

El estado de la psiquiatría en la España de 1990

Ramón García*

A lo largo de mi intervención desearía compartir con ustedes, aunque sea a grandes rasgos, una línea de pensamiento que se quiere comprometida con la realidad y sus necesidades (sea en forma de enfermedad, de miseria, de sufrimiento...), al mismo tiempo que un método apropiado a su objeto (las desviaciones de la "norma" o la marginalidad de ciertos aspectos de lo humano) y la crítica que surge de su aplicación al campo de la psiquiatría, crítica, por otra parte, inmediatamente trasladable a otras disciplinas afines.

La perspectiva desde la que me gusta hablar o, si se quiere, el método con el que sigo los avatares de algunos sectores del campo social y, más concretamente, del psiquiátrico, es aquella en que a las preguntas surgidas de los libros, del diálogo, de la experiencia de otros o de la propia experiencia, se busca la respuesta en una permanente investigación de la realidad, acogiendo *metódicamente* sus componentes éticos; esto es: el valor, los valores. (Recordemos aquí como antecedentes –y para situarnos– a Karel Kosik y a los maestros de la Escuela de Frankfurt).¹

* Profesor-investigador con especialidad en psiquiatría de la Universidad de Barcelona. Cofundador del "Colectivo crítico para la salud mental". Considerado como uno de los máximos representantes de la antipsiquiatría española. Actualmente realiza actividades como Jefe de Servicio en una comarca rural en Valencia (psiquiatría comunitaria).

¹ En octubre del presente año tuve ocasión de participar en la Facultad de Medicina de Murcia en un Seminario dirigido por Pedro Marsé y organizado por la "Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública" sobre *Metodología de la investigación en ciencias de la salud* que consistió, esencialmente, en un ejercicio de reflexión actualizada sobre esa línea de pensamiento (la necesaria incorporación de la ética al método) intentando, con ello, contribuir a la construcción de una *investigación crítica, participativa y emancipadora* como modelo para las ciencias sociales.

De este método se deriva mi afición a aprovechar cualquiera de mis viajes para ver “in situ” la realidad institucional², departir largas horas con profesionales y usuarios, ojear los papeles oficiales que en el lugar se hacen (últimamente hay territorios en que su única afición es hacer “papeles”)..., para luego reflexionar sobre lo-visto y lo no-visto, lo leído y lo no-leído, lo dicho y lo no-dicho. Del tal método resulta, igualmente, mi costumbre de seguir aquellas preguntas y aquellas respuestas a las que antes hacía referencia en su confrontación con el proceso personal y cotidiano de práctica pública. Y de ese método, por último, procede mi convicción de que en los análisis que de todo ese reconocimiento de la realidad debe hacerse es preceptiva la inclusión de valores tales como la calidad de vida o bienestar, la necesidad y la posibilidad de su disolución, los equilibrios vitales –esto es: ecológicos...; sí, esas calidades –y no cantidades– que constituyen de verdad el progreso y que, siendo como son medios y fines, debe proponerse como *valor* toda Ciencia Social en el proceso de cualquiera de sus investigaciones, y romper así con la enorme e interesada abstracción con la que se juega al escindir radicalmente la ciencia “pura” de la aplicada o “impura”. (Recuérdense, por ejemplo, los malabarismos “ideológicos” de Mario Bunge al respecto).³

El conocimiento adquirido por la aplicación sistemática de estas aficiones y costumbres metódicas, me lleva a la conclusión de que en los últimos años estamos asistiendo a la tercera gran ruptura del presente siglo en la psiquiatría española y por ser ésta –la psiquiatría– pionera en el campo de lo social en muchos aspectos, la ruptura, también, de una línea de pensamiento y de práctica que engloba a otros sectores del trabajo psico-social o, empleando en toda su real extensión el concepto de salud mental, el trabajo en salud mental.

Tercera ruptura, digo. Veámos lo repasando, tan sucintamente como el tiempo requiere, la evolución de la psiquiatría española

² A este propósito, he recorrido dos o tres veces a lo largo de los años (sistemáticamente, en el primer quinquenio de la década de los setenta y en el segundo de la de los ochenta), la mayor parte de la geografía española: Galicia, Asturias, Andalucía, País valenciano, Cataluña, Canarias, Madrid, Aragón...

³ Sobre tales malabarismos puede verse la *nota* 2 de mi ensayo *Una experiencia frente a la ciencia* -ampliación de lo que fue el prólogo al libro de Franco Basaglia: *La institución negada* en: Ramón García, *¡Abajo la autoridad! Ciencia, manicomio y muerte*, Ed. Anagrama, Barcelona, 1979, págs. 96 y ss.

en los últimos veintitantos años. Espero que mi exposición sea concentrada, pero no ardua; en todo caso, sirvan mis palabras de sugerencias para el diálogo que espero mantengamos.

La psiquiatría pública española de la década de los sesenta, se expendía en una cincuentena de manicomios provinciales y en unos -muy pocos- servicios psiquiátricos universitarios ubicados en los Hospitales Clínicos. Tal psiquiatría era *teóricamente ecléctica, clínicamente kraepeliniana y asistencialmente manicomial* y puede decirse con total seguridad que si algún pensamiento crítico había, estaba retenido bien lejos de la asistencia en general y de la pública en concreto.

Tal *pensamiento crítico* empezó a introducirse en la psiquiatría española a finales de los años sesenta y, siempre contracorriente, fue elaborando progresivamente -en la teoría y en la práctica- una triple crítica: la de la ciencia y su método que nuestras disciplinas reclaman para sí, la de la nosología psiquiátrica y sus consecuencias pronósticas y terapéuticas y la de las estructuras asistenciales y su modelo organizativo, esto es: el manicomio.

Sobre esa base, a lo largo de la década de los setenta se va construyendo -también en nuestro país- una *nueva cultura psiquiátrica*. Como momento significativo de esa construcción, podría recordar el encuentro que -con la excusa del conflicto del Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona- organizamos en dicha ciudad en junio de 1973 y en el que logramos reunir a un centenar de profesionales de la psiquiatría pública española pertenecientes a veinte hospitales psiquiátricos, junto a algunos de los más lúcidos, activos y críticos pensadores de fuera de nuestras fronteras: allí estaban Franco Basaglia, Agostino Pirella, Robert y Françoise Castel, Tonkiewitz... y Pollack y Torrubia; sí, un exilado de la guerra civil española como Tosquelles con el que participó en la creación y animación de la psicoterapia institucional francesa... y un largo etcétera. Tal "encuentro" se desarrolló mitad clandestinamente -recordemos que era 1973-, mitad públicamente gracias a la acogida que siempre nos dispensaba a los marginales del momento la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña. Y allí, como en tantos otros lugares -antes y después- se intentó analizar la realidad psiquiátrica española desde la perspectiva de esa "nueva cultura psiquiátrica" a la que estoy aludiendo y que creo llegado el momen-

to de intentar caracterizarla resumiendo para ustedes algunos de sus contenidos básicos. Veámoslos.

El *pensamiento crítico* en el que esa *nueva cultura* se basa, nos mostró y puso en práctica, entre otras cuestiones, las siguientes:

1. Una reflexión permanente sobre la historia real de la locura, el loco que la padece y la institución creada para tratarlo (desde hace un par de siglos: la psiquiatría).

2. La necesidad de una incidencia crítica sobre la vigente cultura respecto de la locura y el loco. Tal como lo ha escrito Castel

La transformación más decisiva realizada en estos últimos diez años (es decir, durante la década de los setenta) en el campo de la medicina mental, ha sido sin duda un cierto retroceso de lo que se podría llamar el “racismo antiloco”, una de las formas más profundamente enraizadas en la negación de la diferencia. Aunque su única contribución hubiera sido la de este cambio, ello bastaría para acreditar al movimiento antipsiquiátrico; los que en él participaron o a él fueron asimilados no tendrán que lamentar nunca haber puesto en ello su esfuerzo. Y en la medida en que este tipo de conquistas es siempre frágil, provisional y amenazado, en que amplios sectores de opinión alimentan todavía el antiguo rechazo de la locura y en la medida, en fin, en que todos los racismos se dan ocultamente la mano en la gran comunión de los excluyentes, valdrá todavía la pena consagrarles en el futuro algún esfuerzo.⁴

3. La crítica de la “psiquiatría tradicional” en general y de la “psicopatología clásica” en concreto: lo habíamos aprendido de Freud (no debemos olvidar los antecedentes freudianos de ciertos movimientos de transformación institucional y de alguna corriente antipsiquiátrica) y Foucault, entre otros, nos lo explicitaba cuando afirmaba: “La enfermedad está constituida por la misma trama funcional que la adaptación normal; por lo tanto, no podemos definirla a partir de lo anormal como lo hace la patología clásica...”⁵

En esta línea, el *pensamiento crítico* nos recuerda la necesidad de repensar permanentemente el lugar y los límites de conceptos tales como “diagnóstico”, “pronóstico” y “terapéutica”.

⁴ Robert Castel, *La gestión de los riesgos*. Ed. Anagrama, Barcelona, 1984, pág. 30.

⁵ Michel Foucault, *Enfermedad mental y personalidad*.

4. Nos hizo ver, igualmente, la importancia de esa otra crítica más amplia de la ciencia y de la técnica al mostrarnos, por una parte, algunas de sus zonas “oscuras” como mediación al servicio del poder y, por otra, aportando un criterio de totalidad capaz de disolver esas rayitas escindidoras (/) que “cortando la realidad a rebanadas” separan ficticiamente lo orgánico de lo psicológico, lo objetivo de lo subjetivo, lo afectivo de lo cognitivo... los fenómenos mentales de los fenómenos sociales. Sirva de ejemplo de estas preocupaciones de ayer y de hoy lo que yo mismo decía en 1972:

Puede sugerirse que el llamado “registro” de la individualidad (y/o de la psicosis) -el registro del deseo y la demanda, el registro de la alienación individual- *registra* -y *registra* como fundamentos- entes tales como la familia y la relación con el otro (o el *Otro*), la prohibición del incesto y la ley (*la ley del Padre*), el lenguaje... entes que siendo *pilares* de la individualidad son, simultáneamente, instituciones sociales históricamente fundamentadas. Por otra parte, el *registro* de lo *social* -registro de la coerción y de la alienación social- nos *registra* cuestiones tales como la ideología, la moral y la moral sexual, la cultura, el poder y el dominio, la autoridad y la jerarquía, el dinero, el valor y la posesión del valor... cuestiones que participen de la evolución más profunda de la individualidad, sustentándola y siendo sustentadas por ella.⁶

⁶ Ramón García, “Ideología de la locura y locuras de la ideología”, dentro del libro colectivo. *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* Ed. Anagrama, Barcelona, 1972, págs. 17 y 18.

En el mismo sentido y para ampliar el texto, transcribo estas otras palabras de Laing: “Fenómenos mentales y fenómenos sociales: los fenómenos sociales comprenden todas las relaciones que tenemos entre nosotros -las diadas (parejas), los triángulos, las familias- y todos los sistemas y las relaciones sociales más complejas existentes en la sociedad (...) Los fenómenos mentales no pueden separarse de los físicos, emocionales, sociales, si no es mediante un mecanismo artificial que consideramos neurótico o psicótico y que igualmente está programado en nuestra dinámica normal y real.

“He advertido repetidas veces -sigue diciendo Laing- lo extraño que resulta el hecho de que este proceso de división sea atribuido, por una parte, a algunas personas como peculiaridad psicopatológica, mientras que, por otra, nada podría definir mejor la práctica y la teoría de gran parte de la psiquiatría y de la medicina (también, naturalmente, de la sociología, etcétera) que ese mismo proceso. Hay una zona enorme de esas materias que es completamente esquizoide. Los procesos son transformados en cosas, son colocados en compartimentos separados, son estudiados aisladamente...” (Ver Ronald Laing, “Considerazioni sulla Psichiatria” en *Crimini di Pace*, recopilación de Franco y Franca Basaglia. Einaudi editore, Torino, 1975, págs. 357 y 358).

5. En el mismo orden de cosas, el *pensamiento crítico* nos estimuló a trabajar la dialéctica tratante-tratado, a considerar la inclusión del investigador en la investigación y a hacer balance permanente de la dialéctica individuo-sociedad, profundizando en el microcosmos manicomial y estudiando la institución de la psiquiatría en su real contexto, esto es: como institución dentro del sistema de instituciones.⁷

6. Desde el *pensamiento crítico*, también se propuso en la práctica la negación de la violencia, de toda violencia; y aprendimos así, a reflexionar sobre los límites de nuestra intervención y de la intervención psiquiátrica en general en "crisis" y fuera de las crisis.

7. El desarrollo práctico de aquellas experiencias imbuidas de ese *pensamiento crítico*, al que estamos intentando identificar describiendo algunos de los contenidos que lo caracterizan, nos enseñó -y con esto ya termino tal caracterización- que el punto de partida de toda tarea terapéutico-asistencial (tanto en la atención al individuo como en la necesaria reflexión sobre la institución) no puede ser otro sino el de la *escucha*, o más concretamente, y tal como lo he denominado en otras ocasiones, *la escucha de la cotidianidad* en toda su pluridimensionalidad (de ahí la necesaria multidisciplinariedad). Sólo a través de tal *escucha*, pensamos, emerge lo concreto-vivido y con ello el vacío de la necesidad que es, precisamente, en una u otra de sus variantes, el objeto de nuestro trabajo.

Pues bien, esa nueva cultura psiquiátrica que a lo largo de los años setenta va adquiriendo carta de naturaleza entre nosotros, sustenta y es sustentada por un trabajo cuya intencionalidad es la renovación o, incluso, la transformación de las estructuras asistenciales: recuérdense las experiencias más o menos logradas, pero todas ellas tocadas por esa "nueva cultura" del Hospital Psiquiátrico de Oviedo, del Instituto Mental de la Sta. Cruz de Barcelona,

⁷ Tal como proponía Robert Castel: "el problema sigue siendo el de analizar *las contradicciones determinadas* (entre condena y responsabilización, vigilancia y terapéutica, depuración y rehabilitación, condicionamiento y reeducación, exclusión de la comunidad y recuperación de la fuerza de trabajo, etcétera) que expresan, en un momento histórico dado, la organización social relativa a la "enfermedad mental". En otras palabras, no basta con interpretar los problemas de la práctica psiquiátrica a partir del modo como ella se piensa a sí misma, sino a partir de la tarea social que se le otorga para gestionar dichas contradicciones." (Ver Robert Castel, "Para una crítica de la institución psiquiátrica" en *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*, recopilación de Ramón García. Barral editores, Barcelona, 1974).

del Hospital Psiquiátrico de Salt en Gerona, de las clínicas psiquiátricas del Hospital Francisco Franco -hoy Gregorio Marañón- en Madrid, del Hospital Psiquiátrico de Bétera en Valencia, del de Conxo en Santiago de Compostela, del de Huelva... y, más tarde, de los de Albacete, Sevilla, Jaén, etcétera.

Iniciamos así los años ochenta con la siguiente situación: por una parte, siguen habiendo muchos manicomios intocados y otros que después de un conflicto abierto en el proceso de transformación han sufrido una regresión al punto de partida (casos, por ejemplo, de Oviedo y de Conxo) y junto a ellos dos "Psiquiátricos penitenciarios", los servicios psiquiátricos universitarios con un funcionamiento similar al de los años sesenta, pero en un número mayor (prácticamente uno por cátedra) y las consultas de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social. Por otra parte, existen también al principiar los ochenta esos cuantos hospitales psiquiátricos en transformación a los que hacíamos referencia y que siguen intentando desarrollar, desde la necesaria dialéctica entre el "dentro" y el "fuera", un proceso cotidiano de desinstitucionalización (casos de Bétera, de Huelva, el de "Rebullón" en Galicia, de Sevilla, de Jaén, de Albacete...) además de algunos equipos de Salud Mental comunitaria integrados en barrios y comarcas (por ejemplo, en Cataluña).

¿Y qué ha pasado a lo largo de la década de los ochenta? Pues que, como más adelante veremos con mayor detenimiento, se ha seguido una política de devastación en el campo de la psiquiatría, haciendo tabla rasa con el siempre incipiente -dadas las condiciones socio-políticas de la España franquista- proceso de transformación institucional iniciado. Esa política devastadora, a la que a partir de 1985 se le empieza a llamar "la reforma psiquiátrica", es la causante de aquel momento de inflexión o *tercera ruptura* a la que al principio me refería.

Sí, una nueva ruptura con aquel pensamiento y aquellas prácticas que, precisamente, por poner el acento en la dimensión social de la psiquiatría, hacen de ésta una disciplina comprometida críticamente con la realidad. *La primera de estas "rupturas"* se produce con la disolución de la *Mancomunitat de Diputacions de Catalunya* (1914-1924). Tal como nos recuerda Comelles en su reciente libro *La razón y la sinrazón*, ya hacia 1910,

Martí i Julia y Vives i Casajoana trataron de formular algunos de los principios que iban a presidir la renovación psiquiátrica en los años posteriores, como eran la reforma de la organización interna de las instituciones, las alternativas al modelo de manicomio vigente, la crítica a la legislación de 1885 y el intento de organizar la asistencia exterior.

Por los mismos años (*Informe de la Diputación de Barcelona*, 1911) se hacen las primeras denuncias del funcionamiento de los manicomios de Barcelona y, ya en plena *Mancomunitat*, Vives i Casajoana, en esa línea ya iniciada de recuperación de la dimensión sociológica de los trastornos psíquicos, proponía en su *Memoria* (1917),

el establecimiento de una red asistencial no centralizada, dispersa a lo largo y a lo ancho de Cataluña con la intención de no alejar a los enfermos de sus familias y de su medio [al mismo tiempo que(*ojo corchete*) la necesidad de establecer dispositivos intermedios entre el hospital y la vida social, así como la de organizar y formar un servicio de enfermeros y asistentes sociales eficaz que *posibilitasen* ese enlace y que pudiesen seguir al enfermo más allá del hospital, para tratar de prevenir la enfermedad y sus recaídas.⁸

Estas ideas empiezan a plasmarse progresiva y tímidamente en la práctica, pero en 1924 la *Dictadura militar* de Primo de Rivera disuelve la *Mancomunitat*... y muerto el perro se acabó la rabia.

La segunda gran "ruptura" -más conocida- coincide con la guerra Civil y deja la psiquiatría española "pobre de solemnidad" (empleando un término caro a la "Beneficiencia" franquista en la que, por supuesto, quedó incluida la psiquiatría). La *República* había producido cierta "alegría de vivir" (en expresión reichiana) que se le contagió a la misma psiquiatría, tanto en su vertiente organicista (caso de la "Escuela madrileña" -Sanchis Banús, Lofora, Sacristán, etcétera- en línea con la herencia de Cajal) como en esa otra vertiente más interesante (dado que como punto de partida se hacía cargo de la realidad psiquiátrica del momento, promo-

⁸ Ver Josep Ma Comelles, *La razón y la sinrazón*. Edit. P.P.U., Barcelona, 1988, págs. 110 y ss.

vía su crítica y daba algunas recetas para su transformación) de la "Escuela catalana" -Mira i López, Tosquelles, Fuster, etcétera que, acogiendo la tradición psiquiátrica ya comentada de la *Mancomunitat* -y aquellas otras tradiciones no comentadas, pero fundamentales en Cataluña y que se refieren a la organización sanitaria en general y a las preocupaciones y proyectos en materia de educación-⁹, hace planes de comarcalización de la asistencia primaria y proyecta una organización psiquiátrica comarcal (Bordas, 1936). Pero acaba la guerra y ¡zas!, como si hubiese pasado el caballo de Atila: el exilio exterior o interior al que se ven forzadas las figuras más representativas de estas "escuelas" (y muy especialmente la de Emili Mira i López, alma de la catalana) da al traste con las buenas ideas y las incipientes prácticas.

Por último, la *tercera "ruptura"* en la psiquiatría española se produce, tal como antes comentaba, a lo largo de los años ochenta¹⁰: nuevamente, la marginación -el exilio interior- de los profesionales más declaradamente críticos respecto de la historia real de la psiquiatría y de los derroteros por los que se la hace caminar en el presente; nuevamente, el imperio de los inmovilistas antiguos y modernos ("el que se mueva no sale en la foto") y de los voceros de la Administración, con la aquiescencia interesada o forzada de muchos profesionales válidos temerosos de su futuro... Y nuevamente, también, la disolución de las nacientes experiencias en lugar de su acogida: una buena parte de lo tan esforzada como sensatamente promovido por los profesionales más lúcidos, más activos y más comprometidos con la "cosa pública" a lo largo de los últimos años sesenta y la década de los setenta, ha sido insidiosamente atacado y destruido, tanto en lo que se refiere a experiencias surgidas desde el hospital psiquiátrico en transformación, como a otras nacidas directamente en barrios y comarcas. Sobre esas bases, tan negativas como rígidamente impuestas, se ha ido construyendo

⁹ "Las ideas acerca de la higiene mental (...) tenían que ver sobre todo con los problemas de pedagogía especial y de protección de la infancia desvalida que habían surgido como consecuencia de una política educativa renovadora" (Ver Josep Ma Comelles, *Op. cit.* pág. 127).

¹⁰ Relativizo ligeramente el grado de la "ruptura" a la que me refiero, transcribiendo aquí lo que comenté en otra reciente conferencia (Oviedo, marzo 1990): "pero en esta ocasión no ha habido suficiente convulsión (guerra civil, por ejemplo) y está demasiado cercano -y aún implícito en una buena parte de la realidad psiquiátrico-asistencial actual- como para que no aflore aquí y allá el sentido crítico que caracterizo el pensamiento y las prácticas de nuestro inmediato pasado".

la tan cacareada “reforma psiquiátrica” española de los años ochenta. Hagamos, pues, una crítica de ella por ver de conseguir que la definitiva “ruptura” hacia la que apunta, no llegue a consolidarse.

De punto de partida, y para que no quepa error en la interpretación de mis palabras, quiero hacer una clara distinción entre algunas experiencias positivas y alentadoras -desgraciadamente muy pocas- que se están desarrollando con o sin la “reforma” y sobre las cuales nada voy a decir (algunas de ellas se iniciaron años antes de “reforma oficial” alguna y son deudoras, en gran medida, del pensamiento y la práctica contrainstitucionales) y el modelo asistencial que, en la realidad, la “reforma” quiere imponer o impone y que, en la mayoría de los casos, en vez de estimular aquellas experiencias las coarta en su desarrollo o, incluso, las estrangula (abundantes ejemplos hay que lo atestiguan).

Dicho esto, pienso que hay que hacer una severa crítica de la “reforma oficial” no sólo por lo que no ha hecho (una gran parte de la asistencia psiquiátrica en el Estado español sigue centrada en el manicomio) sino también, y sobre todo, por lo que ha deshecho y por la deformación y confusión de conceptos y prácticas que su propaganda ha creado. Y la tal crítica debe hacerse en un doble plano, naturalmente interrelacionado: la de los documentos oficiales que la avalan (el *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* -1985-, la *Ley General de Sanidad* -1986- y aquel otro documento -menos conocido y más antiguo- que el PSCE como partido elaboró hacia 1983 y en el que se abarcan las directrices de la “política psiquiátrica”) y la de su desarrollo práctico.

Pues bien, lo primero que me parece cierto es que tanto en lo teórico como en lo práctico, la “reforma”, *además de haberse fabricado en y desde las alturas -o precisamente por ello-* no ha asumido una serie de principios a mi entender básicos para una real transformación de las estructuras asistenciales, a saber:

1. Acogida de la “herencia” psiquiátrica como realidad a transformar y, de ningún modo, para acomodarse a ella (mucho menos para “sacarle renta” que es, como veremos, lo que lamentablemente se viene haciendo).

2. Necesidad de una clara voluntad política que se exprese en el apoyo sin condiciones de unas prácticas y unos proyectos surgidos del contacto directo con la realidad del sector en cada territorio.

3. Elaboración de los presupuestos -de todo presupuesto- bajo el lema de "los presupuestos al servicio de la necesidad" y no a la inversa como es tradicional.

4. Selección, formación y organización del personal "tratante" en función, sólo y exclusivamente, de la dinámica asistencial.

5. Crítica expresa y permanente de los límites del modelo médico-sanitario y, en consecuencia, apertura y coordinación con todo el campo socio-cultural e institucional en el que se halla inserta la salud mental.

No habiéndose acogido ninguno de estos principios -ni otros semejantes- la "reforma oficial" ha quedado reducida, tal como yo mismo señalaba en otro lugar,

a un gran gasto de papel (*Ley General de Sanidad, Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, Reformas Legislativas de 1983...*), de palabras (pura propaganda que el poder se hace a sí mismo anunciando "planes") y, lo que es todavía más desalentador, de las energías de todos aquellos profesionales, familiares, usuarios... de buena voluntad que, en su sana ansia de coparticipar en el "cambio", se creyeron aquellos papeles y aquellas palabras.

Sí, porque ¿cuál es la realidad asistencial española después de varios años de "reforma oficial"? ¿cuáles las tendencias que, para el inmediato futuro, dicha "reforma" marca?

Tenemos, por una parte, *una gran extensión de la geografía española en la que la "reforma" ha tenido poca o ninguna incidencia*. En ella podemos considerar tres situaciones diferenciadas: una, en la que el manicomio sigue siendo prácticamente la única estructura asistencial (Extremadura, varias provincias de las dos Castillas, alguna catalana...) otra en la que el hospital psiquiátrico inició su transformación abriéndose a su entorno y creando algunas estructuras de apoyo y acogida en barrios y comarcas (caso del "Rebullon" en Galicia o del Hospital Psiquiátrico de Las Palmas) y una tercera en la que después de haber evolucionado durante algunos años en el sentido anterior se ve tocada directa o tangencialmente por la "reforma" y sufre una regresión (casos de Alicante, Murcia o el más paradigmático de Albacete: después de realizar durante varios años un trabajo serio de desinstitucionalización, con el

consiguiente y progresivo vaciamiento del manicomio, convierten a éste en "Hospital Psiquiátrico Penitenciario" y nadie se preocupa de ampliar y consolidar las incipientes estructuras asistenciales en el exterior).

Está, por otra parte, *otra buena franja de la geografía española en la que -oficialmente- la "reforma" está muy "avanzada" o "ya se ha hecho"* (Asturias, Madrid, Andalucía, Valencia). Salvando el caso de Asturias en el que habría que tener muy presente -para no engañar ni engañarnos- el cúmulo de casualidades que en su promoción se han producido, al mismo tiempo que empezar a reconocer sus límites y admitir sus componendas, la situación propiciada por la "reforma" se puede describir en líneas generales del siguiente modo:

a) En relación con los establecimientos psiquiátricos, o bien, se han desmantelado precipitada y brutalmente (casos de "La Misericordia" y "Jesús" en Valencia, el "Instituto Mental de la Santa Cruz" en Barcelona, etcétera), o bien, se les ha cambiado el nombre ("Residencias Asistidas" llaman ahora a algunos manicomios) sacando de ellos al personal más cualificado (caso de "Miraflores" en Sevilla, al que le sigue los pasos el de "Bétera" en Valencia). A la sombra de aquellos desmantelamientos, han nacido multitud de "residencias" privadas, sin control ni normativa alguna (la mayoría de ellas con un funcionamiento manicomial y manicomializante) y comienza a tener éxito la idea de abrir más y más "Hospitales psiquiátricos penitenciarios" (en el último año se han puesto en marcha dos más -Sevilla y Albacete-, pero ya hay muchas voces que reclaman uno por provincia).

b) En relación con lo que eufemísticamente podría calificarse de "novedades de la reforma", los denominados "Centros de Salud Mental" son, en la mayoría de los casos, simples ambulatorios y las "Unidades de Agudos" en los Hospitales Generales, absurdamente propuestas en los "papeles" ("Ley General de Sanidad", "Informe de la Comisión") como centro neurálgico de la asistencia, son muy pocas y, como no podía ni puede ser de otro modo, en su funcionamiento priman el control y la contención sobre la terapéutica.¹¹

¹¹ Una descripción más amplia de esta realidad puede encontrarse en la Carta abierta a la Asociación Española de Neuropsiquiatría a través de su presidente (*Revista de la A.E.N.*, nº 33, abril/junio, 1990, págs. 271 y ss.) que yo mismo escribí como secretario del "Colectivo crítico para la salud mental".

He dicho al principio que la crítica de la "reforma" no sólo debía hacerse "por lo que no ha hecho" y "por lo que ha deshecho", sino también "por la deformación y confusión de conceptos, y prácticas que con su propaganda ha creado" y a este respecto quiero yo ahora resumir algunos "logros"(!) de la "reforma":

1. Ha deformado el concepto de "desinstitucionalización" convirtiéndolo en sinónimo de exhospitalización (más aún: exhospitalizaciones masivas y brutales) disolviendo, así, toda su riqueza teórica y práctica.

2. Haciendo bandera de "la negación del manicomio" esta propiciando -aparte de apoderarse de algún que otro solar o edificio para fines más productivos- la creación de muchas más instituciones totalitarias ("Residencias Asistidas", simples "residencias", "Psiquiátricos Penitenciarios", etcétera). Eso sí, dejando libre a la "Medicina Mental" de su custodia y responsabilidad (se actualizan las palabras de Gentis: "no es necesario matarlos, es suficiente con no verlos").

3. Escondida tras las teóricamente progresistas "Reformas Legislativas" (Artículos del Código Civil y Penal) de 1983, en la práctica se está conculcando no un derecho sino todos (las incapacitaciones masivas de enfermos mentales están a la orden del día) y judicializando el proceso de atención al enfermo; en última instancia, criminalizando la enfermedad.¹²

4. Con el beneplácito de la "clase médica", la recién nacida "Medicina Mental" rompe con aquella dialéctica permanente entre el "dentro" y el "fuera" (de los muros) valiéndose de ese espejismo interesado -"ya está superado", se dice- que le sirve en bandeja la "Reforma". La escisión vuelve a imponerse: dentro/fuera, agudo/crónico, individual/colectivo, sanitario/social.

5. Sí, la tendencia es clara. La rigidificación de toda esta serie de escisiones tienden a medicalizar la salud mental, convirtiéndola en un problema *exclusivamente sanitario* para, a continuación, "insalutarla" (tendencia a la uniformización, negación de la diver-

¹² Para una reflexión en torno a las "Reformas legislativas" de 1983 y a las más amplias relaciones entre justicia y psiquiatría remito al trabajo de José Ma. Mena "Vigilar o castigar, judicializar", (Revista *Poder y control*, n° 2, 1987) y al mío propio "La locura ante la justicia y la psiquiatría" publicado en la recopilación de las *VIII Jornadas de la A.E.N.* bajo el título de "El que-hacer en salud mental", Ministerio de Sanidad y Consumo, Las Palmas de Gran Canaria, 1989, págs. 301 y ss.

sidad, disolución de la pluridimensionalidad y de la multidisciplinariedad real, biologización y farmacologización de la enfermedad).

En definitiva, tras el paso de la "reforma" la realidad de la psiquiatría española bien poco ha avanzado respecto de aquella de los años sesenta, puesto que, en el día de hoy, volvemos a encontrarnos con una psiquiatría:

a) *Teóricamente ecléctica*, en la que el poder de lo académico prevalece sobre cualquier otro y en clara tendencia a imponerse en poco tiempo como único poder.

b) *Clínicamente kraepeliniana*; pero -¡ojo!- rebajada, ya que, por una parte, los diversos DSM que en la práctica se nos imponen, obedeciendo como obedecen a un planteamiento nosológico similar, están privados de la finura, las sutilezas o la incisividad creativa del clínico y, por otra, el biologicismo (algo mejor pertrechado que antaño, pero igualmente mal planteado al seguir sin reconocer sus estrictos límites, puesto que en la práctica se confunde con el más clásico organicismo) está estimulando una desafortunada y muchas veces ciega prescripción de fármacos (en múltiples ocasiones más como sistema de contención que por su función terapéutica) al mismo tiempo que generalizando su empleo a cualquier problema humano.

c) *Y asistencialmente manicomial*. Hoy más que nunca. Detengámonos en ello recopilando algunos datos: en 1982, ya con los socialistas al frente de la Diputación valenciana y a pesar de la fuerte oposición de una buena parte de los profesionales, se construyen los muros del Hospital Psiquiátrico de Bétera que venía funcionando en régimen abierto desde su inauguración en 1974 y en algunos de cuyos "servicios" se realizaba un serio trabajo de desinstitucionalización (los tres "Pisos asistidos" que desde él pusimos en marcha contra viento y marea en 1975 fueron los primeros en el Estado español). Pues bien, en 1990 su organización y funcionamiento no tienen nada que envidiar al de los más clásicos y totalitarios manicomios, tanto en sus dos pabellones de recepción de enfermos agudos, como en los destinados a crónicos.¹³ En 1986 revisité el viejo manicomio de Miraflores de Sevilla que, tal como apunté, ahora llaman "Residencia Asistida" y en nada se diferen-

¹³ Ver mi *Carta abierta a la Asociación...*, ya citada y los documentos que la acompañan, escritos, precisamente, a propósito de la instalación de una perrera (sí, de perros) en las dependencias de dicho hospital.

ciaba de lo que yo había conocido en 1973. También aquí se había hecho tabla rasa con el trabajo de transformación desarrollado durante los últimos años setenta y primeros ochenta. Sirvan estos dos ejemplos -entre otros muchos- como botón de muestra del retorno forzado al viejo orden manicomial que se ha producido en algunos de aquellos espacios asistenciales en los que se había promovido en años anteriores una distinta dinámica. A ellos hay que añadir, tal como ya hemos reseñado, las varias decenas de manicomios públicos y semipúblicos que han permanecido hasta el día de hoy iguales a sí mismos y los "Psiquiátricos penitenciarios" (en definitiva: cárcel + manicomio)¹⁴ que aumentan en número, en lugar de disolverlos creando los recursos y resortes socio-jurídico-sanitarios necesarios para hacer frente digna y serenamente a la problemática del enfermo mental con conductas pre-delictivas o delictivas.¹⁵ Por último y para no alargarme haré mención nuevamente, dentro de ese panorama asistencialmente manicomial, del ya apuntado surgimiento de centenas y centenas (hace un par de años se contabilizaron más de mil en España) de unas denominadas "Residencias" -en muchos casos directamente estimuladas por los poderes político-administrativos reformistas- que albergan a una clientela en todo semejante a la de los viejos manicomios y cuyo funcionamiento como *instituciones totalitarias* ha quedado probado en las escasas investigaciones que, desde la justicia, en algunos lugares (Cataluña, Madrid, Valencia, etcétera) se han producido (recuerden las noticias y fotos de prensa).

Y ante esta realidad de una psiquiatría "teóricamente ecléctica", "clínicamente kraepeliniana" y "asistencialmente manicomial" que, a propósito de esa "ruptura", volvemos a sufrir, ¿qué hacer? se preguntarán ustedes y me he preguntado yo repetidamente. Y

¹⁴ Pueden leerse sendos "Informes" que la Comisión de legislación de la A.E.N. publicó tras su visita al "Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid" ("Carabanchel") y al "Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent" (Alicante). Ver *Revista de la A.E.N.*, n.º 14, julio/sept. 1985 y n.º 23, oct./dic. 1987, respectivamente.

En relación con este mismo tema, puede verse también mi trabajo "Justicia Y red asistencial: necesidad de su coordinación" (ponencia presentada al *II congreso de la Unión Progresista de Fiscales* celebrado en Sitges del 12 al 14 de junio de 1987 y publicado en la *Revista de la A.E.N.* n.º 30, julio/sept. 1989, págs. 467 y ss.)

¹⁵ El "enfermo mental" ... y el que no lo es. Hace un par de meses, por ejemplo, la Conselleria de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana, impuso el blindaje (de puertas, ventanas, etcétera) en cada uno de los Centros de acogida (!) de menores problemáticos arguyendo, con una hipocresía calificable de terrorismo intelectual, la defensa de los internos frente a los ataques del exterior".

mi respuesta no puede ser otra sino aquella que, como propuesta positiva, hemos intentado avanzar un grupo de unos treinta profesionales repartidos por la geografía española con la creación, a principios del presente año, de un colectivo autónomo e independiente que hemos dado en llamar *Colectivo Crítico para la Salud Mental*, a saber:

a) Reafirmar las experiencias positivas -dentro y fuera de nuestras fronteras- y estimular el nacimiento de otras al margen de la "reforma oficial"; hay que despreocuparse de ésta para propiciar aquellas.

b) Un gran esfuerzo de clarificación teórica y práctica capaz, por una parte, de superar la confusión que el poder y su reforma han impuesto y, por otra, de crear y recrear un discurso que, atento a la cotidianeidad, incida positivamente sobre la realidad, transformándola.

c) Una llamada a los profesionales de la Salud Mental y disciplinas afines para que, profundizando en las múltiples contradicciones que nuestras prácticas y su organización ponen de relieve, encontremos una coherencia colectiva.

d) Gastar energía y tiempo en la formación, animación y encuentro de colectivos ciudadanos que, considerando su autonomía e independencia como un valor, piensen en la Salud Mental como un problema de todos y para todos.

e) Crítica permanente de las "viejas" y "nuevas" ciencias y técnicas y de los modelos organizativos que, reclamándose de ellas, en cada momento histórico se intentan imponer bajo la máscara ideológica de "lo verdadero".