

Se está introduciendo en España, con cierto retraso, un nuevo acrónimo: TMS o Trastorno Mental Severo (y persistente, que dicen los norteamericanos). Leona L. Bachrach parece que fue la primera en plantearse en un editorial (*Whats's in an Adjective? Or an Acronym?*, *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41(6): 601) el cambio del término crónico por el referido acrónimo<sup>1</sup>. “Yo sospecho –escribe– que el problema con esta palabra no viene de su uso como adjetivo, sino su uso como sustantivo, para nombrar a determinadas personas. La persona deja de ser una identidad individual para ser englobada en un grupo (CMI: *chronic mentally ill*), enfermos mentales crónicos; que va a influir en la valoración que hacen muchos profesionales de la salud mental de estos pacientes como intrínsecamente difíciles y poco gratificantes”. Como adjetivo, crónico hace pensar simplemente en la probabilidad de una larga duración; como nombre, sin embargo, se refiere a la esencia, no es un atributo. Sustantiviza algo peyorativo: una valoración social sobre la enfermedad mental que viene de antiguo (no debemos olvidar otra de las acepciones de crónico para la lengua española: “se dice de ciertos vicios cuando son inveterados”).

Escribía Gentís en aquel ya viejo y entrañable panfleto *Les murs de l'asile*, (François Maspero, París, 1971) que se dice loco como se dice negro o emigrante sin medios. Supongo que todos estaremos de acuerdo en el peso del imaginario social, en el peso de la idea que de la enfermedad mental tiene la sociedad, a la hora de la construcción de los conceptos que la definen. Más aún si hablamos de enfermedades graves y persistentes e incapacitantes (dejando fuera, de momento, el fantasma de la peligrosidad y de la impuntabilidad), si nos referimos a la cronicidad psicótica discapacitante.

Y también, supongo que estaremos todos de acuerdo, en cómo la consideración social determina el tratamiento, el tipo de servicios que en cada momento la sociedad estructura.

La idea de la incurabilidad, de la imposibilidad de hacer algo con la cronicidad psiquiátrica, había dejado paso en las últimas décadas a la posibilidad del tratamiento en la comunidad, de la rehabilitación. La reforma psiquiátrica había cambiado la imagen que de la enfermedad y los servicios tiene la sociedad. Pero el desarrollo y el mantenimiento de los procesos de reforma sociosanitarios precisan de unas determinadas condiciones de sensibilidad y solidaridad sociales. Condiciones en crisis por la globalización económica, por las amenazas al Estado del Bienestar.

No es de extrañar que hoy, debilitado el lazo social, se introduzca el término trastorno mental severo, expresado habitualmente por su acrónimo TMS. Una forma de hurtar el problema de la cronicidad, el abandono y la carencia de recursos. El término es más acorde con la época: más aséptico y más preciso “gerencialmente”, en tanto que define dos variables de complejidad muy importantes para el coste del proceso: la gravedad y la larga duración. Reflejo, como los otros acrónimos que nos invaden (DSM, CIE, SCAN), del pensamiento único en psiquiatría: la pretendida uniformidad del conocimiento psiquiátrico, del predominio de corrientes ateóricas y pragmáticas. Breviarios y acrónimos responden al triunfo de la revolución cognitiva, al predominio de la cultura del manejo, del vademécum sobre la clínica.

No hay más que una forma de combatir el estigma, los prejuicios de la sociedad hacia las formas más graves y deteriorantes del enfermar psíquico, como la esquizofrenia, y es transformar las formas de atención: sacar el tratamiento de los psicóticos de las largas estancias de las salas manicomiales de los hospitales psiquiátricos y de las salas manicomiales de algunos hospitales generales.

Pero, para eso, es necesario continuar con un proceso de reforma psiquiátrica, de desinstitucionalización y de creación de programas alternativos, donde prime la calidad y el respeto a la dignidad y los derechos de los pacientes mentales. Donde se optimice el gasto (nada despreciable en estos momentos en España y países de nuestro entorno socioeconómico). Hoy se tienen programas eficaces para el tratamiento comunitario de la esquizofrenia, y no son más caros.

La reforma psiquiátrica española, al igual que la de otros países, tiene su punto débil en la atención a la cronicidad psicótica. Su adecuada atención es una responsabilidad de todos: técnicos, gestores y autoridades sanitarias.

M. Desviat

## **Nuevo jefe en la salud mental mundial**

Ha sido elegido como responsable de la Salud Mental de la OMS Benedetto Sarraceno, psiquiatra responsable hasta ahora del programa “Naciones para la Salud Mental. Sarraceno tiene un largo historial de asesor de la Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud.

Durante años, ha prodigado sus esfuerzos en la mejora de la psiquiatría de los países en desarrollo, de los países más necesitados. Investigador del Instituto “Mario Negri” (uno de sus trabajos –“Salud mental en atención primaria: estudio multicéntrico en seis países centroamericanos”–, fue premiado con el I Premio Internacional “Psiquiatría Pública” otorgado en Madrid, en 1992, por esta revista)<sup>2</sup>, ex presidente de la Asociación Mundial de Rehabilitación, Benedetto es, sobre todo, un profesional de pensamiento avanzado, un técnico comprometido socialmente.

Más que felicitarle, nos felicitamos y felicitamos a todos aquellos interesados por una atención a los problemas de salud mental, tan amenazada hoy. Para los tiempos que corren, difícilmente podría haberse pensado en alguien mejor. Nuestra enhorabuena, pues, a la Psiquiatría Pública.

Equipo de Dirección

---

<sup>1</sup> Alberto Fernández Liria se refiere a este editorial en su Tesis doctoral sobre El concepto de paciente crónico adulto joven, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, febrero de 1991.

<sup>2</sup> El premio, de un millón de pesetas, fue entregado por el Consejero de Salud de la Comunidad de Madrid, Pedro Sabando, y otorgado por un Jurado formado por Pierre Pichot, Itzhak Levav, J.E. Thomas, Ernesto Venturini, Carlos Castilla del Pino y el director de Psiquiatría Pública, Manuel Desviat. Participaban 14 investigadores centroamericanos y cuatro italianos del Instituto “Mario Negri” (véase Psiquiatría Pública 1993, vol 5, núm 2, p: 71-94).