

Apuntes para un debate psiquiátrico-asistencial más incluyente: una aproximación historiográfica crítica a la reforma psiquiátrica española desde la desmantelación de la teoría de las ‘utopías antipsiquiátricas’.

Notes for a more inclusive debate on psychiatric care: a critical historiography approach to the Spanish psychiatric reform based on the demolition of the ‘anti-psychiatric utopias’ theory.

Cruz Mañas

Psicóloga Sanitaria. Postgraduada en Teoría y Tecnología de la Psicología.

Resumen: En este momento crítico para nuestro sistema público de salud mental en el que comienzan a alzarse las voces, este trabajo busca aportar elementos para un debate técnico-asistencial más incluyente y complejo. Con el fin de traer perspectiva a la discusión, explora las posibilidades de abrir de forma crítica nuestras producciones histórico-reformistas democráticas a todos los procesos y agentes implicados, frente a la visión internista y acumulativa de la historia compilada en nuestros anales. Superar el escollo filosófico del estatus utópico dado históricamente a las experiencias antipsiquiátricas en España, tomando como referencia la reforma del sanatorio de Los Prados llevada a cabo por Enrique González Duro de junio de 1981 a junio de 1983, nos permite anclarlas en un espacio sociohistórico en el que sus principios y herramientas toman una presencia real. Esta restitución apoya una redefinición crítica de la historia de nuestra reforma psiquiátrica democrática como resultado de una lucha intergrupual instándonos a mirarla, más allá de en clave teórico-asistencial, en sus componentes políticos e ideológicos. Argumentaremos este marco historiográfico dinámico-conflictivo aproximándonos a las actitudes y posiciones que subyacen a cada tendencia desde el análisis discursivo de los dos textos paradigmáticos en psiquiatría comunitaria que en 1985 las representan.

Palabras clave: reforma psiquiátrica, debate, antipsiquiatría, discursos.

Abstract: At this critical time for our public mental health system, when debating voices begin to be heard, this work intends to contribute to a more inclusive and complex dialogue on psychiatric care. In order to set the discussion in perspective, it explores the possibility to critically open up our democratic reformist historical accounts to include all the processes and agents implicated, as opposed to the internist and cumulative view of the history recorded in our annals. Overcoming the philosophical barrier of the utopian nature historically attributed to the anti-psychiatric experiences in Spain, taking as a reference the reform of the Los Prados psychiatric hospital realised by Enrique Gonzalez Duro between June 1981 and June 1983, allows us to place such experiences in a social-historical space where their principles and techniques become a

real presence. This reconstruction supports a critical re-definition of the history of our psychiatric reform as the outcome of a conflict between groups, and invites us to view it not merely in theoretical and technical terms, but also in terms of its political and ideological components. We will argue for this historiographical dynamic-conflictive framework by examining the attitudes and positions subjacent to both tendencies based on a discursive analysis of two paradigmatic texts on community psychiatry representing them in 1985.

Keywords: psychiatric reform, antipsychiatry, discussion.

¿Es lícito hablar de una ‘antipsiquiatría española’?

El interés que para la historia de la psiquiatría y de la psicología españolas tiene la reforma psiquiátrica llevada a cabo en el sanatorio de Los Prados de Jaén por Enrique González Duro de junio de 1981 a junio de 1983 es el de permitir desmontar la teoría de las ‘utopías antipsiquiátricas’ que equipara esta línea de trabajo asistencial en nuestro país con proyectos filosóficos críticos. Además, ateniéndonos a la prototipicidad de su gestor, del que en su día fue reconocido por los medios como el “promotor de la reforma psiquiátrica” (ABC, 1999), podemos decir que la experiencia de Los Prados contiene esa doble dimensión individual/colectiva que es condición suficiente para elevar su estatus a la categoría de testimonio histórico.

La oportunidad de traer esta experiencia reformista radicalmente comunitaria en estos momentos de ‘revival contracultural’ redefinido en los términos de una crítica antisistema, nos revela que la antipsiquiatría, en tanto que experiencia real en nuestro país, también puede contribuir con elementos válidos a enriquecer un debate técnico sobre la situación actual de crisis que atraviesa nuestro sistema público de salud y en concreto la asistencia en salud mental. Creemos que devolverla al debate asistencial ayuda a desbaratar la uniformidad que ha caracterizado

la evolución de nuestra realidad asistencial democrática. Además también lo consideramos saludable en tanto que destruye la ilusión colectiva de que no hay nada que descubrir. Más allá de dogmas, colabora en promocionar en los individuos una capacidad crítica emergente de la observación inquisitiva de la realidad, opuesta a un pensamiento basado en prejuicios que podrían acabar encerrándonos a lo que creemos conocer y por tanto, haciéndonos vulnerables a la manipulación propia y de los demás.

Efectivamente en estos momentos en que parte de la profesión ha expresado explícita y colectivamente la necesidad de debatir, nos parece oportuno enriquecer la discusión con trabajos que vengan a aportar elementos para la reflexión. Una herramienta historiográfica crítica nos insta a descubrir rincones inexplorados de nuestro pasado para hacernos comprender la complejidad de los desafíos del presente con el fin de llevarnos a soluciones más creativas y eficientes. Frente a la reivindicación de la reciente *Declaración de Atocha* de derogar la ley 15/97 que “(...) abrió la puerta legal a la privatización”, este trabajo puede hacernos caer en la cuenta de cómo es precisamente el contexto legal anterior a la ley 15/97, en concreto la Ley General de Sanidad de 1986 sobre la que se implanta la reforma psiquiátrica de 1985, el que comenzó a abrir la puerta a la privatización de los servicios, la medicalización de los tratamientos y la marginación de los pacientes crónicos denunciada.

La continuidad de la contestación pre-democrática vs. la moderación democrática en los años 80. Implicaciones psiquiátrico-asistenciales

El psiquiatra Enrique González Duro desarrolla su reforma antipsiquiátrica en el sanatorio de

¹ Por ejemplo, Manuel Desviat dice en su entrevista a la revista virtual *Subjetividad y Cultura*, en su nº 23 de abril de 2005 (p.1): “La antipsiquiatría actuó al modo de una vanguardia artística, como impacto, como revulsivo, en tanto construcción de una realidad utópica crítica a la razón psiquiátrica, que ha servido para dinamitar los límites entre razón y locura, ya rotos teóricamente por Freud, en la conciencia de la época, al igual que para evidenciar la importancia de la alienación en la producción de la enfermedad mental”.

Los Prados en Jaén, de junio de 1981 a junio de 1983. El contexto sociopolítico en el que tiene lugar la experiencia son los años que transcurren desde la transición democrática a la estabilidad política que llega con el triunfo del PSOE por mayoría absoluta a finales de 1982 y la constitución del nuevo gobierno de izquierdas en los primeros meses de 1983. Este nuevo orden democrático mayoritario necesitó para lograr su estabilidad, movilizar un discurso oficial de la izquierda que marcara claras diferencias con respecto al periodo pre-democrático de la lucha política radical, en el que muchos de nuestros psiquiatras habían destacado² no ya solo haciendo resistencia antifranquista sino además, queriendo cambiar la psiquiatría, “lo que a todas luces suponía un doble mérito para los que nos observaban desde fuera de España”³.

Por tanto, una vez conseguida la plenitud democrática nuestros psiquiatras debieron “reformular” su contestación contracultural pre-democrática con respecto a los parámetros del nuevo orden de izquierdas recién llegado. En esta contestación, en la que los anhelos psiquiátricos y políticos iban de la mano empoderándose unos a otros, el impulso reformista asistencial habría también de moderarse mermando el compromiso sociocomunitario radical de las posturas antipsiquiátricas. La solución del nuevo gobierno pasará por la ubicación de la asistencia en salud mental en el sistema general de salud, lo que comportará la descontextualización de sus principios asistenciales y la administración de sus competencias fuera del contexto local de las diputaciones provinciales.

Esta reforma de 1985 -tildada por los más comprometidos con el ideal comunitario radical de las

reformas anteriores como de “contrarreforma”⁴- vendrá a provocar el cisma en el núcleo hegemónico de nuestra psiquiatría democrática que había llegado en bloque a la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 1977⁵ desbancando a los psiquiatras del régimen franquista. Este cisma desencadena un conflicto intergrupual que podríamos esbozar, entre otros, en los términos “minoría contestataria crítica vs. mayoría posibilista moderada”.

Pero el conflicto entre tendencias reformistas comunitarias no solo se limitará al marco institucional de la AEN: sobre algunos de los máximos representantes del sector moderado de la Asociación recaerá el encargo de elaborar, a título individual en calidad de expertos, el *Informe de Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica* de 1985⁶ que habría de dar paso a la que será reconocida como la reforma oficial de nuestra psiquiatría democrática. Este hecho vendrá a delimitar claramente los discursos, las actitudes y las posiciones, entre unos y otros, al quedar ambas tendencias enfrentadas en torno al criterio ‘legítimo vs. residual’, en un conflicto institucional que más allá del ámbito interno de la AEN acaba por extenderse al ámbito público-administrativo. Estos polos opuestos vienen de este modo a redefinir el viejo conflicto pre-democrático de nuestra psiquiatría “psiquiatras

² Los problemas psiquiátricos y de los médicos internos y residentes (MIR) tuvieron mucho eco en la prensa nacional. En agosto de 1971 se movilizó todo el personal de la ciudad sanitaria provincial Francisco Franco de Madrid (hoy hospital Gregorio Marañón) por la reducción de camas. “Alrededor de 100 ayudantes técnicos sanitarios femeninos”, nos dice la agencia Europa Press (En Garcés, C., p. 62). “Con este ya son cuatro los hospitales por toda España en que, durante los últimos días, también se recluyen enfermeras en apoyo de las peticiones de los psiquiatras”.

³ Extracto de la entrevista realizada por la autora de este artículo a González Duro en su domicilio de Madrid en abril de 2013.

⁴ En palabras de José Aguilar, en su artículo de El País de agosto de 1983 titulado “la reforma psiquiátrica en Andalucía, iniciada durante la transición política, en fase de estancamiento”, nos dice “El ejemplo más reciente de esta *contrarreforma* que, a juicio de los críticos, se está produciendo, es el cese del doctor Enrique González Duro como director del sanatorio Los Prados, dependiente de la Diputación Provincial de Jaén a través de la Fundación Miguel Servet. Con su contrato de cuatro años a medio cumplir y una labor elogiada por propios y extraños, González Duro fue destituido el 27 de junio pasado por medio de una carta en la que se le acusaba de incompetencia, indisciplina e insubordinación”.

⁵ Para conocer en detalle los hechos históricos de la psiquiatría española relativos a estos años recomendamos la lectura del artículo “Tercera Etapa (1977-1999): la diversificación” de José Lázaro publicado en la revista de la AEN en el año 2000, vol.20, nº75. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/articulo/view/15707>.

⁶ El lector puede acceder al informe completo desde la siguiente dirección web, http://www.papelesdelpsicologo.es/ver_numero.asp?id=278 que incluye el texto original del Informe firmado por el propio ministro Ernest Lluch.

franquistas⁷ vs. psiquiatras comunitarios de izquierdas” en el conflicto democrático “psiquiatras minoritarios contestatarios-radicales vs. psiquiatras mayoritarios posibilistas-moderados”, una dinámica que habrá de continuar con el paso de los años.

La radicalización comunitaria vs. la moderación centralista: Análisis discursivo de dos textos paradigmáticos

Parece sensato que, si nos atrevemos a describir la historia reformista psiquiátrica de nuestra democracia desde un marco dinámico conflictivo, frente a la visión de la historia internista y acumulativa de nuestros anales, también perseveremos en dar fundamento a estas afirmaciones que en última instancia nos instan a mirar la historia de nuestra reforma psiquiátrica, más allá de en clave teórico-asistencial, en sus componentes políticos e ideológicos.

Para ello nos serviremos de un análisis comparativo de los textos paradigmáticos de las dos tendencias comunitarias enfrentadas de nuestra psiquiatría hegemónica, la una mayoritaria y moderada, la otra minoritaria y radical. Éste nos ayudará, en la línea de la psicología discursiva de Potter y Wetherell (1996), a aproximarnos a las actitudes y posiciones que subyacen a cada grupo así como a los mecanismos de control so-

cial que manejan. Estos textos representativos son los dos informes de recomendaciones técnico-asistenciales que coexisten de forma simultánea en 1985 con el fin de orientar la reforma psiquiátrica española: el uno como documento interno de la AEN promovido desde su Comisión de Asistencia [informe al que llamaremos IAEN], el otro impulsado por el gobierno central desde el Ministerio de Sanidad [al que señalaremos como ICM]. Es interesante, antes de proceder al análisis comparativo, hacer un apunte sobre las circunstancias que rodean a la publicación de ambos: si bien se desarrollan de forma simultánea (González Duro, 1992) el IAEN se publicará meses después -en concreto en el vol. v, nº 15, *Revista de la AEN* (1985), mientras que el ICM aparece con anterioridad en el vol. v, nº 13, *Revista de la AEN* (1985)-, por lo que poco habrá ya de recomendar.

Procedamos sin más con el análisis:

1. Mientras que el *principio comunitario de territorialidad* al que está vinculado el IAEN alude a una división de la población por “sectores” con el fin de que “cada sector quede servido por un equipo”, para luego definir los criterios que establecen esa división -políticoadministrativos, sociodemográficos y epidemiológicos-, el ICM habla de un “ámbito territorial definido” sin especificar, sobre el que “se ha de establecer la ordenación funcional de los recursos disponibles”, por lo que el ICM no apunta ya tanto a un plegamiento del modelo asistencial a las características de la comunidad sino más bien a una lógica funcional basada en la gestión eficiente de los recursos existentes en la que “la ordenación territorial corresponderá con la sanitaria general”. Este planteamiento, que incide directamente en el corazón de la praxis asistencial, merma el principio comunitario de raíz.
2. “El equipo de sector” comunitario del IAEN es un *equipo interdisciplinario* compuesto por profesionales de distintos campos del saber y de la praxis -psiquiatría, psicología, enfermería, asistencia social, terapia ocupacional, animación socio-cultural- “agrupados en una estructura coordinada débilmente jerarquizada para contraer roles específicos aunque difusos y en continua revisión”. Es decir, en

⁷ Menéndez Osorio se refiere a la psiquiatría española antes de la llegada de la democracia, en 2005, en su artículo “Veinte años de la reforma psiquiátrica al panorama psiquiátrico español” publicado en la *Revista de la AEN*, como de “subsidiaria del ideario dominante [nacional-católico] (...) con una concepción moralizante y adaptativa a la ideología imperante. La psicología manicomial venía a ser el modelo asistencial (...) La formación y las cátedras estaban dominadas por el filtro ideológico franquista. Por otro lado, González Duro en su libro *Los Psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos* (2008), repasa las figuras psiquiátricas de aquel momento histórico: Vallejo Nájera, López Ibor, Francisco Marco Merenciano, Ramón Sarró, Solé Segarra, entre otros. Expone así mismo que “los tratamientos que éstos usaban, exportados de la psiquiatría alemana nazi, se reducían en su mayoría al Cardiazol -que causaba tal estado al inyectado que le llevaba al borde de la muerte-, eran el electroshock sistemático, la provocación del coma hipoglucémico, el choque acetilcolínico, la carbonarrosis, el bombeo espinal, e intervenciones quirúrgicas como la lobotomía, leucotomía”, etc.,. Del mismo modo, Dualde en su artículo de 2004, “La profilaxis de la enfermedad en la psiquiatría franquista” publicado en la *Revista de la AEN*, profundiza sobre la aproximación de estos autores a las tesis eugenésicas.

la base de estos equipos reencontramos un interés de la asistencia en plegarse a la comunidad contrayendo con ésta “un compromiso radical”. El ICM habla del “equipo básico de salud” en tanto que equipo “sanitario” y del “equipo especializado” para acciones de apoyo y aquellas específicas del ámbito hospitalario. Ambos equipos responden a una lógica no centrada ya tanto en el aspecto social como en el sanitario-hospitalario y con ello a una lógica continuista con un sistema de salud heredado basado en un servicio sanitario no especializado, articulado en torno a una estructura hospitalaria. En este punto la asistencia se desviste de sus aspectos emocionales de servicio para incorporar un lenguaje más utilitario.

3. El *principio de integralidad* del IAEN hace referencia a una praxis en la que “cada equipo dispondrá de suficientes dispositivos estructurales para dar respuesta a las demandas y necesidades de la población a la que sirve, en todas sus facetas”. En esta tarea los servicios de la red de salud mental se extienden más allá de los meramente sanitarios: centros de salud mental se unen así a servicios ambulatorios domiciliarios, de hospitalización parcial y de rehabilitación y de reinserción, entre otros -servicios con los que aún no cuenta el sistema-. En el ICM no aparecen detallados los tipos de dispositivo, más bien se insiste en la necesidad de que “todos los recursos sanitarios de la atención psiquiátrica y la salud mental constituyan una unidad integrada, al menos funcionalmente” a partir de “un plan coordinado que promueva el mejor aprovechamiento” de los ya existentes. El texto solo repara en los centros de atención primaria, en los hospitales generales -y sus unidades de agudos- y los hospitales psiquiátricos -en fase de desmantelación-. En concreto, en su punto 3.7., “Programas prioritarios de actuación sobre problemas específicos”, especifica que “serán realizados dentro del dispositivo sanitario global” y por tanto “no darán lugar a la creación y desarrollo de centros y recursos asistenciales”. Este modelo, al reforzar la atención primaria -equipos especialistas psiquiátricos- y las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, no contempla como prioridad la asistencia de los pacientes crónicos, haciendo hincapié en *la coordinación*

por encima de la *integración*, lo que supone una visión de la salud mental como un “aspecto específico pero inseparable de la salud en general” que debe por tanto estructurarse a partir de un sistema sanitario público que interviene los aspectos bio-psico-sociales del enfermar -una tríada fundamentada sobre el sustrato biológico (Ingold, 2008)-.

4. *La integración* es un punto importante y común en los dos informes. No obstante, existen diferencias: el IAEN contempla una red pública de salud mental, general, autonómica y provincial, con una única fuente de financiación descentralizada -presupuestos generales del estado, comunidades autónomas, ayuntamientos- todo ello dirigido a la GRATUIDAD DE LOS SERVICIOS [en mayúsculas en el original] de cara a la desmarginalización del enfermo mental. El ICM refiere que “ha de ser responsabilidad de la Administración Pública promover la integración de la salud mental en la asistencia sanitaria en general”. A la par que liga la gestión sanitaria a “la organización del Estado” marcada por el ordenamiento constitucional como “Estado de las Autonomías”, acaba hablando de la necesidad de “cooperación entre instituciones” -central y autonómica-, lo que señala en última instancia el carácter centralista de la reforma. Además, al atenerse a lo que hay, no expone un modelo de financiación propio y por tanto no opina sobre esta cuestión fundamental, lo que origina una imprecisión que oscurece un *principio de integración* dirigido, a hacer del sistema asistencial un sistema equitativo, verdaderamente público y gratuito.
5. El *régimen de comunidad terapéutica*, central al modelo comunitario, se relaciona íntimamente con el *principio de territorialidad*, pues esta forma de entender los cuidados describe una situación asistencial en la que “cada usuario, al entrar en contacto con su equipo, será seguido sólo por ese equipo en todas sus situaciones clínicas presentes y/o futuras”. El IAEN nos advierte de que “circula una concepción funcional de la continuidad de los cuidados, según la cual el usuario debe tener asegurada la asistencia en su área comunitaria a partir de la existencia de una red de dispositivos asistenciales, aunque sean respon-

sabilidad de diferentes equipos”. No sabemos si el IAEN se está refiriendo de forma más concreta al ICM, pero lo cierto es que en este segundo informe prima una lógica funcional y un uso coordinado de los recursos que asume de forma parcial el *principio de continuidad de cuidados* -supliendo así la *integralidad* por la *coordinación*- y por tanto, que descontextualiza la asistencia. En relación con este principio tenemos que los psiquiatras del IAEN definen su visión asistencial en los términos de “orgánica, real y radical” contraponiéndola a una “versión funcional, virtual y parcial” heterodoxa que conlleva la desvirtualización del modelo comunitario.

6. Si bien el IAEN propone una *red de servicios comunitario-céntricos*, una red de centros “EN LA COMUNIDAD Y PARA LA COMUNIDAD” [en mayúsculas en el original], incluidos los servicios hospitalarios, y añade que debe procederse de inmediato “a someter a reforma la estructura del aparato asistencial”, el ICM alude a los “centros de atención primaria” como todo dispositivo comunitario a complementarse con los hospitales generales -unidades de agudos- y psiquiátricos -en proceso de desmantelación y reconversión a residencias-, lo que en último término supone la centralización y medicalización de la salud mental y por tanto una orientación médico-biológica de base sobre la enfermedad mental que prioriza, por encima de la interdisciplinariedad, una práctica farmacológica y de contención que restringe las tareas preventivas en salud mental, y que por último, acaba discriminando a los pacientes crónicos. Por su cuenta, el modelo comunitario del IAEN, al propugnar una red extensa de servicios, define el hospital general como un pasaje transitorio voluntario que deberá garantizar “un clima de comunidad terapéutica, un régimen radical de ‘puertas abiertas’ y la no discriminación de los enfermos de larga estancia”. No obstante, puntualiza, “cualquier modelo de asistencia en salud mental no debe dar primacía a lo extra sobre lo intrahospitalario, ni a los pacientes agudos sobre los crónicos”.
7. No nos gustaría terminar sin observar el lugar que cada texto reserva para los pacientes crónicos. Este hecho guarda una relación íntima con el proceso de desmantelamiento de los

hospitales psiquiátricos, que ambos informes contemplan detalladamente. El ICM lo articula desde su “Plan de hospitales psiquiátricos” a partir de tres principios -reducción progresiva del número de camas, incremento de la externalización mediante programas de rehabilitación y resocialización y reciclaje de sus profesionales-, así como desde la “reorganización funcional de la institución” y la “reordenación de los gastos buscando una mayor equidad coste-beneficio asistencial”. Este modelo de desinstitucionalización, regido en última instancia por criterios economicistas, conlleva el abandono de los pacientes crónicos al erigirse sobre dos propuestas concretas: I. El traspaso de los pacientes crónicos sin recursos a los servicios sociales, lo que implica la redefinición de su estatus y su equiparación con la condición de marginados, su exclusión de la cobertura sanitaria, y una atención ejercida por profesionales poco especializados. II. La reconversión de los psiquiátricos en residencias concertadas, y por tanto, la no gratuidad de la asistencia para los pacientes crónicos con recursos. En este sentido el IAEN nos advierte de no desmantelar los manicomios “sin un plan sociosanitario integrado”, para lo que propone la “necesaria flexibilización de los proyectos y programas de transformación”. También es destacable que el ICM no menciona explícitamente a los pacientes crónicos. Sin embargo, al señalar más adelante en su principio XXVIII que “los hospitales psiquiátricos deben reducir progresivamente su número de camas (...) y preparar a sus pacientes institucionalizados para una futura externalización”, está describiendo una situación próxima en la que estos pacientes dejan de ser un problema sanitario para pasar a la red del sistema social. No es hasta el principio XXX que el ICM se refiere por primera y última vez de forma directa a “los pacientes con patología crónica” para expresar que “los cuidados (...) exigen de la dotación de los servicios necesarios para su manejo, que incluye el tratamiento y seguimiento clínico en su entorno socio-familiar y residencias apropiadas”. Pero ¿cuáles son esas “residencias apropiadas”? Si unimos esta indeterminación a la recomendación que el ICM hace al Ministerio sobre que “deben garantizarse las prestaciones básicas, con

carácter gratuito, a todos los enfermos psíquicos (...) mediante los medios técnicos que puedan ser asumidos [negritas no incluidas en el original] por el sistema sanitario”, comprendemos que en la base de la externalización de los pacientes crónicos reside una lógica economicista que los convierte, en función de los recursos de que disponen, o bien en clientes residenciales o en marginados sociales.

Este análisis comparativo de estos dos textos históricos paradigmáticos nos ha permitido esbozar las dos tendencias comunitarias en oposición de nuestra psiquiatría democrática en 1985. Con ello, hemos podido hacer una relectura de nuestra reforma en clave, no ya solo técnico-asistencial e internista, sino también sociológica y crítica -ideológica y política-, a partir de los discursos, posiciones y actitudes que los grupos implicados en el conflicto manejan (ver Tabla 1).

Tabla 1. Las dos tendencias de la psiquiatría democrática

ICM	IAEN
Modelo comunitario moderado y centralizado: Biopsicosocial.	Modelo comunitario radical y provincial: Antipsiquiatría.
Servicios socio-medicalizados.	Servicios socio-sanitarios.
Gestión tecnócrata.	Gestión social.
Dispositivos hospitalo-céntricos.	Dispositivos comunitario-céntricos.
Territorialidad administrativo-sanitaria.	Territorialidad sectorial.
Asistencia público-privada.	Asistencia pública.
Continuidad terapéutica funcional: coordinación multidisciplinar.	Continuidad terapéutica orgánica: praxis interdisciplinar.

Apuntes para un debate más incluyente

Superar el escollo filosófico -y retórico- del estatus utópico dado históricamente a las experiencias antipsiquiátricas en España, gracias al menos a la realidad y prototipicidad de la experiencia de Los Prados y de su autor, nos abre un espacio social e histórico en el que poder ubicarla. Su restitución, en los términos de una producción residual crítica dentro de un marco dinámico-conflictivo de la realidad, colabora en una redefinición de la historia de nuestra reforma psiquiátrica democrática como resultado de una lucha intergrupala por la legitimidad de narrar el mundo. Apoyar esta hipótesis supone dar un estatus de verdad a las tesis minoritarias antipsiquiátricas y por tanto la posibilidad de una redefinición de nuestra reforma de 1985, en clave de una “contrarreforma” centralista que acaba necesariamente atenuando el principio comunitario de la asistencia.

En este momento crítico para nuestro sistema público de salud en el que comienzan a alzarse las voces, este trabajo ha procurado aportar elementos para un debate técnico-asistencial más incluyente y complejo, esforzándose en devolver perspectiva al tablero histórico-reformista democrático. Para ello, ha buscado abrir el conocimiento de forma crítica al contexto sociocultural de emergencia incluyendo a todos los procesos y agentes implicados. Consideramos que la falta de debate, frente a un discurso uniformal carente de crítica, ha sido precisamente una de las causas de la crisis actual pues ha permitido a lo largo de los años, entre otras desviaciones, que un concepto biomédico de salud mental se imponga al concepto filosófico de locura -con todo lo que esta translocación conlleva para la praxis asistencial-.

Contacto

Cruz Mañas • cruzmanas@hotmail.com
C/ St. Ana de la Albaida, 32 • Córdoba 14011

Bibliografía citada y de referencia

- Bugallo, M. et al. (1978). *Conflictos y lucha psiquiátrica en España*. Madrid: Dédalo.
- Capilla, T., Carballo S. y González Duro, E. Reflexiones sobre la práctica del internamiento psiquiátrico. (1983). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. VI. Nº 18. Pp. 485-489.
- Carpintero, H y Lafuente, E. (2007). El método histórico de las generaciones: el caso de la psicología española. *Revista Historia de la Psicología*. Vol. XXVIII. Nº 1. Pp. 67-85.
- Cayuela, S. (2005). *La biopolítica en la España franquista*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Murcia. Murcia, España.
- Cevallos, M. y Serra, B. (2006) La materialidad del poder: una reflexión en torno al cuerpo. *Revista de Filosofía A Parte Rei*. Nº 47. Pp. 1-12. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/cevallos47.pdf>
- Cubero, R. (2005). *Perspectivas constructivistas. La intersección entre el significado, la interacción y el discurso*. Barcelona: GRAÓ.
- De Miguel, J. (1976). *La reforma sanitaria en España*. Madrid: Cambio 16.
- Desviat, M. (1999). De los viejos utópicos a los postmodernistas quemados. Respuesta sentimental a Guillermo Rendueles. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol XIX. Nº 70. Pp. 325-335.
- Desviat, M (2005). Una evaluación actual de la antipsiquiatría. *Revista Subjetividad y cultura*. nº 23. Disponible en: <http://subjetividadycultura.org.mx/2012/11/una-evaluacion-actual-de-la-antipsiquiatria/>
- Fernández Liria, A. (1999). La A.E.N. y la psiquiatría española a finales del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XIX. N.º 71. Pp. 503-520.
- García, R. (1995). *Historia de una ruptura: el ayer y hoy de la psiquiatría española*. Barcelona: Virus.
- Germán, C. (2013). *La revolución de las batas blancas. La enfermería española de 1976 a 1978*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- González de Chávez, M. (2003). La Generación de la democracia: de la coordinadora psiquiátrica a la asociación española de neuropsiquiatría. *Revista Frenia*. Vol III. Nº1. Pp. 87-114.
- González Duro, E. (1975). *La asistencia psiquiátrica en España*. Madrid: Castellote.
- González Duro, E. (1982). La reforma de Jaén: entre la contradicción y la ambigüedad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. II. nº 5. Pp. 75-95.
- González Duro, E. (1983). La contrarreforma de Jaén. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol III. Nº8. Pp. 91-102. Disponible en <http://revistaaen.es/index.php/aen/issue/view/1161>
- González Duro, E. (1987). *Treinta años de psiquiatría en España*. Madrid: Libertarias.
- González Duro, E. (1989). *Memoria de un manicomio*. Madrid: Libertarias.
- González Duro, E. (2000). La crisis de la salud mental. *Boletín de Contrapsicología y Antipsiquiatría El Rayo que no Cesa*. Nº 2.
- Hernández, M. (2009). La creación del manicomio de Jaén: reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica. *Revista Norte de salud mental*. Nº 33. Pp.87-93.
- Ingold, T (2008). *Tecnogénesis. La construcción técnica de las ecologías humanas* (cap.). Vol II. Madrid: AIBR. Pp. 1-33.
- Lázaro, J. (2000). Tercera etapa (1977-1999): la diversificación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XX. Nº 75. Pp. 473-515. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15707>
- López M., Laviana M, y García-Cubillana P. (2006). Los Hospitales psiquiátricos en la reforma. Notas para orientar una investigación necesaria, en Pérez F. (Coord.). *Dos Décadas tras la reforma psiquiátrica*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Pp. 239-273.
- Menéndez, F. (2005). Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psi-

quiátrica en la España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXV. Nº95. Pp. 69-81.

Rendueles, G. (1987). De la coordinadora psiquiátrica a la A.E.N. De conspiradores a burócratas. En Aparicio Basauri, V. (comp.). *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*. Madrid: ELA.

Shotter, J. (1992). La construcción social del recuerdo. En Middleton D. y Edwards D. (cap. 7). *Memoria compartida: la naturaleza social del recuerdo y el olvido*. Barcelona: Paidós.

Watson, R.I. (1996). The Role and Use of History in the Psychology Curriculum. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. Nº 2. Pp. 66-69.

Wheterell, M. y Potter, J. (1996). *El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos*. Madrid: Gordo A & Linaza.

Artículos en prensa

Agencia EFE Sevilla. (07-11-1978). Los Manicomios deben ser sustituidos por centros abiertos. *El País*.

Aguilar, José. (08-01-1983). González de Chávez no seguirá al frente de la reforma de la asistencia psiquiátrica en Sevilla. *El País*.

Eguerhardt, C. (06-03-1983). La Reforma psiquiátrica en Sevilla. *El País*.

Editorial. (13-03-1983). La psiquiatría como represión. *El País*.

González de Chávez, M (05-05-1983). La locura y las elecciones locales. *El País*.

Fernández, J.M. (27-06-1983). González Duro califica su cese como 'frenazo a la reforma psiquiátrica en Andalucía'. *El País*.

Aguilar, J. (15-08-1983). La reforma psiquiátrica en Andalucía, iniciada durante la transición política, en fase de estancamiento. *El País*.

De la Heras, J. (25-09-1983). Las jornadas para la reforma psiquiátrica revelan la necesidad de ampliar los debates sobre este campo sanitario. *El País*.

García-Andrade, J.A. (05-08-1985). Las víctimas de la reforma psiquiátrica. *El País*.

Tribuna. (15-10-1992). La reforma psiquiátrica: pasado, presente y futuro. *El País*.

Agencia EFE Jaén. (24-11-1997). El promotor de la Reforma Psiquiátrica dice que se está desarrollando de forma salvaje. *ABC Sevilla*.

Pereira, M.J. (20-05-2011). La reforma psiquiátrica se hizo mal aquí y en Nueva York. *ABC Sevilla*.

Informes y manifiestos

Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención en Salud Mental. (1985). *Revista de la Asociación Española de Neurología*. Vol 5. Nº 13. Pp. 539-555.

Sobre el Modelo de Asistencia en Salud Mental: Comisión de Asistencia de la Asociación Española de Neurología. (1985). *Revista de la Asociación Española de Neurología*. Vol 5. Nº 15. Pp. 204-222.

Redacción. (23-11-2011). Comunicado de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: crisis económica y repercusión sobre la salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Disponible en: https://www.aen.es/index.php?option=com_content&view=article&id=489:crisis-economica-y-repercusion-sobre-la-salud&catid=417:comunicados-aen&Itemid=135

Declaración de Atocha. En defensa de la atención pública a la salud mental. (2013) Disponible en: http://aen.es/images/manifiesto_defensa_atencion_publica.pdf