

AMANDO DE MIGUEL

## PSIQUIATRIA Y SOCIEDAD

El lugar del psiquiatra y de la enfermedad mental  
en la estructura social

### AGRADECIMIENTO

Este trabajo es primera versión provisional y parte de un estudio más amplio sobre el futuro de las profesiones que se lleva a cabo en el ICE de la Universidad Autónoma de Barcelona, y en el que participamos: Benjamín Oltra, Marina Subirats, María Alsius, Carme Bosch, José Luis Crespán y M.<sup>a</sup> Carme Maltas, además de otros colaboradores, estudiantes del Departamento de Sociología de dicha Universidad. El plural que a veces se emplea en este texto responde a esta efectiva confección del estudio en equipo, si bien he de responsabilizar yo personalmente de las críticas que eventualmente pudieran hacerse a estas páginas. La iniciativa y supervisión del estudio proviene de los doctores Noy, Grifoll, Daufí, Fullat y Pinilla de las Heras, a quienes agradezco su apoyo y decisión.

He de agradecer las ayudas y sugerencias de una serie de personas relacionadas con la asistencia psiquiátrica, a quienes por una elemental norma de discreción he de mantener por el momento en el anonimato. Mis reconocimientos se extienden a los psiquiatras barceloneses, que con tanta amabilidad contestaron a un largo cuestionario. De ambos grupos, me permito verter opiniones en el texto, en la medida que reflejan un estado

de opinión de la Psiquiatría barcelonesa, que es la que conozco en alguna medida. Las citas en este caso no identifican al entrevistado y de la interpretación que de ellas realizo únicamente yo me hago responsable, en especial de la inevitable carga de parcialidad y error que en el trabajo de transcripción pudiera haber. Para empezar, al transcribir literalmente las opiniones de la entrevista he procurado respetar el modo de decir de la persona consultada pero en algún caso he tenido que realizar algún pequeño añadido o reformulación sintáctica; esperando que estos cambios ayuden a traducir al lenguaje convencional los improvisados datos de las entrevistas, y no introduzcan demasiados errores.

Una primera versión de este trabajo fue leída en el verano de 1972 en una reunión sobre aspectos sociales de la psiquiatría celebrada en Santiago de Compostela. Agradezco las observaciones que en ella se me hicieron.

El presente escrito no debería ser citado sin permiso del autor, dado su carácter provisional. Se ruega que las críticas, sugerencias y comentarios sean enviadas al autor. (I.C.E. de la Universidad Autónoma de Barcelona, C/ San Antonio M.<sup>a</sup> Claret, 171, Barcelona, 13).

## INTRODUCCIÓN

*Qué puede hacer un sociólogo en el campo de la psiquiatría.*

«La Sociología Psiquiátrica afecta al hecho psíquico como hecho social, y en un futuro habrá de ocuparse de la Psiquiatría misma como otro hecho social»<sup>1</sup>.

Ese futuro al que esperanzadoramente alude C. Castilla, ha llegado ya, dicho sea con la mayor modestia posible. No me refiero tanto al supuesto

1. Carlos Castilla del Pino «Prólogo» a la obra de Francisco J. Yuste Grijalba, *Psiquiatría y Sociedad* (Barcelona: Pulso Ed. 1971) pág. 7. La obra de Yuste se ocupa de algunos de los aspectos de la enfermedad mental como hecho social, pero no cuestiona lo que a mí ahora me importa: el acto *médico-psiquiátrico* como hecho social. Por otra parte y dado que yo he copiado el título del libro de Yuste diré que él no se refiere casi nunca a España y yo sí.

valor intrínseco del trabajo que postcede, como a los estímulos a los que responde.

Existe en nuestro país un clima —a veces agobiante— que exige el planteamiento inmediato de la situación social de la Psiquiatría, el análisis de su propia definición profesional. Quizá sea interesante que esta excursión analítica la emprenda no tanto un psiquiatra como un sociólogo, precisamente por el equipaje de prejuicios e intereses tan livianos que es de suponer lleva consigo este curioso sociólogo.

En el tratamiento sociológico de estos temas es preciso reconocer la falacia de los juicios de valor que atenaza tantos estudios. Tomemos un ejemplo. F. J. Yuste se apresta como médico-sociólogo al análisis de la salud mental. El supuesto metodológico no puede ser más impoluto:

«Es preciso superar la barrera de la subjetividad, del juicio de valor, inseparable de lo cualitativo, y dar un sostén científico a la definición de anormal»<sup>2</sup>.

Y sin embargo, el bueno de Yuste se atreve a sostener como una de las conclusiones de su trabajo, ésta de un calibre ideológico poco común:

«El orden social basado en la libre empresa y en la propiedad privada de los medios de producción es el menos apto para edificar la salud mental»<sup>3</sup>.

¿No es eso un juicio de valor cualitativo? Lo cual en sí mismo no me parece mal, sino sólo inconsecuente con la pretensión científica de construir el estudio de la enfermedad mental con categorías objetivas<sup>4</sup>.

Yo no creo que el sociólogo vaya a descubrir ningún talismán al psiquiatra, al convertir el propio rol de este último y el del psicótico en objeto de sus investigaciones. Tampoco es que el sociólogo venga provisto de una especial neutralidad científica con que mejorar el subjetivismo de los psiquiatras. Simplemente sucede que lo que hacen estos últimos al tratar de aliviar el estado de los enfermos mentales se ha constituido en

2. F. J. Yuste, *Psiquiatría y Sociedad*, cit. pág. 33.

3. *Ibid.*, pág. 59.

4. No tengo que recordar que Yuste no presenta ninguna evidencia de la incidencia de las enfermedades mentales en sociedades capitalistas y socialistas, y no digamos en las precapitalistas. En las comparaciones que se han hecho de este estilo parece concluirse que las diferencias se deben más a los condicionamientos ideológicos que prescriben uno u otro diagnóstico que a la incidencia real total de la morbilidad mental.

un dato de extraordinario interés para comprender los entresijos de una sociedad altamente desarrollada. Esta *saliencia* legitima la intromisión del sociólogo. Déjesele entrar en buena hora en los hospitales mentales, que sólo consumirá papel y bolígrafo, y en los casos más refinados cinta magnetofónica y hasta tiempo de ordenador. Pero no va a intervenir en el proceso terapéutico, ni para mal ni para bien. Esta será la verdadera *neutralidad* que consiga, casi nunca la que se propone o le proponen. No es un asistente social distinguido, ni tampoco (necesariamente) un socialista impenitente y misionero<sup>5</sup>.

A mí me preocupa ahora el ancho y conflictivo campo de la Psiquiatría, dentro del tema aún más amplio y problemático de la crisis de las llamadas *profesiones liberales*, como un capítulo a su vez, de la *estructura social*. Ni que decir tiene que me refiero a la estructura española. Para restringir aún más el laboratorio de mis observaciones, diré que me he basado en el estímulo de un pequeño trabajo de campo en Barcelona. Todas éstas son limitaciones pero también posibilidades.

El interés de este estudio no sólo ha de redundar en un mayor conocimiento para los sociólogos, sino de un estímulo y reto para los psiquiatras. Veremos quizá las mismas cosas que ellos, pero desde otros supuestos y dimensiones, utilizando otra terminología y otros conceptos. En este caso sí que el saber no ocupa lugar. En una de las entrevistas realizadas para nuestro estudio, un eminente psiquiatra barcelonés nos señaló que: «la mayoría de los descubrimientos psicológicos de la Medicina han sido novedad para los médicos pero no para el campo general de la cultura. La historia de la psicoterapia no puede saltarse su primera fase extramédica. El campo de las ciencias humanas tiene mucho que enseñar a los psiquiatras.»

### 1. *Un mundo de locos.*

Tradicionalmente, el reino de la locura ha sido remitido al capítulo de la «marginación» por los sociólogos, sin percatarse de que el *tratamiento* de las enfermedades mentales, con todo lo que lleva aparejado, es parte muy principal del mundo más cercano y normal, el que tiene que ver con lo que usualmente llamamos desarrollo, o problemas sociales o políticos. Y sobre esto convendría romper algunos mitos y tabús, destrozando algunos lugares comunes.

5. Sobre el papel de la Sociología en una sociedad como la nuestra se me permitirá que me cite en A. de Miguel, *Sociología o Subversión* (Barcelona, Plaza & Janés, 1972).

Sobre el pretendido (y temido) aumento de las enfermedades mentales en nuestro tiempo<sup>6</sup>, hay que decir que todo ello resulta de un mal entendido: pensar que la *enfermedad mental* ha sido la misma cosa a lo largo del tiempo. Y no lo es. No cabe por tanto aventurarse a sumar peras con manzanas y comparar cosas que no son comparables. Hoy diagnosticamos más enfermos mentales porque la gente enferma cada vez menos de otra cosa; porque somos más sensibles; porque hay más hospitales para atender a los locos; porque las familias no resisten a las personas enfermas «de la cabeza»; porque se cree cada vez menos en las brujas, el demonio o el *mal de ojo*; porque tenemos más medios para pagar al psiquiatra; porque confiamos menos en el sacerdote para el cuidado (cura de almas se llamaba) de nuestra salud mental<sup>7</sup>. Todo ello contraíndica que podamos concluir así, sin más, que «cada vez hay más locos». Lo que sí es claro, y es lo que a mí me preocupa en estas páginas, es que *cada vez hay más psiquiatras*. ¡Y esta sí que es una *causa* de la mayor incidencia de las enfermedades mentales!

Una de las razones que acucian al sociólogo a intervenir en la cura de la enajenación mental es que la enfermedad no es una constante de la naturaleza humana. Antes bien, se ha constatado una y mil veces la extraña correlación entre la enfermedad mental (frecuencia y tipo de diagnóstico) y posición social. No voy a entrar en la abundantísima bibliografía sobre el tema, que ahora no es el caso<sup>8</sup>. Únicamente recordar que si esta relación existe, la morbilidad mental es *algo más* que una cuestión médico-biológica. Es un correlato de una situación social, y el establecerlo puede ser una ayuda terapéutica.

Me interesa destacar que estas páginas permanecen un poco ajenas a lo que tradicionalmente se ha venido en llamar sociología de la medicina, en la medida en que el mundo de los locos es un poco distinto al mundo de los enfermos, a pesar de que comporten un mismo repertorio de sím-

6. La frase manida es que «atravesamos un período en que la sociedad toda ella se halla neurotizada», lo cual está tan lejos de ser una afirmación científica como las estupendas ideas sobre la vida que tiene mi portera. Me resisto, por tanto, a acumular citas de médicos y psiquiatras (distinguidísimos ellos) sobre la supuesta *neurotización general* de nuestra época.

7. En otras palabras, «los síntomas de psicosis son *relativos a nuestra cultura*» Andrew Crowcroft, *La locura* (Madrid, Alianza Ed. 67, pág. 64).

8. No se puede tachar a López Ibor de desconocedor del tema. De ahí el valor de su cruda afirmación: «La realidad es que los psiquiatras diagnostican neurosis a los pacientes ricos para poder tratarlos durante largo tiempo y sacarles así más dinero, mientras que los de clase modesta son enviados a sanatorios por su esquizofrenia». Decl. a la rev., *Boccacio*, n.º 18 (VI-1972) pág. 26. La denuncia es casi de juzgado de guardia, si no fuera porque socialmente se halla plenamente aceptada.

bolos litúrgicos (batas blancas, fármacos, camas hospitalarias, etc.). No es casualidad que en España, y éste es un hecho fundamental, la asistencia psiquiátrica pública se organice por unos cauces muy distintos a los de la Medicina general o física; la primera no ha sido aceptada por el Seguro de Enfermedad.

A este respecto vale la pena constatar la opinión de un psiquiatra barcelonés: «Los psiquiatras no tenemos cementerio. Nuestros enfermos pueden resistir como tales a lo largo de toda su esperanza de vida. De ahí que el enfermo mental bien tratado sea el más caro de todos. Resulta complejísima la continua atención a los mecanismos de reinserción. Lo lógico, por lo tanto, sería incluir todo esto en la Seguridad Social, pero la única ley vigente de cuando la República creo que es la que asigna la asistencia psiquiátrica a las Diputaciones provinciales».

## 2. *Elogio de la locura.*

No se me pida que defina la locura, ni se me haga repetir que no hay enfermedades mentales sino enfermos, y todo eso. Lo que sí sé es que en el mundo vemos pocas cosas que vayan a cambiar tanto como el concepto mismo de locura. Aún aguarda la última etapa de la secularización que un día quitó las cadenas a los enajenados, eliminando al demonio de toda la operación.

Preguntémoslo a ellos mismos, ¿qué opinan los propios enfermos?

En un boletín interno de un centro psiquiátrico un ex-paciente escribe una carta en la que define de este modo tan bello y expresivo (a pesar de la peculiar sintaxis) lo que es la enfermedad mental: «Somos seres que tenemos una pequeña faceta, nosotros en la salud; otras personas peores que no lo dan a enseñar, por eso se creen mejores, pero de eso ni hablar».

El conflicto es éste: una *pequeña faceta* obra un insondable abismo de comunicación con el resto, lo cual agrava la eventual curación. Las personas «normales» no son necesariamente las «mejores», pero tienen el derecho de decidir, sin apelación, el destino de las «anormales», todavía como si dentro llevaran al mismísimo diablo.

Se repite con frecuencia que la enfermedad mental se define como una situación en la que es necesario un internamiento psiquiátrico<sup>9</sup>.

9. Véase el origen de esa idea y las consecuencias que siguen en E. Goffman, *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales* (Buenos Aires, Amorrortu, 1970, 1.º ed. inglesa en 1961) págs. 134 y ss. Este sociologismo de Goffman, que yo sigo aquí, será sin duda el punto más criticado por los psiquiatras

La afirmación no es ni tan perogrullesca ni tan tautológica como parece en un principio. A diferencia de muchos enfermos físicos, una gran proporción de los enfermos mentales no-recluidos pueden realizar la mayoría de los roles de una vida normal, supuesto un adecuado tratamiento ambulatorio. El problema social surge verdaderamente con los enfermos mentales recluidos en centros psiquiátricos, en la medida en que —la cosa es grave— su internamiento define y en ciertos casos empeora su situación mórbida. El hecho comprobado es que en un sanatorio psiquiátrico, con independencia de los múltiples diagnósticos, todos los pacientes se parecen en ciertos rasgos comunes, en ciertas similitudes de conducta. El status de acogido en una institución confiere una particular forma de comportarse por encima a veces de las fronteras clínicas o incluso culturales. Desde este momento puede decirse que la enfermedad mental es un hecho social que afecta muy de lleno al interés de los sociólogos. No por redicha es ahora menos útil la plantilla de que la enfermedad mental es asunto tan importante que no podemos dejarla exclusivamente en manos de los psiquiatras.

La situación física del enfermo (convencional y negativamente llamado así) es muy distinta: su hospitalización no es necesaria para su definición de rol y no representa un trauma adicional. Se le acoge por la propia estructura social con un acento muy escaso en su marginación. En cambio el enfermo mental es alguien del que la sociedad se *protege*, como es el caso de los penados y los vagabundos<sup>10</sup>.

Frente a este concepto tradicional, se vislumbra una *aceptación* del mundo de la locura por la sociedad en general como en su día correspondió la aceptación de los artistas o los inventores. Esta es una bella expresión de ese nuevo concepto:

«Los locos no están más lejos de nosotros que nuestra propia infancia. Aprendamos a ser padres capaces de transmitir nuestra civilización a nuestros hijos. Parte de esta civilización incluye el aceptar a aquellos que no siempre pueden ver la evolución del mundo como nosotros la vemos»<sup>11</sup>.

---

especialmente por los de una orientación organicista. Para apuntalar sus críticas tendrían que demostrar que la incidencia de las enfermedades mentales se produce con independencia de una situación social (de clase o de cultura). Lo cual parece indemostrable.

10. «Desde una perspectiva psiquiátrica la legislación europea y netamente la española, adolecen de un defecto radical: entender las relaciones enfermo mental-sociedad como una oposición. Bajo este prisma, y aún cuando las normas intenten ser comprensivas, la legislación traduce una defensa del orden público». F. J. Yuste Grijalba, *Psiquiatría y Sociedad*, cit. pág. 136.

11. A. Crowcoft, *La locura* (Madrid, Alianza, Ed. 1967) pág. 228.

No lejos de esto está la identificación de la locura con el genio, curiosamente una vuelta muy atrás, a encontrar aquellas culturas en que los psicóticos se convertían en seres privilegiados. A tanto no llegamos.

Es muy difícil ser un buen psiquiatra. La afirmación es un lugar común. Quizá lo parezca, pero no lo es tanto que es *más difícil ser un buen paciente*. Este, en la práctica médica más usual, ha de saberle contar de algún modo al doctor «lo que le pasa», para que se establezca entre ambos una verdadera relación profesional. En el caso del enfermo mental es raro conseguir que cuente sus síntomas reales. Para ello se necesita un condicionamiento educativo muy fuerte y de ahí la crítica de que la Psiquiatría (sobre todo la no institucional) sólo puede darse con eficacia en un medio de clase alta educada. Estos últimos sí son «buenos» pacientes. Para empezar, acuden al psiquiatra de un modo voluntario, no se les tiene que encontrar en una institución.

De todas formas, hoy por hoy, los enfermos mentales que plantean un grave problema de marginalidad son los que se encuentran custodiados o asistidos en un hospital mental. La relación del psiquiatra con ellos es el centro de interés de estas reflexiones.

### 3. *Los biznietos de Freud.*

Si ha cambiado el concepto y papel del alienado a través de los tiempos, tanto mayor ha sido el cambio experimentado por el alienista. Su trabajo siempre ha estado en las fronteras de la Medicina con el mundo profano y con otras especialidades científicas.

Un psiquiatra, entrevistado en Barcelona, nos llamó la atención sobre un hecho curioso: «Las dos especialidades médicas más atrasadas son la Dermatología y la Psiquiatría. Las razones son técnicas: la piel y el cerebro proceden del mismo segmento embrionario. El atraso en Psiquiatría se manifiesta en que no *curamos* sino que *remitimos* los enfermos a la sociedad, con el deseo y la esperanza de que su conducta se normalice.»

La dificultad del tratamiento psiquiátrico, a diferencia de otros cuidados médicos, reside en la casi imposibilidad de localizar orgánicamente el mal; es *el propio individuo*, en su totalidad, lo que está enfermo y no una parte de él, con lo que se hace muy gravoso el tratarle de una manera impersonal y objetiva, como a menudo suelen hacer con éxito los médicos no-psiquiatras.

El psiquiatra ha operado tradicionalmente en dos *locus* bien distintos: el mundo de la consulta particular, con *clientes* (de clase alta, neuróticos o psicóticos leves), y el ámbito de los *internados* institucionales (de clase



baja, psicóticos graves o esquizofrénicos). Por razones de comodidad heurística, voy a fijarme en este segundo aspecto, sin desconocer la importancia del primero<sup>12</sup>.

Como nos hizo notar un eminente psiquiatra barcelonés «Yo no creo que pueda darse un buen psiquiatra si no ha estado trabajando en un manicomio, sea clásico o antipsiquiátrico. Los estudiantes deberían ya empezar a trabajar en sanatorios mentales en el segundo ciclo de la carrera».

En el hospital mental es donde el profesional de la Psiquiatría despliega todo su poder social y donde extrema sus peculiaridades de rol. Es ahí donde hay que observarle para extraer la mayor carga posible de significación sociológica.

Goffman señala el extraordinario poder potencial —si cabe la redundancia— del psiquiatra en comparación con los otros médicos. Ello se deriva de un diagnóstico difuso por el que todo lo concerniente a la persona entra en el marco de su observación. En consecuencia, el tratamiento es igualmente algo difuso y el psiquiatra se compara con el juez (sólo que sin una ley tan específica) en poder dictaminar la reclusión y la congelación de una serie de derechos civiles. Es en cierta manera la figura de un padre patriarcal —de nuevo necesito una redundancia— que prescribe la vida entera, incluyendo todos los roles y afectos de sus pacientes<sup>13</sup>. No es casual la popular comparación del papel del psiquiatra con la del (digamos) antiguo rol del «Padre espiritual».

Como en otros muchos casos, los propios psiquiatras no deben estar de acuerdo con las apreciaciones del sociólogo Goffman. Así, en un conocido manual de divulgación psiquiátrica se señalan dos cualidades (negativas) que el candidato a psiquiatría *no* debe poseer: el «deseo de poder» y «la necesidad de compensar un sentimiento personal de inadecuación o de inseguridad, resolviendo las propias dificultades a través de la manipulación de los problemas de otras personas»<sup>14</sup>. No hay que ser un lince en conocimientos psicoanalíticos para lanzar la hipótesis de que así se confiesan dos «cualidades» efectivamente presentes en muchos de los actuales psiquiatras y potenciales en algunos de los estudiantes.

No quiero negar con esto capacidad autocrítica a los psiquiatras. Al

12. Después de todo, como nos recordó un psiquiatra entrevistado en Barcelona: «Freud no vio ningún loco, en el sentido de que, fuera de sus primeras experiencias de estudiante en París, no tuvo contactos con enfermos institucionalizados.»

13. E. Goffman, *Internados, cit.*, págs 332 y ss.

14. David Stafford-Clark, *Psiquiatría moderna* (Buenos Aires, Hormé, 1968), págs. 144-5.

menos los entrevistados por nosotros dieron bastantes muestras de esta capacidad.

Uno de los líderes de la Psiquiatría más clásica nos resume su crítica de la profesión en estos términos tan irónicos: «La Psiquiatría actual no está a la altura de su misión. La formación médica es insuficiente. Los psiquiatras ya no compran libros de Medicina sino de todo lo demás que echan en falta. Debería crearse una Facultad de Psiquiatría en su doble vertiente de ciencias médicas y ciencias humanas; el enfermo crea una cultura por sí mismo; es un campo etnológico constituido por una persona. Ahora tenemos los *antipsiquiatras*, estos jóvenes que se creen que la Psiquiatría ha empezado con ellos; buscan una sociogénesis en la esquizofrenia; se trata de las exageraciones de los biznietos de Freud. En conjunto la Psiquiatría actual se desarrolla a lo largo de dos corrientes: la de los asilos y la del tratamiento particular de los clientes aquejados de los problemas de neurosis. Cada una de las dos direcciones ignora la otra. Surge por un lado el *organicista* para los casos internados, y por el otro el *psicoterapeuta* para los casos, diríamos, casi normales. La crisis es que no existe ninguna psicoterapia para los manicomios. Yo aspiro a una integración organicodinamicista. Así, he hecho una investigación sobre el contenido de los delirios de los enfermos mentales internados. Nada tiene que ver con lo que dijo el psicoanálisis».

De una u otra forma los biznietos de Freud están bastante lejos de las sendas que abrieron los fundadores. Para empezar, la disociación entre Psicoanálisis y Psiquiatría es cada día mayor <sup>15</sup>.

De acuerdo con la opinión de algunos profesionales de la Psiquiatría a quienes he consultado sobre el particular, creo que su ciencia avanzará para el futuro por dos amplias avenidas apenas trazadas: la curación por fármacos y la resolución de conflictos interpersonales a través de una relación pluridisciplinaria. Quizá sea ésta una última justificación para dar entrada a las observaciones sociológicas.

Para un eminente psiquiatra que se autodefinió «organicista», la Psiquiatría «o decide pasar al campo de la Bioquímica o se queda en puras *public relations*. En este último caso, paso el problema a los sociólogos».

15. Esta es la opinión sobre el psicoanálisis de un psiquiatra entrevistado en Barcelona, de orientación organicista y a la vez sociológica: «El psicoanálisis nos es extraño; ha llegado de EE.UU como un mecanismo de salvaguarda de un grupo con prepotencia económica; ellos son los únicos que pueden pagar a un psicoanalista. Los análisis no han incluido nunca a los negros, pero luego quieren hacer una teoría para toda la humanidad». En general los psicoanalistas constituyen en nuestro país un grupo bastante distanciado de los profesionales de la Psiquiatría.

¡Apañados estamos!, si es que se me permite hablar en nombre de mis compañeros. No deseamos asumir tantas responsabilidades <sup>16</sup>.

Esta definición de funciones lleva consigo la difícil especificación de la etapa formativa. Los estudiantes de Psiquiatría son las primeras víctimas de los cambios de la profesión.

Hay una continua queja por parte de los profesionales de que la Psiquiatría es «la carrera más larga», pero por otra parte es frecuente la crítica de que a los actuales nuevos psiquiatras les falta práctica y conocimientos extramédicos (Biología, Psicología, Sociología, etc.). En opinión de un distinguido educador en este terreno, la contradicción sólo puede resolverse «haciendo un alto en el camino: formar primero a los profesionales de las distintas materias que luego vayan a enseñarse a los futuros psiquiatras. De momento, los cursillos de las escuelas profesionales de Psiquiatría no sirven para nada; son sólo una *formación silvestre*».

Hasta ahora la formación de los psiquiatras españoles se producía de una manera artesana, estamental, uno por uno, junto a un «maestro» que transmitía su saber, sus rutinas... y su clientela. Naturalmente, este procedimiento, que pudieramos llamar de *paternodidactismo*, es caro y poco equitativo. Los cursos apenas han tenido hasta ahora una existencia real, y la formación en centros hospitalarios presupone la explotación del «inter-no». He aquí el principal cuello de botella de la expansión profesional de la Psiquiatría.

La falta de experiencias formativas *prácticas* en centros hospitalarios es un rasgo discutido por casi todos los miembros de la clase médica y en especial por los psiquiatras. Ahora bien, resulta una deficiencia del lenguaje y de la lógica, el concluir que nuestros jóvenes profesionales se distinguen por una formación *teórica*. Al contrario, la escandalosa falta de formación teórica es lo que lleva a la ostentosa ausencia de investigación médica (fuera de la interesada prueba de medicamentos en interés de los laboratorios farmacéuticos <sup>17</sup>), y no digamos psiquiátrica. La única formación que existe es la *profesional*, y muchas veces fuera del recinto universitario. Si esto se comprueba habría de concluirse que tenemos las Facultades y Escuelas Médicas más caras del mundo. Bien valdría el tema una investigación pormenorizada de los economistas de la educación. La cuestión contiene, a no dudarlo, una fuerte dosis de elementos políticos.

16. Quizá la solución esté en una vía interdisciplinaria. Como nos señaló un conocido psiquiatra barcelonés: «Yo no soy partidario de la *psicologización* de la Medicina. Para mí es más importante el médico sociólogo, por decirlo así, el que parte de los conocimientos sociales de la enfermedad.»

17. Como es sabido, muchos de los «laboratorios», españoles no son sino agencias de ventas de los auténticos laboratorios extranjeros.

Como exponente y resumen de esta capacidad autocrítica a la que vengo aludiendo y que es sintomática de la crisis y el cambio profesional, me gustaría apoyarme en la referencia que nos dio un conocido neurólogo sobre la nueva psiquiatría española, que tan bien contrasta con las interpretaciones oficiales: «La mayoría de los psiquiatras no ponen los pies en el suelo y lo son porque son psicópatas. Parece que está mejor visto el tratar la enfermedad mental que no la vista o los oídos. Son personas inquietas temperamentalmente y psicológicamente, y sin haber estudiado mucho escogen una especialidad en la que, sin saber demasiadas cosas, pueden aparentar lo contrario. No practican una psiquiatría clínica, que es lo que debe practicarse, y en cambio hacen una psiquiatría psicológico-filosófica. No tienen un concepto clínico del *loco*, sino *socioclínico*, y entonces proponen cosas como que los locos no deben estar encerrados porque no son peligrosos».

Veamos ahora cómo concepciones tan dispares del ejercicio psiquiátrico se enfrentan con la peculiar situación del psicótico hospitalizado.

#### 4. *Del manicomio a la residencia: variaciones en la reclusión mental.*

«la ‘comunidad terapéutica’ entiende que ya no son sólo el médico y el personal enfermero quienes tienen funciones terapéuticas, sino que es el propio enfermo quien también tiene esta función en esa comunidad en que está integrado dentro del hospital» (un médico del Psiquiátrico de Asturias en la entrevista realizada por José Díaz de España, «El Psiquiátrico de Asturias, una experiencia interrumpida», *Triunfo*, 29-IV-72).

El papel de un psiquiatra en un hospital mental se desvía del rol general del médico en la misma medida en que también lo hace el paciente. En efecto, el enfermo de un centro psiquiátrico se distingue en muchos aspectos del que es tratado en un hospital general<sup>18</sup>; las diferencias se apoyan en el hecho crucial de que el primero ingresa en el hospital con el riesgo de no salir de él (o de no salir «curado») y de adquirir un espe-

18. Como expresión de la desazón que produce este rol, suele suceder en los hospitales psiquiátricos que los pacientes reciben una nomenclatura oficial (internos o residentes) mientras que en la práctica se suele hablar de ellos como *enfermos*. El personal sanitario que en cierta manera también es «residente» o «interno» se resiste verbalmente a la utilización de la palabra «enfermo», pero es la que le resulta más cómoda. Esta ambigüedad se refleja, entre otras cosas, en el apurado gesto del visitante de un hospital mental, que no sabe cómo dirigirse a un enfermo.

cial estigma vejatorio que le acompañará toda su vida. Mientras esta situación no cambie, será bastante inútil combatir la imagen tan negativa que para el pueblo tiene el *manicomio* y la inutilidad —cuando no perniciosidad— con que a veces se contempla la acción del médico manicomial.

Los encargados o responsables de la organización de los sanatorios mentales se mueven en una continua ambivalencia: exhiben «su» institución *como si* se tratara de un centro terapéutico y rehabilitante, cuando en verdad todo él se monta (hablo de la actual situación española) sobre la función asilar: *cuidar* de los enfermos, o mejor aún, tenerlos *encerrados*<sup>19</sup> (con rejas simbólicas, pero no menos eficaces, en los nuevos establecimientos) hasta su hipotética curación o eventual fallecimiento<sup>20</sup>. Suelen quedar ocultas otras funciones bastante esenciales pero no manifiestas: los centros de asistencia mental sirven de formación profesional para una gran parte de la fuerza de trabajo muy poco preparada por sus respectivos centros de origen, así como, en algún caso, de centros de investigación (sería mejor decir *prueba*) de nuevos productos para laboratorios<sup>21</sup>. Estas características funcionales explican que sea singularmente adecuado el estudio de los hospitales mentales españoles de acuerdo con el modelo o tipo ideal propuesto por Goffman, en trabajo clásico pero todavía no superado.

Para este autor un hospital psiquiátrico es una ejemplificación del tipo genérico de *institución total* que abarca desde cárceles y campos de concentración hasta conventos y todo tipo de *internados*, en los que los individuos son separados del resto de la sociedad civil para desarrollar intra-muros todas las funciones de mantenimiento que caracterizan a la sociedad en su conjunto. Este modelo —aparte de sus obvias exageraciones formalistas— comporta la indudable ventaja de que el estudio de una institución total en concreto nos puede servir como minúsculo experimento de laboratorio para adivinar algunas de las pautas de organización social

19. De nuevo hay que registrar la versatilidad lingüística. Los clásicos *manicomios* ya no son llamados así (y menos *casas de locos*) sino que se adopta una nueva, variada y elíptica nomenclatura: *hospitales psiquiátricos*, *clínicas mentales*, *institutos psiquiátricos*, *centros neuropsiquiátricos*, etc. Alguno de ellos propone llamarse *residencia de recuperación*. Propongo nuevos avances terminológicos: «hoteles de recuperación», «albergues de reposo», «paradores de convivencia», «ciudades-tranquilidad», etc.

20. En algún centro he visto la desolada situación de lo que en argot médico se denomina «el purgatorio», la sala de los enfermos más agudos y/o seniles, en espera de la irremediable muerte.

21. Sobre las funciones de los hospitales mentales véase Daniel J. Lavinson y Eugene B. Gallagher, *Sociología del enfermo mental*. (Buenos Aires: Amorrortu, 1971), págs. 30 y ss. (1.ª ed. inglesa en 1964).

que tienen lugar en la sociedad global y que a veces se nos hacen inaprehensibles.

Según esta concepción, el hospital psiquiátrico se halla lejos del modelo médico en la medida que es difícil decir cuándo y por qué un paciente resulta «curado». Esta palabra se obvia en estos centros y se la sustituye por la de «remisión»; los pacientes no se *curan* sino que se *remiten* a la sociedad; se espera casi siempre que vuelvan otra vez. En contraprestación tampoco existe la angustia de que la enfermedad mental lleve a la muerte, salvo en casos extremos. En conjunto, como demuestra el análisis de Goffman, los hospitales psiquiátricos son instituciones de custodia como pueden serlo las cárceles o los asilos. Los verdaderos *clientes* no son los pacientes sino sus familiares, la policía, los jueces, las autoridades en general<sup>22</sup>. En cierto modo las modernísimas teorías rehabilitadoras que hablan de la inserción social de los pacientes mentales en la vida civil normal donde se aloja el centro correspondiente, contienen un gran fallo lógico: la completa reinserción supondría la anulación del hospital.

La diferencia esencial —según Goffman<sup>23</sup>— entre un hospital psiquiátrico y otras «instituciones totales» (cárceles, conventos, cuarteles, etc.) es la contumacia con que en los manicomios se persiguen los mecanismos de resistencia a las presiones y controles de la organización formal. Las maniobras de rechazo o desagrado, como el no participar, el mutismo, mil formas de «evasión» mental, trabajos, «chapuzas», la ruptura de ciertas normas, etc. son más o menos toleradas (¿qué remedio?) en todas las instituciones totales, incluso en los campos de concentración. Pero en un hospital psiquiátrico muchas de esas maniobras prácticas o artimañas son consideradas precisamente como *síntomas de la enfermedad mental* que justifican la reclusión. En cierta manera, por tanto, el encierro se hace más odioso para los menos enfermos y en estos últimos las resistencias a las presiones de la organización reclusiva (para defender su intimidad, su yo y por tanto su salud mental) se convierten en instrumento de deterioro de su situación. *En un hospital psiquiátrico no hay más remedio que estar loco*, y estarlo cada vez más para gozar de la tranquilidad y el favor de las expectativas del engranaje oficial. Exagero verbalmente para convenir en la línea central del argumento.

En la situación límite de una persona encerrada, con el mínimo de objetos a su disposición, a la que no se le hace caso y con la mínima posibilidad de libertad de movimientos, la capacidad de reacción y protesta sólo puede manifestarse en actos que las propias autoridades institucio-

22. E. Goffman, *Internados, cit.*, pág. 376.

23. *Ibid.* págs. 302 y ss.

nales califican de psicóticos y justifican el encierro. Yo he visto en una cárcel la gran variedad de elementos de resistencia y de desahogo que cabe a los presos «normales» (el juego, las bromas, el andar «libremente» de un sitio para otro, el disponer de muchos más objetos y posesiones de los que permiten las normas, el «escaquearse» de la vigilancia inmediata, etc.). Nada de esto le está permitido a los presos aquejados de una enfermedad mental o «que se hacen los locos» (en la versión oficial), los cuales se encuentran doblemente enrejados y aislados; para «no volverse locos» no tienen otro remedio que gritar, apearse desesperadamente a los pocos objetos de que pueden disponer, desgarrar la ropa o pegarse entre sí. Esta es justamente la conducta que «esperan» las autoridades carcelarias para calificarles de un estado más peligroso que empeora y alarga su encierro<sup>24</sup>. No es de extrañar que la profecía «oficial» se cumpla a sí misma: los que «se hacen el loco» acaban objetivamente en esta situación de inferioridad mental. La situación es doblemente dramática y extrema en una cárcel en relación con un hospital psiquiátrico, en la medida en que la primera institución no provee en absoluto de los mínimos standards terapéuticos, ante la sospecha interesada de la «simulación». En esta circunstancia no hay que maravillarse de que los ataques epilépticos o los delirios de un alcoholizado sean «tratados» a base de terapias tan primitivas como cubos de agua, celda oscura e inyecciones de aguarrás. Al menos esto es lo que piensan los presos.

En el hospital psiquiátrico los médicos pueden darse cuenta de esta contradicción: que la sumisión a las normas institucionales contribuye a agravar la salud mental de los internos<sup>25</sup>. Pero en este caso el conflicto

24. En el caso aún más extremo: cuando en una celda de «locos» existe una letrina sin agua corriente, no hay que extrañarse de que los reclusos acaben por manchar las paredes con los excrementos, la típica conducta gravemente psicótica.

25. En algunos manicomios he podido comprobar el legítimo orgullo de sus administradores al mostrar al visitante sus dormitorios, absolutamente limpios, tanto que no aparece en ellos ningún objeto de uso personal, como fotografías, imágenes, recuerdos, etc., que ligarían a los pacientes con su vida anterior, extra-institucional y en definitiva con una vía autónoma y por tanto «sana». La limpieza en este caso es un fin de la institución-organización que entraría en conflicto con el objetivo terapéutico-individual. Cuando no se puede romper una carta o una foto (personal), hay que temer que se termine rompiendo la colcha (institucional). Esto último significa que el enfermo «empeora».

Hasta cierto punto —y perdón por el comparando— un convento o una residencia religiosa se *parecen* a un manicomio en que también extreman la ausencia de objetos personales. Las «mesillas» de las monjas o los frailes también están limpias, vacías, despersonalizadas, nada tiene de raro que esta norma conventual la extrapolen al cuidado de los enfermos mentales cuando se hallan al servicio psiquiátrico. La proyección no es azarosa. En cierta manera los religiosos procuran «alienarse» del

pacientes-médicos se traslada a los médicos responsables de la organización. Como estos últimos suelen ser en España religiosos o religiosas, el conflicto se tiñe de pesadas connotaciones ideológicas en las que, no hay que decirlo, los médicos deben llevar la peor parte.

Por definición, como apunta Goffman, las institucionales totales presuponen una ruptura entre los distintos roles que un individuo desempeña en la vida civil (*exterior o normal*, en el lenguaje de esas instituciones), con un solape matizado y suave entre ellos<sup>26</sup>. El símbolo suele ser despojar al interno de una serie de atributos de sus antiguos roles, cuando entra en una institución total: se le confiscan sus posesiones, se le mutila de sus títulos ocupacionales, se le restringe al máximo la comunicación con «los de fuera», etc. Esto puede ser funcional con los propósitos organizativos de una cárcel o de un convento, pero es dudoso que lo sea con los fines de una institución que dice velar por la salud mental de sus acogidos. ¿Cómo puede ser beneficiosa para los enfermos mentales esa ruptura de roles, cuando un rompimiento similar es parte y síntoma muchas veces de su situación de enfermos?

Una institución total exige una cierta economía en la administración de la iniciativa individual. Para obtener las cosas más mínimas se necesita un «permiso» del personal administrativo<sup>27</sup>. La situación es más o menos tolerable o comprensible si se admiten los fines de la organización: es claro que en un cuartel no puede uno ducharse o salir de paseo cuando le venga en gana. Ahora bien, en un centro psiquiátrico esta dependencia básica de los pacientes se convierte en un refuerzo de su incapacidad mental y la vida colectiva, con su típica irresponsabilidad, se hace así antiterapéutica. Es muy comprensible y bastante humano que un capitán deje de atender todas las minúsculas solicitudes con que pueden acudir a él los reclutas; por eso en la vida castrense se raciona incluso la hora de ir al médico. Pero esta disciplina resulta enormemente cruel y deshumanizada cuando los solicitantes son precisamente enfermos mentales. Por de pronto no se vislumbra cómo tal disciplina pueda contribuir a mejorar su estado.

De un modo más abstracto podemos decir con Goffman que:

«Las instituciones totales desbaratan o violan precisamente

---

mundo por móviles trascendentales. Lo curioso es que, según he podido comprobar en algún caso, las habitaciones de los médicos (internos, residentes) también participan de la extraña limpieza e impersonalidad de las habitaciones de los pacientes. ¿No resulta sintomático que la misma palabra *interno* se utilice para designar a los pacientes, a los médicos, e incluso a los reclusos de una cárcel?

26. Véase E. Goffman, *Internados*, cit., pág. 27.

27. Sobre esta cuestión puede verse E. Goffman, *Internados*, cit., págs. 51 y ss.



aqueellos actos que en la sociedad civil cumplen la misión de demostrar al actor, en presencia de los testigos ocasionales, que tiene cierto dominio sobre su mundo; que es una persona dotada de la autodeterminación, la autonomía, y la libertad de acción propias de un adulto»<sup>28</sup>

En los hospitales psiquiátricos el cerco es doble: se está con ellos porque se es «como un niño», pero la organización trata a los pacientes como niños, reforzando con ello su dependencia. Luego vienen las distintas terapias institucionales, pero su fuerza resultante es insuficiente para corregir la tendencia señalada.

La reclusión en un hospital psiquiátrico tiene una explicación psicossocial residual: los acogidos en ellos lo están porque no tienen una familia *real* en la que vivir. Lo mismo podría decirse para explicar socialmente otras instituciones totales (tales como cárceles, asilos, hospicios, aunque no ciertamente los *kibbutzim*), incompatibles con la vida afectiva que pueden conseguir sus miembros de modo privado y de una forma espontánea<sup>29</sup>. Cuando los reformadores de la asistencia psiquiátrica se plantean la posibilidad de evolucionar de un régimen hospitalario a otro ambulatorio, la cuestión inmediata es: ¿y en qué familia los insertamos? ¿cómo rellenar la falta de afecto que está en la base de tantas deficiencias mentales? El problema del diagnóstico se traslada a la terapéutica y sigue sin resolverse.

Está por demostrar que la población de pacientes reclusos en hospitales psiquiátricos representa un corte proporcional de la población general o al menos del universo con deficiencias mentales<sup>30</sup>. Para Goffman este conjunto de personas internadas lo está, no porque se defina como «más enferma», sino porque de una u otra manera ha sido víctima de una serie de «contingencias» familiares o personales (rechazo de los parientes, toxicomanías, inadaptación laboral, etc.)<sup>31</sup>. Esta es la razón por la que los pacientes de un manicomio suelen provenir de un parecido sector social, de unas similares circunstancias familiares, etc. Resulta curioso que los que dirigen la política sanitaria no hayan parado mientes en esta extraña coincidencia.

La tendencia a la hospitalización en los casos de enfermedad mental significa en conjunto que el personal médico atiende antes los intereses

28. *Ibid.*, pág. 53.

29. E. Goffman, *Internados*, cit., pág. 25.

30. En España la disociación es muy clara, dada la consideración de «benéficos» que tienen todos los hospitales mentales públicos.

31. E. Goffman, *Internados* cit., pág. 140.

de la comunidad (defenderse de los supuestos ataques de los locos o de la incomodidad que produce su presencia) que los de los pacientes. La situación no es única en la profesión médica (p.e. el caso del llamado «aborto criminal» o la negativa a informar sobre medios de control de natalidad), pero sí destaca por su amplitud; tanto es así que se dan numerosas críticas ante el deseo de los psiquiatras de hacer equivaler la *custodia* de las instituciones mentales al resto de los procesos curativos hospitalarios. El caso extremo sería el de los sanatorios mentales al servicio de una fuerza política para recluir a los disidentes, o más modestamente el de los manicomios-asilo al servicio de intereses privadísimos para recluir al «tío rico y chocho que no quiere dejar sus negocios» en manos de sus «competentes» sobrinos. Pero, sin llegar a estos extremos literarios (recuérdese la película de Saura «El jardín de las delicias»), parece que se puede poner en duda la seriedad de la pretensión psiquiátrica de que la custodia es siempre terapéutica y la mejor de las posibles terapias.

He aquí, como muestra nada extravagante, un resumen de las críticas sobre la organización de la asistencia mental de un psiquiatra de Barcelona: «Los sanatorios psiquiátricos no deben depender de las Diputaciones —por caridad— sino de una organización nacional. Debe haber una escala nacional de todos los médicos en hospitales. Las monjas deben continuar, pero no deben ser las propietarias de los centros. De lo que les da la Diputación por cada enfermo detraen una quinta parte para ir creando y manteniendo nuevas casas. La Diputación no ejerce ningún control y el régimen de los sanatorios se modela sobre el de los conventos. No existen contratos de trabajo y no hay enfermeros con formación psiquiátrica. La figura del médico-residente es ambigua: es el chico que estamos ayudando para que se forme; el PANAP \* no sirve para nada y en los hospitales no existe una docencia organizada. Hay una ruptura organizativa cuando el hospital es de las monjas: la dirección médica entra en conflicto con la no-médica. En el fondo, las monjas no tienen interés en que los enfermos se marchen: son el objeto de su dedicación, del ejercicio de su caridad. La llamada laborterapia es en realidad *explototerapia*: se trata de un trabajo alienante para empresas comerciales; por estar haciendo ramos de flores le pagan a una paciente 100 ptas. al mes. Luego la comida es distinta para los médicos y los pacientes. En fin, que habría que cambiar muchas cosas».

En opinión de un director de un hospital psiquiátrico: «las actuales instituciones psiquiátricas no son más que una réplica de las antiguas lavándoles la cara. Hay que ocuparse más de los aspectos sociales y reducir el carácter de *internamiento* que hoy se da al enfermo mental. El enfermo

\* Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.

no tiene por qué *residir* en el hospital. Hay que buscar familias que acojan *profesionalmente* a los enfermos, cuando éstos se encuentran sin familia o la suya es patógena».

### 5. *La hospitalitis.*

Extremando los resultados a que conduce la adaptación de los hospitales mentales al modelo de «institución total» (en lugar de adecuarse al modelo de «hotel» o de «centro de enseñanza», p.e.), podemos llegar a vislumbrar la posibilidad de que la reclusión en uno de estos hospitales sea la causa de nuevas alteraciones mórbidas. A ello contribuyen, en primer lugar, las estancias sobremarera largas que se producen en los manicomios y ciertas peculiaridades de su organización social que en seguida vamos a ver.

Goffman señala que las condiciones de un hospital psiquiátrico son las peores que darse puedan para que el personal terapéutico pueda dedicarse a la eficaz observación de sus pacientes y al tratamiento correspondiente. Cada enfermo mental es un caso, pero las terapias se ensayan cíclicamente con todos los que van llegando, en especial la dudosa terapia de someterles a todos a un mismo régimen de vida<sup>32</sup>.

El carácter de totalidad de las instituciones psiquiátricas hace que se traicione el fin normal y fundamental de que se han hecho para el bienestar o asistencia de los pacientes. De hecho, funcionan *como si fueran de* la organización que las administra y se pusieran en marcha *para* la realización vocacional o profesional del personal directivo o técnico<sup>33</sup>.

Usualmente las historias fantásticas que los pacientes de un hospital psiquiátrico cuentan de sí mismos para justificar, trampeando, por qué están allí (siempre son víctimas propiciatorias de la mala suerte o, de una pequeña conjura), se interpretan por el personal sanitario como síntoma de la deficiencia mental que efectivamente padecen. Pero habría que considerar un curioso dato, a saber, lo extraño que resulta el que estas historias se parezcan tanto entre sí, con independencia de los otros síntomas mórbidos<sup>34</sup>. Más aún, en una cárcel se podría registrar el mismo fenómeno de las fantásticas historias justificativas y ahí sí que no se puede decir que el mecanismo exprese (necesariamente) un malestar mental. Más bien habría que pensar en una respuesta bastante normal y sana a unos parecidos estímulos organizativos en uno y otro caso: cuando uno se ve inmerso

32. E. Goffman, *Internados, cit.*, págs. 354 y ss.

33. *Ibid.*, págs. 23 y ss.

34. *Ibid.*, pág. 157.

en una comunidad total de manera no voluntaria, lo más lógico es fabular una interpretación que contrarreste la condición vejatoria en que se encuentra, e incluso llegar a creérsela uno mismo, sin que por ello quepa duda de la cordura del fabulador.

La *laborterapia*, siempre que se ejerza en el recinto de un hospital psiquiátrico (que es como suele hacerse), cuenta con una importante limitación: no puede asignarse un salario real (no hay en qué gastarlo) ni una tarea real (la productividad es necesariamente baja)<sup>35</sup>. De hecho, acaba convirtiéndose en una caricatura terapéutica: los enfermos mentales realizan una pura tarea repetitiva y anodina (doblar cajas, montar pequeñas piezas), siempre igual y alienante (doblemente alienante, en verdad, aunque parezca sarcástico el decirlo), que sirve de beneficio a las empresas que funcionan junto al centro hospitalario. ¿Cómo puede sostenerse que este modo de trabajar ayudará más tarde al egresado del manicomio a integrarse a una actividad laboral? ¿No participarán de la «hospitalitis» los propios cuidadores si aceptan tales presunciones?

Se puede suponer que el alcohol es un producto tabú en el hospital psiquiátrico y así lo considera la literatura al uso. No niego que en España lo sea, hasta el punto de que en las cárceles y los manicomios hayan de ser prohibidos los sucedáneos (masaje facial, colonia, etc.). Sin embargo, algunos detalles observados por mí están más acordes con el poco respeto que en la cultura española merece el tabú del alcohol<sup>36</sup>. Por ejemplo, en el bar de una de las instituciones para mujeres —regentado por ellas mismas— se podía ver alineadas en los estantes diversas botellas con vinos y licores de marca, «sólo para los familiares». En el boletín de otro de los hospitales se relata una típica fiesta de la comunidad, a la que asisten pacientes, médicos, enfermeros y monjitas, en la que se obsequia con vino, café, licores y cigarrillos a los asistentes. El cronista del boletín —se supone un paciente— evalúa así el simpático acto: «con esto vimos una vez más los progresos que hace la socioterapia en este Centro». En el mismo número del boletín otro colaborador expresa una serie de deseos o valores, entre los que están el amor por «el vinillo, la cerveza y el whisky» y «las

35. La famosa *apatía* que vemos en los residentes de los hospitales psiquiátricos no es el síntoma que justifica el estar en ellos, sino el efecto de los fármacos y de un pésimo tratamiento como individuos-cosa. Se ha dicho, y de Inglaterra, que «una institución deficiente produce dos efectos: el que los pacientes se puedan volver más locos y el que adquieran una neurosis». A. Crowcroft, *La locura, cit.*, pág. 184.

36. Los anglosajones se maravillan de que en España los niños puedan ser atendidos en los bares e incluso pidan cerveza. En la cultura popular la cerveza es más un «refresco» que una bebida alcohólica. Recuérdese, por otra parte, los anuncios de vinos tipo quina o Málaga para abrir el apetito a los niños.

tascas». En la sección «recetas de cocina» del mismo ejemplar se recomiendan «los caracoles a la vinagreta» (servidos «con un buen vaso de cerveza fresca») y el «pollo al ajillo» (al que se añade «una copita abundante de coñac»). Tómese el sorprendente dato como una peculiaridad nacional en la tendencia a la permisividad y la conversión de los hospitales psiquiátricos en «comunidades terapéuticas». O más seriamente, como una nueva corruptela de la «hospitalitis».

Muchos aspectos de la vida plácida y organizada, de los elementos más modernos y rutilantes de la instalación de los sanatorios psiquiátricos no se destinan primeramente al paciente sino que se dedican a la importante figura del *visitante*: el político (la Diputación, el Estado, es quien paga), los familiares distinguidos, los profesionales, etc. Esta observación no debe ser privativa de la situación española —como ocurre en tantos otros aspectos— puesto que Goffman la hace explícita para los hospitales norteamericanos<sup>37</sup>. En la «visita» se enseña siempre la parte más nueva, los pacientes más sosegados, los elementos técnicos de la instalación material. Muchas de estas instalaciones dan la impresión de muy poco uso, todo está (comprensiblemente) bajo llave. Relamidos dibujos o bordados «hechos por los propios pacientes» adornan las paredes. La decoración, llena de temas religiosos, se reviste del inimitable estilo impersonal de los conventos<sup>38</sup>. Todo está limpio como una patena, como los chorros del oro; da la impresión, en esta y en otras instituciones totales, que el tener limpia la cara y las cosas sea el objetivo principal de la vida comunitaria. Diríase que, al ser todo tan perfecto, los pacientes hubieran elegido voluntariamente aquella vida tranquila y confortable.

En lo anterior hay una dramática verdad: en los hospitales, manicmios, cuarteles, y aún en las cárceles, siempre hay gente que ha llegado allí más o menos a la fuerza pero que, si pudiera, se «reengancharía»; en otras palabras, está mejor que en la calle. Esto no debe reputarse como un éxito sino un fracaso institucional. Los viejos que no quieren irse de un manicomio deberían estar en un asilo, los presos que se encuentran relativamente a gusto en una cárcel (la *carne de presidio*) deberían ser tratados psiquiátricamente. Este es, sin duda, el peor efecto de la «hospitalitis».

37. E. Goffman, *Internados*, cit., pág. 111.

38. En un manicomio muy bien organizado y muy moderno que no ha mucho visité, figuraba un altavoz en todas las habitaciones «para transmitir el hilo musical». De hecho, en el tiempo de mi visita, sólo pude escuchar la transmisión del Rosario y una ferviente homilía sobre la pureza. Nunca pude figurarme que la religión por altavoces pudiera convertirse en un elemento terapéutico.

## 6. *Dificultades y contradicciones en el proceso de cambio.*

No se puede presumir ingenuamente que los cambios que están ocurriendo en las instituciones mentales obedecen a un deliberado propósito del personal médico; a veces el progreso (o la corruptela) tiene lugar con independencia de su voluntad e incluso frente a ella. Esta es la definitiva fuerza de unas instituciones que se definen como *totales*. Lo contrario significaría suponer a los psiquiatras un poder y una independencia de otras instancias de autoridad muy superiores a los que efectivamente ostentan<sup>39</sup>. El equivalente sería suponer que las transformaciones del orden industrial se deben única o fundamentalmente a los empresarios.

El sistema de asistencia psiquiátrica en España es uno de los factores de cambio sociocultural más considerables desde el momento en que está ligado muy directamente a los procesos de industrialización, secularización, y preocupación por los problemas sociales. Muchos de los cambios se hacen por presiones externas (modas, razones políticas, fuerzas sociales, etc.) a la concepción que de sí mismo tiene el sujeto directivo de esos cambios: el psiquiatra. Los viejos manicomios se transforman a veces *a pesar de* los psiquiatras (algunos, claro). También es verdad que los doctores alteran de modo substancial su papel asistencial *a pesar de* los manicomios. Como me indicó un médico de un gran centro psiquiátrico «desgraciadamente ya no hay rejas».

Siendo una organización tan compleja y tan terriblemente cara, llama la atención en los hospitales psiquiátricos españoles la parquedad con que se contrata personal especializado fuera del estricto dominio médico. ¿Dónde están los sociólogos, profesores de todos los tipos, especialistas en organización e incluso psicólogos? Ante esta ausencia, es lógico argumentar a los psiquiatras que ellos no son el centro sino el perímetro de las fuerzas sociales que contribuyen al cambio. No se dan cuenta de los obstáculos estructurales que operan fuera de sus deseos.

Veamos un ejemplo; en el lenguaje universal, un paciente mental es alguien que ingresa de modo no muy voluntario en una institución. En España se cumple la misma motivación, pero con la peregrina circunstancia de que en los hospitales psiquiátricos *se suele entrar por recomendaciones*, como si se tratase de la colocación en un pingüe cargo, una plaza gra-

39. Se me dejará citar (*animo jocandi*) en este contexto de la heteronomía de los psiquiatras, la opinión de uno de los líderes supremos de la profesión: «No he visto ningún caso de posesión (diabólica), pero si la Iglesia afirma que existe la posesión, lo admito». Declaraciones de López Ibor en S. Pániker, *Conversaciones en Madrid* (Barcelona, Kairós, 1969), pág. 57.

tuita en colegio rico o cualquier otra sinecura. Es más, yo diría que hay pocas instituciones en el país en donde la recomendación esté más institucionalizada (valga la redundancia) como en los hospitales psiquiátricos. Se necesita incluso para trabajar en ellos. Esto es resultado de un tipo de asistencia basada en el paternalismo y la escasez, en un desarrollo organizativo muy endeble (no hay que recordar la repetida observación de que este tipo de hospitales no se han acogido todavía a la Seguridad Social y funcionan en un régimen de cándida e incontrolada beneficiencia), que ha de repercutir sin duda, en los resultados terapéuticos. Lo cual, aunque importante, no hace al caso en mi discurso. Lo que interesa destacar ahora es que, si la clínica mental acoge y exagera el clima *particularista* (como decimos los sociólogos, nepotista para un lenguaje más moralizante), difícil será que asimile los cambios que hemos apuntado por la ley del progreso.

Otro condicionamiento estructural; la crítica al genérico *mal de piedra* que afecta a casi todos los órdenes de la vida oficial se puede aplicar con toda propiedad a la política hospitalaria... Sirva de muestra este comentario de un prominente psiquiatra barcelonés: «La Seguridad Social no es una organización satisfactoria para todos, como lo puede ser el National Health Service británico. Aquí se propende a la creación de grandes centros hospitalarios, pero se descuidan los pequeños dispensarios, la Medicina preventiva y cotidiana. Se hacen *Obeliscos* para que se vean desde lejos, pero se descuida la asistencia básica para la población. Lo que se va buscando es propaganda política. El nivel de los centros dispensariales no se ha elevado».

Muchos de los psiquiatras a cargo de los actuales centros mentales insisten en que éstos no pueden cumplir su misión terapéutica si se siguen dando casos de mucha estancia, de cinco, diez o más años. En ese supuesto, las actuales instituciones son meros asilos o centros de custodia, pero no hospitales en un sentido terapéutico más riguroso. Ya me he referido a ello. El problema está en que las soluciones alternativas (colonias, talleres protegidos, etc.) no son menos caras ni menos difíciles de montar y mantener.

No es de extrañar por tanto que, ante tales condicionamientos adversos, se contemple el futuro con cierto escepticismo. En opinión de un profesor universitario: «la noción de tratamiento ambulatorio como sustitución del viejo manicomio es sólo un ideal inalcanzable. La hospitalización es un necesario *paréntesis* de todo un tratamiento que tiene que continuar después en la familia, el lugar de trabajo, etc. Pero no puede desaparecer la institución cerrada. Esta viene a ser como el quirófano para el cirujano». También la cirugía es un mal menor en una terapéutica ideal.

A mi modo de ver, los intentos de establecer en los hospitales españoles

el sistema de comunidad terapéutica de los anglosajones tropezarán con la dificultad básica de todas las *reformas parciales*: no se puede modernizar un aspecto sectorial cuando el clima general de relaciones *no* es moderno. En este caso concreto un hospital psiquiátrico no puede funcionar con un régimen participatorio y democrático cuando la escuela, la familia, las organizaciones privadas y públicas son de corte autoritario. Es posible incluso que este autoritarismo general tenga que ver con la particular incidencia (de modo positivo o negativo, no lo sé) de las enfermedades mentales en nuestra sociedad. Después de esto, seguir debatiendo en España, los peligros del más refinado poder *represivo* de las pseudo-reformas de la «comunidad terapéutica», la terapia de grupo, etc., significa tratar de sustituir la ciencia con las aventuras de Alicia o de Tartarín. No sería la primera vez que por estos pagos superamos lo insuperable.

### 7. *La crítica radical de la anti-psiquiatría.*

Muchas de las precisiones y críticas que se recogen en las páginas anteriores forman el tipo de munición que distingue a los guerrilleros del movimiento llamado *Antipsiquiatría*. No voy a adoptar yo un credo tan radical, primero por temperamento y segundo... porque no soy psiquiatra. La antipsiquiatría es para mí un objeto de investigación, tanto como la psiquiatría. La postura radical de la Antipsiquiatría hecha explícita por Basaglia, para poner un ejemplo, se deriva de algunas de las anotaciones que hemos visto, a las que se añaden los axiomas de una filosofía crítica. La tesis de Basaglia se resume en el análisis del manicomio tradicional como institución represiva. Los «enfermos mentales» lo son por la definición social que los excluye de la vida normal. La mortificación manicomial es expresión de las condiciones de explotación, violencia y exclusión que reinan en la sociedad global como conjunto. La ciencia psiquiátrica se convierte en un aliado de la clase dominante al acabar literalmente con la *vida humana* de los presuntos enfermos mentales. En un manicomio, la violencia ejercida sobre los pacientes se justifica en nombre de la definición de inferiores o incapaces que se da a éstos últimos.

La tesis parece demasiado catastrófica, y en todo caso es indemostrable. Se presta al círculo vicioso de toda interpretación conspiratorial: se haga lo que se haga, no hay solución, todo contribuye a acentuar el cataclismo. Véase la acongojante consecuencia de Basaglia, yuguladora de todo hipotético activismo:

«El nuevo psiquiatra social, el psicoterapeuta, el asistente social, el psicólogo de empresas, el sociólogo industrial —por citar sólo algunos—,



son únicamente los nuevos administradores de la violencia del poder, en la medida en que —suavizando asperezas, disolviendo resistencias, resolviendo conflictos engendrados por las instituciones— se limitan a permitir mediante su acción técnica aparentemente reparadora y no violenta la perpetuación de la violencia global»<sup>40</sup>.

Si se acepta en serio este razonamiento, habría que concluir que el libro de Basaglia (y sus reformas hospitalarias) es el eslabón más refinado de la cadena agresora, lo cual me parece absurdo.

La antipsiquiatría no es menos rotunda en sus juicios. Considérense como típicos estos párrafos de López Ibor, *pontifex maximus* de la Psiquiatría española:

«La antipsiquiatría, en realidad, consiste en la ignorancia de la psiquiatría de ciertas personas que pretenden ser psiquiatras... Han salido últimamente muchos nuevos psiquiatras que, si no inmaduros, sí son utópicos, y que seguramente harían más en pro de la Psiquiatría trabajando y aplicándose en cosas constructivas que en la perturbación de la misma»<sup>41</sup>.

En opinión de un conocido psiquiatra barcelonés, «la Antipsiquiatría representa una reacción lógica, pero no presupone una salida científica. Indica el desastre por el que atraviesa la Psiquiatría actual, pero las soluciones hay que buscarlas, no en esa salida negativa, sino en las ciencias médicas. Lo último parece ser la *psicokladología*, una asociación de las víctimas que ha producido la psiquiatría, el psico-analista, y la anti-psiquiatría. Para no caer en todo ésto se impone una regresión a las bases científicas de las que hemos partido, en cierta manera el behaviorismo».

En la práctica el movimiento antipsiquiátrico se concentra en una reforma de los manicomios para transformarlos en «comunidades terapéuticas», en la línea en que queda descrito más arriba. Véase un testimonio calificado de esta postura reformista:

«Los sanatorios psiquiátricos desaparecerán... La enfermedad mental es una forma de expresarse de un individuo sobre un problema que la sociedad no tiene previsto. A medida que progresa, la sociedad se va haciendo más flexible, admitiendo su integración y comprendiendo su problema. El enfermo mental en muchos casos no necesita de reclusión para ser curado; lo puede

40. Franco Basaglia, «*La institución negada*» (Barcelona, Barral 1972), pág. 46 y págs. 129 y ss.

41. Declaraciones a la revista *Bocaccio*, n.º 18 (junio 1972), pág. 25.

ser viviendo y trabajando en la sociedad. Con el tiempo, el sanatorio desaparecerá como centro de reclusión a la antigua usanza y se convertirá en un centro de readaptación abierto.»<sup>42</sup>

De progresar esta postura, la antipsiquiatría perdería una de sus líneas más importantes de ataque: la existencia de manicomios-custodia. La línea de progreso no es nueva y su realización no es fácil en un país como España, por las razones ya apuntadas<sup>43</sup>.

La eventual propuesta de desarticulación de todos o casi todos los establecimientos psiquiátricos no-ambulatorios connotaría en la situación española el planteamiento de un no menudo problema: ¿Qué hacer entonces con la organización de dos grandes órdenes religiosas especializadas en atender a enfermos mentales y que sí necesitan vivir en comunidad? Doctores tiene la Iglesia..., y no es metáfora en este caso. Quiero decir que la cuestión desborda el marco más amplio que quiera darse a los problemas de salud mental, pero ejemplifica que la amplitud real es mucho mayor de lo que normalmente suele concebirse.

En un país como España, la preeminencia de las ideas antipsiquiátricas más actuales, tendentes a la desaparición del hospital psiquiátrico como institución total, son coincidentes con la tendencia a cierta manera opuesta del paso de una Psiquiatría libre (o mejor de consulta privada) a otra institucional<sup>44</sup>.

Esta coincidencia desemboca en multitud de tensiones. De hecho el status de los psiquiatras jóvenes en los nuevos (o renovados) centros hospitalarios representa una de las amenazas más típicas contra el «orden público», tal y como se ha venido entendiendo éste por la mentalidad oficial-tradicional<sup>45</sup>.

42. Declaraciones del doctor Rego, director del «centro psiquiátrico» para mujeres de Martorell, en *Tele/Esprés* 22-VII-72.

43. Después de todo, lo que a efectos prácticos se denomina *nueva* psiquiatría, concepción del hospital como un centro abierto y una comunidad terapéutica, a través de una terapia social, etc., eran temas sujetos a pública discusión en Gran Bretaña, hace por lo menos veinte años.

44. En la encuesta a los psiquiatras barcelonenses —casi todos muy bien situados— es casi unánime la opinión de que ya «está desapareciendo el carácter liberal de la oposición». Son mayoría los que juzgan este proceso como positivo.

45. No me voy a referir a los recientes acontecimientos de protesta pública de los jóvenes psiquiatras de Oviedo y Madrid, tema que merecería una investigación monográfica de mucha enjundia.