

APUNTES SOBRE EL FUNCIONAMIENTO
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO REBULLÓN:
LA APORTACIÓN DEL ALUMNADO (1978-1981)

M^a Jesús García Álvarez

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría

Complejo Hospitalario A. Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol. A Coruña

Resumen:

El Hospital Psiquiátrico Rebullón (Vigo) se convirtió en un mito para la historia reciente de la psiquiatría gallega. Sin embargo no se dispone de referencias historiográficas que permitan documentar las características de su funcionamiento. En este artículo se plantea la aportación procedente del uso de una nueva fuente, las memorias del alumnado de sexto curso de medicina. Se concluye que esta fuente ofrece un elemento más que puede contribuir en la construcción de una historia social de las instituciones.

Palabras clave: Hospital Rebullón, nuevas fuentes, historia social.

Abstract:

Rebullón Psychiatric Hospital became a myth for the recent history of Galician psychiatry. Nevertheless, there are no historiographic references which let us document the features of its work. On this article the finding from a new source is lighted, the memories by the pupils of the 6th term of Medicine. It is concluded that this source offers another element which may contribute to the construction of a social history of the Institutions.

Key words: Rebullon Hospital, news sources, social history.

1. INTRODUCCIÓN.

El Hospital Psiquiátrico Rebullón (Vigo) recibe a su primer paciente en régimen de hospitalización en 1976. Consideramos que este evento delimita su inauguración como centro asistencial a disposición de los potenciales usuarios. Las expectativas explicitadas por algunos de los profesionales dedicados a la asistencia psiquiátrica pública en Galicia —«Pontevedra estaba virgen y podía hacer algo diferente, algo que arrastrase a las otras provincias»¹— contribuyeron, junto a la gran resonancia social que se generó con motivo de la puesta en marcha de esta institución, a la construcción de un mito en la historia de la psiquiatría gallega.

En este sentido, la antelación de la prensa local, que ya le dedica titulares expresivos un año antes de su apertura, da cuenta del desconcierto de los propios periodistas ante un nuevo modelo asistencial: «Un psiquiátrico abierto, sin rejas, sin cerraduras, incluso confortable. Desde el exterior no se divisa ni una sola reja y ya dentro la total ausencia de cerraduras borran el concepto estereotipado de hospital psiquiátrico clásico»². Y al año de su puesta en funcionamiento, se refuerza su prestigio tras la visita del subdirector general de Sanidad que lo califica como uno de los dos mejores hospitales psiquiátricos de España «por sus instalaciones y metodología»³.

Dicho reconocimiento social perdurará en el tiempo aludiéndose en los titulares de la prensa local al componente innovador que esta institución supuso para la psiquiatría gallega: «Un centro moderno y humanizado lejos de la antigua imagen del manicomio. No hay tapias ni rejas y si constantes indicadores de la salida. Un equipo joven al servicio de una psiquiatría actual y muy efectiva»⁴; «Hospital Psiquiátrico Rebullón: realismo y ejemplo. Un centro asistencial sin rejas»⁵.

Sin embargo, aunque de manera congruente con su configuración como un mito, no hay referencia explícita a su funcionamiento cotidiano como institución psiquiátrica⁶, por lo que resulta de interés, para el estudio de la historia de la psiquiatría en Galicia, recurrir a otras fuentes, poco habituales sin duda, que ofrezcan datos sobre la práctica asistencial realizada.

Algunos historiadores de la psiquiatría han planteado la necesidad de indagar y esclarecer las características de la práctica asistencial que se llevaba a cabo en el in-

¹ GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. (1977), *A siquiatría en Galicia*, Madrid, Edicions do Rueiro, p. 132.

² *Pueblo Gallego* 13/5/1975, p. 12.

³ *Faro de Vigo* 30/12/1977, p. 18.

⁴ *Faro de Vigo. Suplemento* 26/11/1978, p. 2.

⁵ *El Correo Gallego* 22/06/80, p. 30.

⁶ Las referencias existentes son escasas; véanse: GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. (1977); GARCÍA, X.; GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. (1978), *As institucións da loucura en Galicia*, Compostela, Imprenta Minerva; GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E.; SIMÓN LORDA, D. (2001), Una historia de la psiquiatría gallega en el siglo XX, *Archivos de psiquiatría*, 64 (2), 101-136; GARCÍA ALVAREZ, M. J. (2003), Otras historias de la Psiquiatría Gallega, *Frenia*, 3 (1), 67-86. También SIMÓN LORDA, D. (2005), *Locura, Medicina y Sociedad: Ourense (1875-1975)*, Ourense, Fundación Cabaleiro Goás.

terior de las instituciones, proponiendo la utilización de fuentes diversas (historias clínicas, libros de registro...) con el fin de contrastar la versión que una parte de los protagonistas, psiquiatras u otros profesionales, depositaron en la historiografía. La construcción de una historia «desde abajo»⁷ permitiría averiguar las características reales de una *praxis* clínica que no siempre coincidió con los conocimientos o paradigmas imperantes⁸.

En este sentido, la mayor parte de la historiografía, aportada por profesionales ajenos al ámbito de la psiquiatría y relativa al funcionamiento de las instituciones psiquiátricas españolas a partir de los años 70, suele ser resultado del paso de su autor por alguna institución. Se trata de testigos «presenciales» que reproducen, y a veces enjuician, lo que ven, o lo que se les permite conocer, o lo que se les aporta documentalmente. Es el caso de periodistas, como Angel M^a Lera y su obra *Mi viaje alrededor de la locura* (1972)⁹ o incluso, ya en los 90, del defensor del pueblo y su informe sobre la *Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*¹⁰.

En otras ocasiones, son los profesionales que trabajan en esa institución los que dan cuenta de los procedimientos usados y, si es el caso, de la filosofía asistencial que enmarca su tarea y/o la que plantean como alternativa. En este contexto, se sitúan algunos de los autores vinculados ideológicamente con la reforma psiquiátrica¹¹.

En el presente trabajo pretendemos dar a conocer, como fuente para la historia de la psiquiatría más reciente, las memorias realizadas por los alumnos de sexto de Medicina en la asignatura de Psiquiatría Clínica. Los llamados alumnos rotatorios son personas ajenas a la institución que coparticipan de su funcionamiento durante un período breve (en el periodo que abarca nuestro estudio los alumnos permanecían en el hospital durante seis semanas). Tras dicho periodo debían redactar una memoria en la que especificaran sus actividades durante su permanencia en los servicios de psiquiatría y un comentario crítico sobre su funcionamiento.

El Hospital Psiquiátrico Rebullón recibe la *venia docendi* en el curso 1978-79, definiéndose como centro colaborador de la Universidad de Santiago de Compostela. De este modo, ese mismo curso, comienza a coparticipar en el contenido curricular del sexto año de la licenciatura de Medicina y Cirugía, a través de la asignatura de Psiquiatría Clínica. Las memorias realizadas se convierten en un material de inestimable valor para realizar estudios transversales y un estudio longitudinal de posibles

⁷ HUERTAS, R. (2001), Historia de la psiquiatría: ¿Por qué? ¿Para qué?, *Frenia*, 1 (1), 9-36

⁸ HUERTAS, R. (2001), Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos, *Frenia*, 1 (2), 7-37.

⁹ LERA, A. M. (1972), *Mi viaje alrededor de la locura*, Barcelona, Ed. Planeta.

¹⁰ DEFENSOR DEL PUEBLO (1992), *Informes, estudios y documentos: Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*, Madrid, Mácula S.L.

¹¹ Véase, a modo de ejemplo, GONZÁLEZ DURO, E. (1982), *Distancia a la locura. Teoría y práctica del Hospital de Día*, Madrid, Ed. Fundamentos.

cambios en dicho funcionamiento y/o en el planteamiento ideológico que pueda sustentarlo.

Las memorias del alumnado, realizadas para la asignatura de Psiquiatría Clínica en el Hospital Psiquiátrico Rebullón durante los cursos 1978-79, 1979-80, 1980-81, que se conservan suponen un total de 140¹². Tras llevar a cabo un vaciado sistemático de su contenido, se han escogido párrafos que, caracterizados por su riqueza expresiva, diesen cuenta del funcionamiento cotidiano de la institución o bien lo criticasen. Cabe decir que nuestra aportación pretende ofrecer un elemento más que ayude a la construcción de una historia social de las instituciones, contribuyendo al esclarecimiento de la historia local. Además de resultar una fuente valiosa en sí misma y útil para sucesivos trabajos desde diferentes enfoques, entendemos que las posibilidades metodológicas que ofrecen constituyen un nuevo campo de exploración, pero nos apresuramos a advertir que, en ningún momento, se ha pretendido ofrecer un análisis sociológico o antropológico de la información, para lo que hubiera sido necesario, además de utilizar metodologías específicas de estas disciplinas, el contraste de la información obtenida con otras fuentes.

Por el contrario, es fácil suponer que el alumnado era consciente de que su calificación en la asignatura resultaría parcialmente condicionada por la calidad de la memoria presentada. Por este motivo hemos realizado un proceso de filtrado consistente en desechar memorias de corte «académico» (el 30 % del total), entendiendo como tal aquellas memorias que consistían, simplemente, en la reproducción del documento que los tutores clínicos les aportaban a su llegada al hospital respecto al funcionamiento de la institución.

Por otra parte, hemos procedido a identificar argumentos hipotéticamente destinados a agradar al calificador-lector de la memoria. La mayoritaria mención de dichos argumentos, que se detectan presentes en el 70% de las memorias estudiadas, permite inferir algunos aspectos de la filosofía asistencial que el equipo tratante pretendió transmitir.

Los argumentos utilizados para «complacer» al lector se condensan en diez premisas que se exponen a continuación. Se aportan algunos ejemplos de cómo distintos miembros del alumnado explicitan lo que entienden:

1. La familia descarga la responsabilidad moral, que se le presupone, respecto al cuidado de su allegado, en la institución y sus representantes:
 - *Me ha llamado la atención el gran número de enfermos psiquiátricos crónicos en relación con los enfermos agudos, lo que demuestra la falta de humanidad y egoísmo que existe en muchas familias que abandonan de esta forma a sus miembros*

¹² 42 se corresponden al curso 78-79, 61 al curso 79-80 y 37 al curso 80-81.

*considerando que la mayoría de estos enfermos podrían mantenerse e incluso mejorar en un ambiente familiar sin peligro alguno para sus componentes*¹³.

- *Existen unos enfermos que el hospital los toma a cargo porque no hay ningún familiar o amigo que se responsabilice de ellos. Estos enfermos tienen una tarjeta roja que indica su situación y hay que visitarlos de vez en cuando para seguir su evolución y llevarles el tratamiento*¹⁴.
- *He visto como algunos de los pacientes eran rechazados incluso por sus propios familiares esto, unido a las pobres condiciones en las que vivían, hacen que muchos de ellos solo quieran regresar al hospital y convertirse en un enfermo hospitalario y son estos los que más difícilmente son recuperados ya que en su readaptación tenemos que participar todos, médico, familia y sociedad*¹⁵.
- *El psiquiatra sigue siendo una especie de bombero de una sociedad en la que el enfermo mental causa una serie de problemas que la familia no quiere comprometerse a ayudarlo*¹⁶.
- *La familia y la sociedad son dos puntos importantes en la vida del paciente psiquiátrico y sin embargo no colaboran nada. Habría que cambiarles la mentalidad*¹⁷.
- *Después existen algunos pacientes que ya están recuperados pero no tienen familia o se encuentran bien aquí y no quieren irse*¹⁸.

2. El «etiquetaje» diagnóstico sustenta el estigma social:

- *Los que llevan bastante tiempo a tratamiento psiquiátrico se encuentran con que al salir hay un rechazo por parte de la familia, que no los acepta o bien ya no contaba con ellos y por parte de la sociedad a la hora de encontrar trabajo y poder volver a iniciar su vida. En este caso también se encuentran muchos enfermos agudos que han presentado una crisis agresiva ya que una vez curados, su familia y la sociedad les temen no aceptándolo entre sus miembros y, aunque potencialmente todos seamos agresivos, al tener un antecedente y ser etiquetados con un diagnóstico ya es rechazado por el pueblo y los amigos siendo el resto de su vida un loco*¹⁹.
- *Llama la atención el que el enfermo sea tratado como un caso individual en lugar de ser etiquetado como una enfermedad que tiene unas manifestaciones comunes*

¹³ MNT (80-81). Dado que la autoría de las referencias utilizadas corresponde a alumnos diferentes serán citados a través de sus iniciales y el curso en el que realizaron la rotación en el Hospital Psiquiátrico Rebullón.

¹⁴ EFR (79-80).

¹⁵ AGP (78-79).

¹⁶ SCG (80-81).

¹⁷ CCP (79-80).

¹⁸ MCVB (79-80).

¹⁹ MTFH (78-79).

en todos ellos, lo cual obligaría a una actitud terapéutica similar. Aquí tratan de conseguir una rehabilitación social, laboral y familiar cosa que hasta ahora no se intentaba al ser considerado el enfermo mental como un peligro social, no apto para la vida laboral y familiar²⁰.

- *Este método de tratamiento no siempre funciona pero estoy convencida de que a medida que la sociedad evolucione y vaya asimilando, que el enfermo mental no se diferencie de los demás, terminará por aceptarlo²¹.*
- *Se debía intentar mostrar y «popularizar» lo que es un psiquiátrico, el conocimiento por parte de la calle de lo que son estos centros y estos enfermos. Sería la solución de muchos problemas de reintegración social de estas personas que en definitiva es la filosofía de este centro²².*
- *En el Rebullón se huye de la exactitud en el diagnóstico, del etiquetaje del supuesto enfermo dándole más importancia a su historia personal²³.*

3. La estancia en un hospital psiquiátrico supone cierto riesgo para el paciente:

- *Este hospital se caracteriza por ser abierto, es decir, se procura cuanto antes reinserter al enfermo en la sociedad, se limita mucho el tiempo de estancia para que así no ocurra como en otros hospitales y se llegue a encontrar uno con los denominados enfermos institucionalizados en los cuales su inserción posterior es muy difícil y en muchos casos no es posible llevarlo a cabo. Al enfermo se le empiezan a dar permisos de fin de semana para que vayan a sus casas y de este modo no desconectarlos con su ambiente²⁴.*
- *Destacaría la experiencia práctica de observar el comportamiento de los enfermos ingresados y el grave peligro que corren de institucionalizarse (...) las implicaciones sociales y familiares escondidas tras estos pacientes institucionalizados cuya situación pudo haber sido evitada son una de las conclusiones más importantes que extraigo de esta rotación pues indica el camino a seguir para evitar que estas situaciones se reproduzcan²⁵.*
- *El hospital de día es un paso intermedio en la reinserción de los pacientes que estuvieron hospitalizados y también un elemento de apoyo a los que lo precisan sin necesitar su internamiento siempre más aparatoso, costoso y a veces perjudicial²⁶.*

²⁰ APF (80-81).

²¹ ARF /79-80).

²² JFM (80-81).

²³ JVB (79-80).

²⁴ MVTA (78-79).

²⁵ CPO (80-81).

²⁶ LVB (78-79).

- *Las terapias de grupo eran diferentes de unas unidades a otras ya que dependían del tipo de enfermos pues había algunos que presentaban neurosis de institución y eran muy difíciles de movilizar²⁷.*
 - *Uno de los problemas del régimen de internamiento hospitalario es la aparición de la llamada neurosis institucional necesitándose medidas de flexibilidad y variabilidad para romper en lo posible lo que tiene de rutina cotidiana un régimen institucional²⁸.*
4. La cronicidad podría estar vinculada a los procedimientos terapéuticos utilizados:
- *Bastantes enfermos fueron enviados desde Conxo donde llevaban mucho tiempo ingresados y ya tenían síndrome de hospitalismo, son enfermos crónicos algunos de los cuales ya ni necesitan medicación²⁹.*
 - *A medida que se vaya reduciendo el número de instituciones tipo manicomio y proliferen los hospitales psiquiátricos similares a éste sólo quedarán en los centros aquellos enfermos que padezcan un cuadro crónico y sea necesaria su institucionalización³⁰.*
 - *Un hecho que me ha sorprendido es el esfuerzo realizado para que los enfermos crónicos de Conxo puedan realizar una vida de sociedad dentro de un psiquiátrico, no cogiendo colillas del suelo, su aseo personal, ir al comedor solos y recoger su comida. Quizá están tan pasivos por como los trataron, el tiempo lo dirá si cambia todo al aplicar esta psiquiatría moderna³¹.*
 - *Un factor que considero de gran valor es el régimen de libertad de estos enfermos pienso que aunque supone un gran esfuerzo, sobre todo por parte del personal enfermero tiene un valor inestimable siendo la base de muchos avances en pacientes de tipo crónico adaptados a otro tipo de centros con un régimen mucho más estricto³².*
 - *Respecto a los pacientes crónicos, ya adscritos al hospitalismo, se observa en algunos casos ligeros progresos que requieren de un trabajo laborioso y continuo que no siempre se lleva a cabo. Pienso que sería necesario un mayor contacto del médico con el enfermo para lograr un mejor estudio de cada caso aunque esto implicaría un aumento del personal³³.*

²⁷ MVAT (78-79).

²⁸ RLA (80-81).

²⁹ ATS (79-80).

³⁰ ARF (79-80).

³¹ BRR (80-81).

³² EFC (79-80).

³³ RPF (78-79).

5. Un hospital psiquiátrico es diferente a un manicomio, aunque suponga restricciones de libertad:

- *Romper con falsas imágenes como son las de comprobar que un hospital psiquiátrico no tiene porque ser el típico manicomio-cárcel aunque siguen existiendo éstos. Ahora sé que no todos son así, los hay que aun privando a los pacientes de ciertas libertades, las mínimas, conservan éstos muchas, las suficientes para seguir siendo personas y no convertirlos en «plantas» parásitos de la sociedad³⁴.*
- *Dentro de lo bueno y nuevo que encontré ha sido el cambio de pensar sobre una serie de aspectos, en primer lugar la idea que tenía de los hospitales psiquiátricos, aquellos bulos de los que estaban rodeados como torturas, comprobé que no es cierto, al menos en este hospital³⁵.*
- *Tenía la idea de un manicomio pero ésta ha cambiado radicalmente aún a costa de saber que en España sigue habiendo sanatorios psiquiátricos que mantienen a los enfermos en condiciones humanas degradantes con aplicación de unos tratamientos inhumanos. Por eso pienso que el Rebullón es un paso hacia delante para la humanización de la medicina en general (...) hospitales como el Rebullón son los que hacen avanzar a la psiquiatría³⁶.*
- *Daba la impresión de haberse alcanzado un equilibrio, algo intermedio entre estructura manicomial y antipsiquiatría³⁷.*
- *El loco no interesa a la sociedad, se aísla. Pero el problema es que sólo es un distanciamiento físico. La verdad es que son adultos y han sido formados en la misma escala de valores y en consecuencia en los mismos defectos que tiene esa sociedad que los recluye. Todo eso está también aquí dentro. Resulta irónico pero si me comen, yo como y si me marginan yo margino. El Psiquiátrico tampoco es un edén, ni una panacea, la educación ha sido la misma y se «alucina» sobre los valores de siempre: sexo, religión, familia, poder... Poco a poco fueron menguando los manicomios para dejar paso a los psiquiátricos, pienso que seguirán mejorando las cosas en el futuro³⁸.*
- *La libertad del enfermo psiquiátrico nos ha llamado la atención a todos dado que la idea preconcebida es la de reclusión del enfermo y no la de hospitalización³⁹.*

³⁴ EFC (79-80).

³⁵ EMA (80-81).

³⁶ EGP (78-79).

³⁷ MLFG (80-81).

³⁸ MCAC (79-80).

³⁹ MNR (80-81).

6. La enfermedad mental no es sinónimo de violencia:

- *Dejar de pensar que enfermo mental equivale a peligro. Aprendí a ver al enfermo psiquiátrico como es en realidad, es decir, un enfermo mental cuya problemática es muy amplia y por tanto su tratamiento necesita también de una amplia interpretación de su problema analizando su entorno y las causas desencadenantes⁴⁰.*
- *Era en definitiva el fruto de mis prejuicios no solo en cuanto a la peligrosidad e irreversibilidad del loco sino también porque se me había despojado de la bata, obligado a romper ese tópico muro entre locos y cuerdos. Este estado se fue disipando y en la segunda semana ya adoptaba una actitud predominantemente activa por la espontaneidad del ambiente⁴¹.*
- *El miedo, la prevención hacia el enfermo mental (no es por casualidad que esté en Mos y no en la ciudad) se ha cambiado al cabo de 20 días en el convencimiento de que el padecer mental supone la encrucijada entre lo orgánico, lo social y lo cultural⁴².*
- *Vi que en ergoterapia había gran cantidad de herramientas peligrosas que estaban al alcance de todos y los pacientes las cogían libremente sin que hubiese ningún problema de agresiones o peleas⁴³.*
- *Podéis suponer la primera impresión que me produjo el hecho de entrar en un psiquiátrico ya que vosotros tenéis conciencia del mito, temor, repulsa sobre la locura que existe en la calle. Todo esto sumado a esta extraña calidad de rotatorio y a la caída de la bata, cosa que ya creía imposible⁴⁴.*

7. El componente social en la enfermedad mental y en su tratamiento:

- *A una sociedad materialista como esta lo único que les interesa es apartar a los sujetos que le estorban o alteran su ritmo de producción sin preocuparse de buscar unas causas y una solución a la gran cantidad de frustraciones y enfermedades mentales, hacen lo más sencillo: separar o encerrar a estos individuos «distintos» que no aceptan y que chocan contra la propia sociedad⁴⁵.*
- *El contacto con los pacientes, con su localidad y su propia vivienda descubrió el que para mi constituye un factor básico en la génesis de la locura, el factor socio-existencial. Además, no se trataba de poner a alguien a funcionar, había que ponerlo en su lugar⁴⁶.*

⁴⁰ JAVV (78-79).

⁴¹ JMCT (80-81).

⁴² CGP (79-80).

⁴³ AVA (79-80).

⁴⁴ MLCP (78-79).

⁴⁵ MAGS (79-80).

⁴⁶ JMCT (80-81).

- *Aquí concurre un factor esencial el enfermo al contrario que en otros lugares de asistencia hospitalaria es mucho más que una fuente de datos frente a un diagnóstico, es una persona real cargada de deseos, sufrimientos, actitudes y vivencias. Creo haber situado al Rebullón en su realidad, una institución que lucha eficazmente por una situación antimanicomial, la tendencia es desinsertar el mínimo necesario al enfermo de su contexto social específico, devolverlo a la comunidad cuanto antes en caso de que haya sido necesario su ingreso⁴⁷.*
- *La mayoría de los enfermos ingresados no lo son tanto por su psique sino por problemas de tipo social. Los médicos me dicen el terrible problema moral que se plantea a la hora de dar el alta a este tipo de pacientes que realmente se hayan más integrados en el hospital que en su propio domicilio donde el empeoramiento es manifiesto. Es debido a la carencia de centros de tipo no terapéutico con que cuenta nuestra región⁴⁸.*
- *La conclusión más positiva es que la locura se desencadena por la reacción de un individuo ante una situación que se le hace insostenible y en la mayoría de los casos es una demanda de ayuda que la sociedad le niega⁴⁹.*
- *La psiquiatría, nacida en el claustro de los manicomios ya no tiene tareas únicamente represivas y curativas, muchas veces ni presenta una faz médica. Se ha integrado estrechamente, por una parte con el psicoanálisis y por otra con la psicología de grupos para ofrecer eficaces instrumentos de manipulación. En definitiva, el problema de la enfermedad psiquiátrica nunca puede ir separado de la cuestión del poder⁵⁰.*
- *Se observa en gran cantidad de casos que la posible enfermedad mental puede derivarse de los problemas psico-afectivos irradiados del círculo familiar⁵¹.*

8. La palabra como recurso terapéutico efectivo:

- *La mejor lección que aprendí en el Rebullón es que en muchas ocasiones, por no decir siempre, si se estuviese a la cabecera de la cama charlando con el enfermo se le ayudaría más que con el más completo de los tratamientos farmacológicos⁵².*
- *Aquí no se hablaba del esquizofrénico, el maniaco o el demente sino que al hablar-se de un enfermo se hablaba de Norberto, Raimundo, Flora...es decir, del sujeto, no de su enfermedad. De esta premisa se desprende la actuación posterior: el hablar con el paciente⁵³.*

⁴⁷ RBO (78-79).

⁴⁸ JCV (78-79).

⁴⁹ AOH (80-81).

⁵⁰ CSC (78-79).

⁵¹ JAMM (78-79).

⁵² MCE (79-80).

⁵³ MCE (79-80).

- *Es en la comunicación donde reside la posibilidad de recuperación y, en gran parte de reinsertión del individuo en su medio. De ahí el gran papel de la psicoterapia en sus diversas facetas*⁵⁴.
- *También es muy positivo emplear el idioma del paciente y deshacer la antigua barrera entre el médico y el enfermo (no usar bata, pararse cuando él pretende decir alguna cosa...)*⁵⁵.
- *El consejo más valioso que me dieron fue «Deja hablar al enfermo»*⁵⁶.
- *No querer curar todo con fármacos y saber que 10 minutos de conversación con un paciente valen más que un montón de recetas*⁵⁷.

9. La trascendencia terapéutica de la relación:

- *La gran importancia que la relación médico-enfermo tiene es conseguir una buena transferencia y poder así elaborar unos planes que luego serán llevados a la práctica por el personal auxiliar*⁵⁸.
- *La llamada terapéutica por el medio consiste en la creación de pautas de relación, entendimientos tácitos por los cuales uno sabe hasta donde puede llegar estableciéndose los papeles correspondientes*⁵⁹.
- *Existe un gran respeto al enfermo con el que se establece un trato familiar y cariñoso*⁶⁰.
- *La relación entre enfermos y personal era muy cordial y entre los enfermos también porque se forzaba a que tuvieran relación fuera de su mundo, muy favorable sobre todo para los que tendían al aislamiento pues tenían que pedir la consumición, con lo que se veían obligados a elegir, y luego pagar por lo que habían tomado*⁶¹.

10. La psiquiatría comunitaria como filosofía asistencial:

- *Se me recibió y trató de forma inusual en este país. Fui presentado y cordialmente recibido. Es el resultado de la puesta en práctica de la psiquiatría comunitaria o social que ahí vive y se encuentra formando una de las orientaciones principales del tipo de psiquiatría que se quiere hacer*⁶².

⁵⁴ JMCT (80-81).

⁵⁵ FJPM (78-79).

⁵⁶ MPS (79-80).

⁵⁷ IOM (78-79).

⁵⁸ RCN (79-80).

⁵⁹ PAS (79-80).

⁶⁰ EFR (79-80).

⁶¹ JJSD (79-80).

⁶² MCA (79-80).

- *Por lo que tengo leído y escuchado creo que se hace una psiquiatría buena, dentro del modelo, como los de Inglaterra, Francia y Canadá, es decir de tipo comunitario. Y si no se hace más es por falta de medios, tanto económicos como humanos*⁶³.
- *La psiquiatría que se hace podríamos decir que se incluye en la gran corriente de la llamada psiquiatría comunitaria. En definitiva se trataría de un pequeño tratamiento intensivo que facilitase una extensiva reestructuración social. Es una forma poco corriente de tratamiento. Escasos hospitales pueden ofrecer una forma de terapia tan difícil y compleja y sólo una minoría de los psiquiatras que trabajan en hospitales psiquiátricos están capacitados para llevarla a cabo*⁶⁴.
- *Lo que más me ha atraído entre los métodos psiquiátricos empleados ha sido, sin duda, la psiquiatría comunitaria ya que con ella se puede llegar a conocer la forma de vida del paciente, sus problemas y a la vez hacer un análisis de su propio hábitat (familia y sociedad) y así poder llegar a la conclusión de que el enfermo mental es el más frágil de todo este entramado*⁶⁵.
- *Apoyo la psiquiatría comunitaria, un psiquiátrico no debe de ser un lugar en donde se enclaustran o se secuestran a individuos que pueden plantear problemas en su medio social. Un psiquiátrico debe ser un hospital en el que el paciente encuentre los medios y el apoyo de todo un equipo que facilita su reinserción social*⁶⁶.

La comparación de la información obtenida en el estudio de esta fuente con la que figura en el documento que se le facilita al alumnado a su llegada a la institución, resulta un elemento de interés para este trabajo. En dicho documento las ideas básicas que se transmiten son:

1. La prioridad legal respecto a la asistencia se corresponde con la atención a los pacientes de la Beneficencia.
2. La prioridad moral es el tratamiento de pacientes psicóticos graves, «es decir el enfermo mental grave que no tiene medios económicos».
3. La organización asistencial es de psiquiatría de sector.
4. La actuación terapéutica es en equipo siendo el médico el aglutinador de la información aportada por los diferentes miembros. El equipo está compuesto por personal de enfermería, asistentes sociales, psicólogo y socioergoterapeutas.
5. El médico no sólo prescribe medicaciones sino también actitudes y realiza planes con el personal de enfermería.

⁶³ COD (78-79).

⁶⁴ BLS (79-80).

⁶⁵ AOH (80-81).

⁶⁶ FVP (80-81).

6. El papel del equipo es devolver al paciente a la realidad sin juzgar ésta «aunque por los medios a su alcance —pero sin que el paciente sea utilizado como medio— intente cambiarla para hacerla más higiénica».
7. La orientación psiquiátrica es psico-socio-dinámica. «Las orientaciones dinámicas de inspiración analítica ofrecen comprensión a los fenómenos psicopatológicos para completar el necesario abordaje psicofarmacológico o estrictamente médico que sería insuficiente por creer que el enfermar psíquico es un fenómeno bio-psico-social».
8. Se prima la intervención en la comunidad y la reinserción precoz de los pacientes en la misma así como las terapias grupales y la socioergoterapia.
9. La toma a cargo se vincula a la ausencia de conciencia de enfermedad y tiene por objetivo evitar recaídas que supongan la hospitalización del paciente.
10. Un alta hospitalaria precoz es siempre deseable y «ello para evitar la aparición de una enfermedad llamada neurosis institucional»
11. Es un hospital bilingüe «siendo el paciente el que decide en que idioma quiere que se le hable».

Llama la atención que, entre los argumentos complacientes con el calificador- lector, se incorporen o se omitan, además de las ideas referidas y aportadas por los tutores, otros planteamientos. Son aquellas premisas vinculadas a la concepción propia de los participantes en el desarrollo de esta institución, lo que se contrasta con otras fuentes. También resultan ser integrantes del paradigma imperante, en ese momento histórico, entre los profesionales más comprometidos con la reforma psiquiátrica en Galicia:

a) La psiquiatría comunitaria como filosofía asistencial: El equipo directivo del Hospital Psiquiátrico Rebullón reiteró en distintas ocasiones este marco de trabajo definiéndose como un hospital que nace «transformado»⁶⁷, a la vez que heredero de la reforma de Conxo, iniciada por el equipo del Dr. Montoya en 1972⁶⁸. En este

⁶⁷ «De tal manera que el profesor Garrone, medio en broma, nos dice cuando nos visita que si Basaglia en vez de Gorizia, trabajase en el Rebullón tal vez, a lo mejor, no escribiría nada (...) Y así, poco a poco fuimos desarrollando un sistema de salud mental que tiene un orden, el sectorial, una filosofía, la comunitaria, y un mandato que nos dimos a nosotros mismos, calidad para los que más lo necesiten», cfr. REY RODRIGUEZ, A. (1990), Transformación de los hospitales psiquiátricos, *Xornadas sobre a Reforma Psiquiátrica. Celebradas en Compostela en Junio 1988*, Santiago de Compostela, Ed. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, p 78.

⁶⁸ «Las repercusiones que sobre la provincia de Pontevedra tuvo la reforma de Conxo, iniciada por J. L. Montoya en 1972, puede considerarse para esta provincia como el comienzo de una asistencia psiquiátrica comunitaria. Pese al grave *handicap* de la distancia, el sector 3 de Conxo, fue el único que se atrevió a iniciar un trabajo comunitario», cfr. GARCÍA DE LA VILLA (1980), Evolución de la asistencia

sentido, el reglamento de los servicios de salud mental y del propio hospital, ratificará legalmente lo que ya se legitimara en el ámbito profesional y se consensuara a nivel autonómico⁶⁹. Sin embargo, este planteamiento parece ser comprendido por el alumnado con restricciones conceptuales. Así se puede entender al ser expresado como el conjunto de actividades asistenciales dirigidas sobre el paciente o sobre su entorno familiar, que tienen como objetivo evitar el reingreso hospitalario. Sin embargo, no se recoge ninguna mención a otro tipo de actividades, como por ejemplo, la coordinación con Atención Primaria. Podría inferirse que el concepto que se maneja de psiquiatría comunitaria en este momento era el percibido por el alumnado, lo que plantea la necesidad de contrastar esta valoración en el ámbito profesional, gallego y estatal, en posteriores estudios.

b) El Hospital funciona en régimen de Comunidad Terapéutica: En la descripción del funcionamiento de la institución se alude a los procedimientos empleados en una comunidad terapéutica descritos por Maxwell Jones en los años 60. Sin embargo, resulta llamativo que no sea concretado por ninguno de los alumnos que la dinámica interna fluye en consonancia con este planteamiento. En este sentido, en el primer informe (1977) realizado por la dirección del Hospital dando cuenta de la actividad mantenida durante el primer año de funcionamiento, la propuesta asistencial se explicita en estos términos. Es además un planteamiento compartido por la Junta de los Hospitales Psiquiátricos de Galicia en este momento histórico⁷⁰.

Tal vez la omisión por parte del alumnado responda a la prudencia y, al igual que otras instituciones⁷¹, en el Hospital Psiquiátrico Rebullón el régimen de funcio-

psiquiátrica comunitaria en la provincia de Pontevedra, *Experiencias de Psiquiatría en la comunidad. Simposio celebrado en el Pazo de Mariñán (A Coruña) en Septiembre de 1979*, La Coruña, Ed. Diputación Provincial de la Coruña y Fundación Pública «Sanatorio Psiquiátrico de Conjo», p 52.

⁶⁹ Reglamento de los Servicios de Salud Mental y del Hospital Psiquiátrico «Rebullón», *Boletín Oficial de la Provincia de Pontevedra* (11/12/1989). En las «Bases para la organización de los servicios asistenciales psiquiátricos de la Comunidad Autónoma de Galicia» elaboradas con la unanimidad de los miembros de la Junta de los Hospitales Psiquiátricos de Galicia en 1981, se recoge, entre las condiciones necesarias para llevar a cabo un desarrollo asistencial eficaz y eficiente, que el modelo organizativo sea «la psiquiatría comunitaria o sectorial». Documento no paginado, Ed. Consellería de Sanidade, 1981.

⁷⁰ En las «Bases para la organización de los servicios asistenciales psiquiátricos de la Comunidad Autónoma de Galicia» (1981) se señala, además, «que los Hospitales Psiquiátricos han demostrado su capacidad terapéutica, humanizadora, si siguen el modelo de la Comunidad terapéutica».

⁷¹ «El régimen de funcionamiento idóneo debe estar en consonancia con el llamado espíritu de comunidad terapéutica (para distinguirlo de la comunidad terapéutica propiamente dicha», cfr. CASTILLA GARCÍA, A.; LEAL HERRERO, F.; ESPINA TAMARGO, M. (1980), De la Psiquiatría tradicional a la psiquiatría comunitaria. Hospital Psiquiátrico 'Dr Villacián' Valladolid. *Experiencias de Psiquiatría en la Comunidad*, La Coruña, Ed. Diputación provincial de la Coruña y Fundación Pública «Sanatorio Psiquiátrico de Conjo», p 33.

namiento remedara el «espíritu de comunidad terapéutica» precisando del contraste con otras fuentes.

c) El modelo psicodinámico como paradigma: Es llamativo que se omita en las memorias estudiadas mención explícita a la concepción psicodinámica como modelo explicativo de la enfermedad mental. Ocasionalmente se hace referencia, pero desde una perspectiva sociodinámica, lo que se ejemplifica cuando, al dar cuenta de los resultados de este trabajo, se amplía el epígrafe referido al componente social de la enfermedad mental. También se puede considerar aludido en las valoraciones expresadas en torno a la palabra como instrumento terapéutico efectivo.

En esta institución, el equipo tratante superpuso, desde el inicio de su funcionamiento, la noción de cohesión de equipo, y la propia tarea correspondiente a la psiquiatría, a los principios del psicoanálisis⁷², siendo Tosquelles, como representante cercano de la terapia institucional, que además visitó esta institución, uno de los autores de referencia⁷³. Quizá la propia complejidad del paradigma supusiera un elemento disuasorio para el alumnado o bien éste se diluyera entre la normalización de los conceptos vinculados al mismo, sin que acertasen a identificarlo como posicionamiento teórico por formar parte de estereotipias verbales y relacionales de la institución que no resultaron aclaradas ante los estudiantes rotatorios. Por otra parte, la vinculación de esta institución con la historia del psicoanálisis en Galicia abre otra línea de investigación complementaria de gran interés.

Otros datos que se pueden extraer de la fuente utilizada son aquellos relativos a las características de sus autores, lo que nos puede aportar información del contexto sociopolítico del momento si lo contrastamos con otras fuentes.

En el estudio realizado, el número de memorias que se conservan de cada curso es desigual. Destaca, como característica diferencial entre los tres grupos, que en el primer curso (78-79) realizan memorias más descriptivas y menos críticas, situación que se invierte en la promoción 80-81. También resulta desigual el número de memorias que denominábamos de «corte académico» concentrándose la mayor parte en el último curso estudiado. Esta característica le confiere cierta polarización como rasgo grupal. Esto es, realizan memorias críticas o bien un mero trámite para superar

⁷² «No se puede hacer de psiquiatras sin tener ninguna noción del verdadero laboratorio experimental que es el psicoanálisis (...) Si el análisis propio puede ser el lugar donde sea posible dialectizar la relación entre el terapeuta y el otro, el equipo es el lugar donde el interés, los intereses, la vocación, la motivación, el amor de sus miembros puede dialectizarse y convertirse en técnica pues sino termina muriendo», cfr. GARCÍA GÓMEZ, M.; PÉREZ MONTOTO, J.; ANGOSTO SAURA, T. (1982), Rebullón, variaciones sobre un mismo tema Comunicación mecanografiada elaborada por el equipo del Hospital Psiquiátrico Rebullón, *IV Jornadas de A.E.N.*, Jaén.

⁷³ ANGOSTO SAURA, T.; PÉREZ MONTOTO, J.; CRUZ BESADA, M.; VICENTE, M. (1984), Reflexiones acerca de la experiencia en el Hospital Psiquiátrico Rebullón, *Siso Saude*, 1, 48-55.

la asignatura. Por otra parte, ninguna de las memorias estudiadas está escrita en gallego. Ambos aspectos, la actitud crítica y la ausencia del uso del idioma autonómico en documentos «oficiales», reflejan a los estudiantes de estas generaciones, que accediendo al período llamado «la universidad de masas»⁷⁴, y pese a reconstruir las señas de identidad antifranquistas que connotan a Compostela como la capital intelectual y política de Galicia, no utilizan el idioma gallego en sus críticos planteamientos, entre otros motivos, por no haber formado parte, el estudio de su idioma, de su periplo académico.

A continuación, se recogen referencias literales aportadas por el alumnado en estas memorias diferenciándolas en aquellas que atañen a la estructura (recursos materiales y humanos), proceso (procedimientos terapéuticos utilizados) y resultados (en este caso valoración explicitada respecto al funcionamiento global de la institución). A partir de estos fragmentos se lleva a cabo la construcción de una narrativa unitaria, dividiendo el relato en dos apartados. El primero de ellos se corresponde con la descripción del funcionamiento de la institución mientras que en el segundo se recogen las críticas que el alumnado realiza de los procedimientos utilizados.

DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO REBULLÓN

El Hospital Psiquiátrico Provincial Rebullón es el resultado de la adaptación de un gran hospital antituberculoso para una, muy necesaria, atención psiquiátrica. Situado a unos 6 Km de Vigo en la localidad de Mos, está alejado del pueblo unos 500m. Fuera de toda la maravillosa impresión estética que causa, una prueba de la sensación de aislamiento podría ser la exclamación común entre mis compañeros «parece el típico hotel de montaña suiza». Con capacidad actual⁷⁵ para 108 camas, el centro aglutina la atención de la provincia de Pontevedra, a excepción del sector norte. La única desventaja es que es un lugar aislado, no en contacto con la comunidad que es a donde se enfoca toda la terapia del hospital, a retornar al paciente a su medio natural, no a aislarlo⁷⁶.

La diputación tomó a cargo estas instalaciones. En un principio parece que lo iban a utilizar como manicomio exclusivamente pero cuando llegaron los médicos el rumbo cambió. La mayoría de los enfermos pertenecen a la Beneficencia pues la seguridad social no cubre estos gastos⁷⁷. La primera impresión que se siente al llegar al Rebullón, contemplando el césped, las arboledas y el edificio, es de que es un sanatorio psiquiátrico como los que salen en las películas, casi te imaginas unos cuantos crónicos tomando el sol en sillas de ruedas con una manta que les

⁷⁴ VV.AA. (1995), *Cinco Siglos de Historia Universitaria*, Santiago de Compostela, Ed Universidad de Santiago de Compostela. (catálogo de la exposición del V Centenario de la Universidad de Santiago)

⁷⁵ Se refiere al año 1978.

⁷⁶ JJSD (79-80).

⁷⁷ MCVB (79-80).

*cubre las piernas*⁷⁸. *Nunca había estado en un hospital psiquiátrico y me lo imaginaba como una especie de cárcel donde los enfermos estarían poco menos que encerrados por lo que lo primero que me extrañó fue ver que paseaban tranquilamente por los pasillos y que incluso salían al jardín sin tener que pedir permiso a nadie*⁷⁹.

*Esquemáticamente el Hospital Rebullón se compone de un edificio principal, otro edificio destinado en parte a hospital de día y en parte como casa del médico de guardia y una zona exterior verde rodeándolos. El edificio principal está dividido básicamente en tres partes, una donde se encuentran las unidades de los enfermos, otra parte que corresponde a la cafetería, biblioteca, comedor, ergoterapia, salón de actos y una tercera parte constituida por la portería, sala de espera y despachos de consultas. El Hospital de Día está compuesto por dos estancias, en una se hacen trabajos manuales y en la otra las terapias de grupo*⁸⁰.

*El Hospital es una institución relativamente jerarquizada y distribuida en una serie de unidades donde están ingresados los pacientes en régimen de cierta independencia. Dispone en servicio de cinco unidades, una de ellas mixta, que atienden la provincia de forma sectorizada*⁸¹. *Cada sala corresponde a una zona distinta del entorno comarcal así los médicos de cada sala están encargados también de ir por los pueblos y aldeas de su zona en concreto realizando consulta ambulatoria, comprobando el estado y la evolución de enfermos anteriormente hospitalizados, intentando localizar a los posibles enfermos mentales de la zona...etc.*⁸².

*A estas unidades se les denomina con nombres de ríos y montes de los alrededores tal vez para que le sea más fácil al enfermo familiarizarse con el nombre de su unidad*⁸³. *El río suele corresponder a las unidades de mujeres y los montes a las de hombres. Cada unidad tiene 20 camas*⁸⁴. *Al principio choca un poco el encontrarse con unidades con nombres de ríos o montes pero conforme pasa el tiempo y se va conociendo la importante y necesaria labor de reintegración social que este centro desempeña se llega a comprender la importancia que tienen esas denominaciones por ser el primer eslabón de la reintegración*⁸⁵. *Hay tres unidades funcionando cada una compuesta por dos plantas, superior e inferior, destinadas respectivamente a hombres y mujeres y de forma que si en una unidad se disponen las mujeres arriba en la inmediata estarán abajo. En cada subunidad existen una sala de estar con radio y TV, habitaciones con tres camas excepto unas especiales que son para enfermos graves y son individuales, hay un cuarto común de aseo, una sala de ergoterapia y una especie de cabina para las enfermeras donde además se encuentran los dossiers de los enfermos. Hay música ambiental en todo el hospital*⁸⁶.

⁷⁸ CSC (78-79).

⁷⁹ AVA (79-80).

⁸⁰ JRS (78-79).

⁸¹ AEV (80-81).

⁸² EGL (79-80).

⁸³ JMRR (79-80).

⁸⁴ EFR (79-80).

⁸⁵ RCN (79-80).

⁸⁶ JRS (78-79).

Cualquier unidad del Rebullón tiene personal adscrito que realiza labores diferentes con el mismo fin, la curación del enfermo en el menor tiempo posible pero siempre sin prisas ⁸⁷



«Parece el típico hotel de montaña suiza»

En el hospital existen dos tipos de enfermos: el crónico que lleva mucho tiempo y aquí, por ahora, la mayoría son los que vinieron de Conxo y ya llevaban años allí. El agudo que es internado cierto tiempo pero se procura que vuelva a casa lo mas pronto y mejor posible. Después existen algunos pacientes que ya están recuperados pero no tienen familia o se encuentran bien aquí y no quieren irse⁸⁸. Existen unos enfermos que el hospital los toma a cargo porque no hay ningún familiar o amigo que se responsabilice de ellos. Estos enfermos tienen una tarjeta roja que indica su situación y hay que visitarlos de vez en cuando para seguir su evolución y llevarles

⁸⁷ ALP (78-79).

⁸⁸ MCVB (79-80).

el tratamiento. Hay otro tipo de enfermos que son los de tarjeta azul. Éstos cuando les toca ponerse la inyección o se les termina el tratamiento acuden al hospital el día que les han marcado pero si por cualquier circunstancia no pudiesen venir también se les visita⁸⁹. Hay un grupo de pacientes muy crónicos que se llama grupo de cafetería, con ellos se trata de movilizarlos más que nada y se trabaja con psicomotricidad y también con su oralidad. Un día hicieron una tarta, la comimos todos los de la unidad y hasta cantamos. Estuvo muy bien⁹⁰. Las enfermedades más frecuentes en este hospital y supongo que por tanto también más frecuentes en Galicia son las esquizofrenias, débiles mentales, PMD y alcohólicos. Supongo que hoy en día hay también gran cantidad de drogadictos pero aquí todavía no hay sala para ellos⁹¹. Tampoco hay pacientes infantiles⁹².

Para los pacientes existe casi absoluta libertad, no hay rejas, pueden andar libremente, no hay separación entre hombres y mujeres⁹³. La mayoría de los enfermos ingresados no lo son tanto por su psique sino por problemas de tipo social. Los médicos me dicen el terrible problema moral que se plantea a la hora de dar el alta a este tipo de pacientes que realmente se hayan más integrados en el hospital que en su propio domicilio donde el empeoramiento es manifiesto. Es debido a la carencia de centros de tipo no terapéutico con que cuenta nuestra región⁹⁴. Una de las cosas que me llamó más la atención es que fuera un centro abierto, sin celdas de castigo y donde el electroshock no tenía aplicación⁹⁵

La asistencia médica es de cinco jefes clínicos y tres médicos becarios a los que se unen auxiliares en una relación 1:6-7 pacientes, en el turno correspondiente. La plantilla asistencial se completa con dos psicólogos que además conducen el Hospital de Día y dos asistentes sociales⁹⁶. El modelo terapéutico rompe con la institución manicomial y se basa en la responsabilización del personal y de los pacientes. Desde el principio noté ambiente de igualdad y camaradería entre el personal médico y los enfermeros. Me impresionó el encontrarme en el equipo terapéutico, esa unidad terapéutica operativa con independencia de sus miembros⁹⁷. Tal vez en la práctica sea menos equipo del que lo es en la teoría. Lo cierto es que el psiquiatra pasa a ocupar un papel directivo tal vez en mayor medida del que pretende limitando mucho la capacidad de iniciativa de auxiliares. El psicólogo ocupa un papel creo que ambiguo⁹⁸. Su trabajo específico en el plano técnico consiste en realizar los estudios psicológicos que les son pedidos y en colaborar con el equipo en lo que sea necesario⁹⁹.

⁸⁹ EFR (79-80).

⁹⁰ MVM (78-79).

⁹¹ EGL (79-80).

⁹² MCBV (79-80).

⁹³ MCVB (79-80).

⁹⁴ JGV (80-81).

⁹⁵ EGP (78-79).

⁹⁶ MDCG, JCFF, AGF, JMJP, MLP, CMVC (78-79). Memoria realizada conjuntamente.

⁹⁷ ANP (79-80).

⁹⁸ JVB (79-80).

⁹⁹ AMGP (78-79).

El método de trabajo del hospital es lo que primero salta a la vista. Desde el aspecto más frívolo de las actividades diarias hasta los ingresos más estrepitosos todo está imbuido en el trabajo en equipo, en el reparto de tareas, en la sectorización, en la coordinación y debate constante, en la responsabilidad colectiva¹⁰⁰. En el Rebullón se hace un tipo de psiquiatría que se concreta en dos frases «Lo que no se puede explicar de modo sencillo, con palabras inteligibles, no es útil. Las teorías no son importantes, son muy baratas, por un dólar puede usted comprar más de 10» con esto quiero resumir el sentido práctico que predomina¹⁰¹. En el Rebullón todo el mundo puede opinar y todos funcionan como en bloque, no se contradicen delante del enfermo aunque cada uno pueda tener una opinión diferente¹⁰². Se habla el idioma del paciente así que todos intentamos chapurrear el gallego que sabemos, el caso es comunicarse¹⁰³. Los enfermos pasan desapercibidos, a veces los confundí con el personal, destaca la no división del personal con los enfermos mediante el uso de batas u otros objetos, la comida juntos y por insólita la atención a los representantes médicos¹⁰⁴. Se reciben los lunes de 3 a 4 de la tarde. Me parece una gran idea este plan de recibirlos a todos en un día a la semana, se facilita así su labor y la nuestra, se evita la típica persecución por los pasillos de los hospitales y la interrupción inoportuna, con lo que se presta a más atención pudiendo adquirir así una cierta labor de informador científico. Fue el primer lugar en el que vi que se les trate como personas. Se atiende un promedio de tres representantes cuya labor consiste en: exposición de algún nuevo producto de la casa, cualquier cambio interesante en los ya conocidos (en la forma de presentación, número de cápsulas, etc), presentación de alguna publicación interesante¹⁰⁵. Me llamó la atención la costumbre de preguntar el precio de los medicamentos a los visitantes médicos¹⁰⁶.

Es un hospital muy permisivo, esto hace que al enfermo le guste. Con cuantos he hablado que provenían de otros centros están más contentos en este¹⁰⁷. Es importante cómo se preocupan de que se celebren las fiestas como fueron los carnavales donde los sectores los adornaban los pacientes y con este motivo el martes de carnaval se disfrazaron todos y tuvieron una fiesta. También el día de las elecciones se fueron algunos a sus casas para votar si querían¹⁰⁸.

Se inicia la jornada a las 8:30, hora a partir de la cual se hace una reunión en los sectores de toda la plantilla. Es una tarea diaria cuyo contenido es la información y coordinación de la actividad de cada sector. Se planifica el trabajo en la medida que las condiciones lo permitan. Asisten los psiquiatras a cargo de las unidades, asistente social, psicólogo y personal de enferme-

¹⁰⁰ AMGP (78-79).

¹⁰¹ VGS (78-79).

¹⁰² JLT (79-80).

¹⁰³ MCBV (79-80).

¹⁰⁴ ECPY (80-81).

¹⁰⁵ PJPF (78-79).

¹⁰⁶ JMRR (79-80).

¹⁰⁷ VGS (78-79).

¹⁰⁸ MVM (78-79).

ría. Durante esta reunión se lee el informe correspondiente del día anterior que fue escrito por el personal de enfermería y se comentan algunos casos determinados revisándose, si procede, el tratamiento de algunos enfermos. Mientras, los enfermos desayunan, hacen la cama, toman la medicación... esto último bajo control del personal de enfermería ya que algunos de los internados la rechazan¹⁰⁹. A las 10h se abre el taller de ergoterapia donde los enfermos realizan una serie de actividades de acuerdo con sus gustos y aptitudes. El fin de la ergoterapia es evitar la pasividad del paciente, reforzarle en los hábitos de trabajo, dichos trabajos no eran remunerados con el fin de evitar la institucionalización del enfermo, los fondos recaudados eran empleados para realizar otras actividades como excursiones, actividades de recreo. De 10-11 se hace gimnasia en dos grupos, mujeres y hombres, se realizan una serie de ejercicios sencillos. De 11 a 12 se va a cafetería donde se sirven todo tipo de bebidas con excepción de las que contienen alcohol. De 12 a 13 continua ergoterapia, de 13 a 13:30 descansan y a partir de ahí van al comedor de autoservicio¹¹⁰. Todo parece hecho para tratar al paciente, desde las comidas en un autoservicio hasta la asistencia a actividades lúdicas (obras de teatro, bailes de disfraces) de personal y enfermos¹¹¹. A la hora de la comida enfermos y personal recogían su bandeja previa presentación de ticket, los utensilios son igual para todos. Se guardaba mucho orden y compostura, con la disciplina que supone estar en una fila para poder recoger la comida, la formación de grupos para sentarse en una determinada mesa y la preferencia por determinados alimentos¹¹². Se festejaban las fiestas populares como el día de S. Juan en que hicimos una hoguera, comimos sardinas y bailamos, siempre todos juntos¹¹³. El ambiente que reina aquí favorece no sólo al enfermo sino también al personal enfermero, médicos....al encontrar un ambiente de trabajo y de compañerismo excelente que hace que se tomen el trabajo con mucha dedicación e interés¹¹⁴.

En el Rebullón se huye de la exactitud en el diagnóstico, del etiquetaje del supuesto enfermo dándole más importancia a su historia personal¹¹⁵. Existe un gran respeto al enfermo con el que se establece un trato familiar y cariñoso. Aquí no se hablaba del esquizofrénico, el maniaco o el demente sino que al hablarse de un enfermo se hablaba de Norberto, Raimundo, Flora...es decir, del sujeto, no de su enfermedad. De esta premisa se desprende la actuación posterior: el hablar con el paciente¹¹⁶. Otra de las cosas que me ha llamado la atención es la construcción de la historia clínica. Aquí el relato de sus enfermedades somáticas es, tal vez, lo menos importante de la historia, lo importante es el introducirse en la vida del individuo y tratar de conocer por ella los hechos que pudieron llevar al desencadenamiento de la enfermedad¹¹⁷.

¹⁰⁹ DVP (78-79).

¹¹⁰ EFD (78-79).

¹¹¹ JVB (79-80).

¹¹² JMCL (79-80).

¹¹³ MPS (79-80).

¹¹⁴ EGP (79-80).

¹¹⁵ LVB (78-79).

¹¹⁶ MCE (79-80).

¹¹⁷ ERCP (79-80).

Se emplean las siguientes pautas terapéuticas¹¹⁸:

- *Farmacoterapia: No solo son importantes los productos utilizados, efectos y contraindicaciones sino también el significado que tiene para el enfermo aumentar o disminuir una pastilla en su tratamiento por ejemplo.*
- *Psicoterapia: Destacar lo importante que resulta la comunicación y exposición de los problemas en los grupos.*
- *Ergoterapia: Devuelve al enfermo la vivencia de ser útil en la sociedad.*
- *Terapia de grupo: Se hicieron una vez a la semana. El funcionamiento es hablando en el seno del grupo y para el grupo. Hay una colocación especial, en círculo, de todos los participantes. Van todos los que conviven en cada unidad, personal y enfermos y se somete todo lo que se dice al juicio de los participantes. Se busca y se estimula una máxima participación y la actuación como grupo. Al terminar el personal sanitario hace un estudio y valoración de la reunión dejando constancia escrita. También se esbozan planes para la siguiente sesión¹¹⁹. En varias ocasiones comenté con distintos miembros del equipo terapéutico mi personal opinión acerca de la poca utilidad de los grupos y en ninguna otra cosa encontré una opinión tan contraria a la mía, tan viva y tan homogénea, «Tenías que ver a fulano hace dos meses» después de pensar, creo que esta respuesta, casi ofendida, se debe a que la terapia de grupo es la actividad que menos gusta hacer al personal terapéutico y ni discuten su eficacia¹²⁰. Las terapias de grupo eran diferentes de unas unidades a otras ya que dependían del tipo de enfermos pues había algunos que presentaban neurosis de institución y eran muy difíciles de movilizar¹²¹. A las 3 hay una reunión de manejo de unidades en la que están presentes los dos turnos de auxiliares de mañana y de tarde y se habla de los problemas de cada sector. Es una reunión semanal para coordinación y revisión sistemática de la actividad de la unidad. Se hacen propuestas, se estudian y se debaten en equipo, como siempre, toda la problemática planteada¹²². Postgrupo general: Reunión mensual de información y debate de la marcha de los grupos en cada unidad. Se trasvasan experiencias, se discuten técnicas y se evalúa el desarrollo de los grupos, su evolución y experiencias positivas. Cada tres meses hay una reunión general en el hospital y se habla de cómo funcionan las distintas unidades, también de la manera de actuar de los médicos y de las auxiliares¹²³.*

El personal auxiliar es el encargado en todo momento de controlar diversas actitudes de los pacientes para luego referirlas en las reuniones que se celebran todas las mañanas tomándose a

¹¹⁸ RCN (79-80).

¹¹⁹ AMGP (78-79).

¹²⁰ ALP (78-79).

¹²¹ MVAT (78-79).

¹²² MVM (78-79).

¹²³ MCVB (78-79).

continuación las medidas terapéuticas necesarias. Es fundamental el papel que ocupa el auxiliar en la dinámica de la vida hospitalaria¹²⁴. Los pacientes están faltos de conversación y no son los psiquiatras quien más está con ellos sino los asistentes psiquiátricos. Tal vez adolezcan de falta de formación que le permitiera afrontar con mayor criterio su trabajo¹²⁵.

Dos días al mes cada sector se ocupaba de sus consultas externas en Pontearreas, La Guardia, Cangas. El trabajo allí consistía en realizar primeras consultas, control de enfermos que anteriormente habían estado ingresados en el centro y también se atendían peticiones de ingreso.¹²⁶ Cuando era necesario se acudía a visitar a los pacientes a su casa. La reinserción social de cada enfermo se lleva a cabo realizando visitas a los familiares para reasegurarlos con respecto al paciente. Son realizadas por el médico, personal de enfermería y asistente social.¹²⁷ Para evitar el hospitalismo se mantiene una correcta correlación entre hospital-comunidad-familia. Así, las secuencias internado-hospital de día-ambulatorio-visitas domiciliarias-visitas de consulta periódicas harán más progresiva y llevadera la deshospitalización¹²⁸.

El hospital de día forma un aparte dentro del Rebullón, el plan de trabajo es semejante si bien se realizan frecuentemente salidas al exterior que no se hacen con los enfermos que están ingresados¹²⁹. El inconveniente que presenta actualmente es el acercamiento a las unidades de ingresados dada la ubicación del mismo lo que facilita que en algunas ocasiones los enfermos se mezclen y no se deshabituén con rapidez¹³⁰. Tal vez su función la cumpliría con más precisión estando en Vigo o en un lugar diferente a las instalaciones del Rebullón dado que por su función y a pesar de estar aislado sigue estando demasiado cerca y demasiado ligado al hospital de internos lo que no facilita su labor¹³¹. Es un paso intermedio entre institución y calle. Sus actividades se realizan en una casa-chalet al lado del hospital y dentro del recinto. Conducido por dos psicólogos en un ambiente doméstico al que los enfermos con frecuencia se oponían. En el funcionamiento del hospital de día me ha llamado la atención que sea llevado en la práctica por un psicólogo aunque en teoría es llevado por un equipo del que forma parte un psiquiatra¹³². Su composición clínica es tremendamente heterogénea, desde el paciente de corte crónico, agudos en fase de remisión y débiles mentales¹³³. Lo que yo entendí como función principal de esta unidad es la deshabitación del paciente por una estancia prolongada en una institución y la reintegración en la sociedad familiar y comunitaria teniendo en cuenta que por lo general se trata de enfermos con buena expectativa de futuro. De todas maneras no sólo encontré a enfermos con esta problemática sino que también

¹²⁴ AEV (80-81).

¹²⁵ JVB (79-80).

¹²⁶ PMG (80-81).

¹²⁷ EAV (80-81).

¹²⁸ PAS (79-80).

¹²⁹ GAM (80-81).

¹³⁰ JHR (80-81).

¹³¹ JVB (79-80).

¹³² AAF (80-81).

¹³³ MDCG, JCFF, AGF, JMJP, MLP, CMVC (78-79).

encontré crónicos tales como hebefrénicos, oligofrénicos, etc., que no tienen solución pero que, con ayuda de su familia, no son una carga para las instituciones psiquiátricas donde estaban siendo hasta hace unos años un sedimento¹³⁴. El horario es de 9 a 17. Se hacen terapias de grupo dirigidas por los psicólogos, actividades de movilización grupal (paseos) y ergoterapia¹³⁵. Hay un autobús que recoge y lleva a los pacientes de hospital de día. Otros vienen solos en su coche o en autobús público¹³⁶. Los enfermos de hospital de día llegan sobre las 9.30 y se les da la medicación. Después se hace una terapia de grupo en la que la participación es alta y cada uno cuenta lo que hizo o le sucedió desde la tarde del día anterior en que abandonó el hospital. Después si hace mal día se toma el café allí y lo preparan los propios enfermos sino se baja a un bar del pueblo y cada enfermo abona su consumición. A la vuelta se hace ergoterapia antes y después de la hora de comer¹³⁷. Aquí los pacientes están en condiciones de interaccionar entre ellos con gran facilidad pues tienen una actitud muy positiva y creadora. Reciben una asistencia muy especial con estudio psicológico y responsabilidades organizativas y de trabajo en su hospital de día¹³⁸.

La impresión que me ha causado la institución se resumiría en una sola palabra: efectividad. Es un lugar que deja margen para la individualidad y la libertad sin perder autoridad y armonía¹³⁹.

CRÍTICA DE LOS PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO REBULLÓN

Si el objeto del Rebullón es la reinserción del enfermo mental en la sociedad nos encontramos ante un dilema: por un lado esta sociedad es un caldo de cultivo que crea psicopatías marginando a los enfermos mentales después de haberlos creado. Por otro no podemos tener al enfermo mental en una jaula de cristal que lo defiende del exterior¹⁴⁰. Se le crea al paciente un mundo un tanto ficticio ya que los agentes agresores pueden verse atenuados y dado que el fin es conseguir la restitución del paciente a la sociedad, con la capacidad suficiente para poder integrarse en ella, no se debe de perder en ningún momento el contacto entre el paciente y su entorno social por ello me parece sumamente beneficiosa todo tipo de actividad en relación con el exterior lo que, a mi juicio, debería de incrementarse¹⁴¹. Si con la gran cantidad de años de internamiento y de tratamiento no se evidencian mejorías me pregunto si tiene objeto que sigan

¹³⁴ JHR (80-81).

¹³⁵ JMRR (79-80).

¹³⁶ JJSD (79-80).

¹³⁷ FLL (78-79).

¹³⁸ AMGP (78-79).

¹³⁹ AMGP (78-79).

¹⁴⁰ AOH (80-81).

¹⁴¹ MNR (80-81).

en un hospital mental¹⁴². Pienso que sería más económico crear centros de rehabilitación, talleres protegidos, que el tratar a estas personas el resto de su vida¹⁴³. Quizás uno de los defectos cara a la rehabilitación del paciente sea el tener mezclados a los crónicos y a los agudos aunque éstos, si no van de alta definitiva, pasan al hospital de día¹⁴⁴.

Hospital de día parece el hermano menor del hospital, esto lo digo en el sentido del gran descuido que lo preside. Creo de vital importancia una mayor atención en todos los sentidos, técnicos y de planteamiento, por todo aquello que pueda suponer en la reinserción social que todo paciente requiere tras un periodo de alejamiento más o menos largo de su realidad¹⁴⁵. Señalar la monotonía de su funcionamiento y su poca capacidad de programación de actividades que atraigan al paciente. La causa posible es la poca homogeneidad de los pacientes que a él asisten¹⁴⁶.

La declaración teórica, aunque en la línea correcta, no llega plasmarse de todo en la realidad hospitalaria. Prima sobre todo el objetivo de la reinserción precoz del paciente en su medio social con una tarea de asistencia social muy meritoria pero sin la suficiente analítica del problema psíquico. Esto, aunque evita por una parte los peligros institucionales puede por otra disminuir los resultados terapéuticos¹⁴⁷.

Debiera haber un mayor acercamiento del psiquiatra con el enfermo, con diálogos más frecuentes con ellos. Hay una mayor dedicación a las consultas externas lo cual va en detrimento del contacto con el enfermo internado¹⁴⁸. Falta quizá una base de convivencia en la relación médico-enfermo lo que lleva a estos a un comprensible acoso durante la hora de cafetería. Una pequeña entrevista con el médico he comprobado que les proporciona tranquilidad¹⁴⁹. Los enfermos carecen de un contacto directo con los médicos durante todo el día y creo que esto sería mejor ya que tienen que ser informados por los auxiliares psiquiátricos que son los que llevan todo el peso del trato con el paciente mientras que el médico parece un ente superior y bastante lejano¹⁵⁰. En la reunión matinal se enteraban por el libro de incidencias de las novedades de la víspera y ya no contactaban más con la realidad del paciente¹⁵¹. Quizás debido al bajo número de psiquiatras no es todo lo frecuente que me parece necesario el contacto con los enfermos para valorar correctamente su evolución sobrecargando quizás de responsabilidad al personal de enfermería que incluso tienen a veces que valorar, sobre todo en algunas visitas domiciliarias, la existencia de posibles descompensaciones del enfermo y realizar una terapia personal que quizás

¹⁴² FPP (80-81).

¹⁴³ MLFG (80-81).

¹⁴⁴ AEV (80-81).

¹⁴⁵ JMAQ (78-79).

¹⁴⁶ LAV (78-79).

¹⁴⁷ LRP (78-79).

¹⁴⁸ MCVB (78-79).

¹⁴⁹ MAGS (79-80).

¹⁵⁰ CSR (79-80).

¹⁵¹ MNP (79-80).

se salga de su ámbito de actividad y sobrepase sus conocimientos¹⁵². Mi opinión es que el personal de enfermería colabora ciertamente poco en esta labor de trato especializado, terapéutico con el paciente. Lo atribuyo a dos cosas, una la poca preocupación por la formación teórica, poca profesionalidad y dos la rutina. Creo que el médico da pocas indicaciones al personal de enfermería. Las discusiones sobre los aspectos psiquiátricos del paciente deberían estar institucionalizadas constituyéndose en verdaderas sesiones de trabajo conjunto¹⁵³.

Hay una sobrecarga de carteles y relojes en los pasillos. Excesiva programación de la vida del enfermo¹⁵⁴. Ergoterapia es como un medio de evasión del personal de este centro, un tiempo para tener entretenidos a los pacientes y que estos no molesten a nadie pues la mayoría de los pacientes están allí sin hacer nada y tampoco tienen ganas de estar allí, están como obligados y además los que realizan los trabajos los hacen porque les mandan y les dicen cómo hay que hacerlo, lo más rentable sería que ellos realizaran algo porque quieren y a la manera de ellos y luego interpretar lo que han hecho pues alguna motivación tendrían para realizar un determinado trabajo¹⁵⁵. La laborterapia no tiene porque resultar menos beneficiosa que la ergoterapia ya que el mayor problema sería el de sujeción a un horario y por el contrario el recibir una gratificación siempre puede resultar un mayor estímulo¹⁵⁶. Las actitudes y actividades de los pacientes no son debidamente valoradas, no solo en ergoterapia, sino a lo largo del día parece como si lo que se intentase es tener al paciente entretenido, haciendo cosas, pero yo no he visto a nadie preguntarse el por qué de estas cosas y el por qué no de otras¹⁵⁷. Me pareció observar un menor grado de actividad y relación entre las mujeres hospitalizadas movilizándose menos que los hombres quizá fuese interesante algún tipo de actividad en grupo en que participaran varias de ellas y que les permitiese una mayor relación aunque esto es francamente difícil¹⁵⁸. Me ha llamado mucho la atención la falta de intimidad de los pacientes ingresados diez, veinte años, algunos destinados a morir en el sanatorio, no tienen habitación propia, tienen que compartir su espacio constantemente¹⁵⁹.

El régimen de libertad en este centro me pareció muy bien pero quizá en algunos casos sea excesiva. Creo que algunos pacientes deprimidos estaban poco vigilados y podría haber ocurrido algún suicidio y algún paciente especialmente agresivo también gozaba de libertad y podía agredir al personal del centro o a otros pacientes¹⁶⁰.

¹⁵² JMRM (79-80).

¹⁵³ JMAQ (78-79).

¹⁵⁴ EPY (80-81).

¹⁵⁵ CCP (79-80).

¹⁵⁶ MNR (80-81).

¹⁵⁷ CSR (79-80).

¹⁵⁸ JMRM (79-80).

¹⁵⁹ CSR (79-80).

¹⁶⁰ MNP (79-80).

Las normas a veces eran demasiado rígidas y se llegaba a abusar de ellas en beneficio de la seguridad y la comodidad del personal. Ante el intento de saltarse alguna de estas normas se notaba gran ansiedad por parte del personal se notaba mucho miedo ante una situación nueva, hacia algo que podía ocasionarle complicaciones. Se notaba tendencia a la autojustificación y a las alabanzas mientras que faltaba autocrítica continua o al menos el replanteamiento de lo que se está haciendo cada cierto periodo de tiempo¹⁶¹. Es llamativa la total falta de relación de los centros psiquiátricos de Galicia y la no existencia de reuniones periódicas para comparar los logros y las conclusiones que se van sacando¹⁶².

Muchos enfermos están apáticos y con ganas de dormir y quizá esto se evitaría con menos medicación o con una medicación menos fuerte¹⁶³. Considero que, a veces, aunque por ninguno de los estamentos del hospital se desea, la relativa agresividad manifestada sobre el enfermo se evidencia sobre todo en las pautas de medicación¹⁶⁴. Algunos pacientes parecen sobrecargados de medicación pues se les ve demasiado adormilados y totalmente inactivos restando muchas posibilidades a su movilización¹⁶⁵. El uso de fármacos debería estar más limitado a casos concretos o a lo sumo emplear las dosis más bajas posibles¹⁶⁶. Se utilizan terapias colectivas y excesiva quimioterapia dejando al margen terapias individuales que deberían estar presentes¹⁶⁷. Aquí se les hace más caso, se les escucha y se sustituyen las medidas de fuerza por psicofármacos, es decir, se sustituye la idea generalmente extendida de la camisa de fuerza y el encierro por la medicación manteniendo de esta forma al paciente controlado¹⁶⁸.

Una cosa que no vi muy efectiva fueron las terapias de grupo o es que tal vez a las que asistí fueron las de más bajo rendimiento. A mi forma de ver el individuo gallego es poco comunicativo y si aun encima se le reúne con diez personas más no abrirá la boca salvo que haya adquirido mucha confianza o sea para poner a parir a otro paciente¹⁶⁹. Las reuniones de psicoterapia de grupo semanal no eran en ocasiones preparadas suficientemente con el peligro de caer en que se convierta en una actividad rutinaria lo que indudablemente contribuiría a su institucionalización lo cual a su vez le resta autenticidad y dinamismo¹⁷⁰. Falla bastante la terapia de familia, muchas veces se veía claro que había una familia muy patológica y a pesar de hacerse comentarios sobre si estaba la familia peor que el propio paciente se intentaba muy pocas veces la terapia de esta. Se usaban los psicofármacos para paliar la situación pero no siempre se tra-

¹⁶¹ MLFG (80-81).

¹⁶² JFM (80-81).

¹⁶³ EPY (80-81).

¹⁶⁴ FPP (80-81).

¹⁶⁵ JMRR (79-80).

¹⁶⁶ JMBF (79-80).

¹⁶⁷ MNR (80-81).

¹⁶⁸ MNT (80-81).

¹⁶⁹ FJPM (78-79).

¹⁷⁰ LAV (78-79).

taba de resolver el problema de base¹⁷¹. Prestan poca atención a los problemas somáticos. Además están gordos, no hacen ejercicio y fuman demasiado sin que el personal manifieste mayor interés en ello¹⁷². No se presta toda la asistencia que se debiera con respecto a la Medicina Interna y así es posible que se escapen casos de enfermedades somáticas por no hacer algunas exploraciones¹⁷³. La psiquiatría que se hace no es más que medicina somática como en cualquier hospital somático, a base de medicación, muy bien, también la hay buena, buenisima intención la del médico honrado que intenta mediante inacabables conversaciones llegar al fondo de la cuestión del enfermo y dar con un tratamiento psicoterapéutico eficaz, pero no nos engañemos: Ha sido pura casualidad¹⁷⁴.

¹⁷¹ MLFG (80-81).

¹⁷² EPY (80-81).

¹⁷³ MAGS (79-80).

¹⁷⁴ JMC (79-80).