

DEL ASILO A LA COMUNIDAD:
INTERPRETACIONES TEÓRICAS Y
MODELOS EXPLICATIVOS*

Enric J. Novella

Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC), Madrid

Resumen:

En este artículo se presenta una revisión crítica de las interpretaciones teóricas más difundidas con respecto a los recientes procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica y a sus posibles factores subyacentes, con un especial énfasis en el agudo contraste existente entre las ideas y asunciones más comunes dentro de la psiquiatría convencional y las diferentes interpretaciones propuestas por autores procedentes de las ciencias sociales o que han hecho uso de herramientas conceptuales provenientes de diversas teorías sociológicas. Dado que todas estas aproximaciones tienden a esclarecer sólo algunos aspectos mientras oscurecen otros, o incluso no se ajustan en algunos puntos a la compleja realidad de los hechos, se concluye que la búsqueda de una explicación adecuada se encuentra lejos de poder ser dada por concluida. Finalmente, se discuten algunas estrategias metodológicas y conceptuales para una nueva comprensión teórica de estas importantes transformaciones, incluyendo una exhaustiva evaluación empírica de los hechos, la consideración de los cambios en las necesidades y valores sociales relacionados con la atención a la salud mental y el análisis histórico de los procesos de desinstitucionalización en el marco de las tendencias sociales y culturales más sobresalientes de las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial.

Palabras clave: servicios de salud mental, asistencia psiquiátrica contemporánea, desinstitucionalización, reforma psiquiátrica, psiquiatría comunitaria, ciencias sociales.

* Este trabajo ha sido realizado en parte gracias a una beca del Servicio Alemán de Intercambio Académico (DAAD) y a una ayuda de la Fundación de Investigación Médica MMA. Conste aquí mi agradecimiento.

FROM ASYLUM TO COMMUNITY: THEORETICAL ACCOUNTS AND EXPLANATORY MODELS

Abstract:

This article offers a comprehensive critical review of the most popular theoretical accounts on the recent processes of deinstitutionalization and reform of mental health services and their possible underlying factors, focusing in the sharp contrast between the straightforward ideas and models maintained by mainstream psychiatry and the different interpretations delivered by authors coming from the social sciences or applying conceptual tools stemming from diverse social theories. Since all these appraisals tend to illuminate only some aspects of the process while obscuring others, or do not fit at all with some important points of the actual changes, it is concluded that the quest for an adequate explanation is far from having been completed. Finally, some methodological and conceptual strategies for a renewed theoretical understanding of these significant transformations are also briefly discussed, including a comprehensive empirical evaluation of the facts, the consideration of the shifting social values and needs involved in mental health care provision and the historical analysis of deinstitutionalization policies within the framework of the broader social and cultural trends of the decades following World War II.

Key words: mental health services, contemporary health care, deinstitutionalization, psychiatric reform, community psychiatry, social sciences.

1. INTRODUCCIÓN

En relación con otras importantes transformaciones sociales y culturales contemporáneas, la psiquiatría ha experimentado durante los últimos cincuenta años una serie de profundos cambios que conciernen no sólo el desarrollo de ciertas áreas de investigación, nuevas terapias, servicios asistenciales o marcos legales, sino el conjunto de su organización interna e institucional. Como consecuencia de estos cambios, nos encontramos hoy en día con un panorama psiquiátrico altamente complejo y diverso que refleja las nuevas demandas impuestas a la psiquiatría por nuestro actual modelo de sociedad, así como el modo en que éste afronta los desafíos planteados por los trastornos mentales¹.

Como es sabido, una parte muy significativa de estas transformaciones ha sido activamente promovida por una serie de ambiciosos proyectos institucionales desplegados en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial y conocidos comúnmente como reformas psiquiátricas. Promovido por la OMS, y extendiéndose por

¹ Para una visión de conjunto de las grandes líneas de desarrollo de la psiquiatría contemporánea, pueden consultarse, por ejemplo, los trabajos de FREEMAN, H.L. (ed.) (1999), *A Century of Psychiatry*, Londres, Mosby-Harcourt; o KRINGLEN, E. (2003), *A Contemporary History of Psychiatry*. En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa: Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 725-734.

Inglaterra y los Estados Unidos a partir de mediados de los años cincuenta y poco después por la Europa continental y Escandinavia, un consenso internacional en torno a la necesidad de un cambio profundo en la asistencia psiquiátrica y en las políticas de salud mental acabó entonces imponiéndose. Ante todo, el objetivo primordial y declarado de estas reformas era el de superar el viejo modelo de asistencia basado en los asilos o manicomios de corte clásico y establecer un nuevo sistema de atención comunitaria a la salud mental². Dado que en muchos países esto implicaba y finalmente condujo a la salida de numerosos pacientes desde la institución tradicional del hospital psiquiátrico, el término desinstitucionalización fue pronto acuñado para describir el elemento central de las reformas, y ha sido utilizado en gran medida como sinónimo de las mismas³.

En la mayoría de los casos, el marco teórico y programático para las iniciativas de reforma fue provisto por la entonces floreciente psiquiatría social y comunitaria. Si bien el interés por los aspectos sociales de la enfermedad mental y las alternativas a la atención institucional son fenómenos tan antiguos como la propia psiquiatría⁴, no fue hasta el periodo de posguerra cuando, en el contexto de una profunda crisis del asilo como institución terapéutica, empezaron a ejercer una notable influencia y se convirtieron en la corriente dominante dentro de la teoría y la práctica psiquiátricas. El foco sobre la dimensión social y ambiental de la salud mental estimulado por las lecciones de la psiquiatría de guerra, y la posición entonces dominante del psicoanálisis —al menos, en los Estados Unidos—, convergieron con la convicción de que los enfermos mentales ya no debían ser confinados en grandes hospitales o instituciones aisladas y poco diferenciadas, sino tratados, supervisados y apoyados «en» la comunidad⁵. Con un fuerte énfasis en la prevención y rehabilitación y una preocu-

² Para un resumen paradigmático de las directrices oficiales de la OMS al respecto, véase FREEMAN, H.L., FRYERS, T., HENDERSON, J.H. (1985), *Mental Health Services in Europe: 10 Years On*, Copenhagen, OMS (*Public Health in Europe*, 25).

³ Recientemente, algunos autores han rechazado la palabra desinstitucionalización para describir esta deshospitalización, pues «sugiere erróneamente que muchos de los lugares en que acabaron los pacientes no eran instituciones» (GELLER, J.L. (2000), The last half-century of psychiatric services as reflected in 'Psychiatric Services', *Psychiatric Services*, 51, 41-67, p. 42). Para un análisis conceptual del término y de otros aspectos relacionados, véase BACHRACH, L.L. (1976), *Desinstitutionalisation: An Analytical Review and Sociological Perspective*, Rockville MD, National Institute of Mental Health.

⁴ Véanse, en este sentido, los estudios incluidos en ROSEN, G. (1974), *Locura y sociedad*, Madrid, Alianza; o BARTLETT, P., WRIGHT, D. (eds.) (1999), *Outside the Walls of the Asylum: The History of Care in the Community 1750-2000*, Londres, Athlone.

⁵ Para una crónica del desarrollo de los principios y prácticas de la psiquiatría social y comunitaria durante las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial en Inglaterra y en los Países Bajos, véanse los trabajos incluidos en GUSWIJT-HOFSTRA, M., PORTER, R. (eds.) (1998), *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in Postwar Britain and the Netherlands*, Amsterdam, Rodopi (*Clio Medica*, 49); para los Estados Unidos la mejor monografía continúa siendo GROB, G.N. (1991), *From Asylum to Community: Mental Health Policy in Modern America*, Princeton NJ, Princeton University Press; para Alemania, puede

pación explícita por la integración social de los enfermos mentales, la «asistencia comunitaria» —con todo lo ambiguo del término⁶— se convirtió así en la meta a alcanzar por la psiquiatría de mediados del siglo XX. En una suerte de reacción en cadena, todos los países occidentales se vieron afectados en las décadas siguientes por un proceso similar de movilización en sus sistemas de salud mental: crisis del viejo modelo, discusión de alternativas —a menudo en el contexto de un creciente interés social y mediático— e implicación política con nuevas medidas legislativas o directrices nacionales, incluyendo una provisión variable de fondos para el desarrollo de nuevos servicios piloto⁷.

Celebradas como una «auténtica revolución» o como el punto de partida de un «nuevo paradigma psiquiátrico» por muchos de sus promotores, la implementación posterior de los proyectos de reforma no ha satisfecho ciertamente muchas de las expectativas originales. El cambio del locus primario de acción psiquiátrica desde las instituciones tradicionales hacia los nuevos servicios comunitarios se reveló pronto como una tarea más complicada de lo previsto, y ha dado lugar a toda una serie de nuevos problemas y efectos colaterales, particularmente entre los pacientes más severos o afectos de trastornos crónicos⁸. Debido a estas nuevas circunstancias, así como a diversos factores de índole social, económica o política, lo cierto es que a mediados de los años ochenta los movimientos de reforma habían perdido su ímpetu inicial y parecían estancarse en la mayoría de los países. El interés por la psiquiatría social y comunitaria se vio desplazado por los diagnósticos operacionales, las neurociencias y el boom psicofarmacológico, mientras la psiquiatría se veía forzada a asumir nuevas tareas debido a una creciente demanda de tratamiento y asesoramiento psicoterapéutico⁹. En cualquier caso, muchas de las

consultarse SCHMIEDEBACH, H.P., PRIEBE, S. (2004), Social psychiatry in Germany in the twentieth century: Ideas and models, *Medical History*, 48, 449-472; y para Italia, MOLLICA, R.F. (1985), From Antonio Gramsci to Franco Basaglia: The theory and practice of the Italian psychiatric reform, *International Journal of Mental Health*, 14, 22-41.

⁶ Sobre esta cuestión puede consultarse el análisis que ofrecen THORNICROFT, G., TANSELLA, M. (2005), *La matriz de la salud mental: Manual para la mejora de servicios*, Madrid, Triacastela, pp. 37-42.

⁷ Para un panorama internacional de todos estos procesos, pueden consultarse los trabajos de BENNET, D.H. (1991), The international perspective. En BENNET, D.H., FREEMAN, H.L. (eds.) *Community Psychiatry: The Principles*, Edimburgo, C. Livingstone, pp. 626-650, pp. 629-645; FORSTER, R. (1997), *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung: Eine kritische Bilanz*, Opladen, Westdeutscher Verlag, pp. 36-62; y GOODWIN, S. (1997), *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*, Londres, Sage, pp. 9-24.

⁸ Véase, por ejemplo, BARHAM, P. (1997), *Closing the Asylum: The Mental Patient in Modern Society*, Harmondsworth, Penguin, para un análisis detallado de todas estas limitaciones y fracasos de los programas de reforma psiquiátrica.

⁹ Sobre este proceso, véase el trabajo ya citado de KRINGLEN (2003); también puede consultarse SHORTER, E. (1997), *A History of Psychiatry: From the Age of the Asylum to the Age of Prozac*, Nueva York, John Wiley&Sons, pp. 239-327, para una crónica entusiasta de este advenimiento de lo que él denomina la «segunda psiquiatría biológica».

tendencias de cambio estructural iniciadas en las décadas anteriores continuaron, o incluso empezaron a ser introducidas en algunos países rezagados como España¹⁰. Por ese motivo, informes recientes sobre la situación internacional de la asistencia psiquiátrica todavía hablan de las reformas como «procesos en curso»¹¹.

A pesar de todas sus posibles limitaciones, no cabe duda que las reformas han contribuido a forjar una profunda transformación en el campo de la salud mental que plantea numerosos interrogantes en torno a su relevancia e implicaciones a largo plazo en el marco de la historia de la psiquiatría. Consecuentemente, y dado el notable interés con que buena parte de la opinión pública y algunos sectores sociales y académicos han seguido todos estos procesos, la discusión en torno a su verdadera naturaleza y a sus causas últimas ha dado lugar a un auténtico aluvión de trabajos y estudios redactados no sólo por psiquiatras, sino también por sociólogos, historiadores y otros profesionales interesados en el desarrollo de las políticas sociales y sanitarias durante la segunda mitad del siglo XX. De hecho, ya desde los inicios de los programas de reforma se esbozaron numerosos modelos explicativos destinados a dar cuenta de las transformaciones en curso a partir de las más diversas perspectivas, niveles descriptivos o marcos teóricos de referencia.

El presente artículo tiene justamente como objeto ofrecer una revisión crítica de las interpretaciones teóricas o modelos explicativos más destacados y difundidos con respecto a esta reciente mutación —esquemáticamente, del asilo a la comunidad— experimentada por los patrones de asistencia psiquiátrica. Como se verá, todas estas interpretaciones apuntan a aspectos ciertamente relevantes del proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica que han de ser tenidos muy en cuenta, pero no están exentas de importantes limitaciones e inconsistencias que resultan lógicas si se consideran las múltiples dimensiones e interdependencias de un proceso de cambio social, cultural e institucional tan complejo como éste. Por ese motivo, cabrá preguntarse finalmente si, teniendo en cuenta la extraordinaria relevancia que de cara a una comprensión más amplia de la praxis psiquiátrica actual tiene el esclarecimiento de este significativo giro en las estrategias asistenciales, la búsqueda de un modelo explicativo satisfactorio con respecto a todo este proceso puede darse por concluida, planteando asimismo algunas estrategias metodológicas y conceptuales que pueden inspirar una valoración alternativa y más completa de los hechos.

¹⁰ Para un análisis del desarrollo y estado actual de la reforma psiquiátrica en España, puede consultarse, por ejemplo, VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L., GARCÍA, J., TORRES-GONZÁLEZ, F. (2001), Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience?, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (Suppl. 410), 89-95.

¹¹ BECKER, T., VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. (2001), The European perspective of psychiatric reform, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (Suppl. 410), 8-14, p. 13.

2. EL CAMBIO DE PARADIGMA: INTERPRETACIONES Y MODELOS

Las grandes divergencias entre todos estos modelos explicativos pueden apreciarse con claridad en la Tabla 1, donde se han reunido sus principales afirmaciones con respecto al punto de partida de las reformas, el resultado final de las acciones, los medios o actores implicados en su realización y los factores últimos a los que atribuyen una mayor responsabilidad causal.

En líneas generales, cabe señalar de antemano que este debate ha tendido a reproducir de una forma bastante acentuada algunas de las tensiones esenciales que atraviesan la historiografía psiquiátrica y la sociología de la ciencia, y, muy particularmente, la oposición entre las aproximaciones ancladas en una visión personalista y autónoma del desarrollo de la disciplina y los intentos de poner en relación el devenir de la psiquiatría con tendencias sociales o culturales más amplias, o de interpretarlo con la ayuda del aparato conceptual y explicativo propuesto desde diferentes teorías sociales o corrientes filosóficas¹². En ese sentido, y aunque la presente revisión otorga una cierta prioridad al análisis de aquellos modelos explicativos de inspiración y alcance más sociológico, habrá que detenerse también en lo que ha sido, con algunas variantes menores, el esquema argumental más difundido entre los profesionales de la psiquiatría y los responsables políticos en cuanto a las fuerzas motrices que pusieron en marcha la desinstitucionalización y el resto de reformas en los servicios de salud mental. Como se verá, esta visión contrasta agudamente con las perspectivas alentadas por esa crítica radical de la institución psiquiátrica que tan popular llegó a ser justo en las décadas en que se inició todo el proceso, y que, en tanto que aventuró diversas hipótesis para dar cuenta de lo que estaba ocurriendo, también se referirán a continuación.

1. La interpretación psiquiátrica convencional

La introducción de la moderna psicofarmacología a partir de los años cincuenta del pasado siglo¹³ y la aceptación expresa de la crítica generalizada a la institución manicomial que empezó a difundirse durante el mismo periodo¹⁴ han sido, sin duda,

¹² Para una revisión de conjunto sobre este tema consúltense, por ejemplo, KROLL, J. (1995), *The historiography of the history of psychiatry*, *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 2, 267-275; o HUERTAS, R. (2001), *Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué?* Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias, *Frenia*, I(1), 9-36.

¹³ Como hitos sucesivos de la terapéutica antimaniaca, antipsicótica y antidepresiva destacan, respectivamente, la introducción del litio en 1949, la de la clorpromazina en 1951 y la de la imipramina en 1957. Véase HEALY, D. (2002), *The Creation of Psychopharmacology*, Cambridge MA, Harvard University Press.

¹⁴ Algunos de los trabajos más destacados e influyentes en este sentido fueron STANTON, A., SCHWARZ, M. (1954), *The Mental Hospital*, Nueva York, Basic Books; BELKNAP, I. (1956), *Human Problems of a State Mental*

los factores a los que se ha aludido con mayor frecuencia para explicar la génesis y eclosión de los procesos de reforma psiquiátrica. Según esta interpretación, lo que hizo finalmente posible la sustitución progresiva del modelo de asistencia tradicional en los asilos por diversos recursos ubicados en la comunidad fue pues una afortunada confluencia entre el ímpetu progresista y humanitario propio de las décadas doradas de la posguerra y la disponibilidad de medicamentos selectivos para tratar eficazmente buena parte de las dolencias psíquicas o, al menos, mitigar las manifestaciones más disruptivas de éstas¹⁵.

Estos dos argumentos se sostienen, por lo general, junto con la convicción de que una singular alianza entre políticos y profesionales, bien por la actitud favorable de los primeros frente a lo que ya se había constituido como una demanda social acuciante o bien por la labor de influencia política buscada activamente por los segundos, resultó decisiva en una mayoría de los casos en la implementación de las reformas y ha de verse, por tanto, como su principal actor y fuerza motriz. En ese sentido, cabe destacar que numerosos estudios históricos sobre el desarrollo de la psiquiatría contemporánea asumen hasta tal punto esta perspectiva, que su contenido se centra a menudo exclusivamente en los avatares y circunstancias que fueron permitiendo forjar estas alianzas¹⁶.

A pesar de su gran popularidad y circulación, todo este modelo explicativo resulta altamente cuestionable si se examinan con detenimiento los dos argumentos principales en los que descansa. En primer lugar, y si bien los psicofármacos han provocado una considerable transformación de la praxis terapéutica —en parte merced a que han facilitado la aplicación de todo tipo de técnicas psicoterapéuticas y han contribuido a apaciguar enormemente el ambiente de las unidades de hospitalización—, difícilmente se les puede atribuir la puesta en marcha de los procesos de desinstitucionalización y reorganización de la asistencia psiquiátrica, y ello por una razón muy sencilla. Como repetidamente han mostrado diferentes estudios epidemiológicos, la reducción de la población asilar y el aumento en el número de altas desde hospitales psiquiátricos se había iniciado ya en muchos países antes de la in-

Hospital, Nueva York, McGraw Hill; CUMMING, E., CUMMING, J. (1957), *Closed Ranks*, Cambridge MA, Harvard University Press; CAUDILL, W. (1959), *The Psychiatric Hospital as a Small Society*, Cambridge MA, Harvard University Press; BARTON, R. (1959), *Institutional Neurosis*, Baltimore, Williams&Wilkins; GOFFMAN, E. (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*, Nueva York, Anchor Books (hay traducción castellana); WING, J.K., BROWN, G.W. (1970), *Institutionalism and Schizophrenia*, Londres, Cambridge University Press; y BASAGLIA, F. (1972), *La institución negada*, Barcelona, Barral.

¹⁵ Para una formulación paradigmática de esta interpretación véase JONES, K. (1993), *Asylums and After: A Revised History of the Mental Health Services from the Early Eighteenth Century to the 1990s*, Londres, Athlone.

¹⁶ Este es el caso, por ejemplo, del documentadísimo trabajo ya citado de GROB (1991) sobre la psiquiatría norteamericana de posguerra.

troducción generalizada de los neurolépticos¹⁷. Datos de los Estados Unidos, por ejemplo, muestran que mientras el número total de pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos alcanzó su nivel máximo en 1955 —un año después de la introducción clínica de los psicofármacos—, la ratio de uso hospitalario —esto es, la proporción de la población general internada en hospitales psiquiátricos— lo hizo en 1945 y ya no volvió a aumentar¹⁸. La aplicación de los psicofármacos, por tanto, pudo consolidar luego esta tendencia, pero no parece probable que la hubiera podido generar por sí misma. Hay que tener presente, además, que otros grupos de población que no reciben psicofármacos, como es el caso de los internos de orfanatos, reformatorios o prisiones, se han visto expuestos durante las últimas décadas a programas de desinstitucionalización similares a los observados en el campo de la psiquiatría¹⁹.

Por su parte, también cuesta creer que la intensa oleada de crítica institucional que acompañó el inicio de las reformas haya de contarse entre sus verdaderas causas. La institución manicomial, de hecho, venía recibiendo importantes críticas dirigidas a todos y cada uno de sus elementos constitutivos —marco legal, dispositivo institucional, código teórico, tecnologías terapéuticas— al menos desde finales del siglo XIX²⁰, sin que ello hubiera provocado modificaciones sustanciales en ella. Si bien es cierto que, sobre todo en la década de 1920, hubo en algunos países intentos puntuales de compensar la preeminencia de los asilos con la creación de recursos ambulatorios y el desarrollo de diversos programas de prevención y rehabilitación²¹, el patrón

¹⁷ Uno de los trabajos más conocidos sobre este aspecto fue publicado ya en los años sesenta por el epidemiólogo noruego Ø. Ødegard, siendo traducido posteriormente a varios idiomas. Cf. ØDEGARD, Ø. (1964), *Patterns of discharge from Norwegian psychiatric hospitals before and after the introduction of psychotropic drugs*, *American Journal of Psychiatry*, 120, 772-778.

¹⁸ WARNER, R. (1994), *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*, Londres, Routledge (2ª ed.), p. 82. Datos similares procedentes de la Europa nórdica han sido recogidos en diferentes estudios. Para una revisión comentada de estos estudios, véase WARNER (1994), pp. 84ss.

¹⁹ Cf. SCULL, A. (1984), *Decarceration: Community Treatment and the Deviant*, Cambridge, Polity (2ª ed.), p. 85.

²⁰ Existe un notable consenso historiográfico en datar el inicio de esta crisis generalizada de la institución manicomial alrededor de 1860. Véase, para el ámbito angloamericano, SCULL (1984), pp. 104ss.; y para el francés CASTEL, R. (1980), *El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo*, Madrid, La Piqueta, pp. 282ss. En el caso de Alemania, es también en la primera mitad de la década de 1860 cuando se produce el conocido enfrentamiento de W. Griesinger con los representantes de la psiquiatría asilar tradicional. Véase SAMMET, K. (2000), *'Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland': Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868*, Hamburgo, LIT Verlag.

²¹ Para el caso de la Alemania de Weimar, véase SIEMEN, H.L. (1987), *Menschen blieben auf der Strecke: Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus*, Gütersloh, Verlag Jakob Van Hoddis; para la España de la Segunda República HUERTAS, R. (1998), *Mental health and psychiatric care in the 2nd Spanish Republic*, *History of Psychiatry*, 9, 51-64; y para la Francia de entresiglos CAMPOS, R. (2001), *De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad: La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940)*, *Frenia*, I(1), 37-64.

general de asistencia psiquiátrica se mantuvo claramente dominado por el internamiento prolongado en los asilos decimonónicos hasta la llegada de los procesos de reforma de los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial. Así pues, todo hace pensar que la crítica de la institución manicomial, por muy radical que llegara a ser, no hubiera bastado por sí sola para forzar la puesta en marcha de reformas en profundidad si no hubieran concurrido otros factores de índole más estructural que finalmente permitieron que, tras casi un siglo de disputas, pudiera consumarse el principio del fin del orden asilar.

Curiosamente, y a pesar de la gran cantidad de autores que han insistido en señalar éstas y otras graves inconsistencias de la interpretación convencional, no deja de ser llamativo el enorme crédito que ésta sigue teniendo no sólo entre políticos y profesionales de la psiquiatría, sino también entre algunos de los historiadores contemporáneos de la medicina más leídos. Todavía en 1997, por ejemplo, el canadiense E. Shorter sostenía enfáticamente que «lo que inició la vuelta masiva de pacientes psiquiátricos a la ‘comunidad’ [...] fue la introducción de los antipsicóticos en 1954», concluyendo lapidariamente que «en un sentido estricto, por tanto, la desinstitucionalización fue una consecuencia de la segunda psiquiatría biológica»²². Por ello, cabe preguntarse si las razones del evidente poder de seducción de este modelo interpretativo no radican en su funcionamiento como una suerte de relato mítico en el sentido apuntado por la moderna antropología social, es decir, como una especie de «relato sagrado sobre sucesos del pasado que es utilizado para justificar la acción social en el presente»²³. Aparentemente, sus condiciones para desempeñar ese papel resultan del todo propicias, pues se trata de un relato que reserva a los profesionales la suficiente cuota de protagonismo y otorga a la psicofarmacología, que aglutina en definitiva el entramado de intereses más relevante y es la piedra angular de la praxis terapéutica en la actualidad, el lugar de privilegio en el desarrollo de la psiquiatría contemporánea.

2. Perspectivas críticas y antipsiquiatría

Frente a este punto de vista convencional, algunos de los autores más representativos de la llamada antipsiquiatría y de otras corrientes abiertamente críticas con la misma institución psiquiátrica fueron proporcionando, ya desde los inicios de su implementación, diversas interpretaciones alternativas de los procesos de reforma asistencial. A pesar de las dificultades que surgen al intentar definir en positivo el significado del término antipsiquiatría y de la gran heterogeneidad en las perspecti-

²² SHORTER (1997), pp. 279-280.

²³ MOSSMAN, D. (1997), Deinstitutionalization, homelessness, and the myth of psychiatric abandonment: a structural anthropology perspective, *Social Science and Medicine*, 44, 71-83, p. 71.

vas y planteamientos de los distintos autores que suelen adscribirse a estas corrientes²⁴, es posible identificar algunos puntos o elementos comunes en cuanto a su valoración de las reformas.

Esquemáticamente, este punto de vista crítico o antipsiquiátrico puede reconstruirse de la siguiente forma: las reformas psiquiátricas han de verse como un mero intento de sustituir el tratamiento forzoso y segregativo de conductas que se apartan de la norma social en grandes asilos de carácter carcelario por nuevas formas de tratamiento forzoso —«cadena terapéutica»— de esas conductas disconformes en la misma comunidad «patológica» que las engendra o no las tolera. En el fondo, se trataría aquí de un proceso por el que una violencia abierta como la del internamiento asilar es sustituida por estrategias de intervención más sutiles y cuyo carácter coercitivo es más encubierto, pero que no altera sustancialmente ni la subordinación de la acción psiquiátrica a las necesidades de control de ciertas conductas socialmente problemáticas ni la indefensión de los pacientes ante la intervención de los profesionales en sus vidas. Una formulación paradigmática de este patrón de interpretación podría ser pues, por ejemplo, la siguiente: «ya no hay cadenas, la violencia es menos frecuente y más selectiva, las unidades cerradas se han abierto en muchas instituciones, y la decoración interior se ha mejorado. En cualquier caso, los hospitales psiquiátricos siguen usándose primariamente para recluir a miembros disruptivos de las clases bajas. Las cadenas son químicas y legales, la violencia es psicológica, y las cerraduras han sido sustituidas por miembros del equipo de salud mental que vigilan las puertas abiertas»²⁵.

Consecuentemente, muchos de los protagonistas más destacados de estos círculos antipsiquiátricos se mostraron críticos desde un principio con los programas de reforma, a los que consideraban como un simple intento de recontextualizar la institución psiquiátrica sin cambiarla en lo esencial. Algunos de ellos, como fue el caso de F. Basaglia en Italia, acabaron jugando un importante papel en la ulterior configuración de los recursos para la salud mental en sus respectivos países, pero ello no les impidió mantener posiciones muy vigilantes con respecto al ideario de la nueva psiquiatría comunitaria²⁶. Por su parte, el representante más conspicuo de la antipsiquiatría inglesa, R.D. Laing, llegó incluso a sostener que las nuevas estrategias asistenciales estaban justamente destinadas a

²⁴ Para una tipología diferenciada de todos estos autores, resulta todavía interesante consultar KISKER, K.P. (1979), *Antipsychiatrie*. En KISKER, K.P. et al. (eds.), *Psychiatrie der Gegenwart*. Volumen 1/1, Berlín, Springer, pp. 811-825. Una panorámica de la rama inglesa de estas corrientes, la única en definitiva que reclamó el término antipsiquiatría para autodefinirse, se ofrece en TANTAM, D. (1991), *The anti-psychiatry movement*. En FREEMAN, H.L., BERRIOS, G.E. (eds.), *150 Hundred Years of British Psychiatry 1841-1991*, Londres, Gaskell, pp. 333-347.

²⁵ LEIFER, R. (1969), *In the Name of Mental Health: The Social Functions of Psychiatry*, Nueva York, Science House, p. 98s.

²⁶ Cf. BASAGLIA (1972).

extender y optimizar todavía más el cometido higiénico-social de la vieja psiquiatría asilar²⁷. Y, partiendo de presupuestos muy distintos, éste ha sido también el planteamiento defendido por el conocido psiquiatra norteamericano de origen húngaro T. Szasz, para quien todo el proceso de desinstitucionalización no ha representado sino un paso más en la constitución de la psiquiatría como un dispositivo «inquisitorial» que refleja las profundas tendencias antiliberales de los estados modernos²⁸.

Si bien no es éste el lugar de evaluar o siquiera comentar los supuestos básicos de las posiciones antipsiquiátricas, es evidente que este patrón de interpretación de los cambios experimentados por la asistencia psiquiátrica no está exento de graves inconsistencias, y que resulta insatisfactorio en muchos puntos. En primer lugar, hay que reconocer que, en la mayoría de los casos, la intención de estos autores ha sido más crítica que explicativa, con lo que su reflexión en torno a las verdaderas causas de los procesos de reforma ha sido, en general, bastante limitada. Asimismo, puede decirse que su insistencia en subrayar las continuidades frente a las posibles discontinuidades les ha impedido advertir la significación de algunas de las transformaciones que han acabado produciéndose en las últimas décadas, como es el caso de la notable expansión observada de la demanda voluntaria de servicios, la descentralización y diversificación de los recursos o las implicaciones de la enorme difusión de los psicofármacos²⁹. En cualquier caso, el problema de buena parte de las interpretaciones antipsiquiátricas radica, ante todo, en su tendencia a analizar la praxis psiquiátrica casi exclusivamente en los términos de una relación de poder entre profesionales y pacientes, esto es, focalizando en exceso en la dinámica interna de la relación psicoterapéutica. Con ello, curiosamente, acaban obviando casi tanto como los planteamientos convencionales la posible influencia de otros factores sociales, culturales, económicos o políticos más amplios en la organización y patrones de uso de los servicios de salud mental³⁰.

3. Las reformas y los intereses profesionales (profesionalización)

Según este planteamiento, que no ha sido desarrollado de forma sistemática por parte de ningún autor pero goza de una notable circulación³¹, la mutación institucio-

²⁷ Cf. LAING, R.D. (1972), *El yo dividido*, México, FCE.

²⁸ Cf. SZASZ, T. (1974), *La fabricación de la locura*, Barcelona, Kairós.

²⁹ Tal y como, a mi juicio acertadamente, señalan CASTEL, R., CASTEL, F., LOVELL, A. (1982), *The Psychiatric Society*, Nueva York, Columbia University Press, pp. 333ss.

³⁰ Cf. RALPH, D.S. (1983), *Work and Madness: The Rise of Community Psychiatry*, Montreal, Black Rose, p. 33.

³¹ Véase sino su exposición crítica en trabajos de conjunto como los de GOODWIN (1997), pp. 33-36, y FORSTER, R. (2000), *Die vielen Gesichter der Deinstitutionalisierung —soziologisch gedeutet, Psychiatrische Praxis*, 27(SH2), 39-43, p. S41. Entre las aproximaciones históricas que asumen directa o

nal que ha experimentado la psiquiatría en las últimas décadas ha de verse como un claro ejemplo de lo que supone una estrategia exitosa de expansión, adaptación y consolidación de los intereses e incluso del poder y relevancia social de un grupo profesional concreto. Los psiquiatras habrían sido, por tanto, los principales actores y promotores de esa mutación, y ello con el objetivo fundamental de incrementar tanto su prestigio social como sus ámbitos de intervención. Durante más de un siglo, los asilos habían representado el epicentro de su praxis y de su poder, pero el aislamiento, el progresivo deterioro y la escasa reputación de éstos como espacios terapéuticos acabaron convenciendo a los psiquiatras de que constituían un serio riesgo para el futuro de la profesión. Alentados pues por unos profesionales cada vez más conscientes de los problemas de imagen, de marginalidad dentro de los servicios médicos y de competencia con otras profesiones emergentes —los psicoterapeutas de formación psicológica, sobre todo—, los procesos de reforma buscaron y han tenido como principal resultado un considerable aumento en la cantidad y variedad de los dispositivos institucionales, de los clientes y de las formas de intervención.

Como ocurre con casi todos estos modelos explicativos, no cabe duda que también esta interpretación resulta esclarecedora en algunos puntos, pero no está exenta de diversos problemas y limitaciones que conviene explicitar. En primer lugar, puede decirse que, al igual que los planteamientos antipsiquiátricos, este punto de vista tiende a otorgar a los psiquiatras un poder un tanto excesivo, sobreestimando así su influencia y su capacidad para materializar por sí mismos sus intereses. En efecto, cuesta pensar que, como se ha apuntado anteriormente al referir la casi total falta de consecuencias de las repetidas críticas a la institución manicomial que venían produciéndose desde el último tercio del siglo XIX, un proceso tan complejo como la desinstitucionalización y las reformas emprendidas en las redes de atención a la salud mental hubieran sido posibles contando únicamente con los intereses y la acción de los psiquiatras. Además, y lo que es más importante, resulta altamente conflictivo determinar de forma unitaria y unívoca esos intereses, pues la historia de la psiquiatría enseña, entre otras muchas cosas, que a menudo han coexistido posiciones muy divergentes en el seno de la profesión con respecto a la mejor ordenación y los fines de las instituciones asistenciales. En algunos países como la República Federal Alemana, por poner un ejemplo, los inicios de las reformas avanzaron con dificultad debido en gran parte a la división existente entre los profesionales en cuanto a las prioridades y objetivos de las mismas³². El caso alemán muestra, más concretamente,

indirectamente esta perspectiva cabe mencionar nuevamente la monografía de GROB (1991) sobre las transformaciones recientes de la atención a la salud mental en Estados Unidos.

³² En este caso, las divisiones reflejaban en gran medida los intereses encontrados de varios influyentes subgrupos, como los de los directores de hospitales psiquiátricos y clínicas universitarias, los neuropsiquiatras en práctica privada y los jóvenes profesionales defensores de la psiquiatría social y comunitaria. Hasta el compromiso que supusieron las recomendaciones de la comisión de la Enquête parlamentaria de

que muchos psiquiatras no eran en absoluto partidarios de renunciar al ámbito de actuación del modelo asilar, pues, a falta de alternativas consolidadas, el hospital psiquiátrico tradicional seguía suponiendo para ellos el contexto que mejor garantizaba la preeminencia de un punto de vista estrictamente clínico y de su status de privilegio en la provisión de la asistencia.

En síntesis, pues, los psiquiatras han crecido en número, han ganado presencia en la sociedad, y seguramente han mejorado su imagen y su prestigio social como consecuencia de los procesos de reforma de las últimas décadas. En ellas es muy cierto que diversos grupos e incluso asociaciones de profesionales han jugado un papel muy destacado, pero atribuirles la responsabilidad última de todas estas transformaciones parece del todo excesivo. En contra de este patrón de interpretación cabe precisar, por último, que la simple extensión de los ámbitos de actuación no es per se una meta obligada de los colectivos profesionales. Como ha señalado el sociólogo de la medicina holandés A. De Swaan, las profesiones tienden más bien a vigilar cuidadosamente que sus miembros permanezcan en todo momento dentro del marco y de las formas de intervención científicamente reconocidas o tradicionalmente establecidas de cara a no dañar o poner en peligro ni su cohesión interna ni su reputación³³.

4. Las reformas y la economía política I (excarcelación)

El segundo grupo de modelos explicativos sociológicos de los recientes procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica lo forman una serie de influyentes interpretaciones basadas en argumentos más o menos clásicos de la economía política de inspiración marxista, como son la administración de costes, las presiones fiscales del estado o las vicisitudes del mercado laboral.

La interpretación más conocida dentro de este grupo es, sin duda, la sugerida por el sociólogo e historiador de la medicina británico A. Scull, cuyo libro *Decarceration* —literalmente «excarcelación»— apareció en 1977 y generó rápidamente una aguda controversia en torno a los problemas de la desinstitucionalización tal como ésta se estaba llevando a cabo particularmente en los Estados Unidos y el Reino Unido³⁴. Tras una concienzuda revisión de las interpretaciones convencionales, Scull

1975, cada uno de estos subgrupos hizo, lógicamente, propuestas de reforma muy divergentes. Cf. SCHMIEDEBACH, PRIEBE (2004).

³³ Cf. DE SWAAN, A. (1989), *The reluctant imperialism of the medical profession*, *Social Science and Medicine*, 28, 1165-1170.

³⁴ Como testimonio de esta controversia véanse las críticas a Scull vertidas en JONES, K. (1982), *Scull's dilemma*, *British Journal of Psychiatry*, 141, 221-226; y su correspondiente réplica en SCULL, A. (1983), *Whose dilemma?*, *British Journal of Psychiatry*, 142, 98-105. En esos años, numerosas revistas anglosajonas de la especialidad como el *Millbank Memorial Fund Quarterly*, los *New Directions for Mental Health*

delineó un modelo alternativo que partía de una visión muy crítica de lo que, en su opinión, estaba ocurriendo. Para él, y a diferencia de lo que pretendía la retórica oficial, el núcleo de las reformas no había de verse en el desplazamiento del locus de intervención psiquiátrica a la comunidad, sino en el simple rechazo del asilo, esto es, de un «sistema de control segregatorio basado en instituciones»³⁵. Considerando las sucesivas oleadas de altas de hospitales psiquiátricos y el rápido decrecimiento de la población asilar desde mediados de los años cincuenta, Scull sostenía que la mayor parte de estos pacientes «excarcelados» habían sido, en realidad, poco menos que dejados a su suerte: «para muchos [...] ex pacientes la alternativa a la institución ha sido su incorporación a nuevos 'ghettos de desviados', auténticos sumideros de miseria humana [...]. Muchos se pierden en los intersticios de la vida social, y se convierten en usuarios degradados de los recursos tradicionales para los que están fuera y abajo»³⁶.

Visto así, lo primero que puede decirse de este planteamiento es que su descripción del proceso parece conducir a una única explicación: a saber, que los motivos realmente decisivos en la implementación de las reformas fueron de carácter económico. En su análisis, Scull concretó en dos estos motivos. Por un lado, los nuevos seguros de invalidez y las prestaciones sociales introducidas por los estados de bienestar de la posguerra habrían facilitado por vez primera a numerosos ex internos de los asilos la subsistencia fuera de las instituciones —el llamado «outdoor relief»—, con lo que, según Scull, «los modos segregatorios de control social se volvieron bastante más costosos y difíciles de justificar»³⁷. Por el otro, la notable expansión del gasto público derivada de la tendencia general a la socialización de los costes de producción que estaban experimentando entonces los estados occidentales habría provocado una acuciante crisis fiscal que llevó a los gobiernos a decidirse por las alternativas menos costosas para la población dependiente³⁸.

La radicalidad de esta perspectiva y los problemas que en efecto estaban afrontando los programas de desinstitucionalización en muchos países resultaron decisivas en la gran difusión e influencia que tuvieron los trabajos de Scull a principios de los

Services o el *International Journal of Mental Health* dedicaron además sendos monográficos al estado de la desinstitucionalización. En 1984 llegó a aparecer una segunda edición del libro de Scull (que es la citada aquí), en la que su autor incluyó un interesante epílogo donde revisaba y hacía frente a todas las críticas recibidas (Cf. SCULL (1984), pp. 161-198).

³⁵ SCULL (1984), p. 64.

³⁶ SCULL (1984), p. 153. Ver también SCULL, A. (1985), *Deinstitutionalisation and public policy*, *Social Science and Medicine*, 5, 545-562.

³⁷ SCULL (1984), p. 135.

³⁸ Unos años más tarde, Scull resumiría así su interpretación: «Dada la renuencia a financiar servicios de rehabilitación apropiados para los pacientes más severos, y la falta de incentivos derivados de los programas de manutención y provisión de ingresos, podría concluirse [...] que la sociedad ha decidido hacer 'liquidación' con los enfermos mentales en lugar de rehabilitarlos —y hacerlo a niveles cercanos a la pura subsistencia» (SCULL (1985), p. 551).

años ochenta. En cualquier caso, y a pesar de su loable intento de vincular la emergencia de las reformas con procesos socioeconómicos más amplios, sus tesis respondían a una visión muy sesgada de la psiquiatría postasilar, y son altamente cuestionables en algunos puntos³⁹. En primer lugar, y como ya se ha sugerido, su descripción de todo el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica es extremadamente parcial, olvidando el notable desarrollo de recursos tanto alternativos al asilo como orientados a una nueva clientela que se ha ido produciendo en numerosos lugares. El motivo de esa parcialidad podría residir en la consideración casi exclusiva por parte de Scull de lo ocurrido en los Estados Unidos, pero hay que reconocer que también allí se han creado con fondos públicos diversas redes de asistencia psiquiátrica en la comunidad⁴⁰. En segundo lugar, las tesis de Scull tampoco encajan con las vicisitudes de la historia económica reciente, pues la crisis fiscal a la que alude es un fenómeno que empezó a observarse en la mayoría de los países occidentales a partir de mediados de los años setenta, y no en las décadas en las que se planificaron e introdujeron los programas de reforma psiquiátrica, esto es, en los años cincuenta y sesenta⁴¹. Por este motivo, difícilmente puede atribuirse a la crisis fiscal de los estados un rol causal en la génesis de las reformas, sino, en todo caso, una buena parte de la responsabilidad en el estancamiento y en las deficiencias de las mismas durante las décadas posteriores, debido precisamente al mayor coste de este tipo de recursos frente al hospital psiquiátrico tradicional⁴². Por último, otro argumento en contra de esta interpretación concierne la improbable relevancia que Scull atribuye a los programas de ayuda social del estado del bienestar y a las nuevas posibilidades de un «outdoor relief» como motores últimos de la desinstitucionalización. Si ello hubiera sido así, los países que, como la República Federal Alemana, primero introdujeron estas prestaciones hubieran debido ser también los primeros en iniciar las reformas de la asistencia psiquiátrica, lo que, como es sabido, no ocurrió así⁴³.

5. Las reformas y la economía política II (rehabilitación)

Una interpretación igualmente basada en la economía política marxista pero mucho más documentada, y quizá también mucho más consistente que la de Scull,

³⁹ Para una crítica general de la interpretación de Scull véase, por ejemplo, BUSFIELD, J. (1989), *Managing Madness: Changing Ideas and Practice*, Londres, Unwin Hyman, p. 328s.

⁴⁰ Véanse, por ejemplo, los datos aportados en este sentido por MECHANIC, D., ROCHEFORT, D. (1990), *Deinstitutionalization: An appraisal of reform*, *Annual Review of Sociology*, 16, 301-327.

⁴¹ Véase sobre esto VAN DER WEE, H. (1986), *Prosperidad y crisis: Reconstrucción, crecimiento y cambio 1945-1980*, Barcelona, Crítica.

⁴² Cf. BREEMER TER STEGE, C., GITTELMAN, M. (1987), *The direction of change in Western European mental health care*, *International Journal of Mental Health*, 16, 6-20, p. 7.

⁴³ Cf. WARNER (1994), p. 92.

ha sido ofrecida más recientemente por el psiquiatra y antropólogo norteamericano R. Warner en el marco de un destacado estudio sobre el pronóstico de la esquizofrenia a lo largo del último siglo. Desde el punto de vista de Warner, el elemento clave en la gran transformación que la asistencia psiquiátrica ha experimentado en las últimas décadas no ha sido solamente el ahorro de costes, sino, ante todo, el desarrollo del mercado laboral y la evolución de la demanda de fuerza de trabajo a partir de la Segunda Guerra Mundial.

Hasta entonces, los asilos habían acumulado un gran número de personas excluidas del proceso de producción a las que la sociedad sólo ofrecía una asistencia estrictamente custodial. Pero la gran demanda de fuerza de trabajo en los años inmediatamente posteriores a la guerra, especialmente en el Reino Unido y en otros países del norte de Europa, habría forzado y puesto en marcha un doble programa de transformación de las instituciones psiquiátricas destinado a incluir en el mercado laboral a todos aquellos pacientes rehabilitables y capaces de trabajar. Consecuentemente, diversas estrategias de rehabilitación y tratamiento en la comunidad⁴⁴, junto con una política de ingresos hospitalarios cortos y una marcada liberalización en el manejo de los mismos⁴⁵, fueron extendiéndose durante este periodo en esos países. En el caso de los pacientes más graves o incapaces de una reinserción laboral, la falta de credibilidad y el alto coste del modelo asilar habrían llevado, como pensaba Scull, bien a transferirlos a toda una problemática serie de instituciones paralelas o auxiliares, o bien a dotarlos con pensiones y ayudas para su subsistencia en la comunidad⁴⁶.

En cualquier caso, esta interpretación de las reformas como un proceso exclusivamente dependiente de las vicisitudes del mercado laboral o al servicio de la rehabilitación u optimización de la fuerza de trabajo no deja de ser el fruto de una apreciación parcial

⁴⁴ El caso paradigmático, y uno de los más populares en ese momento, fueron las comunidades terapéuticas puestas en marcha por M. Jones y otros en Inglaterra. Ver MILLARD, D.W. (1996), Maxwell Jones and the therapeutic community. En FREEMAN, H.L., BERRIOS, G.E (eds.), *150 Hundred Years of British Psychiatry*, Volumen 2: *The Aftermath*, Londres, Athlone, pp. 581-604.

⁴⁵ Consultar al respecto CLARKE, L. (1993), The opening of doors in British mental hospitals in the 1950s, *History of Psychiatry*, 4, 527-551.

⁴⁶ Warner resume así su interpretación dual del proceso: «La dinámica del mercado laboral, por tanto, puede explicar muchos aspectos del movimiento de desinstitucionalización. Antes de la introducción de los antipsicóticos, el pleno empleo de la posguerra requirió en el norte de Europa la rehabilitación de los enfermos mentales capaces de trabajar, estimulando el desarrollo de estilos más terapéuticos de atención hospitalaria y de programas de estancias cortas. La introducción de los tratamientos comunitarios se retrasó en los Estados Unidos, donde el pleno empleo no llegó a alcanzarse. La introducción de pensiones de incapacidad hizo posible el alta de muchos pacientes en ausencia de posibilidades de empleo, y el advenimiento de los antipsicóticos permitió el control sintomático de aquellos pacientes ubicados en recursos inadecuados. Estos cambios, particularmente en los Estados Unidos, condujeron a un estilo diferente de manejo comunitario —a la transferencia de pacientes a recursos de bajo coste, a menudo sin una intención genuina de hacerlos productivos, valorados ni miembros integrados de la sociedad» (WARNER (1994), p. 95).

que un examen más detenido de los datos invita a relativizar. En efecto, la existencia asumida por Warner de una correlación inversa entre los niveles de desempleo y la disminución en el número de camas psiquiátricas es altamente cuestionable considerando la evolución de estos indicadores en muchos países⁴⁷. Tomando nuevamente el caso de la República Federal Alemana, por ejemplo, tal afirmación resulta incluso manifiestamente falsa: mientras la tasa media de desempleo del país entre 1960 y 1970 era una de las más bajas del mundo, inferior al 1%⁴⁸, la capacidad de los hospitales psiquiátricos no dejó de aumentar durante ese mismo periodo, pasándose de 1'4 camas por 1000 habitantes en 1961 a 1'6 en 1973⁴⁹.

6. La interpretación postestructuralista (psiquiatrización)

Desde esta perspectiva, formulada originalmente a principio de los años ochenta en un importante libro por R. Castel, F. Castel y A. Lovell, la transformación experimentada por la psiquiatría ha de situarse en el contexto de una modificación sustancial en las tecnologías dirigidas a la creación de conformidad y orden social. Así, mientras el asilo tradicional era una rotunda expresión de formas de disciplina y discursos basados en la objetivación, la reglamentación, la vigilancia y la clasificación, la progresión de la modernidad ha provocado una notable internalización del locus de control conductual y la difusión de una omnipresente ideología de optimización y manipulación del yo. Consecuentemente, la psiquiatría se ha visto forzada a pasar de un patrón de «reparación de la enfermedad» a un esquema centrado en el «reforzamiento de la normalidad»: «la meta ya no consiste en curar o en mantener la salud, sino en corregir desviaciones y maximizar la funcionalidad del individuo»⁵⁰.

En tanto que espacios de segregación y control coercitivo o externo de la conducta, los asilos eran claramente inapropiados para afrontar en solitario tales demandas, siendo complementados con un amplísimo y complejo entramado de prácticas e instituciones destinadas a la promoción de la salud mental de los individuos. En un contexto cultural donde los conceptos de la psiquiatría y la psicología han acabado penetrando en casi todas las esferas de la vida cotidiana, las nuevas instituciones ya no se ocupan solamente de un número limitado de enfermos, sino que se ofrecen y orientan a la totalidad de la población de cara a la resolución de múltiples problemas en los más diversos ámbitos y periodos de la vida. En una for-

⁴⁷ Véanse sino los casos estudiados en GOODWIN (1997), pp. 57-59.

⁴⁸ Cf. VAN DER WEE (1986), p. 81.

⁴⁹ Cf. KUNZE, H. (1977), *Psychiatrie-Reform auf Kosten der chronisch psychisch Kranken? Entwicklungstendenzen der stationären Versorgung chronisch psychisch Kranker in England, den USA und der BRD*, *Nervenarzt*, 48, 83-88, p. 83.

⁵⁰ CASTEL, CASTEL, LOVELL (1982), p. 331.

mulación muy difundida, R. Castel y sus colaboradores resumieron su interpretación en términos de la emergencia de una «sociedad psiquiátrica avanzada»⁵¹. La reorganización institucional de la psiquiatría puesta en marcha por las reformas sería pues, ante todo, la expresión de un proceso de «psiquiatrización» o «psicologización» que corresponde a un último estadio en el desarrollo de la cultura de la subjetividad y de las estrategias para el mantenimiento de la conformidad social impuestas por la modernidad, más basadas en el control por parte del yo que en la coacción o represión externa.

A pesar de su innegable atractivo, cabe cuestionar que esta interpretación capture adecuadamente algunos aspectos esenciales de las reformas y la desinstitucionalización. Así, por ejemplo, Castel y sus colaboradores subrayan a menudo que la expansión contemporánea de la psiquiatría ha coexistido sin fisuras con el mantenimiento de viejas formas de internamiento⁵². Consecuentemente, el hecho crucial de que muchos pacientes con trastornos mentales graves residan en la actualidad en un entorno comunitario, cuando previamente hubieran sido casi con total seguridad institucionalizados, no parece fácil de explicar con este modelo. La expansión de la psiquiatría hacia nuevos clientes y tareas ha sido ciertamente uno de los procesos destacados de las últimas décadas, pero también se han creado nuevos recursos —unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, hospitales de día, residencias, pisos tutelados, etc.— con el objetivo explícito de cubrir antiguas funciones de los asilos. Este proceso ha tenido con seguridad importantes lagunas y limitaciones, y viejas prácticas institucionales continúan existiendo, pero se trata de un elemento central de lo ocurrido que ha de ser tenido muy en cuenta.

7. Un nuevo nivel de medicalización

Teniendo en cuenta el innegable proceso de «clinificación» que, fuera o no intención declarada de los diversos programas de reforma, ha acabado experimentando la praxis psiquiátrica en las últimas décadas⁵³, algunos autores han situado justo aquí el punto de partida en su comprensión teórica de lo ocurrido. Así, por ejemplo, el sociólogo austriaco R. Forster ha propuesto una interpretación basada en el concepto de «medicalización» con el doble objetivo de integrar y diferenciar mejor los hallazgos empíricos sobre las reformas y de identificar aquellos elementos del proceso que puedan sugerir una perspectiva teórica más amplia.

Forster considera que un análisis detallado de las consecuencias de la reestructuración de los servicios psiquiátricos revela la diferenciación de al menos tres subsis-

⁵¹ CASTEL, CASTEL, LOVELL (1982), pp. 344.

⁵² Cf. CASTEL, CASTEL, LOVELL (1982), p. 332.

⁵³ Cf. NOVELLA, E.J. (2002), *Psiquiatría y filosofía: Un panorama histórico y conceptual*, *Frenia*, II(2), 7-31, pp. 10-13.

temas de atención y asistencia a personas con trastornos mentales. En primer lugar, un sistema de carácter eminentemente médico para el tratamiento de episodios agudos o trastornos severos que, por regla general, se encuentra relativamente bien integrado en el marco de la cobertura sociosanitaria básica del conjunto de la población. En segundo término, un subsistema subsidiario destinado al cuidado y a la supervisión de las necesidades cotidianas de enfermos crónicos y discapacitados que suele encontrarse ya sólo parcialmente a cargo de la psiquiatría convencional. Y, por último, un sector psicoterapéutico en el que se atienden trastornos más leves o situaciones vitales problemáticas y que, en la mayoría de los casos, no se encuentra garantizado en la cartera de prestaciones sociales y sanitarias básicas. En su opinión, esta diferenciación ha de interpretarse como el resultado de un desplazamiento epocal en la forma y el nivel de medicalización de la psiquiatría: «En el ámbito nuclear de la psiquiatría, la medicalización se ha intensificado y ha tenido lugar un acercamiento a patrones comunes de la asistencia médica general. Al mismo tiempo se ha producido una desmedicalización parcial en todos aquellos ámbitos en los que la psiquiatría no era lo suficientemente eficaz o su imagen se hallaba dañada (cronicidad, discapacidad, coerción). En el caso de los trastornos leves y la atención psicoterapéutica, la psiquiatría no ha podido establecer un monopolio. La esencia de la desinstitucionalización ha de verse pues como una medicalización más intensiva, mejor integrada y más legitimada»⁵⁴.

Si bien esta descripción puede parecer bastante acertada en líneas generales, la lista de los factores causales responsables del proceso propuesta por Forster no deja de resultar, en cambio, un tanto heterogénea y arbitraria, de manera que puede decirse que su modelo explicativo adolece de cierta inconsistencia. La profundización en el nivel de medicalización de la psiquiatría propiciada por las reformas habría sido, en su opinión, el resultado de una particular confluencia de intereses profesionales, razones de conveniencia política y de búsqueda de beneficios por parte de la industria farmacéutica. Si, como se ha visto, cada uno de estos factores por separado resulta insuficiente e incluso inadecuado para dar cuenta de la puesta en marcha de los programas de reforma, no parece que su mera adición pueda apuntar a una sinergia específica que haya determinado la dinámica profunda de todo el proceso⁵⁵.

⁵⁴ FORSTER (2000), p. 42. Ver también FORSTER (1997), pp. 164ss.

⁵⁵ Conclusiones similares pueden aplicarse también a otros modelos mixtos que han gozado de cierta circulación, como es el caso del propuesto por la socióloga inglesa J. Busfield. Esta autora, por ejemplo, asume una descripción dual del proceso —creación de nuevos servicios para pacientes leves o agudos y transinstitucionalización para los más graves o crónicos— que recuerda la de Warner, mientras su lista de «factores subyacentes» a los que atribuir la eclosión de las reformas combina argumentos próximos a los de los críticos de las instituciones psiquiátricas, a las tesis economicistas de Scull o a los planteamientos centrados en la medicalización. Cf. BUSFIELD (1986), pp. 342-346. En cualquier caso, Busfield añade a esta lista otro elemento que no ha sido mencionado aquí hasta ahora, pero cuya importancia en el ritmo

Por lo demás, dos son las objeciones principales que pueden hacerse a esta interpretación. En primer lugar, una de las premisas de su particular visión del cambio de paradigma, a saber, la afirmación de que los asilos eran espacios insuficientemente medicalizados o sujetos a una medicalización incompleta, no puede aceptarse sin más teniendo en cuenta la evolución teórica y práctica de la psiquiatría durante buena parte de la era manicomial. En efecto, una vez abandonados los esfuerzos reeducadores impuestos por la terapéutica moral del periodo fundacional, el asilo propició durante decenios algunas de las elaboraciones teóricas más decididamente medicalistas de toda la historia de la disciplina, mientras sus internos eran sometidos de forma relativamente generalizada a todo tipo de tratamientos somáticos⁵⁶. En segundo lugar, y como se repetirá más adelante, constatar que el patrón de intervención de la psiquiatría se ha acercado en gran medida al del resto de la medicina no parece implicar per se ninguna ganancia teórica si las características de este patrón de intervención no se analizan desde una perspectiva histórica y sociológica más amplia.

3. CONSIDERACIONES FINALES

Lógicamente, este análisis crítico de los principales modelos explicativos que han intentado dar cuenta o dotar de una cierta lógica a las notables transformaciones experimentadas por la asistencia psiquiátrica en el último medio siglo no puede aspirar a cubrir la totalidad de los numerosos argumentos o hipótesis que se han sugerido durante años en las más diversas publicaciones, pero sí supone un inventario relativamente completo de los planteamientos o perspectivas más relevantes y que han gozado de una mayor difusión.

Como se ha visto, y a pesar del innegable interés y valor heurístico de las interpretaciones revisadas, lo cierto es que todas presentan acusadas inconsistencias o resultan incluso manifiestamente inapropiadas, con lo que tienden a incurrir bien en un cierto localismo —sus conclusiones sólo resultan válidas para explicar lo ocurrido

inicial que adoptaron los procesos de reforma en algunos países no ha de desdenarse: a saber, el notable optimismo terapéutico que invadió la psiquiatría de las décadas de los cuarenta y cincuenta del pasado siglo. Cf. BUSFIELD (1986), p. 344.

⁵⁶ Sobre este capítulo de la historia de la psiquiatría puede consultarse la excelente monografía de J. Braslow sobre la aplicación de tratamientos somáticos en la psiquiatría asilar norteamericana de la primera mitad del siglo XX (BRASLOW, J. (1997), *Mental Ills and Bodily Cures: Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*, Berkeley CA, University of California Press); así como el reciente trabajo sobre los tratamientos en los manicomios españoles del siglo XIX de PLUMED, J., REY, A. (2006), *The treatment of madness in Spain in the second half of the 19th century: conceptual aspects*, *History of Psychiatry*, 17, 39-58. Para una visión de conjunto de la «primera psiquiatría biológica» alumbrada en los hospitales psiquiátricos tradicionales véase SHORTER (1997), pp. 69-112.

en algunos lugares muy concretos— o bien en la parcialidad —sólo consideran uno o varios elementos de los cambios observados y dejan otros sin explicar—. Por este motivo, parece necesario exponer brevemente algunas estrategias metodológicas y conceptuales que puedan inspirar una valoración alternativa y más completa de los hechos y el esbozo de nuevas aproximaciones teóricas sobre estas importantes mutaciones en la asistencia psiquiátrica contemporánea. Si bien estas estrategias remiten a diferentes disciplinas académicas y ámbitos de investigación como el análisis de los sistemas de salud, la filosofía de la práctica médica, la historia social o incluso la sociología histórica, todas ellas pueden ser vistas como etapas imprescindibles y estrechamente relacionadas en la tarea interdisciplinar que debe suponer la provisión de interpretaciones más certeras de los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica.

En primer lugar, cualquier intento serio de ofrecer un modelo explicativo de estos procesos debería estar basado en una evaluación empírica cuidadosa y exhaustiva de los cambios observados con el objeto de evitar la unilateralidad o las simplificaciones apresuradas. Además, y dado que un marco explicativo general debería poder soslayar variaciones nacionales o regionales no substanciales en lo ocurrido, esta evaluación debería hacerse desde una perspectiva internacional y comparativa, tratando de determinar aquellas tendencias de los cambios en la atención a la salud mental que tengan una proyección transnacional —esto es, aquello que los fenomenólogos suelen denominar sus rasgos eidéticos. En este sentido, puede decirse que un análisis preliminar de los datos y los informes comparativos disponibles sugiere que las recientes transformaciones han supuesto en casi todas partes la transición desde un patrón de atención basado en intervenciones poco diferenciadas y a largo plazo en grandes asilos aislados a un modelo más amplio y diferenciado —de acuerdo con edades, diagnósticos, procedimientos terapéuticos, cronicidad o la presencia de problemas sociales añadidos— basado en intervenciones a corto plazo en instituciones de pequeño tamaño y ubicadas preferentemente en el marco comunitario⁵⁷. Consecuentemente, no es sólo el cierre de viejos servicios o la creación de nuevos recursos lo que una interpretación adecuada debiera explicar, sino los aspectos y dimensiones más relevantes de este giro paradigmático, incluyendo sus diferentes implicaciones para los responsables políticos, los profesionales y los usuarios o la emergencia de nuevos dispositivos institucionales, culturas terapéuticas, esquemas de financiación y legislaciones⁵⁸.

En segundo lugar, parece difícil alcanzar una comprensión más amplia de los recientes procesos de desinstitucionalización y reforma de los servicios psiquiátricos sin considerar el papel no sólo de factores como los intereses profesionales, la conve-

⁵⁷ Cf. GOODWIN (1997).

⁵⁸ Cf. NOVELLA, E.J. (2007), *Modernity and Mental Health Care: A Social Systems Account on Deinstitutionalization and the Reform of Mental Health Services*, Universidad de Hamburgo, Tesis doctoral.

niencia política o la administración de costes, sino de una cuestión crucial como es la de los nuevos valores y necesidades sociales que pueden haber inspirado estos cambios en la atención a la salud mental. A principios del siglo XIX, la psiquiatría hizo su aparición como actor histórico y social y se fundó a sí misma como disciplina médica por medio de una serie de operaciones legales, teóricas y prácticas centradas en la institución clave del asilo. Por muy paradójico que pueda resultar desde una perspectiva actual, el nacimiento del asilo estuvo acompañado de un espíritu abiertamente reformista de tintes casi utópicos y de un amplio consenso en torno al papel esencial que tenía el aislamiento del paciente de la comunidad en el proceso de curación⁵⁹. En ese contexto, el asilo era ampliamente percibido como el símbolo de una civilización ilustrada y progresista que había dejado de maltratar o ignorar a sus ciudadanos enfermos o dependientes⁶⁰. Pero, ciento cincuenta años después, no fueron sino el asilo y la práctica de la segregación las que se volvieron en el discurso de muchos profesionales de la salud mental y responsables políticos los principales obstáculos para las aspiraciones terapéuticas de la psiquiatría. La declaración paradigmática de dos reconocidos investigadores de los años cincuenta según la cual «el peor hogar es mejor que el mejor hospital psiquiátrico»⁶¹ refleja fielmente este significativo cambio de opinión, puesto que no sugería una mera preocupación por las condiciones materiales o humanas imperantes en los asilos, sino todo un cuestionamiento de su propio valor terapéutico. Desde este punto de vista, parece pues que la «vuelta a la comunidad» y las reformas subsiguientes han debido tener sus raíces en un amplio consenso en torno a ciertos valores y necesidades sociales que cualquier análisis riguroso debe tener muy en cuenta. Y si, como algunas voces han señalado recientemente, la reflexión sobre los valores y principios conceptuales que informan las intervenciones en el campo de la salud mental supone una de las tareas básicas que ha de afrontar toda teoría actual de la psiquiatría⁶², una comprensión adecuada de este giro programático del asilo a la comunidad debe representar un primer paso ineludible.

Finalmente, también parece esencial ubicar de una forma consistente la emergencia y la consolidación de estos nuevos valores y necesidades y de todo el proceso de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en el contexto de las extraordinarias transformaciones experimentadas por las sociedades occidentales entre las décadas de los cincuenta y setenta del pasado siglo, cuando diversas iniciativas legislativas

⁵⁹ Sobre esta cuestión puede consultarse todavía SCHRENK, M. (1967), Zur Geschichte der Sozialpsychiatrie: Isolierung und Idylle als Therapeutik der Seelenstörungen, *Nervenarzt*, 38, 479-487.

⁶⁰ Véase SCULL, A. (1989), The Asylum as Community or the Community as Asylum: Paradoxes and Contradictions of Mental Health Care. En *Social Order / Mental Disorder: Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*, Berkeley CA, University of California Press, pp. 300-330.

⁶¹ CUMMING, CUMMING (1957), p. 310.

⁶² Como se sostiene certeramente en BACA, E. (2004), Un proyecto de futuro, *Archivos de Psiquiatría*, 67, 3-16.

pusieron las bases de lo que la sociedad esperaba de los futuros sistemas de asistencia psiquiátrica⁶³. Significativamente, una aproximación global a esas tres décadas clave (1950-1980) revela que fueron un tiempo de rupturas decisivas en el orden económico, social y cultural, o, dicho en otros términos, una época en la que algunos de los aspectos y consecuencias más sobresalientes del orden social y cultural que habitualmente describimos como modernidad se difundieron con mayor rapidez y universalidad⁶⁴. Consecuentemente, no parece probable encontrar una explicación satisfactoria de los procesos de reforma psiquiátrica sin un sólido análisis histórico y sociológico de todo este periodo, esto es, sin una reflexión en torno a los requisitos impuestos a los dispositivos de salud mental por parte de un orden social y cultural que devino entonces en muchos aspectos decisivos totalmente distinto al que imperaba en el periodo fundacional de los asilos.

Así pues, y a pesar de tratarse de procesos que llevan casi medio siglo en «curso», la búsqueda de un modelo explicativo que dé cuenta satisfactoriamente de los mismos dista mucho de poder darse por concluida. En este caso, como en muchos otros relacionados con la evolución histórica de la psiquiatría, parece pues especialmente cierto que, como señalaba A. Scull, «la sensibilidad a las cuestiones de evidencia e inferencia debe combinarse con visión y sofisticación teórica, y comprender lo particular depende necesariamente de la capacidad de situar los hallazgos propios en un marco comparativo mucho más amplio»⁶⁵.

Recibido: 15 septiembre 2006

Aceptado: 30 enero 2008

⁶³ Los hitos más emblemáticos en este inicio oficial de los proyectos de reforma psiquiátrica fueron la aprobación en 1959 de la nueva Ley de Salud Mental del Reino Unido, la firma por J.F. Kennedy en 1963 de la Ley de Centros de Salud Mental Comunitaria en los Estados Unidos, el informe de la Comisión de la Enquête parlamentaria alemana concluido en 1975, y la aprobación en 1978 de la célebre Ley 180 italiana. Véase FORSTER (1997), pp. 36-62, para una síntesis de estos y otros hechos relevantes en cada uno de estos países. En España, como es sabido, el inicio oficial de los proyectos de reforma se pospuso hasta 1986, con la aprobación de la Ley General de Sanidad. Véase VÁZQUEZ-BARQUERO, GARCÍA, TORRES-GONZÁLEZ (2001).

⁶⁴ Entre las aproximaciones históricas a las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial que subrayan la radicalidad y profundidad de las transformaciones económicas, sociales y culturales del periodo pueden citarse los conocidos estudios de HOBBSAWM, E.J. (1995), *Historia del siglo XX*, Barcelona, Crítica; y JUDT, T. (2005), *Postguerra: Historia de Europa desde 1945*, Madrid, Taurus. No deja de ser llamativo que, en el marco de un trabajo de conjunto sobre la historia del siglo XX como el de Hobsbawm, el caso de las reformas psiquiátricas sea mencionado explícitamente en relación con las consecuencias de la modernización social y cultural. Cf. HOBBSAWM (1995), p. 338.

⁶⁵ SCULL (1989), p. 5.

TABLA 1: Interpretaciones teóricas y modelos explicativos de la desinstitucionalización

	<i>De</i>	<i>A</i>	<i>Medios</i>	<i>Explicación</i>
La interpretación psiquiátrica convencional	Atención institucional (asilos, hospitales psiquiátricos)	Atención comunitaria (UHP en hospitales generales, ambulatorios, hospitales de día, servicios de rehabilitación)	Políticas profesionales y gubernamentales («lobbies» y alianzas)	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción de la moderna psicofarmacología • Aceptación de la crítica institucional
Perspectivas críticas y antipsiquiatría	Tratamiento involuntario y segregatorio de conductas desviadas en el asilo	Tratamiento involuntario («cadena terapéutica») de conductas desviadas en la comunidad patológica	Poder institucionalizado	<ul style="list-style-type: none"> • Pacificación de las psicosis • Modernas tendencias antiliberales (estado terapéutico) • Enmascaramiento de la coerción
Profesionalización	Dominio del asilo (dominio profesional en el asilo)	Incremento de los recursos institucionales, de los clientes y de las formas de intervención	Políticas profesionales (aseguramiento de intereses profesionales)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de imagen • Lugar marginal en la asistencia médica (obstáculos para obtener más recursos) • Rivalidad con nuevas profesiones
Excarcelación	Grandes asilos (control social segregatorio)	Desmantelamiento de servicios (abandono y «ghettoización»)	Política gubernamental (administración del capital)	<ul style="list-style-type: none"> • Costes crecientes del control segregatorio • Crisis fiscal de los estados
Rehabilitación	Asistencia custodial en asilos para enfermos mentales excluidos del proceso de producción	(a) Nuevos servicios terapéuticos y programas para pacientes rehabilitables (b) Asistencia custodial (transinstitucionalización) para los no rehabilitables	Economía política (intereses del capital)	<ul style="list-style-type: none"> • La gran demanda de fuerza de trabajo tras la 2ª Guerra Mundial requirió la rehabilitación de los pacientes capaces de trabajar • Transinstitucionalización: menor coste de residencias y recursos no específicos
Psiquiatrización	Asilos como parte de un control institucional (externo)	Nueva psiquiatría como parte de un complejo «psi» más amplio (tendencia hacia el autocontrol)	Discursos y tecnologías para la creación de orden social	<ul style="list-style-type: none"> • Cientificación • Mejora y sutilización de las tecnologías
Medicalización	Medicalización incompleta	(a) Mayor medicalización (trastornos agudos, instituciones y tecnologías médicas, voluntariedad) (b) Desmedicalización (c) Psicoterapización	Políticas profesionales y gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> • Intereses profesionales • Conveniencia política de la medicalización • Intereses de la industria farmacéutica