

LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS EN LA(S) REFORMA(S). NOTAS PARA ORIENTAR UNA INVESTIGACION NECESARIA

Marcelino López

Psiquiatra. Sociólogo. Director de programas, evaluación e investigación.

FAISEM. Sevilla

Margarita Laviana

Psicóloga Clínica. Coordinadora de Comunidad Terapéutica. Area de Salud

Mental del Hospital Virgen del Rocío. SAS. Sevilla

Pablo García-Cubillana

Enfermero de Salud Mental. Técnico del Departamento de programas,

evaluación e investigación. FAISEM. Sevilla

PRESENTACION

Parece que del hospital psiquiátrico ya nada más se pueda decir, que todo esté ya dicho, que cada uno sepa ya todo lo que al respecto se pueda decir.

Una convicción tan difusa hace así que no se pueda hablar del manicomio sin ser escuchado con un cierto fastidio, como si se quisiese introducir en el discurso una figura retórica, un pleonismo o incluso una hipérbole [...]

[Pero] no es posible hablar de Rehabilitación en psiquiatría sin tener en cuenta el hospital psiquiátrico, que no es ni pleonismo ni hipérbole sino espacio vigente de reproducción de la enfermedad y de la psiquiatría.

[...] No solo, pero el hospital psiquiátrico es también el lugar donde más lucida y real ha sido la construcción de sus alternativas y la invención de la práctica rehabilitadora.

Benedeto Saraceno, 1995 (1)¹

¹ Traducción propia

Al presentar el tema de los Hospitales Psiquiátricos dentro de una ponencia sobre la evolución de los procesos de Reforma en nuestro país es inevitable partir de una doble sensación. Por un lado, parafraseando a Benedetto Saraceno (1) en el caso de Italia, la de temer que mucha gente diga o piense sin molestarse en decirlo, que éste es un tema ya agotado, de escaso interés, “pasado de moda” y que “vaya rollo” que alguien vuelva a plantearlo en estos momentos. Como decía hace unos días un directivo del sistema sanitario público de una Comunidad Autónoma de este país, “¡que antiguos sois!”. Parecería que ya, a estas alturas, el tema de los Hospitales Psiquiátricos sea un tema “superado” en nuestro país, un tema ya intrascendente salvo para los interesados en la historia o en los debates ideológicos, alejados de las únicas preocupaciones importantes, referidas, como debería ser obvio, a las intervenciones basadas en la evidencia, la gestión clínica y las competencias y carreras profesionales. Y ello porque, o bien los Hospitales han desaparecido o bien, si aún persisten, han dejado de ser un tema relevante en la medida en que lo que importan son las intervenciones y no los lugares (y las orientaciones) desde los que se aplican.

Ninguna de las dos apreciaciones nos parece correcta. En primer lugar porque, en abierta contradicción con algunas afirmaciones públicas (“la Reforma Psiquiátrica ha cerrado los Hospitales Psiquiátricos”) y asunciones personales y colectivas, los Hospitales Psiquiátricos públicos y privados ni han desaparecido ni están cerrados con carácter general en nuestro país, aunque sí en algunas (pocas) Comunidades Autónomas. Pero además porque, incluso allí donde se han cerrado efectivamente, al menos los dependientes de las Administraciones públicas, como es el caso de Andalucía, Asturias, Navarra y algunos otros territorios del Estado, su peso histórico está lejos de haber desaparecido, como intentaremos mostrar con algo más de detalle en nuestra intervención.

De hecho, hay razones para sostener, por una parte, que la lógica social que estaba y está detrás del Manicomio sigue vigente y que su análisis, imprescindible para contrarrestarla en las nuevas instituciones puestas en marcha en estos años, puede resultar más fácil si partimos de las “antiguas”, en las que esa lógica resultaba mucho más evidente.

Y, por otra, que la propia configuración histórica de las teorías y técnicas de intervención en Salud Mental refleja, tanto en lo positivo como en lo negativo, el efecto combinado de dicha lógica social y de la realidad concreta de la institución manicomial. Efecto que también debería ser analizado en detalle, a la hora de

abordar el trabajo en salud mental, incluso o quizás especialmente, desde los nuevos dispositivos y estructuras, formalmente alternativos al manicomio pero más proclives de lo deseable a reproducir, tanto la lógica general como muchos de los efectos heredados.

La segunda sensación que hemos tenido al intentar analizar el tema es la de la complejidad del mismo, inabordable como tal en el marco de un apartado de un capítulo de una ponencia. De nuevo aquí las razones son también múltiples. Por una parte, porque la situación es extraordinariamente diversa en un país con una estructura territorial compleja como la española y en un campo donde esa diversidad territorial se ha multiplicado, por las diferentes trayectorias históricas que esconde la denominación genérica "Reforma Psiquiátrica", con muy variadas aplicaciones, parciales y específicas, de las formulaciones comunes de la Ley General de Sanidad.

Fruto de esa diversidad es que los procesos de cambio en la atención a la salud mental de las distintas Comunidades Autónomas han enfrentado de manera diversa el tema de los Hospitales Psiquiátricos, en términos de políticas oficiales, de actuaciones concretas, e incluso de ritmos y trayectorias temporales. Aspectos que dan lugar a Hospitales Psiquiátricos cerrados con diferentes estrategias, a Hospitales que cambian de nombre y/o se transfieren a otras administraciones y a Hospitales que permanecen con grados diversos de remodelación física y/o funcional.

Diversidad cuya correcta descripción se ve además dificultada por la escasez, heterogeneidad y habitualmente mala calidad de la información disponible. Lo que convierte en especialmente difícil, no ya el análisis detallado de lo sucedido en conjunto y en cada territorio individual, sino la mínima descripción cuantitativa de los movimientos básicos del proceso.

Si a esto añadimos las limitaciones propias de los profesionales que hemos intentado abordar el tema, simultáneamente a nuestros correspondientes trabajos habituales, el resultado tiene límites importantes que queremos señalar desde el inicio. Sin perjuicio de aquellos otros que la lectura del texto pueda mostrar a una visión crítica externa.

De hecho, el subtítulo que hemos elegido intenta reflejar cual es el alcance que pretendemos: no tanto el análisis acabado de lo sucedido en estos años con los

Hospitales Psiquiátricos en el marco de la(s) Reforma(s), cuanto, más modestamente, la identificación y análisis preliminar de los elementos que nos parecen más relevantes para situar correctamente el tema. Y ello con la pretensión de desmontar algunas de las habituales visiones simplistas sobre el mismo, a la vez que de indicar los elementos que habrá que tener en cuenta para abordar en el futuro el, en nuestra opinión imprescindible, estudio riguroso y pormenorizado de la evolución reciente de nuestros Hospitales Psiquiátricos.

Para ello presentamos a continuación, a partir del recuerdo de algunas reflexiones teóricas sobre el papel histórico de los Hospitales Psiquiátricos y las distintas estrategias y procesos de Reforma en distintos lugares del mundo, los datos de carácter general que podemos obtener de las fuentes documentales accesibles en estos momentos, datos que nos servirán para hacer una valoración general de lo acaecido en estos años y para plantear algunas líneas estratégicas de cara al inmediato futuro. Incluyendo, como acabamos de decir, la necesidad de un estudio mucho más detallado y riguroso sobre el tema.

UN ESQUEMA INTERPRETATIVO: EL HOSPITAL PSIQUIATRICO Y LA ATENCION A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

[El orden manicomial] tiene simplemente la función de ordenar el desorden del loco (pero también del "miserable", del prisionero). Tal orden se legitima y se autoreproduce; la psiquiatría es [también] este orden, esta legitimación y esta autoreproducción. La institución manicomial no es más que el espacio, el tiempo, el conjunto de normas y de ritos que contienen naturalmente ese orden.

La función ordenante tiene en sí la complejidad y la ambigüedad del orden del amo ["padrone"] a la vez que del padre. [...] y es crucial incluir ese aspecto de protección, es decir de servicio, que coexiste con la vocación del amo que regula la vida de los esclavos.

Esa dualidad caracteriza la psiquiatría y el manicomio no es más que la expresión física de la dualidad paterna y patronal de una supuesta ciencia que es en el fondo ideología [...] He ahí porqué la ruptura de la segregación manicomial iniciada en Gorizia en 1964 por Franco Basaglia no significa tanto una humanización del espacio inhumano cuanto la interrupción de la connivencia entre técnicos e ideología [...]

Luego la verdadera duplicidad no está dentro de la pareja "padre / amo" sino entre esta y la pareja "hermano / ciudadano". [...]; la función protectora y dominante de la relación paterna es substituida por la función solidaria y de cooperación en la construcción de la ciudadanía que caracteriza las relaciones de fraternidad y complicidad, para compartir la vida ciudadana [civitas].

Benedeto Saraceno, 1995 (1)²

Desde el punto de vista de la práctica cotidiana, si el psiquiatra es ante todo uno de los especialistas que han recibido una delegación de poder para "gestionar el ámbito de la inadaptación", es aquel que es consciente de ello el que debe negar esta negación de humanidad social del enfermo y negar la institución que es el medio de esta negación.

Robert Castel, 1971 (2)

Las instituciones asilares han sido durante un largo periodo histórico (y siguen siendo en muchos países) el elemento clave de la estructura de atención a personas con problemas de salud mental, precisamente aquel que le daba identidad ante la población, prestaba atención a un volumen importante de personas y constituía la base para la formación y el ejercicio profesional de un número también considerable de profesionales (1,3-7).

Por eso es importante, a la hora de analizar lo sucedido con los Hospitales Psiquiátricos en nuestro país, situarlos en el marco de un análisis más general que intente delimitar histórica y conceptualmente el papel de las instituciones asilares en la evolución de la atención a la salud mental y, en concreto, en los procesos de cambio o reforma hacia sistemas de atención comunitaria. Y para ello resulta imprescindible la relectura crítica de algunos textos "clásicos", dentro de la abundante y a menudo "olvidada" literatura, generada sobre el tema en los últimos cuarenta años (1,3,6). Dado que el espacio disponible no permite un análisis detallado de algunos de ellos, cuya validez y actualidad pese al tiempo transcurrido (tanto el "físico", en sentido estricto, como el que parecería deducirse de su "olvido" o de la "distancia" entre temas considerados "de actualidad" hoy y hace veinte o treinta años) siguen llamando la atención cuando se toma la molestia de releerlos, intentamos por una parte hacer un apretado resumen de los mismos, a la vez que incluimos algunas referencias textuales que, en nuestra opinión, merece la pena

² Traducción propia.

recordar como tales. Referencias que, sin ser, evidentemente, ningún tipo de “verdad revelada e incuestionable”, nos siguen pareciendo extraordinariamente vigentes, a la vez que imposibles de resumir o formular de manera más adecuada que aquélla en la que lo fueron por parte de sus autores originales.

En conjunto, básicamente, creemos útil contemplar dos aspectos o perspectivas complementarias: la del papel negativo del Hospital Psiquiátrico como mecanismo básico para la gestión social de la enfermedad mental durante un amplio periodo histórico (con sus consecuencias individuales, profesionales y sociales, que no siempre desaparecen con él) y, por contraposición, el papel positivo que, en determinados contextos, jugaron algunas experiencias de desinstitucionalización en el desarrollo de planteamientos y prácticas comunitarias.

El Hospital psiquiátrico y la gestión social de la enfermedad mental

Lo que está en tela de juicio no es tanto el que la medicina mental cumpla mal su mandato terapéutico como el hecho de que lo que cumpla sea otro mandato distinto al médico. En efecto, existe una contradicción flagrante entre las incertidumbres del saber médico que los psiquiatras, por lo general, reconocen y el dogmatismo del funcionamiento de la psiquiatría. Ello se debe a que mediante sus refinamientos nosográficos –por ejemplo- aplica sobre ciertas categorías de la población unos esquemas sociales, groseros pero eficaces, de exclusión.

[...] Disponiendo absolutamente del enfermo, la psiquiatría podría, tal como Goffman había previsto, “descubrir un crimen que sea adaptado al castigo” y reconstruir la naturaleza del recluso para adaptarla a este crimen. De hecho, “esta ciencia cuyo resultado paradójico ha sido la invención de un enfermo adecuado a los parámetros inventados para curarle” (Basaglia), no consigue, más que secundariamente, rehabilitar a los sujetos que se le confían, pero sí consigue perfectamente neutralizarlos, justificando, mediante racionalizaciones científicas, la necesidad de esta vigilancia, consecuencia de una exclusión social en cuyo instrumento dicha ciencia se convierte.

Robert Castel, 1971 (2)

Como acabamos de mencionar, el Hospital Psiquiátrico ha sido, durante un largo periodo histórico la institución básica de la asistencia psiquiátrica, social y profesionalmente aceptado, al menos, como un mal menor imprescindible para enfrentarse a un conjunto de personas con conductas que parecían requerir un mecanismo de control específico, cuya dureza parecía ser simplemente un mero reflejo de las especiales características de dichas conductas y de la escasez de procedimientos técnicos para erradicarlas.

Sin embargo, a lo largo de la segunda mitad del siglo pasado se produjeron con respecto a ellos importantes movimientos críticos (1,3,5,6) que pueden resumirse, en lo teórico, en la conjunción de una serie de análisis, tanto “externos” como “internos”, que ponen de manifiesto el carácter histórico de la institución, su correspondencia con una determinada consideración social del enfermo mental y sus efectos complejos y mayoritariamente negativos sobre los internados y sobre el propio cuerpo conceptual y operativo de la disciplina que le daba cobertura teórica: la Psiquiatría. Y, en lo práctico, en el desarrollo sucesivo de una serie de experiencias de lucha antiinstitucional que han dado lugar a nuevos modelos organizativos y funcionales, a la vez que permitían también nuevos desarrollos teóricos en el campo más amplio de la atención en salud mental, incluyendo lógicamente a la propia Psiquiatría.

Como señalábamos hace unos años (5), sintetizando mucho esos planteamientos, los Hospitales psiquiátricos, en tanto que “cristalización institucional de una lógica social de exclusión, elemento clave en el desarrollo de la propia teoría psiquiátrica y factor iatrogénico decisivo dentro del proceso de cronificación y marginación social” de las personas con enfermedades mentales graves, “ha venido siendo el referente institucional central de la asistencia psiquiátrica. Papel que, por otro lado, se ha visto paradójicamente reforzado con el surgimiento en su seno de algunos de los más importantes intentos de reforma psiquiátrica”.

Veamos brevemente las principales líneas de crítica, que confluyen básicamente a lo largo de los años 60 y 70 en algunos de los países entonces denominados “occidentales” (Estados Unidos, Francia, Reino Unido y posteriormente Italia) y van creando un estado de opinión en el que surgen las distintas experiencias de cambio.

a. El mandato social como condicionante del papel del Hospital Psiquiátrico

Se puede describir esta época en que se margina administrativamente la irracionalidad (1650-1800), como aquella en la que la Iglesia ya no pudo integrar [algunas] de sus formas, en concreto los pobres y los locos, mientras que la sociedad económica y burgués-capitalista todavía no pudo.

Klaus Dörner, 1969 (8)

Es entre los muros del internamiento donde Pinel y la psiquiatría del siglo XIX encontraran a los locos; allí es -no lo olvidemos- donde los dejarán no sin vanagloriarse de haberlos "liberado". Desde mediados del siglo XVII la locura ha estado ligada a esta tierra del internamiento y al gesto que la designaba como su lugar natural.

Michel Foucault, 1972 (9)³

El primer bloque de análisis proviene de lo que podríamos considerar el "exterior" del hospital, ya que corresponde a diferentes estudios que desde el campo de la historia (general, de la cultura y también de la Psiquiatría) permiten situar el carácter histórico del manicomio y relacionar su estructura y funcionamiento con un mandato social general de represión y aislamiento de personas con conductas socialmente inaceptables, en un momento determinado del tiempo.

Así, en primer lugar desde las perspectivas de la historia social y cultural, los análisis de autores como Foucault (9), Scull (10), Dörner (8) y Rosen (11), muestran el enraizamiento de estas instituciones en largos procesos sociales de exclusión, que cristalizan en distintos países europeos alrededor del siglo XVIII, en el marco de la progresiva consolidación de la entonces nueva economía capitalista. De hecho y pese a algunas simplificaciones y a distintas situaciones nacionales, parece haber un movimiento general en el que en un momento dado se produce una diferenciación dentro del colectivo social de excluidos (locos, vagabundos, delincuentes, pobres, inmorales, etc., que habían sido previamente apartados de la vida social y conjuntamente "encerrados"), delimitándose progresivamente un subgrupo específico en el que, a la exclusión social, se añade una posibilidad de atención sanitaria a cargo de una nueva categoría profesional (los "alienistas") que

³ Traducción propia

dará lugar posteriormente a la Psiquiatría. Así, la lectura de estos autores, así como de algunas síntesis especialmente brillantes de Robert Castel (2,12), permite contemplar el largo recorrido histórico que lleva a la construcción de un espacio específico para el control social, primero de una serie de conductas “inadecuadas” (locos, indigentes, vagabundos, inmorales) y, posteriormente, en una nueva diferenciación de estas conductas y de sus respectivos instrumentos de control, de una parte más concreta de las mismas, que empiezan a ser consideradas como derivadas de algún tipo de enfermedad y susceptibles, por tanto, de algún tipo de abordaje médico.

Queda así definido el espacio del manicomio y por extensión de la psiquiatría como el del manejo de determinadas categorías sociales para las que el objetivo básico es separar de la vida común, controlar y solo secundariamente “curar”. Lógica que la psiquiatría internaliza e intenta justificar construyendo a posteriori categorías clínicas y explicaciones atribuibles a la enfermedad.

b. La “carrera” del enfermo mental

Desde el punto de vista formal de la sociedad, los internos de un hospital psiquiátrico se encuentran allí porque padecen enfermedades mentales. Empero, si se considera que el número de “enfermos mentales” no internados iguala y hasta excede al de los internados, podría decirse que estos son víctimas de las contingencias, más que de una enfermedad mental.

Erving Goffman, 1961 (13)

[...] en la función custodial implícita en la institución (y en neta contradicción con su finalidad terapéutica) juegan elementos que tienen poco que ver con la enfermedad. Basta analizar quien cae bajo la sanción implícita en estas instituciones –esto es, aquel que no puede gestionar por sí mismo la propia enfermedad y la propia desviación, es decir el pobre- para entender que su función es la de ejercer un control social explícito de aquellos elementos que no son controlables a través de su participación en una institución productiva. [...] La ideología médica que informa la institución sirve entonces para absorber en su terreno contradicciones que no siempre

son de su competencia, dando un carácter técnico científico a una exclusión social.

Basaglia, F, 1971 (14)⁴

Otro bloque de críticas, también “externas” en su inicio, tienen que ver con los estudios sociológicos de autores como Goffman (13), Scheff (15), Levinson y Gallacher (16), y, una vez más, Castel (2,12,17), que muestran entre otras cosas tanto el proceso de selección social que tienen lugar antes de la entrada de los pacientes en el hospital, cuanto los mecanismos de refuerzo que el mismo introduce. Bajo el rótulo general de “carrera moral del enfermo mental” se describen así las “contingencias” añadidas a la enfermedad que tienen un papel central en el complejo proceso de devenir un enfermo mental hospitalizable y que tiene más que ver con variables sociales (pobreza, incultura, problemas del entorno familiar y microsocioal) que con las propias de la enfermedad (síntomas concretos más que “enfermedades” específicas). Selección social que, al ser externa y previa a la visión de los profesionales, tiende a ser infravalorada o simplemente desconocida por estos.

Algunos de esos análisis siguen siendo, a pesar del tiempo transcurrido y de inevitables simplificaciones y enfoques discutibles, útiles a la hora de analizar el papel histórico y actual del hospital psiquiátrico. Este hereda así una triple función que le dará contenido: asistencia médica, asilo para pobres y mecanismo de control social (18), dando lugar a esa “extraña síntesis de (al menos) centro sanitario, residencia de servicios sociales e institución penitenciaria” que caracterizaba nuestros manicomios (19,20). Funciones que determinan tanto la entrada en la institución (“locos”, es decir a la vez personas con enfermedad mental, pobres y distorsionantes del orden social prevalente), cuanto la presentación sintomatológica y la evolución de sus residentes, convirtiendo así en objeto de estudio preferente de la Psiquiatría una extraña y compleja mezcla de enfermedades, pobreza, aislamiento, marginación y hacinamiento.

c. Los efectos iatrogénicos de la “institución total”

Un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes y sin un plan racional amplio. La característica central de las instituciones totales

⁴ Traducción propia

puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida.

Erving Goffman, 1961 (13)

La neurosis institucional es una enfermedad caracterizada por apatía, falta de interés, especialmente por cosas de naturaleza impersonal, sumisión, incapacidad aparente para planear el futuro, falta de individualidad y algunas veces por una postura y marcha características. [...] De este modo, la mayoría de los pacientes que han pasado cuatro años en un hospital mental padecen de dos enfermedades: 1) Esquizofrenia. 2) Neurosis institucional.

Rusel Barton, 1959 (21)

La ausencia de cualquier proyecto, la pérdida de un futuro, el estar constantemente a merced de otros sin el más mínimo impulso personal, el tener repartida y organizada la propia jornada con tiempos que derivan solamente de exigencias organizativas que, en cuanto tales, no pueden tener en cuenta ni al individuo singular ni a las circunstancias particulares de cada uno: este es el esquema institucionalizante sobre el que se articula la vida del asilo. [...] El enfermo mental, cerrado en el angosto espacio de su individualidad perdida, oprimido por los límites estrechos de la enfermedad, se ve impulsado por el poder institucionalizante del internamiento a objetivarse en las propias reglas que lo determinan, en un proceso de empequeñecimiento y restricción de sí mismo que, aunque superpuesto originalmente a la enfermedad, no siempre es reversible.

Franco Basaglia, 1965 (22)⁵

Pero a la vez, la crítica "externa", especialmente sociológica, confluye con los análisis de profesionales "internos", igualmente críticos con la institución, para mostrar los efectos negativos que la vida en el manicomio tiene para los internados, en relación con sus efectos directos (institucionalismo, neurosis institucional) superpuestos a la enfermedad y con su efecto de refuerzo al estigma social, con consecuencias individuales y colectivas (refuerzo de la imagen social negativa)

⁵ Traducción propia.

Quizás el aspecto central de estas consideraciones críticas sigue siendo el de las consecuencias individuales que la institución manicomial genera de modo "espontáneo", "inevitable" y bastante poco "reversible", sobre las personas que atendía. Merece la pena a este respecto repensar los conceptos interrelacionados y parcialmente intercambiables de "neurosis institucional" de Barton (21), "institución total" de Goffman (13) e "institucionalismo" de Wing (23). Releyendo los trabajos originales de estos autores y algunos de los artículos de Basaglia (14,22,24), se refuerza la convicción de que, frente a su aparente "antigüedad" siguen siendo vigentes hoy en referencia no solo a instituciones tradicionales sino a muchas de las nuevas instituciones, formalmente integradas en modelos más "modernos" y comunitarios.

Entre otras cosas porque los principales factores que cabe relacionar con ese "empobrecimiento" personal (carácter monográfico de la institución, aislamiento físico y social, masificación, control absoluto de la vida individual, y prácticas custodiales, sobre la base de una lógica social de exclusión) no solo siguen pesando en los Hospitales actuales, pese a las "reformas" de infraestructura y organización que algunos de ellos han emprendido, sino que, en distinta escala y con modificaciones parciales, pueden seguir jugando un papel similar en muchas estructuras residenciales y/o de media y larga estancia, formalmente alternativas al manicomio.

Y, también, aunque este es un aspecto habitualmente "olvidado" y poco objetivado en términos cuantitativos, quedan las repercusiones sociales más generales de una institución monográfica (el último residuo de una serie en la que estaban también, en el campo sanitario, las leproserías y los sanatorios antituberculosos), heredera de una tradición social de exclusión del diferente y peligroso. Visión social que refuerza de manera importante el enfoque inicial de segregación social del enfermo mental que los caracteriza desde su origen, cerrando así uno de los círculos realmente viciosos del estigma (1,25): la prueba de que son raros y potencialmente peligrosos es que se les "atiende" (en realidad se les encierra) en instituciones propias.

Hay que mencionar aquí, también un debate en ocasiones muy cargado ideológicamente, sobre el papel de "asilo", en el "buen" sentido de la palabra, de los hospitales psiquiátricos (1,18,26). Así, algunos, tomando en serio la etimología de la palabra "asilo" y reconociendo que, pese a todo y frente al abandono puro y simple, en muchas ocasiones los Hospitales sirvieron de refugio a algunas personas

(y siguen haciéndolo todavía en muchos países), llaman la atención sobre la necesidad de preservar esa función en el marco de los servicios comunitarios, evitando el llamado "dilema de Scull" (26) (abandono institucional o abandono en la comunidad), riesgo evidente de procesos de reforma mal enfocados (o "bien" enfocados pero hacia otro objetivo, distinto de la atención y el derecho de ciudadanía). Pero, esa razonable llamada de atención no puede confundirse, después de la evidencia histórica acumulada tanto sobre los efectos inadecuados de los Hospitales Psiquiátricos como sobre posibilidades de una atención alternativa de calidad, con la justificación de la miseria manicomial.

La Psiquiatría y el Hospital psiquiátrico

Lo importante, es que esta transformación de la casa de internamiento en asilo no se ha hecho mediante la introducción progresiva de la medicina (...) sino por una reestructuración interna de ese espacio al que la época clásica no había dado más funciones que las de exclusión y corrección. La progresiva alteración de sus significaciones sociales, la crítica política de la represión y la crítica política de la asistencia, la apropiación de todo el campo del internamiento por la locura, mientras que todas las restantes figuras de la sinrazón eran poco a poco liberadas del mismo, todo eso es lo que ha hecho del internamiento un lugar doblemente privilegiado para la locura: el lugar de su verdad y de su abolición. [...] No es el pensamiento médico el que ha forzado las puertas del internamiento; si los médicos reinan hoy en el asilo, no es [...] gracias a la fuerza viva de su filantropía o de su preocupación por la objetividad científica. Es porque el internamiento mismo ha tomado poco a poco valor terapéutico, y ello por el reajuste de todos los gestos sociales o políticos, de todos los ritos, imaginarios o morales, que desde hace más de un siglo habían conjurado la locura y la sinrazón [...]

El genio de Cabanis y los textos que escribió en 1791 se sitúan en ese momento decisivo y equivoco a la vez, en el que la perspectiva da un giro: lo que era reforma social del internamiento deviene fidelidad a las verdades profundas de la locura; y la manera en que se aliena al loco, se deja olvidar para reaparecer como naturaleza de la alienación. El internamiento está a punto de ordenarse según las formas que el mismo hizo nacer. [...]

La desaparición de la libertad, de consecuencia que era, deviene fundamento, secreto, esencia de la locura. Y es esta esencia la que debe prescribir lo que hay que imponer de restricción a la libertad material de los insensatos.

[...] La justicia que reinará en el asilo no será ya la del castigo, sino la de la verdad: una cierta exactitud en el uso de las libertades y de las restricciones, una adecuación tan rigurosa como sea posible de la coacción a la alineación de la libertad. Y la forma concreta de esta justicia, su símbolo visible, se encuentra ya no en la cadena – restricción absoluta y punitiva que “lacera siempre las partes que oprime”- sino en lo que terminaría siendo la famosa camisola, ese “chaleco estrecho de dril o de tela fuerte que aprieta y contiene los brazos” y que debe entorpecer más en la medida en que los movimientos se hacen más violentos. No hay que concebir la camisola como humanización de las cadenas y un progreso hacia la “auto-restricción”. Hay toda una deducción conceptual de la camisa de fuerza que muestra que en la locura ya no se experimenta un enfrentamiento absoluto entre razón y sinrazón, sino un juego siempre relativo, siempre móvil, de la libertad y sus límites.

Michel Foucault, 1972 (9)⁶

Esta dialéctica sutil entre “causas físicas” y “causas morales”, que podemos seguir a lo largo de todo el siglo XIX, remite a su vez a una oposición teórica (“somaticistas” frente a “psicologistas”) y a un compromiso práctico entre teoría concedora de la enfermedad y percepción espontánea de la locura en términos de desorden. Es por ello que la dicotomía teórica no excluye el consenso práctico (el “eclecticismo terapéutico”) dado que el tratamiento depende directamente de la actitud frente a la locura más que frente al saber médico.

Robert Castel, 1970 (27)

Y, finalmente, el efecto que la propia institución ha tenido sobre el desarrollo de las teorías y prácticas profesionales del campo de la salud mental, especialmente sobre la psiquiatría, disciplina o tecnología central originariamente ligada al asilo.

⁶ Traducción propia.

Es en ese marco socialmente condicionado en el que se desarrolla la parte fundamental de la teoría y la práctica psiquiátrica, como una tecnología social que se ve fuertemente condicionada por el filtro que la institución establece, tanto a la entrada (enfermos pobres y conflictivos, ya que los otros eran objeto de manejo en otros campos) como en evolución habitual (aislamiento del medio natural, empobrecimiento funcional y afectivo, en definitiva "cronificación") de gran parte de las personas internadas. Distorsiones que sirven para los análisis parciales de la psicopatología de cara al diagnóstico ("incomprensibilidad"), pronóstico (demencia precoz, como "curso natural de la enfermedad") e identificación de posibles factores etiológicos, atribuidos preferentemente a variables internas ("lo endógeno") sin relación con el contexto. Aspectos para cuya valoración no está de más releer, por ejemplo, algunos de los análisis de Laing (28) o de Szasz (29) en relación con las formulaciones teóricas de Kraepelin, análisis que deberían tenerse en cuenta en las valoraciones críticas de la epistemología psiquiátrica tradicional y, con todas las matizaciones que la evolución posterior de los conocimientos biopsicosociales sobre los trastornos mentales necesariamente conllevan, en la elaboración de un nuevo corpus psicopatológico, especialmente si queremos que vaya más allá de atribuciones exclusivamente "orgánicas" (30-32).⁷

Pero tampoco hay que olvidar que, cuando hablamos de Psiquiatría (o por extensión de la "atención en salud mental") no estamos haciendo referencia a una "ciencia" o disciplina teórica, sino a una "tecnología" (30,31) (aunque todavía con bastante de "artesano") que incluye como parte fundamental un conjunto de procedimientos prácticos. Estos, que tienden a ser entendidos como "tratamientos",

⁷ A este respecto merece la pena mencionar, aunque sea sin poder abordar aquí directamente el tema, la polémica entre Alberto Fernández Liria y Jose Maria Villagrán, recogida hace pocos años en las páginas de nuestra revista (33,34). Aunque, en nuestra opinión y como suele ser habitual, probablemente los dos tienen razón en parte, Fernández Liria al recordar la permeabilidad de la psicopatología a determinados efectos sociales (culturales y profesionales) condicionantes de la práctica asistencial, y Villagrán al seguir insistiendo en la necesidad de una psicopatología científica como base de nuestra práctica. Y, también probablemente y siempre en nuestra opinión, ninguno de los dos tiene razón en todo, ya que aunque seguimos necesitando una Psicopatología científica (como área especializada de la Psicología) para el desarrollo de una tecnología de atención comunitaria en salud mental, la necesidad por sí sola no garantiza su desarrollo ni elimina los condicionantes sociales que la afectan. Y ello con independencia de lo acertado o erróneo de los enfoques debidos a la "escuela" de Berrios (35). La polémica tiene además un interés "añadido" en relación con la caracterización epistemológica de la Psiquiatría y, más allá de ella, del campo de la Atención en Salud Mental: se trata de una "ciencia" de la que deriva una "práctica" o más bien al contrario, una "práctica" que se apoya en disciplinas más o menos científicas. Pensamos que el concepto de "Tecnología" permite situar mejor el tema, pero el debate está lejos de estar cerrado.

consisten no solo en técnicas de intervención sino también en disposiciones organizativas y procedimentales, especialmente visibles en entornos hospitalarios.

Y ahí, como reflejan también los análisis históricos de Foucault (9) y Dörner (8), o los comentarios críticos de Castel (12,25) sobre el llamado “tratamiento moral”, hay mucho de “moral” incorporado subrepticamente a lo técnico y terapéutico. Así, las palabras de Foucault que citamos textualmente al inicio de este apartado (9) parecen bastante actuales, cuando vuelven las “viejas” prácticas restrictivas, incluida la atadura a la cama de un número importante de pacientes, consideradas por algunos como técnicas terapéuticas que pretenden legitimarse con un uso cuando menos curioso del término “contención”.⁸

En conjunto hay que enfatizar, por tanto, el papel de los Hospitales Psiquiátricos como expresión de una lógica social de exclusión, como vehículo para la transmisión de esa lógica tanto en el interior mismo de las tecnologías de atención (especialmente de la Psiquiatría), como en el conjunto de la sociedad, más allá de los efectos negativos sobre sus “usuarios”. Es posible que muchos de estos últimos puedan disminuirse, en mayor o menor medida, con modificaciones estructurales (mejores espacios, más personal, mejor organización, otros enfoques en la atención, etc.), pero los otros parecen mucho más unidos a la institución en cuanto tal y su superación exige procesos complejos de “desinstitucionalización” de usuarios, personal y “sociedad”, difícilmente compatibles en nuestra opinión con la pervivencia de los Hospitales Psiquiátricos (1,3,5,6).

Experiencia desinstitucionalizadora y atención comunitaria

El manicomio constituye un paradigma de los procesos de deshabilitación (un protagonista central, por tanto, del proceso de la espiral de Spivak...) en la medida en que en él el paciente experimenta todos los elementos de la vida cotidiana (del dormir al comer, del vestir al usar el espacio, del intercambiar afectividad al relacionarse en general y al someterse a las normas). Elementos que en el manicomio asumen su “grado cero” en el sentido del empobrecimiento humano y material. Deshacer la espiral significa modificar, poner en circulación “intercambios”, es decir reconstruir historias subjetivas, subjetivar espacios transformándolos en lugares

⁸ ¿Cabría hablar también de una “sedación mecánica”, dentro de esa versión ampliada y generosa de las “técnicas terapéuticas”?

de experiencia, inventar recursos, producir recursos, reformular derechos, desenmascarar privilegios.

[...] Es de esta alianza con las necesidades del enfermo, y de este antagonismo con la institución de los que no se encuentran rastros en las mil rehabilitaciones que se venden en el mercado.

Benedeto Saraceno, 1995 (1)⁹

Es por eso que la experiencia de la transformación cotidiana de la vida del interno en el manicomio es el fundamento de cualquier posible liberación del mismo de la centralidad "ordenante" de la psiquiatría dentro y fuera del manicomio. Bienvenida sea la desaparición del manicomio pero sin que con ello desaparezca la experiencia de formación de los rehabilitadores en la transformación de un escenario sin vida en uno dotado de vida.

Benedeto Saraceno, 1995 (1)¹⁰

Pero la existencia de los Hospitales y, especialmente, los procesos de cambio y superación emprendidos en algunos de ellos han tenido también consecuencias útiles para los sistemas alternativos de atención (1). Así, hay que analizar la experiencia de los procesos de desinstitucionalización desarrollados en la segunda mitad del siglo pasado, situándolos en su contexto histórico y, especialmente, señalando sus efectos para el desarrollo del paradigma tecnológico de la atención comunitaria. Repasemos muy brevemente la historia de los movimientos de cierre de Hospitales Psiquiátricos y desarrollo de modelos alternativos de atención (1,3-5).

Tras las primeras experiencias de descentralización en Francia, que darían origen a la llamada "Psiquiatría de Sector", es sobre todo en USA donde tienen lugar importantes procesos de cierre de Hospitales Psiquiátricos, dentro del proceso de Desinstitucionalización que se desarrolla en aquel país en los años 60 y 70 del pasado siglo. La salida masiva de pacientes de instituciones asilares (unos 400.000 en poco más de 20 años) da lugar, en una sociedad con pocos mecanismos de protección social y sin sistema sanitario público, a una situación muy diversa, que se repetirá en otras experiencias posteriores, si bien a una escala más reducida: allí donde el cierre de los Hospitales se acompañó del desarrollo de servicios sanitarios y sociales alternativos, el modelo comunitario demostró su efectividad y sigue

⁹ Traducción propia.

¹⁰ Traducción propia.

funcionando 40 años después con importantes evidencias experimentales. Pero allí donde el cierre fue prácticamente la única medida, en ocasiones con meros fines de ahorro, los pacientes y sus familias sufrieron las consecuencias, en términos de abandono, carencia de hogar ("homeless") y posterior transinstitucionalización, desacreditando además la atención comunitaria y prestando armas a los partidarios del sistema institucional.

Paralelamente y de modo más lento y menos llamativo, muchos otros países del área anglosajona (Reino Unido, Australia, Canadá) y del norte de Europa (Suecia, Finlandia, Noruega), fueron modificando sus viejas instituciones, cerrando progresivamente muchas de ellas y generando redes sanitarias y sociales, para la atención comunitaria de personas con enfermedades mentales graves.

Un lugar especial correspondió, sin embargo, a la llamada "Reforma Psiquiátrica" italiana, ligada al movimiento profesional de Psiquiatría Democrática y a la figura emblemática de Franco Basaglia. Sobre la base de un amplio movimiento profesional y ciudadano, incorporando muchos aspectos de las críticas antinstitucionales de distintos lugares y aprendiendo también de las restantes experiencias, una ley (la ya famosa "180") prohibía, por primera vez en el mundo, el ingreso en los Hospitales Psiquiátricos y obligaba a las administraciones públicas a desarrollar servicios comunitarios, con diverso resultado en los distintos territorios italianos. Así, junto a regiones que cerraron el hospital a nuevos ingresos, pero hicieron poco más, dando pie de nuevo a críticas no siempre bien intencionadas ni rigurosas, hay un número importante de territorios (Trieste, Arezzo, Perugia, o distintos lugares de la Toscana o Regio Emilia, como los más conocidos) donde la atención comunitaria es una realidad viva y efectiva.

En conjunto, cinco décadas después de sus inicios prácticos, podemos decir hoy que la atención comunitaria en salud mental es una realidad creciente, que se extiende ya a buena parte de los países del mundo bajo los auspicios de la OMS (América Latina es un ejemplo culturalmente cercano), cuya viabilidad pocos discuten, aunque sigue habiendo lugares con modelos mixtos (en países desarrollados), así como otros, cada vez menos, con instituciones tradicionales o prácticamente sin atención (7).

Pero dentro de esta historia más o menos unitaria, si se habla del desarrollo de nuevos sistemas de atención, hay realidades muy distintas no solo en referencia a modelos organizativos sino, especialmente, funcionales. Así, aunque solemos

englobar dichos procesos bajo la referencia genérica "desinstitucionalización", el término tiene, como muchos otros en salud mental, distintos niveles de uso, que se aplican de muy diversa manera a las distintas experiencias y modelos de cambio (5,6).

De hecho, y como ya señalaran hace años tanto Liona Bachrach (38) en USA como Franco Rotelli (39) en Italia, desinstitucionalizar significa al menos tres cosas distintas (40): deshospitarizar (es decir encontrar ubicaciones alternativas para los residentes), generar estructuras comunitarias (es decir sustituir los Hospitales Psiquiátricos por redes complejas de servicios) y superar la dependencia institucional de personas concretas (es decir, ayudarles a vivir como ciudadanos de pleno derecho) y no todos estos aspectos se han desarrollado del mismo modo en las distintas experiencias.

Por ello, si partimos de esa visión amplia del término desinstitucionalización, que va bastante más allá de la mera deshospitarización y subsiguiente cierre administrativo de las viejas instituciones, hay que hacer referencia por un lado a la importancia de la desaparición y no solo la modernización de los Hospitales Psiquiátricos, enlazando con lo expuesto en el apartado anterior. Pero también a la utilidad de la experiencia práctica de la transformación institucional como crisol de prácticas alternativas (cambio de actitudes pero también fuente de conocimientos teóricos y técnicos) (1)

En concreto, hay que rescatar el papel de las experiencias desinstitucionalizadoras, con Italia como referencia inevitable, en tanto que fuente de un modelo implícito (pendiente de desarrollo teórico y formalización técnica: "práctica en busca de teoría", en palabras de Benedetto Saraceno (1)) de rehabilitación psicosocial, potencialmente superador de las insuficiencias que cabe achacar a algunas aproximaciones parciales derivadas de los modelos "anglosajones tradicionales" ("competencias", "habilidades sociales", etc.). Fundamentalmente, además de la insistencia en el respeto personal y colectivo implícito en la consideración de las personas con enfermedad mental como "ciudadanos" y no simplemente "enfermos" ni "locos", y en la sensibilidad con respecto al papel de las distintas "contingencias sociales" que les afectan, lo que estos procesos aportan, en grado variable, es un conjunto de prácticas de aprendizaje y apoyo integrados en contextos reales de vida, bastante diferentes de las aproximaciones más especializadas y "de laboratorio" de muchos programas

rehabilitadores. Y, lógicamente, con menos problemas de “generalización” que estos últimos.

Por ello, como conclusiones “derivables” del análisis, tenemos que enfatizar una vez más y desde otro ángulo de visión complementario del anterior, la importancia de los procesos de desinstitucionalización y no solo de cierre administrativo de los Hospitales Psiquiátricos para el desarrollo de sistemas de atención comunitaria.

LA EVOLUCIÓN DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN ESPAÑA EN ESTE PERIODO

El hospital psiquiátrico ha venido ejerciendo funciones polivalentes en relación con los enfermos psíquicos, cubriendo problemas de orden sanitario, social y puramente custodial relacionados con la enfermedad mental.

(...) En cualquier caso, estas instituciones consumen gran parte de los presupuestos económicos del área psiquiátrica y de salud mental, en detrimento de otras alternativas terapéuticas.

(...) Es preciso establecer con urgencia planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados hacia su transformación y progresiva superación.

COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA, 1985
(41)

El objetivo fundamental de la transformación del Hospital Psiquiátrico no puede ser otro que su desaparición, como alternativa doctrinal, como espacio funcional y, en la mayoría de los casos, como espacio físico.

INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL, 1986 (5)

Los psiquiátricos españoles fueron cerrados a lo largo de los 80.

Angeles Caso en el diario LA RAZON, 2004 (42)

Pero el núcleo de nuestra presentación es el análisis de la evolución de los Hospitales Psiquiátricos españoles en las últimas décadas (“Reforma Psiquiátrica”), sirviendo las notas anteriores como marco interpretativo de la magnitud y

trascendencia de los cambios para el desarrollo de nuevos sistemas de atención en nuestro país.

Y aquí encontramos, como señalábamos al inicio, nuevas dificultades, esta vez relacionadas con la información disponible, sin recurrir a una investigación específica, fuera del alcance de nuestras posibilidades actuales. Veamos brevemente algunos de estos problemas.

Uno de los aspectos unánimemente valorados como negativos en el desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica en nuestro país es el referido a la información (43,44). Descentralizada la atención, ni hay una información general común desde alguna agencia central (Ministerio de Sanidad), ni la información de las distintas Comunidades autónomas, cuando existe, sigue parámetros comunes que permitan reconstruir una visión de conjunto. Pero, además y como refleja la información recogida desde la AEN (44,45), en el caso de los Hospitales Psiquiátricos las carencias son aún mayores, dejando lagunas importantes, no ya para valorar los aspectos a que aludíamos en nuestro "modelo teórico", sino simplemente para saber que ha sucedido con todas y cada una de las instituciones o, al menos, para describir los grandes movimientos del periodo en relación con ellas.

Así, si utilizamos los datos del INE (Catalogo General de Hospitales y Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (46)) perdemos de vista los cambios de adscripción que se hayan podido producir hacia administraciones de servicios sociales, a la vez que resultan difíciles de valorar instituciones con nombres "modernos" (Unidad Residencial y Rehabilitadora de Enfermos Psíquicos, Instituto Medico Pedagógico, Servicios Asistenciales, Centro de Salud Mental y Servicios Sociales, Instituto Psiquiátrico, Centro de Rehabilitación Psicosocial, etc) pero direcciones postales idénticas a las de antiguos Hospitales Psiquiátricos tanto públicos como privados. Por otro lado los datos, trabajosamente obtenidos, del Observatorio de la AEN (44) se basan en informaciones de las Comunidades autónomas que en muchas ocasiones no tienen en cuenta los centros privados y en otras dan por buenas las versiones oficiales que hablan de la "transformación de los Hospitales Psiquiátricos en Unidades de rehabilitación activa" sin más averiguaciones, siendo además escasos en información cuantitativa.

Teniendo en cuenta estas limitaciones vamos a intentar analizar, en primer lugar, los cambios registrados a nivel del conjunto del estado, desagregados

cuando es posible por Comunidades Autónomas. Y, posteriormente, los realizados en el territorio que conocemos mejor, Andalucía, que es además la única Comunidad Autónoma multiprovincial que ha cerrado todos sus Hospitales Psiquiátricos públicos.

El proceso en el conjunto del Estado

Para poder tener una idea general del proceso podemos comparar, en primer lugar, los datos generales que nos facilita el INE (46), datos que, a pesar de los problemas anteriormente mencionados, tienen al menos la ventaja de basarse en criterios comunes (estar inscrito en el registro o "catálogo" de establecimientos sanitarios) y diferenciar datos por tamaño y dependencia funcional. La TABLA 1 recoge los datos de tres años (1975, 1986 y 2003), para poder tener una visión longitudinal del proceso.

TABLA 1. EVOLUCION DE CAMAS INSTALADAS EN INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EN ESPAÑA. 1975,1986 y 2003. (Catalogo Nacional de Hospitales. INE)

COMUNIDADES AUTONOMAS	1975 (47)		1986 (46)		2003 (46)	
	ESTABLE- CIMIENTOS	CAMAS	ESTABLE- CIMIENTOS	CAMAS	ESTABLE- CIMIENTOS	CAMAS
ANDALUCIA	14	5.199	12	4.342	6	1.114
ARAGON	8	1.991	7	2.033	6	888
ASTURIAS	4	1.329	2	619	3	99
BALEARES	2	716	1	568	1	225
CANARIAS	4	1.473	2	936	3	253
CANTABRIA	2	464	2	702	2	478
C.-LA MANCHA	3	1.251	5	958	6	573
CAST. Y LEON	12	3.095	10	4.549	6	632
CATALUÑA	21	11.323	15	5.933	19	4.704
C. VALENCIANA	4	2.050	4	1.493	6	614
EXTREMADURA	2	1.247	2	1.660	2	881
GALICIA	9	2.108	13	1.673	6	450
MADRID	19	5.262	10	3.049	9	2.486
MURCIA	3	1.060	2	700	2	140
NAVARRA	3	1.480	2	895	4	308
PAIS VASCO	9	3.586	8	1.879	9	1.845
LA RIOJA	1	400	1	544	1	180
TOTAL	120	44.034	98	32.493	91	15.870

Si tenemos en cuenta las "grandes cifras" parece haber una disminución constatable del número de camas instaladas en instituciones de carácter monográfico, aunque dentro de ese apartado general, se incluyen dada la generalidad de los criterios de inclusión, cosas bastante diferentes. Hay que destacar, sin embargo ya en esta primera visión, que el descenso de camas no empieza con la reforma sino que, antes del inicio oficial de la misma, se había producido una disminución importante, en referencia por ejemplo a las cifras de 1975 (en 1986 la reducción era ya de algo más de un 25 %, es decir 11.500 camas menos).

TABLA 2. INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EN ESPAÑA SEGÚN TAMAÑO Y DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA. 2003. (Catalogo Nacional de Hospitales. INE) (46)

C. AUTONOMA	PUBLICOS				ADM. JUSTICIA			PRIVADOS BENEFICOS				PRIVADOS LUCRATIVOS			
	< 50		> 50		< 50	> 50		< 50		> 50		< 50		> 50	
	N	Camas	N	Camas		N	Camas	N	Camas	N	Camas	N	Camas	N	Camas
ANDALUCIA						1	163			2	711	1	30	2	210
ARAGON	1	39	3	526						1	280	1	43		
ASTURIAS	1	35						1	36			1	28		
BALEARES			1	225											
CANARIAS			1	135										2	118
CANTABRIA			1	92						1	386				
C. LA MANCHA	1	25	5	548											
CAST. Y LEON			3	212				2	85	1	335				
CATALUÑA	1	30	2	671		1	67	2	58	5	2.370	5	178	3	1.330
C. VALENCIA.	1	30	1	80		1	356					2	72	1	76
EXTREMADUR.			2	881											
GALICIA			1	250								4	126	1	74
MADRID			2	652						4	1.569			3	265
MURCIA			1	100								1	40		
NAVARRA	1	16						1	13	2	279				
PAIS VASCO			4	819						2	893	2	53	1	80
LA RIOJA			1	180											
TOTAL	6	175	18	5.371		3	586	6	192	18	6.823	17	570	13	2.153

Primera constatación, pues, referida a este periodo, la(s) reforma(s) psiquiátrica(s) han dado lugar en España a una reducción significativa del número de camas instaladas en instituciones monográficas ("Hospitales Psiquiátricos") así como a una disminución del tamaño media de dichas instituciones. Pero, segunda constatación, dicha disminución generaliza y continua una tendencia previa y, tercera constatación, en nuestra opinión muy importante, dicha tendencia no ha

sido suficiente para, en contra de algunas afirmaciones, como la de Angeles Casos que hemos reproducido anteriormente (42), acabar con los Hospitales Psiquiátricos en nuestro país. A pesar de la diversidad que se esconde tras la denominación común del Catalogo de Hospitales, a finales de 2003 había todavía 91 instituciones sanitarias de carácter monográfico con casi 16.000 camas, más o menos la mitad de las que había en 1985.

Para acercarnos algo más a la realidad de las cifras, la TABLA 2 ofrece una desagregación de esos datos, teniendo en cuenta el tamaño de las instituciones (de menos y más de 50 camas, que parece una cifra que podría diferenciar, de manera todavía bastante “grosera” y a falta de datos sobre estancias medias, centros de carácter más “activo” y centros más “residenciales”)¹¹, por un lado, y la dependencia administrativa por otro.

Sin olvidar que la fuente utilizada no incluye datos de estructuras adscritas directamente a Servicios Sociales, parece evidente que, si queremos tener en cuenta ya no el carácter monográfico de las instituciones sino su mayor proximidad a la imagen habitual del hospital psiquiátrico (tamaño elevado, que favorece el funcionamiento “institucional” y las funciones de larga estancia), hay que “cribar” bastante esas cifras.

Y, para terminar, si hacemos un cribado, institución por institución, quedándonos, por una parte, con las que tenemos constancia de su origen en un Hospital Psiquiátrico, público o privado, pero añadiéndoles también aquellas otras de las que conocemos su traspaso a otra administración, la lista se modifica, para incluir, al menos, las que figuran en la TABLA 3.

Datos que reafirman globalmente nuestras afirmaciones anteriores: ha habido una disminución de camas y del tamaño medio de las instituciones, pero sigue habiendo un “resto” considerable de lo que fueron los Hospitales Psiquiátricos (no menos de 15.000 camas, más o menos la mitad de las iniciales), que no autoriza ni mucho menos a afirmar que este objetivo de la reforma se ha cumplido razonablemente en nuestro país. Como mucho podemos hablar de que se ha acelerado una tendencia, ya iniciada con anterioridad a la reforma, a disminuir su peso pero este sigue siendo todavía muy relevante.

¹¹ Aunque el tamaño no es el único indicador fiable de la dinámica funcional, si puede ser una referencia a tener en cuenta al hablar de instituciones no conocidas (diferentes de los Hospitales históricos)

TABLA 3. HOSPITALES PSIQUIATRICOS SEGÚN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA EN ESPAÑA EN 2003. Datos del INE (46) corregidos.

COMUNIDAD AUTONOMA	PUBLICOS		ADM. JUSTICIA		PRIVADOS	
	N	CAMAS	N	CAMAS	N	CAMAS
ANDALUCIA			1	163	4	920
ARAGON	4 ¹	686 ¹			1	280
ASTURIAS	1 ²	35 ²				
BALEARES	1	225				
CANARIAS	2 ³	378 ³				
CANTABRIA	1	92			1	386
C. LA MANCHA	5	548				
CAST. Y LEON	7 ⁴	1.249 ⁴			4	575
CATALUÑA	2	671	1	67	6	3.530
C. VALENCIA.	2	110	1	356		
EXTREMADURA	2	881				
GALICIA	4 ⁵	920 ⁵				
MADRID	2 ⁶	650 ⁶			2	1.375
MURCIA	1	100				
NAVARRA					2	279
PAIS VASCO	4	819			3	953
LA RIOJA	1	180				
TOTAL	39	7.544	3	586	23	8.298

¹ Incluye el Hospital Psiquiátrico N^a S^a de Gracia, de Calatayud (160 camas), adscrito a Servicios Sociales.

² Lo que quedaba del Hospital se cerró el año pasado.

³ Uno de ellos (el H. P. de Tenerife) se había reorganizado internamente en distintas unidades asistenciales, por lo que ya no figuraba en el Catalogo.

⁴ Varias situaciones: el llamado "Centro Asistencial Santa Teresa" de Arévalo (125 camas) figuraba como Hospital de geriatría y/o larga estancia y ya no como Psiquiátrico; los Hospitales "Virgen del Mirón", de Soria (135 camas) y "Santa Isabel" de León (249 camas) estaban incluidos en sendos "Complejos Hospitalarios"; y los denominados "Complejo San Salvador", de Oña (553 camas) y "Centro de Salud Mental servicios Sociales" de Salamanca (100 camas) estaban también "descatalogados" por depender de Servicios Sociales.

⁵ 3 de los H. P. Públicos (todos menos el de Lugo que seguía siendo gestionado por la Diputación provincial) estaban incluidos en el correspondiente "Complejo Hospitalario".

⁶ Uno de las instituciones, incluida en el Catalogo por el INE, corresponde al Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germaín, que cuenta con diversos servicios alternativos, sustitutorios del antiguo Hospital de Leganés, incluyendo una Unidad Residencial de nueva construcción con algo menos de 100 camas.

Pero, además de insistir de nuevo en lo discutible de los datos, hay que recordar que la unidad de análisis no puede ser solo la del Estado, sino que, como

puede verse incluso con esas cifras "oficiales", el proceso general es la suma de muchos procesos territoriales muy diversos, entre las distintas Comunidades Autónomas e incluso, dentro de algunas de ellas, entre diferentes instituciones.

Pero ahí la información disponible es aún más escasa y poco comparable. El esfuerzo realizado desde la AEN a través primero del Grupo de trabajo sobre Rehabilitación (45) y posteriormente del Observatorio (44) muestra los resultados que se pueden obtener a partir de la información facilitada desde las Comunidades Autónomas: en unos casos no se tienen en cuenta los centros privados, en otros tampoco los transferidos a otras administraciones y en otros se dan por buenos los cambios de denominación como indicadores de cambios de sistema. Además de la dificultad de "casar" la información del "proceso de desinstitucionalización" con la referida a "Unidades de Hospitalización de Rehabilitación", "Unidades de Media y larga estancia", "Centros Psicogeriátricos" y otras estructuras, "herederas" en muchas ocasiones de los antiguos hospitales. En conjunto y a falta de ese análisis detallado y aunque la tendencia a disminuir lentamente las camas haya proseguido en estos dos últimos años, cabe reafirmar lo que decíamos anteriormente y poco más.

Parece, sin embargo, que hay algunas Comunidades Autónomas que apostaron de manera más decidida, desde el inicio (3,48-51), por cerrar sus Hospitales Psiquiátricos y que, algunas de ellas parecen haberlo logrado en mayor medida. Así, Comunidades como Andalucía, Asturias y Navarra han conseguido cerrar definitivamente sus Hospitales Psiquiátricos públicos, en otras el proceso ha avanzado de manera importante, incluyendo experiencias exitosas de cierre de algunas instituciones (Leganés en Madrid puede ser un buen ejemplo (3)), mientras que otras, o no han hecho prácticamente nada, o el proceso ha ido avanzando con bastantes contradicciones (disminución real de camas pero también operaciones de "lavado institucional" de distinto tipo). Comentaremos algo más al respecto más adelante al hablar de la experiencia de Andalucía.

Pero no olvidemos que todo ello hace solo referencia a uno de los significados del término "desinstitucionalización", el relativo al cierre de instituciones monográficas y masificadas, lo que liberaría a la población de recibir atención en ellas. Ya hemos visto que, incluso a este nivel los resultados son

discutibles¹². Aspecto que se refuerza si tenemos en cuenta algunos datos funcionales que recogemos en la TABLA 4.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE CAMAS PSIQUIÁTRICAS EN FUNCIONAMIENTO SEGÚN ÁREAS Y FINALIDADES ASISTENCIALES EN ESPAÑA. 2002. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. INE (46)

ÁREA ASISTENCIAL	FINALIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL				
	HOSPITALES GENERALES	OTROS AGUDOS	H DE LARGA ESTANCIA	PSIQUIÁTRICOS	TOTALES
U DE AGUDOS	2.957	66	49	1.850	4.922
U LARGA ESTANCIA	916	20		14.939	15.875
TOTALES	3.873	86	49	16.789	20.797

En ella podemos ver como, en referencia en este caso al año 2002 (último publicado), del total de camas psiquiátricas de corta estancia disponibles (4.922), solo el 60 % de las mismas (2.957) estaban en Hospitales Generales, como aconsejaba el Documento de la Comisión Ministerial y planteaba la propia Ley General de Sanidad. Y como el 94 % de las camas de media y larga estancia estaban todavía en instituciones monográficas más o menos remodeladas. Camas de media y larga estancia que seguían suponiendo el 76% del total de camas catalogadas como psiquiátricas.

Pero si intentamos valorar el avance de la desinstitucionalización en los otros sentidos del término los resultados no son mejores, ni en lo que respecta a la información disponible ni en lo que puede deducirse de ella. Así, con referencia a la posibilidad de residencia alternativa para los pacientes hospitalizados, además de constatar el volumen existente de residentes de larga estancia, en antiguos hospitales psiquiátricos y en “nuevas” unidades de rehabilitación y/ o servicios sociales, los datos publicados en algunas comunidades autónomas con respecto a los programas de desinstitucionalización (40,52-54) ofrecen un cuadro en el que predominan procesos de disminución de residentes debidos en gran parte al “movimiento natural de la población”¹³ y a la transferencia a otras instituciones residenciales, bien es verdad que en general menos estigmatizantes y de mejor calidad¹⁴. Eso que se ha dado en llamar “transinstitucionalización”, probablemente

¹² Además de las insuficiencias de la nueva red, tanto en sus aspectos sanitarios como de apoyo social, tal y como puede verse en otros capítulos de esta Ponencia.

¹³ Que traduce más un control de los ingresos que un incremento de las altas propiamente dichas.

¹⁴ Básicamente las disponibles para la población general con edades superiores a los 60-65 años y /o discapacidades intelectuales.

inevitable en el contexto en que se produjeron las reformas, con una cierta necesidad de aprovechar la coyuntura histórica para, al menos cerrar las instituciones y hacer irreversible el proceso, pero con consecuencias no fácilmente medibles pero previsiblemente negativas, sobre el funcionamiento de los nuevos servicios en relación con la franja de pacientes que utilizaba los manicomios: las personas afectadas por lo que denominamos trastornos mentales severos o graves.

Ese era el tercer sentido del término “desinstitucionalización”, quizás el de más interés a largo plazo, que enlaza con las críticas históricas a la psiquiatría que hemos resumido en la primera parte del texto a la vez que con las posibilidades de desarrollar nuevas prácticas comunitarias. Y aquí mucho nos tememos que la capacidad del proceso para generar una cultura y unas tecnologías de atención comunitaria a este colectivo ha sido bastante escasa, aunque difícilmente medible en estos momentos.¹⁵

La experiencia de Andalucía

Para completar la visión general vamos, finalmente, a describir con brevedad algunos aspectos de la experiencia de Andalucía -única Comunidad autónoma multiprovincial que ha concluido el proceso de cierre de sus hospitales públicos- en la medida en que puede permitir completar la exposición anterior, en referencia a una situación concreta mejor conocida por nosotros.

¹⁵ Tampoco podemos entrar aquí en otro de los temas pendientes de análisis desapasionado y, en la medida de lo posible, distante. Es el referido a la polémica que enfrentó en su día al llamado “colectivo crítico” con el sector mayoritario de la AEN y, especialmente con determinados responsables administrativos de procesos de reforma, a su vez, miembros de distintas Juntas Directivas de la asociación (Véase, por ejemplo, las referencias 55-57). Polémica que versaba a la vez sobre los análisis críticos que anteriormente hemos referido y sobre el alcance real de las reformas emprendidas, pero en la que, tanto las consecuencias extraídas de la lectura de algunos textos históricos, como la interpretación no siempre muy ajustada a la “realidad” de algunas experiencias de reforma hacen difícil valorarla en este marco. En todo caso, dejando aparte los insultos y los variados intereses personales más o menos “ocultos” tras la polémica, a veces las posturas críticas de “unos” dejaban poco espacio para ver la realidad, pero también a veces los triunfalismos de los “otros” (entre los que tenemos que incluirnos los que hemos tenido alguna responsabilidad administrativa en los procesos de reforma) producían algo similar, aunque en sentido contrario, por lo que es difícil ir más allá de considerar que algunas críticas (no todas) tenían alguna una base real pero que, pese a todo, el proceso fue razonablemente positivo al menos en algunos territorios. La valoración es especialmente difícil, además de las inevitables implicaciones y sesgos personales, por las dificultades de análisis que exponemos en el texto y exigiría una información más detallada de la que estamos hoy en condiciones de ofrecer sobre los distintos procesos concretos, objeto de discusión.

En el caso de Andalucía, la opción de cerrar de los Hospitales se tomó desde el inicio de la reforma (5,6,40,48,58,59) basándose en consideraciones tanto teóricas, apoyadas en referencias internacionales, como prácticas, teniendo en cuenta la situación concreta de la región. Así, partiendo de la lectura crítica de la literatura internacional que anteriormente hemos resumido (referida al papel de los hospitales psiquiátricos y a las posibilidades reales de construir sistemas de atención alternativos), el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) consideró la oportunidad que brindaba la situación para un proceso más radical. De hecho, tanto el contexto social y político del país, como las características específicas de Andalucía eran favorables para un cambio en profundidad, si bien parecía conveniente actuar con bastante rapidez si se quería aprovechar la "ventana de oportunidad" creada al inicio de los 80.

Por ello, sobre la base del planteamiento general del Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y no sin algunas contradicciones y dificultades, la relativa homogeneidad política de las principales instituciones públicas, la existencia de un núcleo de profesionales motivados, la experiencia previa de algunos procesos iniciados en la década anterior (47) en algunos de los Hospitales (Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla) y el limitado número y deteriorado estado de instituciones y plazas facilitó un planteamiento que podría resumirse así: si había que invertir dinero, y era evidente que había que hacerlo dada la miserable situación heredada (40,48,59), mejor hacerlo para construir un nuevo sistema que en reformar unas instituciones de negativos efectos y más que dudosa utilidad.

Se elaboraron así planes de desinstitutionalización (40,48,59) para todos y cada uno de los 8 Hospitales, que se ajustaron básicamente a los siguientes pasos

1. La diferenciación de Unidades de Corta y Larga Estancia (con un criterio de 6 meses), cerrándose progresivamente las primeras a medida que se abrían Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales
2. El estudio detallado de la situación de los residentes de larga estancia (cuyo resumen puede verse en la TABLA 5), con identificación de tres grandes grupos funcionales: personas con Deficiencia Intelectual (30% del total de residentes), personas con más de 60 años (otro 30 %) y personas con menos de 60 años y otro tipo de patología (mayoritariamente Esquizofrenia). Clasificación relacionada con los programas de atención habituales en Servicios Sociales, en los que había programas para personas

mayores y personas con deficiencia intelectual, incluyendo atención residencial no sanitaria en pequeñas instituciones.

- Y el establecimiento de programas de rehabilitación, orientados a la reubicación de los residentes fuera del Hospital, incluyendo según los casos, tal y como muestra la TABLA 6, el domicilio familiar (5 % de las altas), una Residencia de personas mayores (casi el 40 % de las altas), alguna estructura residencial para personas con Deficiencia intelectual (27 %), o alguna estructura residencial específica para personas con trastorno mental severo (18 %), estructuras creadas en el transcurso del proceso, y posteriormente ampliadas desde la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) (60).

TABLA 5. CARACTERÍSTICAS DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS PUBLICOS DE ANDALUCIA. 1985 (40)

Número		8
Tamaño Medio		365
Rango		135- 780
Residentes en Unidades de corta estancia		
Numero		315
Principales grupos diagnósticos:		
Esquizofrenia y similares	42 %	
Trastornos Afectivos	16 %	
Residentes en Unidades de larga estancia		
Número		2.672
Principales grupos diagnósticos:		
Esquizofrenia y similares	47 %	
Retraso Mental	29 %	
Estancia media		13 años
Edad media		54 años
Residentes mayores de 65 años		30%
Situación clínica:		
Activa	23 %	
Residual	59 %	
Asintomática	17%	
Patología somática:		
Moderada o Grave	29 %	

Actividades que, desarrolladas de modo individualizado en cada una de las instituciones, permitieron el cierre definitivo de los 8 Hospitales Psiquiátricos públicos a lo largo de 17 años. La TABLA 6 resume algunos de los datos más significativos de la situación inicial y de los resultados globales del proceso, incluyendo también los datos de mortalidad, relacionables con la edad relativamente elevada de la población (con una edad media al inicio de 54 años) y el considerable porcentaje de población con patología orgánica asociada.

Como resultado de todo ello ya no hay Hospitales Psiquiátricos en la red pública de servicios de salud mental de Andalucía, persistiendo 3 instituciones privadas en la provincia de Málaga (850 camas) y un Hospital psiquiátrico Penitenciario en la de Sevilla (145 camas), dependiente este último de la Administración estatal de Justicia. Los cuatro tienen además cobertura nacional, con un porcentaje importante de residentes de fuera de Andalucía, y no solo no han experimentado ningún crecimiento en estos años, sino que han ido evolucionando progresivamente hacia una mayor convergencia con el nuevo sistema.

TABLA 6. EVOLUCION DE LA POBLACIÓN DE LARGA ESTANCIA EN HOSPITALES PSQUIATRICOS PUBLICOS DE ANDALUCIA. 1985-2001 (59)

Residentes enero 1985	2.672
Ingresos 1985-2001	315
Fallecimientos	813
Altas totales	2.174
Domicilio propio o familiar	5,3 %
Residencias de tercera edad	37,4 %
Residencias para discapacitados psíquicos	26,8 %
Unidades de Servicios Sociales (antiguos Hospitales)	5,6 %
Alojamientos específicos	18,4 %
Hospitales Psiquiátricos privados	0,6 %
Hospital psiquiátrico penitenciario	0,4 %
Sin domicilio	0,6 %
Otros	1,1 %
Desconocido	3,8 %

En conjunto la experiencia de Andalucía, con sus "luces" y sus "sombras" (58) resume algunas características ya señaladas. En primer lugar, a diferencia de lo que hemos referido al conjunto del Estado, aquí si se han cerrado la totalidad de los Hospitales Psiquiátricos públicos, generándose una estructura nueva que permite atender al conjunto de la población sin utilizar para nada las antiguas instituciones. Aunque, la pervivencia de instituciones privadas, así como de un Hospital Psiquiátrico penitenciario, no permiten contemplar hoy la desaparición completa de ese tipo de instituciones, su presencia y capacidad operativa real sobre la inmensa mayoría de la población es escasa y decreciente, permitiendo el nuevo sistema una atención bastante mejor, aunque todavía no optima. Cambio que parece razonable considerar, a estas alturas, como prácticamente irreversible.

En segundo lugar, el cierre progresivo no determinó situaciones de abandono de las personas dadas de alta¹⁶ (40,54), pero tampoco supuso en la mayoría de los casos una reintegración social plena de las mismas. En parte por que un número significativo de casos lo que determinó el alta fue simplemente el fallecimiento, pero sobre todo porque lo que se produjo habitualmente, como ya hemos señalado anteriormente, fue más un traslado a otra institución de carácter general y mejores condiciones de vida, que una integración plena en la vida comunitaria. Características del proceso que evidentemente estaban en gran parte relacionadas con las de la mayoría de los residentes (edad avanzada, largos periodos de hospitalización, patología somática elevada), como también hemos podido ver (40).

Y, por último, tanto la relativa rapidez del proceso de reforma, simultaneando el trabajo en los hospitales con el montaje de la nueva red, con relativa independencia entre ambos, cuanto las escasas posibilidades de reintegración comunitaria plena, han determinado que la generación práctica de una cultura antiinstitucional y el aprendizaje de nuevas formas de trabajo rehabilitador y comunitario haya sido más bien limitado. Déficit al que se añaden bastantes diferencias provinciales en el proceso (54), que merecería la pena haber podido relacionar, mediante procedimientos experimentales, con nuevas formas de trabajo en los nuevos servicios de cada provincia. No ha sido así y la escasez de actividad "investigadora" que caracterizó las primeras fases de la reforma, más centrada en "cambiar el mundo" que en "interpretarlo", si se nos permite el "exceso" de parafrasear a Marx en este contexto, nos impide hoy aprender de la experiencia, más allá de interpretaciones sugestivas pero poco científicas sobre asociaciones y diversidades provinciales en ambos tipos de variables.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Por eso queda hoy todavía abierta la pregunta de si la psiquiatría es más una ciencia de emancipación o de integración, es decir si ha de orientarse más a la liberación de los enfermos psíquicos o su tendencia ha de ser la disciplina en la sociedad civil [...] Desde 1945 por lo menos no se puede llamar psiquiatra quien no tenga incluida la

¹⁶ Otra cosa es la capacidad de atención de los nuevos recursos, todavía insuficiente en muchos aspectos, pero a todas luces bastante superior a la del antiguo sistema.

reflexión sobre esta pregunta en el trato consigo mismo y con aquellos que le han sido encomendados.

Klaus Dörner, 1969 (8)

El punto de vista terapéutico es siempre una manera parcial de hablar del conjunto de los problemas que han conducido al sujeto a esa situación en la que se etiqueta de "enfermo mental".

[...] Ese punto de vista parcial funciona no obstante como total en virtud de esa extraña paradoja constitutiva del ejercicio de la psiquiatría que hace que, en tanto que "enfermo", el paciente solo pueda, por regla general, "curarse" aceptando el discurso que sobre él mantiene el médico, haciendo suya la interpretación médica de su "caso". [...] Pero incluso "enfermo", incluso si tiene necesidad de "tratamiento", el individuo no es más que esto (enfermo) y no tiene necesidad más que de esto ("tratamiento").

[...] desgraciadamente la psiquiatría contemporánea [...] parece, por regla general, más interesada en refinar su dispositivo que en marcar los límites de su intervención legítima [...]. Si es cierto que la psiquiatría pone verdaderamente en tela de juicio sus funciones tradicionales, ha llegado quizás el momento de saber si hay o no lugar, en el terreno que ella circunscribe, para una palabra y una acción que no fueran de orden médico.

Robert Castel, 1972 (17)

A lo largo de las páginas anteriores hemos intentado reseñar los aspectos más destacados de la evolución de los Hospitales Psiquiátricos en España a lo largo de las dos últimas décadas, basándonos en la deficiente información disponible e intentando situar el análisis en el contexto de la crítica antiinstitucional que sirvió de guía teórica a los intentos de reforma psiquiátrica formulados en los años 70. De nuestra exposición queremos destacar, a modo de conclusiones con perspectivas de futuro, las siguientes.

- 1 Los Hospitales psiquiátricos no son solo un episodio histórico superado sino algo que sigue teniendo actualidad en nuestro país, no solo por la persistencia de importantes "restos" más o menos activos del viejo sistema, sino, especialmente, por su compleja trascendencia para la situación actual y futura de la atención en salud mental.

- 2 El planteamiento inicial de la(s) Reforma(s) Psiquiátrica(s) de superar los Hospitales Psiquiátricos y substituirlos por una red de servicios de base y orientación comunitaria, integrados en los sistemas generales de salud y servicios sociales no respondía a un capricho de sus protagonistas o a una ideología arcaica hoy afortunadamente superada, sino que hundía sus raíces en una valoración crítica de su negativo papel en la atención a personas con problemas de salud mental a lo largo de muchos años y en un conjunto muy amplio de territorios y sistemas sociales. Como elementos básicos de esa crítica, que en nuestra opinión sigue siendo vigente en gran medida, cabe destacar:
 - a La dependencia de la institución con respecto a una lógica social de exclusión, como resultado de un largo proceso histórico en el que primero se encerró a los “sinrazón” y luego se buscaron las explicaciones médicas que justificaran su encierro.
 - b La existencia de importantes variables “contextuales”, habitualmente más importantes que las psicopatológicas, como determinantes del ingreso y permanencia en el Hospital, variables escasamente dependientes de las intervenciones sanitarias (pobreza, distorsión social, entornos macro y micro sociales inadecuados, etc.)
 - c El efecto negativo del aislamiento, la masificación y la lógica institucional sobre los internados, efecto superpuesto y confundido fácilmente con el de la propia enfermedad
 - d Y el papel que todos estos factores, habitualmente ignorados cuando no activamente enmascarados por los profesionales, han jugado en el desarrollo de la propia teoría y práctica asistencial psiquiátrica
- 3 En conjunto todos estos análisis, que están en la base del surgimiento del nuevo “paradigma” tecnológico de la Atención Comunitaria en salud mental, siguen siendo validos hoy aunque necesitan en muchos casos revisiones de detalle y actualizaciones, dado el tiempo que ha transcurrido y la evolución experimentada tanto de la asistencia como en los conocimientos biopsicosociales. Pero su valoración general de los Hospitales Psiquiátricos como instituciones monográficas, separadas de la vida social, con un volumen importante de plazas y una compleja multiplicidad de funciones (atención sanitaria, reclusión social y receptáculo de la marginación), sigue siendo valida

al poner el acento en sus efectos negativos sobre usuarios, profesionales y sociedad en general.

- 4 La perspectiva se completa con la visión que cabe deducir de los distintos procesos de cambio registrados en distintos territorios en la segunda mitad del siglo XX. Procesos que, pese a no pocos problemas y aspectos contradictorios, muestran por un lado la posibilidad real de una "psiquiatría sin manicomios" (61) y, por otro, la utilidad de la lucha antiinstitucional y el esfuerzo concreto, crítico y multidisciplinario por superar esas instituciones, como crisol vivo de nuevas prácticas rehabilitadoras. Así el triple sentido del término "desinstitucionalización" sigue teniendo interés hoy tanto en los lugares donde persisten los Hospitales psiquiátricos como en aquellos en que se ha visto substituidos por otro tipo de instituciones, herederas parciales de mucho de su lógica social externa y de sus modos de actuación internos.
- 5 En el caso de España, a pesar de las insuficiencias de la información disponible, el proceso de cambio solo ha afectado de modo parcial a los Hospitales Psiquiátricos, pudiendo caracterizar la situación a partir de los siguientes aspectos:
 - a No puede hablarse con carácter generalizado, tal y como se hace con más frecuencia de la debida de que en España "la Reforma Psiquiátrica ha cerrado los Hospitales Psiquiátricos", ya que a día de hoy (finales del 2003, según los últimos datos disponibles del INE), sigue habiendo en instituciones psiquiátricas de carácter monográfico casi la mitad de camas de las que existían al inicio de la(s) Reforma(s).
 - b El nivel de análisis es, como en todo, el de las Comunidades Autónomas (a veces incluso el provincial) con situaciones actuales muy variadas desde las que han cerrado de hecho los Hospitales Psiquiátricos públicos, hasta las que no han cambiado prácticamente nada. Además de la pervivencia de instituciones privadas y de Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.
 - c Lo mismo sucede con los procesos de desinstitucionalización, en los que la situación se aleja todavía más del "modelo" ideal al predominar cierres administrativos, transinstitucionalización y cambios de nombre y/o adscripción, con escasas experiencias "reales" de desinstitucionalización, enriquecedoras de una práctica comunitaria posterior. Lo que parece

guardar relación con las pautas habituales de trabajo comunitario con personas con trastornos mentales graves en muchos lugares, cuyas deficiencias en orientación e intervenciones concretas son todavía considerables.

- d Aún así, es importante considerar que, en algunas comunidades, el proceso, pese a sus insuficiencias ha conseguido cerrar realmente los Hospitales Psiquiátricos, al menos los públicos, lo que muestra que esta es una tarea posible que, a su vez, tiene consecuencias importantes para el futuro de la atención en salud mental.
- 6 Por todo ello, cabe indicar la necesidad de abordar, desde la AEN una serie de aspectos de cara al futuro, como son:
- a La conveniencia de un estudio detallado de lo sucedido en el conjunto y en cada una de las Comunidades autónomas, estudio que permita analizar lo sucedido en cada uno de los aspectos incluidos en el término “desinstitucionalización”: desaparición efectiva o “maquillaje institucional” de los hospitales, niveles de integración real de los internados dados de alta, generación de redes alternativas y generación de tecnologías (cultura y procedimientos) comunitarias. Estudio que debería permitir mejorar la información disponible en el observatorio, a la vez que plantarse los objetivos del trabajo posterior.
 - b La importancia de volver a reformular e impulsar, como un aspecto central y no accesorio de los procesos de reforma aún no concluidos. el cierre definitivo de los Hospitales Psiquiátricos, al menos los públicos y concertados. E incluyendo también los penitenciarios, aunque las redes substitutorias estén quizás, en este caso, más sujetas a debate (62).
 - c Y, finalmente, la necesidad de extraer las consecuencias de los procesos de desinstitucionalización tanto para el desarrollo de estructuras alternativas de apoyo social (con una lógica de rehabilitación y no de segregación social), como para la orientación general y la generación de procedimientos específicos en el conjunto de la atención comunitaria a personas con trastornos mentales severos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Saraceno B. La fine dell'intrattenimento. Manuale de rehabilitazione psiquiatrica. Milano, Etas Libri, 1995.
2. Castel R. Para una crítica de la institución psiquiátrica. En Basaglia y ots. (Edición de R García). Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona, Barral, 1975. Págs.: 99-154.
3. Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid, Dor, 1994
4. Fakhoury W y Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. Current Opinion in Psychiatry, 2002, 15:187-192
5. Instituto Andaluz de Salud Mental. La población hospitalizada en instituciones psiquiátricas en Andalucía. Resultados del censo de 1985. Sevilla, IASAM, 1987
6. López M. Bases de una nueva política en salud mental En: García J, Espino, A y Lara L. La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998:29-40.
7. OMS. Informe de la Salud mundial 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, 2001
8. Dörner K. Ciudadanos y locos. Historia social de la Psiquiatría. Madrid, Taurus, 1974.
9. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Gallimard, 1972.
10. Scull A T. Decarceration: community treatment and the deviant – A radical view. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1977.
11. Rosen. Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental. Madrid, Alianza Editorial, 1968.
12. Castel R. L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme. Paris, Editions de Minuit, 1976.
13. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortru, 1970
14. Basaglia F. Riabilitazione e controllo soziale. En Basaglia F. Scritti II: 1968-1980. Torino, Einaudi, 1982. Pág.:199-208.
15. Scheff T. El rol de enfermo mental. Buenos Aires, Amorrortru, 1973
16. Levinson D y Gallagher E. Sociología del enfermo mental. Buenos Aires, Amorrortru, 1971
17. Castel R. Notas sobre las orientaciones contemporáneas de la psiquiatría. En Basaglia y ots. (Edición de R García) Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona, Barral, 1975. Págs.: 243-256.
18. Pilgrim D y Rogers A. A Sociology of mental health and illness. Buckingham, Open University Press, 1999.
19. López M y Lara L. La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental. Nuevas instituciones y formas de gestión. En Leal J (Coordinador). Equipos e instituciones en salud mental. Salud mental de equipos e instituciones. Madrid, AEN, 1997: 149-168.

20. Bercovitz R. La marginación de los locos y el derecho. Madrid, Taurus, 1976.
21. Barton R. La neurosis institucional. Madrid, Paz Montalvo, 1974
22. Basaglia F. La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione (Mortificazione e libertà dello "spazio chiuso". Considerazione sul sistema "open door"). En Basaglia F. Scritti I: 1953-1968. Torino, Einaudi, 1981. Pags: 249-258.
23. Wing JK y Brown GB. Institutionalism and Schizophrenia. London: Cambridge University Press, 1970
24. Basaglia F. La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Barcelona, Barral, 1972
25. Jones M. Social Psychology of prejudice. New Jersey: Prentice Hall, 2001.
26. Carrier J y Tomlinson D (Ed). Asylum in the community. London, Routledge, 1996
27. Castel R. El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX. En Basaglia y ots. (Edición de R García) Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona, Barral, 1975. Págs.: 71-96.
28. Laing R D. El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad. México, Fondo de Cultura Económica, 1964.
29. Szasz T. Schizophrenia. The sacred symbol of psychiatry. New York, Basic Books, 1977.
30. Desviat M (Coordinador). Epistemología y práctica psiquiátrica. Madrid, AEN, 1990
31. Castilla del Pino C. Introducción a la Psiquiatría. I. Problemas generales. Psicopatología. Madrid, Alianza, 1978.
32. Castilla del Pino C. Crítica a la razón psicopatológica. En Castilla del Pino C y Ruiz-Vargas J M. Aspectos cognitivos de la esquizofrenia. Madrid, Trotta, 1991. Págs.: 11-33.
33. Fernández Liria A. De la psicopatología crítica a la crítica de la psicopatología. Revista de la AEN, 2001,80:57-59.
34. Villagrán J M. La crítica de la psicopatología solo tiene sentido desde la psicopatología crítica. Revista de la AEN, 2002,82: 75-85.
35. Luque R y Villagrán J M. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Madrid, Trota, 2000.
36. López M. Rehabilitación y red asistencial: sistemas de atención a "la cronicidad" en salud mental. En: Verdugo MA, López D, Gómez A y Rodríguez M. Rehabilitación y salud mental. Situación y perspectivas. Salamanca: Amaru, 2002: 75-105.
37. López M, Lara L y Laviana M. La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental. En: Espino A y Olabarría B. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: AEN, 2003. Págs.: 269-301
38. Bachrach L. Deinstitutionalization. An analytic review and sociological perspective. Maryland, NIMH, 1976.
39. Rotelli F, De Leonardis O y Mauri O. Desinstitucionalización: otra vía. Revista de la AEN, 1987, VII, 21:166-187.

40. López M, Benítez F, García MJ y Weissman LC. Un programa para la supresión de los hospitales psiquiátricos públicos en Andalucía (1985-1995). En: García J, Espino, A y Lara L. La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998:101-116.
41. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985
42. Caso A. Diario La Razón, 1/7/2004. Información obtenida desde la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental (<http://anesm.net>)
43. García J, Espino, A y Lara L. La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998
44. Salvador I (Coordinadora). El observatorio de salud mental. Análisis de los recursos de salud mental en España. Revista de la AEN, 93 (Número Monográfico), 2005
45. AEN. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid, AEN, Cuadernos Técnicos nº 6, 2002.
46. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadísticas sanitarias (Catalogo Nacional de Hospitales con datos a diciembre de 2003 y Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, con datos de finales del 2002) . Obtenidos a través de la pagina web del ministerio: www.msc.es
47. González de Chávez M (Coordinador). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid, AEN, 1980
48. Instituto Andaluz de Salud Mental. La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. Sevilla, IASAM, 1988.
49. García J. La reforma psiquiátrica en el Principado de Asturias 1982-1993. En: García J, Espino, A y Lara L. La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998:79-100.
50. Inchauspe J A, Potestad F y Pérez J. La reforma psiquiátrica en Navarra, 1986-1991. Revista de la AEN, 44,1993:35-51.
51. Suárez T, Casco J y Corcés V. La reforma psiquiátrica en la Comunidad de Madrid: catorce años de transformaciones asistenciales. En: García J, Espino, A y Lara L. La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998:117-153.
52. Jordá E, Espinosa J, y ots. Evaluación del resultado de la desinstitucionalización de pacientes mentales crónicos: un estudio de cohorte. Revista de la AEN, 45,1993:113-123.
53. Salazar J M. La situación en la Comunidad de Navarra. Taula Rotonda sobre Realitats i projectés en relació als nous crònics. En Labad A (Coordinador) Els nous crònics en psiquiatria. Reus, Institut Pere Mata, 1995: 198-206.
54. Torró C. La desinstitucionalización psiquiátrica en Andalucía (1985-1990). Boletín Informativo de Salud Mental, nº 4, 1992:31-54.
55. García R. Historia de una ruptura. El ayer y el hoy de la psiquiatría española. Barcelona, Virus Editorial, 1995.

56. Rendueles G. De la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría. De conspiradores a burócratas. En Aparicio V (Compilador). Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España. Madrid, ELA, 1997.
57. Desviat M. De los viejos utópicos a los posmodernistas quemados. Respuesta sentimental a Guillermo Rendueles. Revista de la AEN, 1999, 70:325-335.
58. López M. Luces y sombras de la reforma psiquiátrica andaluza. Hipatia, 2000,7: 4-8.
59. López M. Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 2004, 50, 2: 99-109.
60. López M, Laviana M, García-Cubillana P, y ots. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía. (1) Descripción del programa y del estudio. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2,1:2-15.
61. De Salvia D y Crepet P (Ed). Psichiatria senza manicomio. Milano, Feltrineli, 1982.
62. Hernández M y Herrera R (Coordinadores). La atención a la Salud Mental de la población reclusa del Estado Español. Análisis y recomendaciones. Madrid, AEN, 2003.