera
2. Aumenta el tiempo de estas personas en lista de espera.
3. El tiempo dedicado a cada paciente es menor (bien sea porque la consulta es más breve o porque se ve con menor frecuencia)

Soluciones:

1. Aumentar el tiempo que las personas están en lista de espera para que se “curen” espontáneamente (parece poco razonable aunque pueda dar la impresión que se está aplicando).
2. Delimitar las prestaciones que se ofrecen al ciudadano en el sistema público de salud mental.
3. Colaborar con atención primaria.
4. Reducir el tiempo y frecuencia de atención a cada paciente (parece que también poco razonable pero es la que más “éxito” ha tenido en la última década)
5. Favorecer las altas rápidas o “recolocación” de pacientes
6. Dotar de más presupuesto a esto de la salud mental (razonable y viable)

La tercera y última reflexión se refiere a los recursos que complementan la red de salud mental desde la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. A pesar del espectacular incremento de recursos y plazas producidos en los últimos años, baste recordar que el pasado 2004 se incrementaron en más de 500 las plazas del Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y crónica, aun se muestran insuficientes para atender al colectivo más vulnerable en la red de salud mental. En estos recursos también existen listas de espera. A modo ejemplo obsérvese el siguiente cuadro con los días de espera para acceder a algunos de los Centros de Rehabilitación Psicosocial:

CRPS	2003	2004
Alcalá de Henares	132	181
La Elipa	194	81
Getafe	176	65
Alcobendas	21	12
Hortaleza	No abierto	108

Estos datos señalan tiempos de espera excesivos, aunque también son un poco ficticios porque en muchos casos los equipos que derivan desde los Centros de Salud Mental no proponen a un paciente para un CRPS o cualquier otro recursos del Plan ya que la lista de espera es muy amplia o no derivan a todos lo que se podrían beneficiar de los recursos sino sólo a los que más lo necesitan por ser escasas las plazas. También se observa que los Centros más antiguos tienen listas de espera mayores, lo que indica que la capacidad de los Centros - recuérdese que tienen capacidad flexible aunque limitada - para poder admitir más usuarios y con menos tiempo de espera viene determinada no por la incapacidad o ralentización en los procesos de evaluación iniciales, sino por el “colapso” generalizado que presenta el Centro al no poder dar salida a los usuarios con el ritmo necesario como para poder sincronizar esas salidas con nuevas entradas. En resumen, la posibilidad de entrar en los Centros tiene clara relación con la capacidad de salir de ellos.

Por último señalar también que existe una reducción en la lista de espera de muchos centros respecto a años pasados debido la apertura de nuevos recursos. Así por ejemplo, la apertura del CRPS de Hortaleza tuvo una clara influencia en la reducción de la lista de espera de La Elipa. La apertura del CRPS y Centro de Día de Torrejón incidirá en el año 2005 sobre la lista de espera de Alcalá.

Otro ejemplo de lo anterior: el Centro de Rehabilitación Laboral de Nueva Vida fue el primer centro de este tipo creado en el año 1991 y atendía a casi la totalidad del territorio de la Comunidad. Sus listas de espera fueron grandes y prolongadas durante mucho tiempo, como no podía ser de otra manera, pero la puesta en marcha de nuevos centros de este tipo - en la actualidad hay 8 - ha situado la espera el año pasado en 5 meses frente a los 7 del 2003 o los 11, 5 meses del 2002. O el caso del CRL de Getafe puesto en marcha hace un par de años, que no tiene lista de espera. También es llamativo el caso del CRL de Hortaleza que en su primer año de funcionamiento ya tiene un tiempo medio de espera de 117 días, las plazas completas y 31 personas esperando a finales del 2004.

En resumen, el escenario que el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales dibuja para el periodo 2004-2007 nos hace ser optimistas respecto a la atención psicosocial de uno de los colectivos más vulnerable y con más necesidades de apoyo dentro de la red de atención a los problemas de salud mental de nuestra Comunidad. Baste observar que durante el primer año del Plan se han abierto 3 nuevos Centros de Rehabilitación Psicosocial con 200 nuevas plazas, 4 Centros de Día con 120 plazas, 1 Centro de Rehabilitación Laboral con 50 plazas, 76 nuevas plazas de MiniResidencia y otras 56 de Pisos Supervisados. El incremento ha sido importante aunque por debajo de lo establecido en el Plan para el año 2004. Además, de los datos anteriores se observa que el ritmo actual de crecimiento es insuficiente para absorber toda la demanda de plazas que se plantea en la actualidad. Si esto lo trasladamos al tema residencial, donde tenemos el mayor déficit de plazas, la situación se vuelve más apremiante. Bien es cierto que la lista de espera se maneja en estos recursos más en función de la necesidad residencial que del tiempo que una persona lleve esperando para acceder al recurso. Por ejemplo el tiempo medio de acceso a la Mini-residencia de Hortaleza ha sido en el 2004 sólo de 49 días y de 7 en la de Alcobendas, pero no es despreciable el dato que a finales del 2004 había 96 personas esperando por una plaza de Mini-Residencia (casi la mitad del número de plazas que estuvieron disponibles durante ese año (220) para toda la Comunidad).

Por último, señalar que sólo cabe reclamar que se consolide y a ser posible se cumpla estrictamente aquello a lo que nuestros políticos se comprometieron en su día. Y, como dijo el Marqués de Sade, *“todo es bueno cuando es excesivo”*. Aunque quizás el exceso presupuestario en el tema de la salud mental no lo vean nuestros ojos olímpicos.

Juan González Cases

OPINIÓN

Aclaración sobre el artículo de opinión “Algunas reflexiones sobre la demanda social y la rehabilitación de pacientes crónicos. ¿Rehabilitar o encontrar un sitio al crónico?”

En el boletín de Octubre de 2004, dentro de la sección de Opinión se publicó el texto mencionado. Queremos hacer unas oportunas aclaraciones que se nos han hecho llegar, entendidas por nuestra parte como evidentes errores de omisión. Cuando se mencionan los recursos de Rehabilitación correspondientes al Área 4, no se hizo referencia al CRPS de “La Elipa”, así como al CRL “Nueva Vida” o la Minirresidencia de Aravaca. Todos estos dispositivos ejercen y han ejercido una función prioritaria de referencia como recursos de Rehabilitación del Área citada; todos ellos, pese a la mayor o menor lejanía con respecto a alguno de los distritos que la componen, han estado plenamente integrados en el funcionamiento de la red de rehabilitación de dicho Área.

De igual forma, resaltamos que la referencia a la saturación y las listas de espera en relación con los dispositivos de CRPS, Minirresidencia y CRL de la Fundación Manantial, son fruto de la carencia previa de recursos accesibles por localización y de la demanda acumulada y contenida a lo largo de tantos años. La profesionalidad y disponibilidad de los compañeros de todos estos servicios es un modelo del trabajo en Red. Reiteramos nuestras disculpas a los compañeros que no fueron citados. A veces el silencio es indicativo de un trabajo continuado, integrado y serio en su ejecución. Muchas veces sólo recordamos lo disarmónico.

Cristina Alonso Salgado y Antonio Escudero Nafs

Año 2 del Plan: Tiempo de margaritas.

Como cada fin de año viene siendo tradicional desde el alumbramiento del Mesías, los responsables de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental nos envían a los profesionales una carta en la que nos felicitan el año y se felicitan felicitándonos por los logros que hemos conseguido gracias a lo que han conseguido con el conseguido Plan. A cada uno, recibir esta carta llena de logros y futuros gloriosos le genera emociones y conductas singulares que, bien medidas y con una estadística creativa, podrían gene-

rar proposiciones como esta: el interés despertado por la carta entre todos los profesionales se incrementó respecto al 2004 en un 110% (de 1 profesional a 2.1). Dicen que algunos la leen y hay uno que incluso la contesta. El que la contesta pasó días deshojando margaritas, les felicito, no les felicito, les felicito...

Es cierto que en los dos años de la criatura se ha dado un impulso a la creación de recursos y contratación de personal en comparación con el trienio ante-

rior, como bien nos recuerdan, pero es que la demanda no ha dado un impulso sino que ha entrado en el hiperespacio no solo cuantitativo sino también cualitativo, como bien recordamos en el editorial de este boletín. Esta es la explicación a la misteriosa coincidencia entre la llegada de un nuevo profesional al equipo y el aumento de la demanda en las agendas de los compañeros. Son dos fenómenos independientes: no es culpa del recién llegado (se le puede invitar a café), la demanda estaba ahí fuera, invisible. Además ha llamado a sus primos para que en los próximos años se vengan a vivir a la Comunidad Autónoma del Cemento y del Acero en uno de esos nuevos barrios planeados por cerebros que confunden juego y realidad, monopoly y desarrollo urbanístico. ¿Se utiliza en la gestión creativa el termino de inflación en relación a la oferta y la demanda asistencial?, ¿se crece por encima o por debajo de la inflación?, ¿qué previsiones existen? Seríamos incapaces de formular preguntas tan inoportunas en estos tiempos quirúrgicos. Hace tiempo que hemos renunciado a seguir buscando criterios racionales para evaluar los logros de Plan en relación a sus objetivos, porque hemos comprendido que su grandeza es su incertidumbre y que su esencia es “machadiana”: planeante no hay plan, se hace plan al planear.

Otro misterio que resolvió el que leyó la carta de la Oficina (no se que están esperando para hacerlo) es la utilidad que se puede dar al amigo ordenador que han puesto en los despachos de algunos CSM mientras nos integren en los sistemas de información del resto de las especialidades: cocinar estadísticas. Se cogen unos datos de crecimiento más bien modestos en números absolutos, se pasan por los porcentajes, se mezcla todo aquello que ha crecido y se aparta lo que no lo ha hecho, los cocinas en un programa estadístico sencillo y los presentas en una carta navideña adornados con frases de ánimo. Dificultad: baja; preparación: una hora; calorías: bajas; coste: económico. Por ejemplo, la receta Nouvelle Cuisine que nos propone la Oficina: los dispositivos se han incrementado globalmente un 25,7%, las plazas asistenciales un 31.5% y los recursos humanos un 17% Como pasa habitualmente con este tipo de cocina uno se queda con la sensación de que pese a la bonita presentación se va a pasar hambre y que algunos de los ingredientes multiprofesionales no se ven ni por asomo (sobre todo los no psiquiatras). Pero el que lee la carta, aficionado a los potajes y de naturaleza medio vacía, quiere recordar entre otras cosas que todavía

existen áreas sin hospital de día y sin equipos específicos de infanto-juvenil, que ese crecimiento tiene que continuar para alcanzar las ratios del plan (de por si insuficientes) y que en materia de hospitalización de media y larga estancia sería deseable que los incrementos que se nos anuncian sean como dice el mismo Plan en su página 74 “unidades de 20-30 camas ubicadas próximas a las Areas Sanitarias de referencia para evitar el desarraigo familiar y social de los pacientes y favorecer la reinserción social de los mismos”, y no potenciando las camas en los Hospitales Psiquiátricos existentes.

Hasta aquí lo concerniente a la ayuda humanitaria. Sin embargo, como bien intuyen los que escribieron la carta, el que se la leyó y el que deshojó margaritas, el verdadero reto está todavía por afrontar. Conviene recordar que los objetivos principales de este Plan tenían que ver con la organización asistencial de la Red de Salud Mental, su integración en Atención Especializada y la organización jerárquica y funcional de los profesionales. Estos objetivos de la Gran Marcha hasta hace semanas se antojaban inviables. Con la integración de todos los recursos de la sanidad madrileña en el SERMAS y con la creación de la Gerencia Única de Área estamos ante la oportunidad de crear una estructura de gestión más eficiente, participativa, coordinada e integrada. Una estructura en red con diferentes grados de descentralización (del área a los distritos), pero a la vez con un Oficina que planifique, controle de verdad a los señores feudales y evalúe los servicios prestados. ¿Alguien se lo cree? Si estas son las oportunidades también existen las amenazas. La primera es que la red de Salud Mental se vea absorbida por la estructuras de gestión burocráticas de la Atención Especializada y sus jerarquías caudillo-universitarias. La segunda y no menos importante es que esta tan deseada integración de redes que podía terminar con las tradicionales dicotomías (hospital/distrito, servicios sociales/ servicios sanitarios) se vea poco a poco sustituida por una nueva desintegración entre los recursos públicos tradicionales y los nuevos recursos de gestión privada que, si quedan fuera de las estructuras de gestión de la red, provoque nuevas dicotomías, esta vez empresariales. Oportunidad o amenaza. La quiero o no la quiero. Preparemos la margaritas.

Iván de la Mata Ruiz

Sobre la enfermería y el trabajo social en salud mental

Es difícil entender que las profesiones que intervienen con personas que tienen enfermedades mentales crónicas pudieran tener posiciones enfrentadas más allá de los límites poco claros de sus funciones. El trabajo con enfermos mentales crónicos no se concibe como un abordaje parcelado de sus discapacidades sino como el tratamiento integral de éstas, mediante el trabajo de un equipo multiprofesional.

ORÍGENES DE AMBAS PROFESIONES.

El trabajo social se construye a principios del siglo XX, a partir del cambio de siglo, del paso de una sociedad rural a industrial, del cambio en la estructura económica y lo que esto supuso de cambio, en las tendencias sociales, los valores y las mentalidades.

La profesión nace con el principio de la solidaridad y mas adelante, defiende sobre todo los valores de: **respeto, promoción de la democracia y de forma singular un papel activo del sujeto en la resolución de sus problemas, entre ellos el de su salud.**

La profesión, nace muy ligada a la enfermería, el primer diploma sobre lo que después evolucionaría la profesión, se denomina enfermeras visitadoras y es de 1922; el de las sociales puras, llamadas ya asistentes de servicio social es de 1938. La fusión de estos dos diplomas, confirmó la orientación medico social de la profesión de la época, y ya, las enfermeras visitadoras eran mucho mas numerosas que las asistentes sociales. La primera teórica del trabajo social es Mary Richmon, (EE.UU) quién publica su primer libro en 1917 "Social Diagnosis", en 1922 un nuevo libro que después es utilizado como metodología docente (traducido al francés), "Los nuevos métodos de asistencia". Su libro mas conocido, "Caso Social Individual" es reeditado en Argentina en 1977 y en España, en 1995 por Mario Gaviria.

Mari Richmon, habla del Trabajo social de casos, como aquellos procedimientos que desarrollan la personalidad mediante ajustes efectuados conscientemente, entre el hombre y el medio social en el que vive.

La intervención social se denominaba servicio social de caso, (como identificación de una situación personal) El termino **caso** es utilizado en la terminología médica para describir una sintomatología y un proceso de evolución de síntomas.

Usuario, que proviene del derecho civil francés. Es la

persona, que tiene un derecho real sobre un bien o una cosa que pertenece a otra persona. También se utiliza de quien utiliza cualquier servicio público.

Beneficiario, de uso mas reciente, designa a la persona que recibe una prestación, subsidio, o una ayuda financiera del Estado o de cualquier organismo público.

Mucho mas reciente en 1998, se amplia el concepto de, persona que necesita ayuda, a **sujeto de intervención social**, contemplando no solo su dimensión individual, sino social y colectiva. Así, el trabajo social, que siempre había considerado en su esencia el principio de individualidad, tiene su posicionamiento ético en el humanismo social y considera al sujeto como un todo, un ser profundo, y a la persona como ser social.

El origen de la enfermería, se remonta al Arzobispo Mausona en el año **580** quién funda en Mérida el primer Hospital español del que se tiene referencias y donde hay constancias de la labor de lo que después se llamaría enfermería. En **1417** el Reglamento del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona describe el puesto de Enfermería. En **1833** se publica el manual "El Arte de la Enfermería" del Hermano de San Juan de Dios Jesús Bueno González. En **1896** se crea la primera Escuela de Enfermeras "Santa Isabel de Hungría" por el Dr. Federico Rubio y Galí en Madrid. En mayo de **1915**, a petición de la Congregación de Siervas de María, Ministras de los Enfermos, se reconoce legalmente el programa para la enseñanza de la profesión de Enfermera. En **1945** se aprueba el Reglamento del Consejo General y el Estatuto de las Profesiones Sanitarias y de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios, manteniéndose las tres secciones: Practicantes, Enfermeras y Matronas. En **1952**, Decreto de 27 de junio, se unifican los planes de estudios existentes hasta aquel momento, esto es, los de Practicantes, Enfermeras y Matronas en uno solo que otorga el de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). En **1977**, aparece el R.D. 2128 sobre Integración en la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería. El título que otorgan dichas escuelas es el de Diplomado en Enfermería. La primera promoción fue la de 1977-1980. En **1957**, se reconoce la especialidad de Obstetricia. Comienza hasta mediados de la década de los setenta la proliferación de especialidades que hasta un total de nueve, irán surgiendo paulatinamente. En **1987**, se regula la obten-

ción del título de Enfermero Especialista. Se crean 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.

PRINCIPIOS DE TRABAJO SOCIAL.

Para comprender el trabajo social es interesante encuadrar los principios sobre los que se apoya y se sustenta la relación profesional. Entre estos cabe destacar los de:

Individualización: No se tratan problemas sociales en general, sino a una persona que tiene un problema, que le afecta de forma concreta y que necesita una ayuda singularizada.

Autodeterminación: El trabajador social, no debe decidir por el mismo lo que es necesario para el sujeto al que atiende, sino ayudarle, a que vea el problema que le acucia y ayudarle a usar sus capacidades y los recursos que le rodean para afrontar dicho problema.

Aceptación: La actitud profesional, es la de aceptar al sujeto como realmente es y no, como le gustaría que fuera. Esto no implica la aprobación de cualquier conducta del individuo, ni excluye la emisión, si es preciso, de un juicio valorativo

Respeto a la persona: La dignidad del cliente, sea cual sea la condición social que presente, es un principio de dimensiones éticas, determinantes en el trabajo social.

LOS PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS SOBRE LO QUE SUSTENTA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMERÍA SON:

Su función asistencial, comparte las condiciones establecidas en el derecho del individuo a la salud, y así debe ser:

- Integral: Para toda la población
- Integrada: Cubrir todas las necesidades que la población precise
- Continuada: Seguimiento hasta el final del proceso
- Permanente: Cuando se precise
- Activa: Acercarse a los problemas de los ciudadanos
- Accesible: Que no existan filtros previos para acceder a ella
- Basada en equipos multidisciplinares
- Comunitaria y participativa

- Programada
- Evaluable
- Docente e investigadora

Su relación profesional tiene en cuenta los siguientes principios:

- La relación enfermero/a -paciente es una relación terapéutica.
- El enfermero/a no trabaja solo ni siquiera en la consecución de objetivos que le son propios a su profesión.
- Los cuidados de enfermería serán dirigidos a la persona y no a los síntomas.
- Enfoque asertivo, que trata de monitorizar intensivamente la relación del paciente con la comunidad, para intervenir tan pronto como se presente una dificultad.
- Provisión de educación y apoyo a los miembros de la comunidad.
- El trabajo con las familias.
- La rehabilitación, es una labor de equipo que tiene que estar potenciada desde los objetivos que marquen las instituciones competentes.
- Los usuarios tienen el derecho de estar informados y conocer con detalle su programa terapéutico.

La consulta de enfermería en un Centro de Salud Mental, debe de cumplir estas características:

- Los equipos de enfermería, no trabajan aislados del resto de los profesionales que componen los equipos multidisciplinares, aunque pertenecen a un organigrama claramente definido.
- A nivel organización y gestión (dependencia de los directores de enfermería) deben organizar, planificar y coordinar las actuaciones de enfermería, así como prestar un nivel de cuidados que no rompa la continuidad. Coordinar la ejecución de los cuidados con estándares marcados. Colaborar en los programas de formación, estudio e investigación.
- En el ámbito funcional, dependientes del Jefe del Servicio: Atender unificadamente los protocolos de enfermería y establecer pautas de cuidados por objetivos, evaluar los resultados del programa de cuidados, coordinación con el supervisor o jefe de enfermería, reuniones de coordinación con el equipo, ejercer las prescripciones médicas correspondientes, observar y recoger los datos clínicos para

la correcta vigilancia de los pacientes y vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario incluida la higiene de los mismos.

LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL.

Lo que tradicionalmente se ha identificado como trabajo social en los equipos de salud mental, ha sido la atención a pacientes a demanda, generalmente de otro profesional, en la que, en una gran mayoría de casos, dicha demanda tiene asociada una propuesta concreta de intervención.

Así, viene expresada generalmente **como petición de un recurso social**, ya sea de un derecho o una prestación del Sistema de Servicios Sociales, ejemplo, las pensiones por minusvalía, o algún recurso social general o específico.

Ante esta demanda de recurso, que llega casi siempre diferida, es preciso establecer un proceso de relación, que permita analizar la demanda real del paciente, sus circunstancias y posibilidades. Es preciso un tiempo previo, a la elaboración de un plan de intervención social y a tratar de poner en marcha las actuaciones psicosociales de carácter terapéutico que procedan.

Durante este proceso de relación, es importante tener en cuenta los condicionamientos que pesan sobre dicha situación, lo que ha sucedido antes de la petición de ayuda, las circunstancias sociales que la rodean, la observación de la actitud, los sentimientos movilizados por su situación problemática y en general, cuidar todo lo que conlleva establecer una buena comunicación.

En algunos momentos y situaciones, este proceso de relación, nos lleva a la formulación de un acuerdo o contrato para conseguir unos objetivos formulados entre las dos partes, aceptando un tiempo de evolución con distintas fases y momentos.

Nuestra metodología de trabajo, puesto que esta basada en una relación personal, da importancia sobre todo a la comunicación ya sea con un sujeto individual, un grupo o su entorno y siempre con la perspectiva de utilización de recursos o servicios como usuarios de derechos sociales universales, además de enfermos mentales.

LA ESPECIFICIDAD DE LA ENFERMERÍA

La enfermería es una profesión y no un oficio que desarrolla y presta sus servicios conjuntamente con otras disciplinas sanitarias, complementándose mutuamente. La profesión, es una ocupación con componentes éticos encaminados a incrementar el bienestar humano y

social. Se diferencia de un oficio, en que posee un conjunto de conocimientos propios que han de ser desarrollados científicamente y sometidos a la prueba de la experimentación. Es un sistema diferenciado dentro del sistema sanitario:

- Establece sus propias normas.
- Se gobierna a sí misma.
- Constituye un servicio a la sociedad comprendiendo conocimientos y habilidades especiales.
- Posee un cuerpo de conocimientos que busca constantemente acrecentar para mejorar sus servicios.
- Acepta la responsabilidad de proteger al público a quien sirve.
- Se encarga de las personas que van a desempeñarlas.
- Se ajusta a un código de conducta basado en principios éticos.
- Su respuesta asistencial, debe estar en concordancia con unas finalidades y objetivos, y admitir que lo que contribuye directa o indirectamente al logro de estos objetivos, determina las funciones. Las funciones son el conjunto de actividades o tareas encaminadas al logro de un objetivo prefijado.

LO QUE COMPARTIMOS LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL Y DE LA ENFERMERÍA, EN LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL: LA FILOSOFÍA DEL TRABAJO COMUNITARIO.

Características que identifican una intervención comunitaria:

- Concepción del paciente como ciudadano de derechos que presenta una situación que necesita ayuda
- Consideración del paciente como ciudadano responsable en cierta medida de su vida y por lo tanto, de ser participe de las actuaciones profesionales de ayuda
- Incorporación de ambas profesiones a un equipo multidisciplinar
- La actuación profesional comunitaria, tiene lugar en una interacción multiprofesional de un equipo, entendiéndose como tal, el lugar donde se comparte el saber y se planifica una intervención organizada y coherente.
- Con una visión global de aprovechamiento de las diferentes funciones profesionales, así como de los agentes sociales de la comunidad que constituyen un importante medio de participación.

EL EQUIPO MULTIPROFESIONAL:

Entendido como el conjunto de profesionales, que desde las diferentes disciplinas académicas, aportan sus conocimientos para intentar abordar y superar, problemas o malestares surgidos como consecuencia del padecimiento de una enfermedad mental.

- El Trabajo Social y la Enfermería, son la esencia de los equipos de trabajo de la Salud Mental Comunitaria y sus actuaciones, el resultado de su propia planificación. Dichas actuaciones desde el “equipo de trabajo”, deben responder a unas necesidades evaluadas y cumplir y aprovechar las siguientes premisas:
- El equipo, se fundamenta en la creencia de que los mismos profesionales separados no podríamos abarcar la complejidad de las situaciones, no solo en cuanto al estudio de las mismas, sino a las respuestas necesarias para abordar e intentar superar la situación problemática
- Un trabajo en equipo, entendido no como un conjunto de profesionales que trabajamos juntos, sino con un plan de actuación, de una manera organizada y para conseguir unos objetivos específicos y complementarios, como por ejemplo, se trata de lograr a través de un proceso de rehabilitación.
- El trabajo en equipo, supone una apuesta personal, una implicación de los miembros que lo forman, como casi toda tarea colectiva, ya que pasar del individuo al grupo implica modificaciones de aquel, y para ello hace falta tener disposición y vencer la resistencia a los cambios
- El equipo implica un respeto y voluntad por parte de los componentes, en reconocer y aceptar las aportaciones de todos sus miembros, en el mismo nivel y con un mismo objetivo: intentar dar respuesta a los problemas de los pacientes.
- En general, compartimos la opinión que en la integración en un equipo, es más importante la función que el rol profesional, siendo indistintamente ocupado por uno u otro.
- Que lo que marca unas tendencias y un modelo de actuación, es la formación específica del profesional más allá de su titulación
- El modelo de trabajo comunitario, implica a ambos, intervenciones no solo individuales sino familiares y de grupo.

LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA Y DE LOS TRABAJADORES SOCIALES:

Las profesiones de ayuda en los equipos multiprofesionales, **organizan** su actuación complementaria a través de los programas asistenciales.

Programa, es la definición que contempla una serie de actuaciones, o intervenciones encaminadas, a cubrir determinadas demandas o necesidades que surgen en las personas o grupos en un momento histórico, en un momento vital determinado. Un programa, da respuesta a necesidades generales y comunes, a grupos de población, que se pueden determinar por edad, situaciones sociales, colectivos específicos, etc.

Implica por lo tanto, no solo acciones sino también profesionales, que van a intervenir con unos recursos y medios específicos, en un proceso de tiempo previsto para la consecución de unos objetivos, así como la incorporación de mecanismos de evaluación de los resultados de dicha intervención.

Los programas deben ser dinámicos, contemplar la planificación, como uno de los aspectos fundamentales en los que esta basada una buena intervención terapéutica, medico-social, estar diseñados en una serie de fases y tareas: estudio, investigación, puesta en marcha, evaluación... Deben introducir, algunos sistemas de control que garanticen la calidad de los servicios prestados, así como la contemplación de índices de evaluación constante, sobre las situaciones-problema y las intervenciones sobre ellas. Todas las situaciones vitales, suponen un proceso dinámico, que se va modificando con el tiempo, surgiendo nuevas actuaciones que nos obligan a reconceptualizar nuevas intervenciones o nuevos proyectos.

Ambas profesiones, enfermería y trabajo social en la salud mental, trabajamos especialmente con la población que padece un trastorno mental grave. Uno de los aspectos donde se establece una diferencia, es que mientras la enfermería, esta mas centrada en el propio paciente, el trabajo social tiene su objeto de trabajo, no solo en el sujeto-paciente sino en la situación, las circunstancias en las que vive, en general en su medio social.

Nos identifica, que en general los profesionales de enfermería y trabajo social, intentamos trabajar con los pacientes con una concepción de la salud y la enfermedad, que va mas allá del propio diagnóstico, teniendo muy presente que, cada persona es individual y diferente y que a pesar de las clasificaciones, no hay, ni dos enfermos ni dos personas iguales

En el sistema de comunicación, creemos que no es po-

sible un dialogo entre dos personas desde la desigualdad, por eso tratamos de introducir en nuestra relación, procesos de comunicación más igualitarios y estructuras, que den lugar a la participación del usuario en su proceso de relación y en la incorporación en su comunidad.

QUÉ NOS DIFERENCIA

Los trabajadores sociales “Consideramos que dentro del equipo multidisciplinar, somos los técnicos responsables de la intervención social así como los profesionales capacitados y responsables para abordar y dar respuesta a determinadas demandas y problemas sociales.” (funciones de los trabajadores sociales 2004).

Con la función, de ofrecer un conocimiento del paciente sobre su medio y la interacción con el mismo, familia, amigos, trabajo, estudios etc. de analizar y comprender, como incide o determina esta relación en su situación actual y de proporcionar los apoyos y recursos pertinentes, tanto de índole personal, familiar, como comunitarios, se intenta dar respuesta al conflicto y superar la situación planteada, a través de un proyecto de intervención, acordado y consensuado, entre los profesionales del equipo

Esta, es por tanto la principal aportación del trabajador social a los equipos de salud mental y en concreto a los programas. En la consideración de especialista de lo social, y profesional responsable de tratar de recuperar los recursos personales del sujeto, tiene muy en cuenta su propia demanda y sus propios recursos, y considera el proceso de relación como un medio de **cambio personal**, para lo que en ocasiones, utiliza soportes o recursos externos del entorno, así como el potencial de las organizaciones y servicios a la comunidad.

DIFICULTADES Y DIFERENCIAS EVIDENTES EN NUESTROS EQUIPOS DE SALUD MENTAL:

- Todavía, en los equipos de salud mental hay una desproporción importante, entre el número de profesionales de enfermería y del trabajo social, sobre todo, si contamos los profesionales de las Instituciones Sanitarias, donde es lógica y evidente, la desproporción de profesionales de enfermería respecto a la de trabajadores sociales
- La experiencia en los equipos de salud mental, es, que es más fácil formar compartimentos profesionales estancos, que superar la dificultad de

complementar actuaciones, promover objetivos comunes, respetar profesiones, profesionales y funciones.

- La artificialidad de la separación entre lo sanitario y lo social, propicia una realidad confusa, con dificultad en muchas ocasiones, de planificar una intervención terapéutica.

OBSERVACIONES

- Las funciones e intervenciones de los trabajadores sociales, pensamos que son más desconocidas para la enfermería, que al revés.
- En general los trabajadores sociales, ven la coordinación con la enfermería, como una contribución a su trabajo, más que como una pérdida de funciones.
- Ante el cambio en la orientación de la enfermería comunitaria, inminentemente más social, hay dos tendencias entre los trabajadores sociales:
 - Los que ven en estas funciones de enfermería social y comunitaria, una usurpación de funciones
 - Los profesionales, que valoran el cambio de orientación profesional de la enfermería, que permite un trabajo en común, y la posibilidad de hacerse cargo de determinados aspectos de la atención a la población crónica más deteriorada socialmente.

RETOS Y PROPUESTAS

Ambas profesiones, tenemos por delante el reto de compartir un objetivo: conseguir una mayor y mejor integración de los pacientes crónicos en la Comunidad. La tarea actual, de asumir las actividades de continuidad de cuidados como profesionales de referencia en el Programa de continuidad de cuidados, en estos momentos, la base del trabajo de rehabilitación de los pacientes crónicos en la Comunidad. Proyecto que reúne características complejas, que requiere de la participación del equipo multidisciplinario, el esfuerzo de integración de los diferentes marcos conceptuales y la participación del entorno cercano al paciente, familia, redes sociales etc. y la implicación y participación del propio sujeto, ya que entendemos la rehabilitación, no solo como la utilización de recursos, sino también como el descubrimiento y entrenamiento de las habilidades básicas para vivir y disfrutar de la comunidad..

Kanter (1989) establece los siguientes principios en un modelo de gestión de los cuidados:

1. Continuidad de los Cuidados: asignación de un solo tutor para cada caso, a pesar de que las indicaciones varíen con el paso del tiempo.
2. Utilización de la relación con el tutor, como un elemento fundamental de aprendizaje y tratamiento.
3. Determinación del grado de apoyo y de las estructuras que son necesarias.
4. Flexibilidad de la frecuencia, la duración y el lugar de los contactos.
5. Facilitación del desarrollo de recursos propios por parte del paciente.

Propone una valoración individualizada, según:

- Las necesidades de cada paciente
- Los objetivos terapéuticos y rehabilitadores que se determinen
- La utilización de los servicios sanitarios y sociales
- La duración estimada de la utilización de servicios y recursos.
- Evaluación de los objetivos prefijados.

BIBLIOGRAFÍA:

- Atlas de la OMS. Recursos de la Salud Mental en el mundo 2001
- Cuestionario de Autonomía Personal: Servicios de Salud Mental de Carabanchel. CASTRO ROZAS,C. FERNANDEZ VELASCO,A- GONZALEZ GUTIERREZ,E- LEMUS PACHON,V. y TORRES FONSECA,E
- Documentación de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria
- Fundamentos del trabajo social.- ROBERTIS,C - 2003 Editorial Náu libres
- Manual de prácticas de Trabajo social en el campo de la salud. J. MONDRAGON - I. TRIGUEROS siglo XXI 1999
- Programas de Case Management: Conceptos básicos y aplicabilidad. FERNANDEZ LIRIA, A y GARCIA ROJO, MªJ. (1990)Revista AEN X nº 32, 65-75
- Problemas metodológicos en la evaluación de un Programa de Rehabilitación. B. SARRACENO- L. DE LUCA- F. MONTERO BARQUERO Instituto "Mario Negri ".Milán revista AEN XII nº 40 1992. 9-14
- Rehabilitación Psicosocial de personas con trastorno mental crónico RODRIGUEZ GONZALEZ, A-y COLAB. (1997) Madrid. Editorial Pirámide
- Trabajo Social en Salud Mental. MIRANDA, M y GARCÉS, E.- Organizaciones de Bienestar. Colección Trabajo Social Hoy. Ediciones Mira 1998

Valentín Lemus. CSM Carabanchel
Cristina Alonso. CSM Hortaleza

PANÓPTICO

La psicología y la LOPS

Todos sabemos el jaleo que se está produciendo con este tema en el que hay diferentes perspectivas, intereses y opiniones. No es fácil resumir este conflicto ni posicionarse en él sin conocer a fondo el estado de la cuestión. En nuestra página web www.sie.es/amsm hemos colgado los distintos informes y documentos que se han redactado desde cada una de las partes para poder conocer dónde se sitúa el debate.

Formación teórica en psicología clínica

Según parece el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid está trabajando sobre un programa de formación teórica en Psicología Clínica de tres años de duración. Los destinatarios serían psicólogos clínicos en formación (PIRes) y psicólogos clínicos con práctica clínica que deseen actualizar sus conocimientos teóricos. Ante tal proyecto surgen multitud de dudas. En primer lugar los PIR no son todavía psicólogos clínicos, precisamente están en periodo de formación especializada y será al final del mismo cuando lleguen a serlo. En segundo lugar ¿a qué psicólogos con práctica clínica iría destinado, a los que están en el sistema público o en ejercicio privado? Por último y dado que al parecer se ha presentado a la Agencia Laín Entralgo para su acreditación y/o financiación, ¿se trata de sustituir la formación que se está realizando en las distintas áreas, con un esfuerzo ingente por parte de los profesionales y tutores, por este programa? Nos parece inaceptable que la Agencia acredite tal programa cuando ha planteado desde siempre que se ocupa de la formación continuada y no de la formación de los residentes que se realiza en las áreas. Esperamos que la Agencia sea consecuente con sus propios planteamientos y en todo caso haga un esfuerzo de financiación para la formación que ya se está llevando a cabo desde la primera convocatoria en el año 1993. Sería no solo un apoyo material importante sino un reconocimiento del esfuerzo que se está realizando. No conocemos de momento la respuesta.

“El Clínico pone en marcha una Unidad específica para tratar los trastornos de la personalidad”

Varios medios de comunicación se han hecho eco de esta noticia formulada de esta manera. Así leído, uno piensa que se ha abierto un nuevo dispositivo terapéutico en dicho hospital para tratar a esta población. Como espacio físico no sabemos si existe porque es posible que además de específica, esta Unidad vaya a ser virtual. Cuando el responsable tiene que concretar los medios materiales menciona “...las consultas ambulatorias de los CSM, el hospital de día, la UHB y las unidades de psicoterapia del hospital” (?) y cuando se refiere al personal de dicha unidad específica habla de “...psiquiatras, psicólogos, enfermería especializada y trabajadores sociales de todo el área 7”. En fin, todo un canto a la psiquiatría comunitaria y a la multidisciplinariedad, pero todos esos recursos que nos cuenta ya estaban antes de la propaganda de esta unidad estrella. No cabe en la cabeza que este anuncio sea un engaño a la opinión pública en el que se venda y se disfraza de “Unidad específica de tratamiento” a un programa de investigación de tratamientos en los trastornos de personalidad, por lo que tendremos que estar atentos los próximos meses para ver qué es este nuevo dispositivo, cómo va a funcionar, el volumen de pacientes que va a atender, qué criterios de derivación tiene, qué pacientes van a seguir siendo vistos en los distritos...

El recorte de las plazas de psiquiatras y psicólogos contratados por el 11-M

Con el fin del año se produjo la finalización del contrato de un buen número de psiquiatras y psicólogos contratados para atender a las víctimas y familiares del atentado del 11 de Marzo en Madrid. Sabemos además que en estos meses no renovarán a muchos otros facultativos contratados para este efecto. No es algo que nos coja de sorpresa porque desde el principio se anunció que estas plazas eran limitadas en el tiempo y como refuerzo a la previsible demanda asistencial que iban a recibir los CSM tras el atentado. Sin embargo, es llamativa la gran cantidad de pacientes que no se relacionaban con el atentado que han atendido estos profesionales. Tal vez el suceso del 11-M no ha generado la demanda asistencial que se esperaba, pero desde luego la que no cesa, es la demanda cotidiana. Así que no sólo se han asistido correctamente a las víctimas y familiares del atentado sino que se han reducido listas de espera y se ha podido atender mejor a la población general y tanto unos como otros se merecen una oferta asistencial de calidad. Esperamos que sigan incrementándose mucho más los recursos humanos en salud mental porque es evidente que hace falta.

Las convocatorias de plazas de Jefe de Servicio de Psiquiatría

En el momento de escribir este boletín, acaba de ser convocada la Jefatura de Servicio de Psiquiatría del Hospital de La Paz. Inexplicablemente no se ha esperado a la Semana Santa y es posible que en esta ocasión no haya candidatos que dejen de presentarse por falta de difusión o de plazo. Es de agradecer porque se trata de una convocatoria abierta y pública de la que tiene que salir el mejor jefe de servicio posible en razón a sus méritos y su trayectoria profesional. No se trata de un puesto de confianza político (esos cargos se eligen directamente) ni tampoco debería convertirse en una cota de poder dentro de un juego de monopoly. El designado va a ocupar una responsabilidad de servicio a los ciudadanos dentro de la sanidad pública y es imprescindible la total transparencia del proceso. Esperamos que haya luz y taquígrafos.

Breves

RESULTADOS DEPORTIVOS

- En el Estadio del Gregorio Marañón, en un partido poco vistoso ambos equipos llegaron al final del encuentro con empate a 2, pero en la prórroga se impuso finalmente EGB. No hubo mucho juego y el enfrentamiento estuvo marcado por un protagonismo excesivo del árbitro. FFN, 2; EGB, 3
- En el Estadio de La Paz no se ha terminado el partido al cierre de esta edición. Parece que el aplazamiento de este encuentro tenía que ver con la finalización del anterior.
- Sigue en juego el emocionantísimo campeonato de ping-pong entre los servicios de psiquiatría de La Paz y el Rodríguez Lafora (o sea, el Alonso Vega). Las pelotas echan humo pero los jugadores aguantan incansables.

RELIGIÓN

- Leganés: 5 directores espirituales en tres años.

El Instituto Psiquiátrico San José Germain de Leganés continuaba con su peculiar calvario para encontrar un gerente espiritual que soportara los rigores y sacrificios del cargo. Hasta cinco gerentes han dirigido la Obra en los últimos tres años y hasta cinco han abandonado el barco tentados por empresas más terrenales. Por fin la Autoridad Religiosa ha comprendido con el nuevo nombramiento que se necesitaba una persona que transcen-

diendo la flaca voluntad de lo humano pudiera llevar él solo los asuntos terrenales (la gerencia) y los espirituales (la dirección médica). En materia de autoridad la Obra no puede permitir duplicidades.

NECROLÓGICAS

Tioridacina Meleril®. Nos abandonó como consecuencia de un problema cardíaco (una prolongación del QT). “Otros vendrán, que bueno me harán”. 1958-2005. D. E. P.

FUTURO

2004, una agenda en el espacio.

Desde finales del 2004 los CSM del Área 9 han informatizado la agenda de los profesionales. Todas las citas nuevas y de revisión que se dan en los Centros tienen que registrarse en una agenda electrónica que controla el ordenador de la Secretaría. De momento las secretarías no dan abasto, los profesionales tienen que llevar una doble contabilidad sino quieren encontrarse con los fenómenos temporo-espaciales propios de los agujeros negros y los pacientes tienen que hacer colas delante del ordenador para registrar su cita. Todo sea por la racionalidad de la asistencia. Un día el ordenador nos dirá que él está también quemado y habremos por fin roto el límite entre el hombre y la máquina.

COLABORACIONES

Bossing, mobbing: ¿necesito psiquiatra o comité de empresa?

*No son las revoluciones, sino las resignaciones
las que han permitido al hombre que viva...
Es posible arreglar las jubilaciones,
pero las resignaciones se arreglan sin nadie.
Alivian poco a poco y sin cesar todas las instituciones
de las obligaciones y de las opiniones...*

Harry Martisson

Las nuevas angustias de la multitud:
La vieja distinción heideggeriana entre miedo y angustia se desdibuja en la postmodernidad. Según Heidegger la angustia emergía cuando uno se alejaba de la casa, de la comunidad de pertenencia que generaba aquella sensación de seguridad ejemplificada por Kant por la visión desde la caldeada cabaña de un pueblo del alud de nieve en una montaña cercana. Hoy cuando Paolo Virno¹ analiza las formas de vida contemporáneas descubre que ya no hay cabaña, ni pueblo que nos refugie del miedo a las tempestades. Vivimos en permanente exposición a la intemperie. La condición nómada y la vivencia de un mundo que no nos acoge son en la postmodernidad menos argumentos filosóficos que sentimientos cotidianos. El hombre vive en lo inhóspito y adquiere por ello una permanente condición de extranjero: no hay lugares familiares donde si uno vuelve es recibido, pues los actuales caleidoscopios familiares no definen un hogar (con su actual pareja en la casa de mi abuela, el lugar estaría poblado por extraños nietos de familias recombinantes si decidiesen volver allí). Menos refugio aun ofrecen las redes de amistad (al amigo del alma al que en los antiguos testamentos se confían las últimas voluntades se le supondría hoy algo homosexual), o para qué hablar de colectivos o hermandades ideológicas...
Decir nosotros es utilizar unas metáforas muertas. Restos familiares constituidos por parejas sucesivas, ciudades y barrios reconstruidos, mestizajes culturales

y residuos de juegos de lenguaje, culturas a la carta sedimentan en multitudes sin memoria colectiva o voluntad general. Los colectivos humanos se juntan hoy por tiempos tan cortos, con finalidades de gratificación tan instantáneas y en un marco de competición por el consumo tal, que sólo logran articular vínculos inestables incapaces de crear una cultura popular. En la sociedad de los individuos frente al pueblo emerge la multitud.

El espacio público, el ágora donde se dialogaba sobre los asuntos de la república y donde se forjaban la razón común y la voluntad popular, ha sido colonizado por el autismo tecnológico y por las colas para entrar al espectáculo. Lo público se transforma lentamente en un espacio donde se ponen en común o se piden soluciones a los problemas privados. Lo subjetivo, lo psicológico, la confesión y la petición de cambios o ayudas para problemas de “minorías psicológicas” invaden las discusiones públicas que acaban pareciéndose a *chat-shows*. ¿Quién es tan desalmado para negar la cirugía pública para la reasignación de género a un transexual? ¿Quién se niega a pagar a escote la heroína a toxicómanos que han fracasado con otros tratamientos?

Los sufrimientos en el trabajo han seguido el mismo camino y se plantean hoy como choques personales. Lo esencial de ese proceso de privatización consiste en que los problemas para los que se pide solución no son adictivos: los conflictos tienen soluciones diversas y por tanto no pueden discutirse juntos ni articular una voluntad general más allá de las buenas intenciones.

El Oportunismo, la disposición permanente al cambio, parecen la estrategia vital más apta para sobrevivir a ese universo donde no se conocen las circunstancias a las que adaptarse. Las biografías postmodernas deben adaptarse a la desprotección social (si tú no te buscas la vida, nadie lo hará por ti), a unas relaciones personales presididas por vínculos emocionales tan laxos que pueden cambiar en un fin de semana y poner fin a la pareja y a unas condiciones de trabajo precario que obligan a continuos cambios de habilidades o países (la deslocalización de empresas obliga al nomadismo). Por todo

¹ P. Virno: *Gramática de la multitud*. Traficantes de sueños, Madrid, 2003.

ello, la disposición al cambio parece la actitud más adaptativa. Un meteorito alteró tanto las condiciones del planeta Tierra que los dinosaurios más fuertes se extinguieron. Las grandes empresas emblema de la nación como la Philips emigran fuera de Holanda. Mantenerse disponible, flexible y atento al mayor número posible de eventualidades para coger la más favorable y cambiar cuantas veces ordene el mercado describe la actitud más sensata de cualquier trabajador inestable o buscador de empleo.

Recuérdese el anuncio paradigmático del postfordismo: “joven con carné de conducir, conociendo idiomas e informática, dispuesto a viajar aceptaría cualquier oferta laboral”. La selección laboral en la postmodernidad funciona con esquemas que un famoso psicólogo describe así: no nos importa lo que usted sabe ni lo que va a hacer en el futuro. Tenemos este problema, ¿sabe resolverlo o no?

El Cinismo constituye la segunda característica de la afectividad de la multitud postmoderna. Para solidaridades está el opositor que se examina contra quinientos para quince puestos de trabajo (¿imaginan una oposición para cinco plazas de conductores municipales interrumpida por los cinco mil que se presentan al grito de ¡o todos o ninguno!?). Frente a las reglas conductuales enmarcadas en códigos sociales de reconocimiento recíproco prescrito por la moral, la Afirmación de sí parece la única norma de supervivencia para el individuo que compete durante toda su vida por un trabajo discontinuo. Ignorar al otro, ahogar cualquier sentimiento colectivo, practicar el egoísmo son el consejo para saber vivir que en el fondo comparten los manuales de autoayuda, la práctica psicoterapéutica y el sentido común.

Angustia, Oportunismo y Cinismo configuran el nihilismo postmoderno que, lejos de generar superhombres nietzscheanos, construye individuos dominados por un miedo permanente. Miedo individual que lleva a la multitud no tanto a añorar la vieja casa, como a continuas búsquedas de protección individual que terminan en los consultorios psiquiátricos. La situación de algunos trabajadores de 40 años amenazados con el paro por la crisis industrial es paradigmática de ese estado afectivo: el mundo se les viene literalmente encima. Todo su proyecto de envejecer con las rutinas de la vieja sociabilidad obrera se diluye. La conducta de un obrero industrial de la primera parte del siglo xx era

previsible en función de sus hábitos²: tras ocho horas de trabajo, los vinos o la partida en la barriada obrera, los fines de mes reunión sindical, en agosto cuando se apaga el horno vacaciones, los fines de semana al pueblo. Las ventajas machistas y el poder familiar³ otorgado por traer el dinero a casa también formaban parte de la condición obrera.

Todo ese mundo quiebra con la mundialización postfordista vivido como caos: la incapacidad de comprender por qué su maestría en soldar barcos ha quedado obsoleta o por qué la empresa en lugar de luchar contra los sindicatos decide retirarse a fabricar coches en países lejanos aumentan la indefensión obrera frente al mundo. Tampoco hay refugio retrocediendo: en el pueblo desde el que emigró, el campo ha sido substituido por urbanizaciones para el fin de semana y la población son viejos que disfrutaban sus pensiones. Las promesas políticas son impotentes para cambiar las decisiones imperiales de las grandes compañías e incapaces de dar seguridad a nadie. La angustia, real en los jóvenes, anticipatoria en los trabajadores maduros con un trabajo cada vez más precario, no parece tener otra expresión que la queja subjetiva y la psiquiatrización. Del viejo estado del bienestar quedan restos que configuran la medicina pública como el único espacio de “seguridad social”. Los centros de salud concentran una oferta que cumple el papel de las viejas iglesias. Las multitudes que acuden a purgar allí su malvivir, las visitan con la esperanza de encontrar en la escucha psiquiátrica el corazón y la humanidad de una sociedad que lo ha perdido.

Individuación del mundo laboral:

Los individuos, los yoes particulares lejos ser el inicio del proceso de socialización, los átomos que por agregación o asociación forman la multitud, son el resultado final de unas largas luchas para someter y derrotar la resistencia de las poblaciones a las disciplinas. Foucault nos enseñó que vacunarse, volver a trabajar cada lunes, gozar de un sexo que habla continuamente son menos fruto de una satisfacción de necesidades y más resultado del ejercicio de un poder pastoral.

La cría humana se caracteriza por la imposibilidad biológica de sobrevivir o llegar a hablar fuera de una sociedad humana, y es esa dependencia la que determina su ser en el mundo. Heidegger y Wittgenstein enseñan por distintas vías que no hay lugar para el hombre fuera del mundo: pensamos o hablamos integrados en sis-

² Pierre Bordieu ha desarrollado esa noción de habitus a la cotidianidad obrera. Especialmente en *Cultura y política o La Huelga y la acción política*, Madrid, Istmo 2001.

³ Bordieu P. La dominación machista. *Anagrama*. Barcelona, 2001.

temas comunitarios y por ello la individuación nunca es completa⁴.

Es el poder pastoral el que fuerza en nuestro tiempo un imaginario que borra ese espacio intersubjetivo en el que siempre nos movemos cuando compartimos el lenguaje o la acción social imponiendo la imagen de un yo cerrado a su mundo de pertenencia, un yo primitivo y aislado de cualquier vínculo natural, de un individuo dotado de un lenguaje privado usado para nombrar objetos de deseo y a partir de su posesión construir su mundo social.

Tras el consentimiento de ese ideal de individuación, los criterios de normalidad en nuestro tiempo diseñan unos itinerarios vitales dirigidos tanto a la separación precoz del niño de sus grupos naturales, como a borrar las huellas de esa pertenencia reduciendo la identidad a la lucha desde la guardería de lactantes por la jerarquía o los objetos de deseo. El deseo de mandar o de tener constituye la única brújula que orienta la autonarración con la que se crea el yo postmoderno en perpetua lucha contra la dependencia. La vieja fábula sobre la máquina que cumple tres deseos –la pata de mono, la botella encantada– y siempre acaba produciendo la ruina del afortunado era una advertencia sobre la incapacidad del hombre para manejar sus deseos de forma sensata. En una versión contemporánea del cuento V. Baranov⁵ avisa de cómo el cumplimiento del deseo mas universal –vivir eternamente– cuando hay que pagar por él puede significar el horror de pasar el resto del tiempo –siempre– trabajando en la cantera para pagarlo. La metáfora contra la sociedad de consumo se acentúa al descubrir la incapacidad del individuo deseante para encontrar la solución al juego de los tres deseos: no desear sólo mi bien –la vida eterna que por ejemplo me condena a ver morir a mis hijos– sino desear el bien para todos.

Contra la versión panglosiana, el trabajo real nunca supuso ninguna realización del hombre. La fábrica o la oficina nunca fueron un balneario: el horror ante los ritmos de trabajo o la vivencia de encierro en las barriadas fueron el sentimiento que se imprimió⁶ en la conciencia de la clase obrera desde su nacimiento. El desorden permanente y la rebeldía explícita o implícita

de las masas ociosas o peligrosas contra el mundo de la producción marcaron el humus colectivo en que nacieron y se desarrollaron las relaciones industriales.

Población popular que percibía a los capataces, accionistas o ingenieros –lo dice una vieja canción minera– como sus enemigos, como los agentes de unos poderes y unos intereses materiales incompatibles con una vida popular autónoma. La vivencia de servidumbre trascendía el tiempo de trabajo. Simone Weil⁷, cuando trata de responder a la pregunta ¿qué es peor, el hambre o trabajar?, rememora cómo en sus años de obrera en la Renault si alguien le hubiese mandado levantarse del asiento en el tranvía, “hubiese obedecido por la sumisión y la debilidad de la dignidad que el trabajo fabril genera en la psique proletaria”.

Mundos obreros y burgueses separados desde cada nuevo nacimiento por imaginarios antagónicos. Mientras para la burguesía las masas populares eran una población salvaje a higienizar y civilizar en los valores de la ciudadanía (ahorro, familia, escuela), los imaginarios revolucionarios afirmaban sus sueños como la pesadilla de esas clases ilustradas (“hijos sí, maridos no”, “ni dios, ni patria, ni patrón”, incendios de iglesias, palacios o cuarteles).

La sociedad del bienestar parecía haber logrado la victoria definitiva del higienismo en esa guerra social con la renuncia de los trabajadores tanto a cualquier cambio radical de la estructura de las relaciones de producción como al cumplimiento de aquel sueño destructor de patrias, familias y estado. Derrota obrera y paz social firmada a cambio de la estabilidad laboral y una reforma permanente de las condiciones de vida en el estado del bienestar.

A nivel microsociedad, ese pacto social materializaba una cotidianidad laboral en la que las obligaciones de cada trabajador estaban detalladas y limitadas a nivel casi individual por el contrato (los convenios en las empresas inglesas multiplicaban por doce las categorías laborales de las empresas japonesas en las que cualquier trabajador sirve para todo) y por unos reglamentos que impedían arbitrariedades o autoritarismo de los mandos empresariales en el ejercicio de la jerarquía laboral.

Los inevitables conflictos laborales se negociaban en un grupo de intermediarios, constituido por una aristocracia obrera de sindicalistas burocratizados y unos gerentes ilustrados en organización y seguridad del trabajo, que habitualmente grababan la paz laboral interrumpida.

⁴ Paolo Virno en Gramática de la multitud, comenta muy elogiosamente en extenso la idea de una individuación siempre incompleta en la obra de G. Simondon *La individuation psychique et collective*, París, 1989.

⁵ Baranov Vadimir: El ganador se queda con todo, en Diccionario de vientos, *Galaxia Gutemberg, Barcelona, 2001*.

⁶ Impresión en el sentido de imprinting etológico: un sentimiento grabado en el nacimiento y que se manifiesta automáticamente a lo largo de la vida.

⁷ Hay un excelente relato de la vida obrera de Simone Weil de Rosa Bueno en la editorial *La voz de los sin voz*, Madrid, 1998.

pidan a lo sumo por algunos inofensivos rituales de protesta. Como segundo aparato de pacificación las grandes empresas crearon servicios médico-psicológicos que armonizaban el puesto de trabajo con el perfil personal de cada trabajador o facilitaban apoyo psicológico y bajas laborales a los trabajadores inadaptados o inadaptables.

Aunque la enemistad contra el trabajo nunca desapareció del imaginario obrero, la desregulación del mercado y la individuación de las relaciones laborales en la postmodernidad la transformaron radicalmente. El malestar laboral, la nueva fatiga industrial, al carecer de cualquier marco o memoria colectiva en el que insertarse, tienen su reflejo en una vivencia exclusivamente subjetiva de la servidumbre laboral.

La amnesia colectiva produce un registro individual del daño a la vida por el trabajo, que personaliza la explotación y convierte al superior jerárquico en un sádico que obtiene placer hostigando psicológicamente a su empleado. Individuación del dolor logrado por la carencia de cualquier imaginario, de cualquier relato que como antaño separe el nosotros –los de abajo– del ellos –los de arriba– que permitiese una perspectiva no intimista.

La figura del capataz o el jefe de taller deja de ser comprendida como el calculador racional que busca sacar el máximo de plusvalía a su obrero para aparecer como el malvado, la única figura del mundo laboral que parece realizarse y actuar por vocación. Frente a los viejos dramas de B. Brecht que mostraban cómo la mejor persona del mundo cuando actuaba como patrón, a pesar de sus buenas intenciones, sólo podía producir dolor a sus trabajadores, la queja postmoderna contra el trabajo solo puede enmarcarse en los marcos subjetivos de las relaciones íntimas.

Mobbing

El resultado de esa individuación laboral es que el nuevo fantasma que recorre Europa no tiene un mundo nuevo en sus corazones sino una nueva enfermedad en el alma con bautismo en inglés bajo los nombres de *bossing* o *mobbing*. “Enfermedades” que traducen las nuevas figuras del sufrimiento en el trabajo, relatadas en un formato intimista como acoso psicológico en el trabajo.

Del interés que ese tópico despierta en la academia escribe Hoel, y se cita en los *Papeles del colegio de psicólogos español*⁸ que “el *mobbing* es el tópico de in-

vestigación de los años 90”. Según esa bibliografía los trastornos por acoso afectan nada menos que al 8% del total de trabajadores de la Unión Europea y la cifra se agrava por el daño que produce el acoso en las personas que lo contemplan sin sufrirlo pero que padecen de grave estrés según esta literatura. No es de extrañar que contra el *mobbing* se promulguen leyes que lo consideren un delito como en el código penal español el Art. 173, o se movilicen esfuerzos de cara a la elaboración por parte de la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales del Parlamento Europeo de un libro verde sobre el *mobbing* que “constituirá un referente legislativo”⁹.

El concepto de *mobbing* nació en Suecia desarrollado por el psicólogo Leymann, que estudiaba el malestar laboral con unos conceptos tomados de la etología sobre los análisis de la jerarquía y el poder en el mundo animal. El trabajo fue muy bien acogido por las agencias oficiales del bienestar y las definiciones se multiplicaron al aclimatarse a cada geografía y a cada legislación laboral. Desde la definición cuantitativa del *mobbing* por el propio Leyman, “una persona es objeto de *mobbing* si se encuentra expuesta al menos a una actuación negativa cada semana, durante un periodo mínimo de seis meses”, hasta la ofertada por el Gobierno Autónomo de Asturias en un papel profusamente repartido por todos los centros de trabajo como “Se entiende por acoso u hostigamiento psicológico en el trabajo el comportamiento hostil que atente, ofende, humilla, atemoriza de forma sistemática la integridad física y psíquica llevada a cabo por una o varias personas hacia una tercera, la víctima”. Obviamente la epidemia recorre los países ricos (para pensar en *mobbing* están los millones de niños esclavos que fabrican las alfombras y que son asesinados como Iqbal Masih¹⁰ cuando denuncian las condiciones de su trabajo forzado) y las legislaciones con restos del naufragio del estado del bienestar (en Japón los trabajadores prefieren morir a dejarlo).

El *mobbing* como todo síndrome psíquico que se precie, imita la evolución de una enfermedad real según cuatro fases.

El inicio consiste en la fase de Impasse: ante hostigamiento por un superior jerárquico que en base a sus os-

⁹ Anderson J: Informe sobre el acoso moral en el lugar de trabajo. Parlamento Europeo, A5, 2001.

¹⁰ El 16 de abril de cada año se celebra en España en su recuerdo el Día Mundial contra la Esclavitud Infantil y su figura es honrada por los sindicatos de izquierda cristiana de todo el mundo, que incluso proponen su canonización.

⁸ Baron Duque M, y col: La Espiral del *mobbing*. *Papeles del Colegio de Psicólogos*. 2003, 84, 71-82.

curos odios provoca ansiedad en su víctima, ésta cae en desconcierto. Sus intentos explicativos sobre él ¿por qué me pasa a mí esto? fracasan y esa ausencia de racionalidad en lo que ocurre y lo infructuoso de perseverar en la racionalidad instrumental generan más ansiedad y cristalizan sentimientos de inferioridad intelectual. La ausencia de cualquier perspectiva solidaria de cualquier estrategia de búsqueda de ayuda colectiva conduce a una actitud fatalista de aislarse, de no hablar del tema, de dejar correr el tiempo y esperar a que pase el temporal mientras se toman píldoras para dormir y alcohol o drogas para hacer tolerable la situación.

La segunda fase supone ya la apertura del conflicto y la intimidación formal de la víctima a la que se acusa de deslealtad o ineficacia en el trabajo, se usan en su contra los síntomas de ansiedad o los fallos atencionales y se le amenaza formalmente degradación laboral o despido. La puntuación de la crisis por los dos protagonistas del conflicto: tengo que vigilarlo y reprenderlo porque trabaja mal, por el acosador, frente al trabajo mal porque está siempre vigilándome, del acosado, suele resolverse siempre a favor del primero aumentando el pánico de la víctima que visualiza a veces por primera vez las realidades y efectos de un poder que hasta entonces consintió.

La tercera fase pasa por la pelea franca entre acosador-acosado, la búsqueda de aliados hacia arriba –novedad absoluta contra las viejas solidaridades colectivas desde abajo– y la intervención de figuras de autoridad –superiores jerárquicos, médicos de empresa, servicios psicotécnicos– que cristalizan la percepción de soledad en la víctima que vive solo e indefenso frente al mundo empresarial sin ninguna red solidaria de apoyo. La subjetividad de la víctima en esta fase está presidida por la clásica situación de indefensión aprendida que se expresa con una variada psicopatología en relación con la culpa, la depresión, los trastornos obsesivos o incluso los gestos suicidas.

La descontextualización de los síntomas toma entonces el mando de la evolución de la crisis y se inicia lo que Baron llama el *vía crucis* por diversos servicios médicos a la búsqueda de baja laboral como solución para evitar el castigo empresarial. Mecanismos que como en las fobias provocan un resultado catastrófico para la persona que los emplea. Los viejos horrores laborales generaban mecanismos de defensa que daban cuenta del horror de trabajar por su comparación con el dolor soportado para no acudir a trabajar: en el viejo imaginario minero se elogiaba la capacidad para autolesionarse fracturándose dedos o rodillas con un marti-

llo ante lo penoso y peligroso de los malos tajos. Los nuevos horrores exigen esta especie de autolesión psíquica. La predicción de eficacia laboral desciende tan drásticamente que acaba siendo la profecía que se cumple y convierte en inútil al trabajador perseguido, que lo extiende mucho más allá del trabajo a una identidad de fracaso vital global mantenido por la necesidad de reafirmarlo periódicamente para solicitar la baja laboral por motivos depresivos que le permita eludir el contacto con su perseguidor.

La última fase es descrita como la fase de huida: durante ella la víctima del acoso se cronifica en la indefensión y en los mecanismos fóbicos en una identidad quejumbrosa centrada en la queja múltiple sobre sus malestares y en el resentimiento general contra el mundo y en especial contra los servicios médico sociales “que no resuelven mi problema”. La vía terminal común de esta fase de huida tiene dos versiones bastante similares.

O bien la prejubilación por motivos psiquiátricos, de nuevo trastornos del estado de ánimo; las adiciones, las conductas autolesivas son etiquetadas como enfermedad invalidante en una colusión de los técnicos para quitarse de en medio el problema. O bien la adaptación burocrática a un puesto de trabajo rutinario –el oso que dormita en la caverna es la metáfora de Leymann– y de menor categoría que el anterior desempeñado con la menor inversión afectiva posible, salpicado por bajas laborales y conductas de resistencia pasiva similares al “preferiría no hacerlo” del escribano Bartleby.

Búsqueda de ventaja: picaresca y resistencia laboral.

La epidemia de *mobbing* no hace sino reflejar otro aspecto de la derrota popular. La vieja cultura obrera dotaba al aprendiz, mucho antes de su primer día de trabajo, de una sabiduría de resistencia que se manifestaba en multiplicidad de conductas y actitudes integradas en una cultura de “sabotaje benévolo” a la máxima producción posible. Desde hacerse el tonto en el aprendizaje de las tareas concretas, a trabajar lento y “sin agotarse”, o racanear tiempo de presencia en el tajo con fugas por el taller o escondites en el baño, todo valía para romper “la cadena” de producción. Resistencias a la disciplina laboral que incluían bromas sangrientas a los trepas, boicots o violencia contra los pelotas del jefe, marcas de territorios reservados al colectivo saboteador, que hacía caer tuercas o martillos desde las alturas cuando el ingeniero visitaba el taller. Rutinas de resistencias que de alguna forma sedimentaban en una memoria colectiva que articulaba grupos amistosos fuera del tiempo de trabajo, basados en el

machismo y los gustos de necesidad¹¹ que continuaban el discurso fabril en la barriada obrera —el esquirolo y su familia tenían pocos lugares donde tomar un vino sin ser insultado— que totalizaba una cultura, —con sus ritos y sus mitos—, envolvente para toda el vecindario e invisible al extraño¹².

Frente a ella la cultura empresarial siempre intentó romper esa identidad colectiva, individualizando la producción y escindiendo los colectivos en buenos y malos trabajadores, cronometrando las tareas, dando rangos o salarios diferentes a cada productor y dispersando el hábitat obrero en la organización científica del trabajo de orientación taylorista. O más ambicioso aun tratando de crear con el modelo taylorista una cultura interclasista alternativa que substituyese la memoria de resistencia obrera por una ideología de la colaboración colectiva en la empresa, los gustos de pretensión y el orgullo de pertenencia a la misma compañía durante varias generaciones con tradiciones de lealtad casi feudal a la “casa” .

La nueva situación del trabajo precario y discontinuo, ha dejado obsoletas esas luchas. Hoy la relación laboral es de nuevo un contrato individual, cercano a la vieja relación artesanal y por ello las vivencias de sufrimiento en el trabajo se enmarcan en lo subjetivo, en los azares de una mala relación con un mal jefe, que nada tiene que ver con la necesidad colectiva de vender la vida, eso que fluía cuando en la infancia no se sabía de días negros o rojos del calendario como tiempo de trabajo, eso que tarda en pasar por el reloj de la oficina y que se anticipa en el tiempo de ocio.

El manual asturiano para detectar *mobbing* enfatiza esa individuación de la relación “el acoso es siempre una situación provocada intencionalmente y premeditada. El autor del acoso quiere dañar y la víctima lo sabe”... “En ocasiones puede ser absolutamente sutil, pero no por ello menos intenso ni dañino para la víctima.”. Sutileza remarcada porque “la intencionalidad no se evidencia en ninguno de los actos integrantes de esa conducta y sólo es detectable mediante el análisis global de la misma”.

Una de las constantes en las modernas descripciones del mal es el haber prescindido de la figura de un agente sádico en su génesis. Es un tópico aceptado que

cuando se escucha la subjetividad del monstruo nazi, incluso poco antes de su ajusticiamiento, sólo rememora recuerdos de un burócrata atareado en hacer llegar puntuales los trenes al campo de exterminio¹³. Cuando Fanon¹⁴ “trata” los trastornos de los torturadores del ejército francés en Argelia, encuentra la misma figura impersonal y burocrática: el trabajo de golpear o quemar con electricidad los testículos de los independentistas cansa, y lejos de gozarse en la tarea el pobre torturador que “consiente” en su tarea, también padece de estrés y fatiga laboral. Paradojas de la malaria postmoderna, que hace reaparecer al sádico en la cotidianidad, habitando en la intimidad del hogar de los mil maltratos a mujeres o niños y en los acosos del trabajo. Parece que el hogar y el taller son los escondites donde el antiguo deseo de lucro se transforma en el deseo de obtener un plusvalor de gozo en el dolor de sus esposas, hijas o subordinados.

La figura del acosador laboral es descrita por Irigoyen¹⁵ en su trabajo sobre el *mobbing* como la de un psicótico, como un perverso que proyecta sus necesidades persecutorias en las figuras cercanas de su entorno laboral.

Si la figura del mal presidiendo los restos de la sagrada familia nos choca, en lo laboral la extrañeza ante el sadismo del jefe desaparece cuando comprobamos que todo es una fábula, que el *mobbing* es la caricatura del viejo malestar laboral tradicional, de un relato psiquiatrizado de las clásicas formas de fatiga o estrés laboral descontextualizado de cualquier análisis colectivo.

La descripción del acoso laboral se estructura en el manual asturiano ya citado en cinco epígrafe: “ataques verbales”, “desacreditación profesional”, “aislamiento social”, “ataques personales”, “sobrecargar de trabajo, encomendar tareas rutinarias por encima o por debajo de sus posibilidades, asignar objetivos o proyectos inalcanzables”, “violencia física: gritos, amenazas, invasión de la vida privada”. Todos estos “síntomas”, lejos de reflejar una patología de maltrato cercano a las vejaciones de Justine, describen y concretan rutinas cotidianas que casi ningún trabajador ha dejado de su-

¹¹ Bourdieu P en Cuestiones de Sociología. Istmo, Madrid, 2000. Describe muy bien ese proceso con el intraducible juego de palabras *classement, déclassement, reclassement*.

¹² Rubén Vega en varias obras sobre historia del movimiento obrero asturiano ha desarrollado una convincente descripción de ese mundo de la vida obrera que va mucho más allá de la fábrica.

¹³ La experiencia de A. Arendt, que asiste al juicio y la ejecución de Eichmann en Israel, es la generadora de ese tópico sobre la banalidad del mal.

¹⁴ Fanon F: Los condenados de la tierra. FCE, Buenos Aires, 1963. En el prólogo de la obra Sartre denuncia brillantemente la colaboración psiquiátrica con el colonialismo afirmando “Francia fue el nombre de una nación, quizás empieza a ser el nombre de una neurosis”.

¹⁵ Irigoyen M.F.: El acoso moral en el trabajo, Paidós, Barcelona, 2001.

frir a lo largo de su vida laboral (la violencia se refiere por ejemplo a no tener en cuenta problemas físicos o de salud) y que aparecen casi literalmente reflejadas en un texto de 1950 de Bonnaffé sobre la fatiga laboral de las telefonistas que también acusaban a sus supervisoras de malevolencia personal y sobrecarga laboral “hasta hacerlas reventar”. Etiquetar ese sufrimiento como excepcional y enmarcarlo en una interrelación basada en las pasiones íntimas supone un relato demagógico que presupone la situación laboral normal como un contexto no conflictivo de relaciones racionales en el que la habitual mala relación con el que nos mandase se transforma en lo excepcional y el Mal Capataz de siempre es psicopatologizado bajo la figura Mediocre Inoperante Activo (inevitable acróstico de MIA)¹⁶. Respecto a los síntomas del Acoso Laboral encontramos algunas figuras psicopatológicas conocidas en la exploración de los Trastornos Disociativos. “Síndrome de estrés postraumático”, “Síndrome de estrés por coacción continua”, “Síndrome de fatiga crónica” son las tres agrupaciones sindrómicas que sintetizan los trastornos de memoria, la irritabilidad, las crisis nerviosas, el *Breakdown*, el daño en las relaciones interpersonales y la vida social” que la malaria laboral produjo siempre en los trabajadores y que fueron interpretados con acierto por la psiquiatría dinámica en torno a la Ventaja con el Síntoma.

Ventaja inconsciente aunque voluntaria, en los Síndromes Neurasténicos, o ventaja voluntaria y consciente en la simulación Sinistrósica que debe valorarse en su analogía con los síntomas histéricos respecto al feminismo inconsciente: como una protesta incoherente pero en el fondo justa contra lo insoportable de la cotidianidad obrera.

El viejo sueño del higienismo médico pedagógico de colonizar a la clase peligrosa integrándola en los valores liberales fuera del taller, mediante el familiarismo, tiene su triunfo definitivo en ese psicologismo de empresa que naturaliza el obedecer. Las habilidades para sobrevivir al trabajo que antaño se aprendían en la escuela para trasladarlas luego contra el capataz –picarescas para invisibilizarse a la mirada del maestro, fugarse de clase, crear redes de compañeros para copiar los exámenes o falsificar las notas– se ven hoy substituidas por una subjetividad que prima la autoexplotación por identificación con el éxito o el fracaso empresarial, y la buena comunicación o la habilidad para ne-

gociar conflictos que obviamente suponen el respeto al contrato y al poder patronal.

El proceso de transformar la vida en trabajo exige una continua represión que la monotonía de las modernas cadenas o el trabajo comercial transforman en sobrerrepresión: en un tiempo que no pasa y que más que fatigar el cuerpo, arruina el carácter. La deslocalización geográfica convierte al trabajador de montajes en una especie trashumante sin vínculos estables al barrio o a compañeros, que vive lejos de la familia en un lugar en ninguna parte.

Por ello, la teoría del acoso laboral supone una forma de subjetivización de esas condiciones reales que se complementa a la perfección con esa individuación forzada del trabajo: si el trabajo me altera y “estoy cansado, con dolores múltiples o pérdida de memoria...”, “en el poco tiempo que estoy en casa no me quito de la cabeza los problemas, el trabajo acaba siendo una forma de posesión peor que la diabólica”, lejos de buscar acciones colectivas que transformen el tormento o buscar al menos palabras de exorcismo para maldecir al amo, debo encontrar un psiquiatra que me ayude a detectar y combatir al responsable de mi estrés laboral.

Lo falso e idiota de un supuesto síndrome psiquiátrico como el *mobbing*, la simplicidad de su deconstrucción no suponen en absoluto su ineficacia para transformar radicalmente la realidad. Foucault nos recuerda cómo la absurda campaña sobre el daño corporal por la masturbación infantil¹⁷ generó una amplia variedad de disciplinas para vigilar la intimidad del niño que prácticamente recrearon el concepto de la infancia y su psicopedagogía desde la visión de una niñez frágil y necesitada de tutela.

La psiquiatrización de la vida laboral parece hoy un movimiento similar: el trabajo es un lugar estresante desde el que llegan enfermos y a donde no se puede enviar pacientes rehabilitados. En nuestro tiempo, el dolor por el daño a la vida ocasionado por el trabajo ha hecho abandonar cualquier esperanza de “realización en el trabajo”. Hacia el trabajo ya no se canalizan las viejas luchas, ni se sueña con “otro trabajo” en una empresa autogestionada, sino que se consiente en sufrir mientras por doquier se aspira a la jubilación anticipada o a los periódicos consuelos en forma de baja laboral que el psiquiatra puede conceder.

¹⁶ González Rivera J.L.: El trastorno por mediocridad inoperante activa. (*Síndrome MIA*). *Psiquis*, Madrid, 18, 229-231.

¹⁷ El texto de Tissot S.M. El onanismo. *Asociación Española de Neuropsiquiatría. Historia*, N 14, Madrid, 2002; es un texto imprescindible sobre la imbecilidad psiquiátrica creadora de unos contextos de evidencia general sobre la necesidad de proteger a la población de una plaga inexistente.

Psiquiatrización de la justicia laboral: la genealogía de la transformación de los gremios psi de médicos de locos a gestores de todos los ámbitos de la cotidianidad se inició históricamente por la invasión de los foros de justicia. La campaña forense que afirma la capacidad psiquiátrica para descubrir entre los criminales “locos que no lo parecen” e ilustrar en la audiencia sobre cuánto de loco o cuánto de malvado hay en un criminal marca la salida de los psiquiatras de sus manicomios para convertirse en higienistas que empiezan a influir en los más variados ámbitos del panóptico estatal y del poder pastoral. Tras el éxito de ese desembarco psi en el foro, todo el imaginario judicial –carcelario– queda monopolizado por una práctica que transforma en psicólogo desde el juez al carcelero, que ya no juzgan o encierran sino que interpretan la voluntariedad y el compromiso de la personalidad del delincuente en la consumación de sus maldades para dictar sentencias y evalúan su rehabilitación-peligrosidad para abrirle o cerrarle las puertas de la cárcel.

Y desde ese primer éxito psiquiatizador, el siglo xx es la historia de cómo una práctica psi con unos conocimientos mínimos logra una influencia absoluta en la gestión de la vida cotidiana. Desde la crianza a la vejez, desde el sexo a la comida, desde la gestión de los vicios (bulimia, ludopatía, alcoholismo) a la buena muerte siempre hay un psi que enseña cómo hacerlo.

La psiquiatrización de lo laboral tuvo los mismos inicios que la campaña forense de principios del siglo xx, con las peritaciones e informes psiquiátricos para jubilaciones anticipadas que en algunos lugares como Asturias permitieron dismantlar toda la industria tradicional convirtiéndola en una región de un millón de habitantes sin apenas resistencias y con unas tasas de prejubilación brutales. En Asturias no hay mineros mayores de 40 años, ni metalúrgicos mayores de 45, ni empleados de banca mayores de 50. En el proceso de cierre de empresas el ¡Doctor, jubíleme! fue el clamor general y la petición habitualmente atendida con informes psiquiátricos sobre procesos depresivos que, unidos a otras patologías lograron convertir la vieja clase obrera asturiana al rentismo. La percepción de ese poder psiquiátrico para solucionar conflictos que antaño se resolvían con la acción colectiva, que la solución no es la revolución sino la jubilación y la resignación, parece que ha transformado radicalmente el imaginario obrero, que admite su indefensión y busca en la protección psiquiátrica la solución a sus males de persecución laboral y de “no valer para el trabajo”.

El consenso social para hacer de los centros de salud mental un lugar donde se celebra la ceremonia de etiquetar como enfermedad y evaluar como invalidez laboral las difusas quejas que recibimos repite la mentira de capacitar al psiquiatra para otorgar un diploma que permitía abortar (por alto riesgo psiquiátrico para la embarazada) en lugar de legislar de forma clara prohibiendo o liberalizando.

Dos casos “clínicos” de trabajadores de sanidad pueden ilustrar el proceso de psiquiatrización que hoy inunda los centros de salud mental de nuevos casos e impide la salida al mundo del trabajo de los “viejos” pacientes.

Ezequiel. Se trata de un usuario que acude en el año 2002 a un centro de salud mental de Gijón por sufrir un cuadro mixto de ansiedad y depresión con agravamiento de problemas dermatológicos, secundarios a una situación de conflicto laboral en el servicio de mantenimiento en el hospital del Insalud donde trabaja.

Tras un breve informe en ese sentido que es exigido por el usuario, la implicación del psiquiatra en un conflicto de versiones entre el trabajador y algunos compañeros que alegan un proceso de *mobbing* y sus jefes resulta inevitable.

Ezequiel ha sufrido un expediente disciplinario por parte del Servicio de Inspección Sanitaria del Gobierno Asturiano. La acusación central de ese expediente que el paciente aporta para su historial clínico, dice lo siguiente: “el día ... en los talleres de mantenimiento fue requerido por el jefe de mantenimiento del Hospital para que sustituyera el bombín de la cerradura del armario donde guarda la herramienta ante lo cual Ezequiel de forma violenta partió contra el suelo una tabla de madera arrojando los trozos de la misma y algunos perfiles metálicos a los pies del mencionado jefe de grupo, cogiendo a continuación del citado armario un cuchillo en actitud amenazante”.

El consultante niega los hechos y afirma la existencia de una situación de persecución laboral aportando dos pruebas de la misma en forma de escritos colectivos de algunos compañeros de trabajo. Uno de ellos afirma “los trabajadores de mantenimiento del Hospital de Cabueñes abajo firmantes afirmamos que D. Ezequiel, mecánico de mantenimiento desde hace doce años, jamás mantuvo ninguna actitud violenta u hostil hacia ningún compañero o jefe, sino todo lo contrario una persona equilibrada, amable y trabajador”.

Otro documento más general y con una veintena de firmas afirma:

“los trabajadores de mantenimiento nos vemos en la obligación de denunciar la situación de indefensión en que nos encontramos por el maltrato recibido por parte del Jefe de Grupo...”

Si a la larga lista de humillaciones, descalificaciones y desprecios y otras provocaciones vividas entre otros por... (figuran cuatro nombres) unimos la decisión de D... renunciando voluntariamente a la relación laboral como consecuencia directa del desamparo ante tales abusos de autoridad, convendremos todos en reconocer la veracidad y gravedad de lo denunciado. Es un daño, el originado durante estos años, sostenido argumentalmente por quien en última instancia establece los objetivos del servicio D... que en repetidas ocasiones vierte juicios de valor sobre la valía de los profesionales a su cargo, siempre como defensa propia, menoscabando sin reparo alguno la autoestima de los mismos.

Entre ambos jefes se articula por tanto, no cabe duda, la agresión para obtener como último rendimiento el sometimiento a una jerarquía deslegitimizada ante todo el colectivo de talleres”.

La versión contraria del equipo directivo del taller califica la situación de “insubordinación colectiva, considerando que se usa el argumento del acoso como uno de los argumentos principales de presión, cuando en definitiva lo que no se acepta es el más elemental control, tanto del trabajo como de la asistencia al mismo”. Con cierta justicia, visto lo subjetivizado del diálogo sobre el daño subjetivo a “la autoestima” y la respuesta a “la insubordinación”, al juez instructor del expediente se le ocurre naturalmente “solicitar al psiquiatra Guillermo Rendueles del CSM IV un informe actualizado sobre la situación clínica de D. Ezequiel, especificando sobre la existencia o no de antecedentes psiquiátricos, la etiopatogenia de su padecimiento, la terapéutica seguida y sus resultados, así como el pronóstico clínico (folio 44)”.

Ezequiel trae a mi consulta como prueba de la objetividad de lo real de la persecución la carta de dimisión de otro trabajador de su servicio al jefe de ese departamento:

“Quiero renunciar a través de este escrito a mi actual contrato debido a los problemas que desde hace tiempo vengo padeciendo, derivados de las actitudes hostiles hacia mi persona del jefe de grupo de mecánicos. Situación que, a pesar de haber sido comunicada puntualmente, tanto al jefe de servicio como al Servicio de Prevención, y que en diferentes ocasiones me llevó a situaciones de baja laboral, continúa en la misma tó-

nica, resultándome imposible seguir trabajando en estas condiciones ya que estoy poniendo en riesgo mi salud”.

El largo proceso que enfrenta las versiones subjetivas de daño psíquico o imposibilidad de disciplina laboral no parece tener otra solución que esa petición de informe psiquiátrico que el instructor de la causa me pide. Aunque dicho informe etiqueta el caso de Ezequiel como una reacción adaptativa depresiva, eso permite una salida a gusto de todos, en forma de una larga baja laboral y una posible invalidez (aceptada como un premio por el interesado) que resuelva con la separación el conflicto de una pareja tan mal avenida. Solución que muestra la fragilidad de los contendientes en el conflicto laboral postmoderno, que convierte en comedias de enredo los viejos dramas de antaño (la chispa del motín eran antaño situaciones como las de Ezequiel) y bien está que en cúmulo de despropósitos los psiquiatras añadamos la nuestra a esos juegos de mentiras.

Fernando. Se trata de un paciente de 32 años con diagnóstico de déficit cognitivo leve injertado en una psicosis maniaco depresiva tipo bipolar que había tenido en su debut un curso muy tormentoso con varios ingresos hospitalarios debidos en parte a la tendencia abandonista de Fernando, que no “veía futuro” fugándose de su casa y no cumpliendo tratamiento. En los últimos tres años el cuadro aparecía compensado y estable con mínimos cambios de tratamiento. A tan buena evolución había contribuido su trabajo como celador en el Hospital Central de Asturias que le permitía un proyecto vital normalizado: “con lo que gano, ya puedo pensar en echar moza para marchar de casa” nos comentaba en las últimas consultas.

Parecía haberse cumplido en Fernando una de las evoluciones que desde la reforma psiquiátrica habíamos previsto como paradigmáticas. Frente a las viejas biografías psiquiátricas condenadas al manicomio, marginadas del trabajo y en dependencia de la benevolencia familiar, la mejora del tratamiento psiquiátrico y la acogida laboral y comunitaria a los pacientes por la “sociedad” permitirían normalizarlos para que llevaran una vida autónoma.

Todo ese supuesto en el caso de Fernando se demuestra falso al ser descalificado y propuesto para despido tanto por sus superiores jerárquicos en el trabajo como por sus compañeros dominados por una lógica presidida por “las heladas aguas del cálculo egoísta” que pesan y miden los rendimientos laborales de Fernando

en comparación con la norma, concluyendo en pedir su exclusión.

Fernando acude a consulta desconsolado, porque ha recibido una carta de la Dirección de Personal del hospital al que pertenece que le acucia a aportar alegaciones contra los informes que le han hecho llegar los encargados del Servicio de Lavandería donde trabaja y que literalmente dice respecto a Fernando y a otro desventurado:

“creemos que no reúnen las condiciones necesarias para desarrollar el trabajo en la lavandería. Aunque ponen buena voluntad, su capacidad física y mental no le permite ejecutar las órdenes satisfactoriamente. Físicamente, hay puestos en que cualquier compañero trabaja el triple que ellos, tal es el caso de sacos; mientras que ellos depositan tres sacos en la cinta, su compañero deposita diez.

Mentalmente, cuando se les encomienda una labor, o no la entienden o si la entienden, al cabo de un breve intervalo de tiempo se les olvida, transcurrido el cual hacen todo lo contrario, no por desobediencia, sino por falta de concentración (están en Babia).

Aquellos puestos en que además de un esfuerzo físico se requiere el manejo de una máquina no los pueden ejecutar por su manifiesta incapacidad. Sus limitaciones hacen que el trabajo que ellos deberían realizar recaiga sobre el compañero asignado (normalmente los celadores trabajan en pareja), lo cual genera mal ambiente y rechazo hacia ellos...”

Efectivamente existe otro informe del jefe de lavandería acompañado de testimonios de trabajadores donde se afirma:

“que ninguno de los dos está capacitado para trabajar en la lavandería ya que su manifiesta incapacidad no sólo es causa de una merma en la producción sino que genera desigualdad, tensiones y mal ambiente entre todos los compañeros afectados... En el caso de Fernando... una vez finalizada su contratación actual por tareas, no debería ser contratado nunca más para lavandería”.

Actualmente Fernando está de baja laboral y ese nunca más con que termina el informe indica a las claras su exclusión y, como él, de la casi totalidad de pacientes psiquiátricos para “rendir” e integrarse en las cadenas de producción normal. Con ello, su destino al trabajo protegido en talleres que recreen en otro lugar la labor-terapia manicomial o a la invalidez escasamente pensionada esta sellado para siempre.

Desechos industriales postmodernos: la definición de Freud de normalidad “alguien capaz de amar y trabajar

con satisfacción” parece condenar a la anormalidad a la mayoría de la población postmoderna. Los amores sucesivos parecen complementarse con los trabajos intermitentes y precarios. O peor aun, como dice un interesante pensador turinés¹⁸: la fábrica postfordista se parece cada día más a una institución total, una institución que, por producir *just in time*, por no almacenar sino producir lo que el caos mercantil determina, exige una disponibilidad y una entrega absoluta del trabajador a la producción como antaño exigía el pacto mefistofélico.

Por otro lado, los lugares donde antaño se originaba la agregación colectiva, donde se generaba la identidad popular se han ido destruyendo. El trabajo precario crea un nuevo estatuto de trashumancia de los trabajadores, que deben viajar a donde sus compañías los envíen. Con ello el trabajo se transforma en unas tareas exigentes e inestables que exigen una movilización total de las poblaciones, que obviamente genera un malestar que, por ser vivido en lo íntimo, termina necesariamente en el psiquiatra.

Aquella imagen de la película *Locos a desatar* en la que un paciente psiquiátrico era acogido por los trabajadores o los sindicatos es una fantasía a olvidar en postmodernidad, como la historia de Fernando ejemplifica. La necesidad de supervivencia exige pedir subsidios y pensiones para todos, pero la necesidad de un subsidio como derecho de renta universal independiente del salario no debe ocultar cómo ello reduce la sociabilidad de quien lo recibe y lo conduce a la marginalidad.

Una sociedad que me da sin pedirme nada mal puede incitarme a implicarme como ciudadano, simplemente me dice que no espera nada de mí, que soy uno más de los muchos desechos industriales de la postmodernidad en cuyo reciclaje, cómo no, deben intervenir esos especialistas en cualquier malestar llamados psiquiatras.

Guillermo Rendueles Olmedo

¹⁸ Revelli M.: La fábrica postfordista se transforma en institución total. *Contrapoder*, Madrid, 1999.

HEMOS LEÍDO

Pérdida, pena, duelo; Vivencias, investigación y asistencia. *Jorge Luis Tizón. Barcelona: Paidós, 2004*

La publicación de un libro de Jorge Luis Tizón es siempre una muy buena noticia. Hoy no puede concebirse que nadie en nuestro país se refiera a los temas que ha tratado en los anteriores (la epistemología, la psicodinámica, la atención primaria, la emigración...) sin hacer referencia a ellos.

Éste acentúa lo que para mí son las principales virtudes de los sus antecesores: parte de una revisión exhaustiva, rigurosa y crítica del tema, en base a ella y a una vasta experiencia clínica hace propuestas teóricas originales y audaces, y se traduce en guías prácticas pensadas para ser aplicadas en contextos muy diferentes (de la atención primaria a la práctica psicoanalítica, pasando por la ayuda de legos o la práctica de la atención comunitaria a la salud mental).

El libro aparece en un momento en el que la necesidad de prestar atención a los supervivientes de los atentados del 11M ha puesto, dolorosamente, de manifiesto la necesidad de mejorar la formación y la capacidad de actuación de nuestros profesionales de la salud mental sobre estos procesos. Aunque sea también un momento en que sigan obstinándose en ofrecernos una roma disciplina que ha cortado sus nexos con la inteligencia del comportamiento normal, como la única científicamente legítima. Y ofrece a quien se acerque a él, tanto un instrumento útil para buscar esa formación y mejorar esa capacidad, como tomar nota de que, como Tizón se propone, la investigación y el pensamiento dignos de tal nombre apuntan en otra dirección muy distinta.

Alberto Fernández Liria

On Intelligence. Jeff Hawkins (& Sandra Blakeslee). *Times Books. New York 2004.*

El autor, ingeniero electrónico inventor de conocidos artilugios electrónicos que utilizamos diariamente, hipotetiza sobre la auténtica naturaleza de la inteligencia humana, desarrollando un original modelo de funcionamiento del cerebro humano, explicando la razón de que los ordenadores no sean aún inteligentes, pero adelantando que –basándose en este modelo- esto será posible en el futuro.

La base de su teoría es explicar el cerebro no como un ordenador, sino como un sistema de memoria que almacena experiencias en un modo que refleje la estructura del mundo, recordando secuencias de eventos y

sus relaciones, y realizando predicciones basadas en esto recuerdos. Según el autor, en este sistema mnésico-predictivo se basan la inteligencia, la percepción, la creatividad e incluso la conciencia. La inteligencia es, así definida, como la capacidad del cerebro de predecir el futuro por analogía con el pasado. Esta manera de entender el funcionamiento del cerebro humano abriría para el autor la vía para construir máquinas inteligentes, que no se limiten a imitar, sino que superen la capacidad humana.

Esther Pérez Pérez

CARTAS A LA AMSM

Nota de la Junta: *Esta sección está abierta a todos los que quieran comentar algún asunto relacionado con la Salud Mental en Madrid. Animamos a que la gente escriba porque el último que lo hizo ganó una plaza de Jefe de Servicio de Psiquiatría y este año sorteamos otra.*

Las paradojas de la oposición extraordinaria del Insalud

Como todos sabemos, después de muchos años a la espera de una solución para consolidar las plazas de su personal, el Insalud en el mes de noviembre del 2001 convoca una “Oposición extraordinaria para la consolidación y provisión de plazas de su personal estatutario”. En nuestro caso, unos pocos psicólogos del Insalud, en activo hoy dentro de sus equipos de salud mental, con un buen expediente profesional y con más de 11 años de servicio en esa Entidad, tras resolverse la fase de oposición del mencionado proceso, nos encontramos excluidos, si bien todos hemos superado -sobradamente- dicha fase de oposición.

En consecuencia, vemos cómo se aproxima de manera inexorable el momento de “salir de nuestros puestos de trabajo” y de despedirnos de nuestros pacientes y de la Sanidad Pública a la que pertenecemos.

¿De dónde surge esta infeliz paradoja? De otra paradoja, las bases del proceso pretendían abiertamente poner fin a la temporalidad de su personal y consolidar así su experiencia, pero no exigían antigüedad en el puesto de salud mental objeto de oposición; paradójicamente, exigían disponer, simplemente, de antigüedad genérica en el Insalud, en cualquier función o puesto; de salud mental o de cualquier otro cometido, incluido el administrativo.

Alguien preguntará: ¿Se podían haber recurrido las bases “ab initio”? Seguro, pero los profesionales que nos presentamos no leímos las bases con ojos de abogado porque creímos “ab initio” en el buen hacer del Insalud, nuestra Organización y en un verdadero interés por consolidar nuestros puestos de trabajo.

¿Qué pasará? Que se cubrirán determinadas plazas de salud mental del Insalud con personal menos experto, por la mera aplicación del criterio general de antigüedad en el Insalud (de antigüedad en “la función que sea”). Así, a plazas concretas se destinará personal que “promociona”, no que consolida. La infeliz paradoja que nos afecta de lleno.

¿Quién perderá? Primero, el propio Insalud (la Sanidad Pública) que se nutrirá, en parte, de un personal de menor experiencia y que ralentizará la respuesta de los equipos de salud mental a donde vayan adscritos. Segundo, Los pacientes de la Sanidad Pública en razón a lo primero. Paradójicamente, en la convocatoria se destacaba el criterio: “proteger los derechos de usuarios y pacientes a que se les garantice la continuidad de los tratamientos y prestaciones que está recibiendo ...”

¿Quién ganará? Paradójicamente: la Sanidad Privada dónde se aprovechará el valor añadido que hemos adquirido en el Insalud y que aportamos a sus pacientes.

¿Podimos dialogar con el Insalud? Aunque trabajamos en el Insalud, no encontramos dentro de él a nadie con atribuciones para informarnos sobre el asunto. Triste es que, la única vía a nuestro alcance, sea recurrir a los tribunales dónde hemos planteado otras más particulares paradojas que el Insalud no ha sabido prever después de tan largo proceso de gestar su Solución (?).

Dioni Avis, Ana Martín, C. Otero, Emma Peña

TABLÓN DE ANUNCIOS

XX Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. “Salud Mental, Violencia y Sociedad”. I Encuentro Nacional de Enfermería de Salud Mental AEN.

AUDITORIO DE ZARAGOZA, 26, 27 Y 28 DE MAYO DE 2005

VII Congreso de la AMSM.

9 Y 10 DE JUNIO DE 2005

Convocatoria de las VIII Becas de la AMSM.

BASES

1. **Temas:** Los proyectos de investigación serán de **libre elección** en contenidos y metodología científica, pero siempre referidos al campo **Asistencial-Público de Salud Mental** en el ámbito territorial de la **Comunidad de Madrid**.
2. **Aspirantes:** Podrá optar **cualquier profesional de la salud mental** que trabaje en el ámbito territorial de la **Comunidad de Madrid**.
 - Los proyectos tendrán un **Coordinador** de referencia.
 - Al menos 1/3 de los firmantes de cada proyecto serán **Especialistas en Formación (M.I.R./P.I.R.)**
3. **Jurado:**
 - Composición: el Jurado, que será **designado por la Junta de Gobierno de la A.M.S.M.**, estará compuesto por **tres** profesionales de la salud mental con relevancia contrastada y que **no ejerzan su actividad en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid**.
 - Un **miembro de la Junta de Gobierno de la A.M.S.M.**, designado por ésta, asumirá como **Coordinador Técnico** los aspectos organizativos y de apoyo administrativo al Jurado; **ejerciendo** así mismo **como Secretario sin derecho a voto**.
4. **Beca:**
 - **Número y cuantía:** se convoca **una beca de 3.000 €**, destinada a financiar/premiar el desarrollo de un proyecto de investigación.
 - **Forma y condiciones de cobro:** el pago se **fraccionará**, ligado al desarrollo real del proyecto becado, ejerciéndose por el Jurado el seguimiento de dicho desarrollo. Caso de que no se realice, parcial o totalmente, la investigación becada, no se efectuará el pago correspondiente. Se establecen en tal sentido tres fracciones de percepción de la beca en los siguientes momentos y cuantías:
 - 1ª) **Al fallo** del Jurado: **600 €**.
 - 2ª) En un momento **intermedio**, fijado por el Jurado según los contenidos del proyecto: **1.200 €**.
 - 3ª) **Al finalizar** el desarrollo y entrega del Proyecto de Investigación: **1.200 €**.

5. Plazos:

- 1º) **Admisión** de los Proyectos Investigación: **hasta el 9 de Mayo de 2005.**
- 2º) **Fallo del Jurado:** en acto público a desarrollar durante las **VII Congreso de la A.M.S.M.** (9 y 10 de Junio de 2005).
- 3º) **Finalización y entrega** de los trabajos de investigación: **Junio de 2006;** presentándose en el **XV Jornadas de la A.M.S.M.**

6. Otros requisitos y condiciones:

- Los proyectos se enviarán por **cuadruplicado** y soporte informático a la sede de la A.M.S.M.: C/ Villanueva 11, bajo el siguiente epígrafe que se hará constar en el sobre: **“Beca de Investigación A.M.S.M.”**
 - A la finalización del trabajo, los autores se comprometen a entregarlo por escrito y en soporte informático, para su posible publicación.
 - Los trabajos de investigación quedarán como material científico de la A.M.S.M. En el uso que la A.M.S.M. pudiere hacer de ellos siempre se referenciará a los autores y su condición de becados. A su vez, los autores también referenciarán dicha condición en el uso particular que hagan de los trabajos.
- Si fuere de interés para los autores, se propiciará la publicación de los trabajos en la “Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría”.

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Madrileña de Salud Mental)

D.
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (Centro de trabajo)
y con domicilio en
Población D.P. Provincia
Teléfono

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la AMSM, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación.

La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

Banco/Caja de Ahorros

Sucursal

Cuenta n.º

Población

Muy Sres. Míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Cuenta de Ahorros n.º
el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día mes año

Firma:

