

# Discursos sobre Salud Mental

Nuevas miradas a la realidad social de la  
atención psiquiátrica en la provincia de Jaén



**María Hernández Padilla**





**DISCURSOS SOBRE  
SALUD MENTAL**

**Nuevas miradas a la realidad  
social de la atención psiquiátrica  
en la provincia de Jaén**



**María Hernández Padilla**

**DISCURSOS SOBRE  
SALUD MENTAL**

**Nuevas miradas a la realidad  
social de la atención psiquiátrica  
en la provincia de Jaén**



---

Consejo Económico y Social  
de la Provincia de

*Jaén*

---

© DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE JAÉN  
Consejo Económico y Social de la Provincia de Jaén  
I.S.B.N.: 978-84-693-4976-2  
Depósito Legal: J. 1062 - 2010

Imprime:  **SOPRO ARGRA**  
*servicios gráficos | comunicación*

Polígono «Los Olivares». Villatorres, 10 - Jaén  
Impreso en España / Printed in Spain

## *Agradecimientos*

*Mi agradecimiento a quienes han hecho posible esta investigación, especialmente a las personas entrevistadas cuya experiencia ha enriquecido enormemente este trabajo y cuyo esfuerzo y tiempo concedido les honra desde su posición. A todas y todos ellos, mi reconocimiento aquí queda. Pero sobre todo, mi agradecimiento a pacientes y familiares, que han tenido que sortear no pocas dudas y temores para tomar la palabra y hacerse escuchar*

*A Eugenia Gil e Iñaki Markez, por su amistad y apoyo*



# Introducción

El trabajo que presentamos es fruto de una reciente investigación en el ámbito de la atención a la salud mental en la provincia de Jaén. Mostramos aquí los principales resultados de dicha investigación, encuadrada dentro de los estudios sociales que podemos llamar –genéricamente– *Estudios del Discurso*.

Los Estudios del Discurso (Karam 2005) forman parte de la tradición social de la investigación desde un posicionamiento epistemológico post-positivista. Su orientación teórica neomarxista recoge la consideración de la importancia no solo del factor económico, sino también de los factores sociales y culturales en la comprensión del fenómeno a investigar.

La importancia de la investigación social sobre el mundo de la salud y la enfermedad mental tiene su justificación en el hecho de tratarse de una realidad social que requiere ser investigada con las herramientas metodológicas propias de las Ciencias Sociales, pero además, en la constatación de la escasez de investigaciones de carácter internacional en este ámbito por comparación a la investigación clínica sobre salud y enfermedad mental. Por ello y de acuerdo con Rafael Huertas (2001), pensamos que este ejercicio de análisis y reflexión social es necesario si no se quiere olvidar la complejidad de la historia del pensamiento psiquiátrico en favor de un pensamiento único representado en el más radical pragmatismo clínico.

Si bien la indagación histórica, la más desarrollada hasta el momento, constituye un pilar básico de la investigación social, desde nuestro punto de vista la investigación social sobre salud y enfermedad mental requiere con urgencia la reflexión crítica de sus discursos para comprender bien dicha realidad, en un acercamiento que, en el sentido de Edgar Morin (2007) aborde la complejidad de la misma de un modo no simplificador. Conscientes de esa necesidad surge esta investigación.

Como ya sabemos, la atención a los enfermos mentales ha constituido históricamente una preocupación en los distintos países y, no solo en el ámbito de las políticas sanitarias sino también en el ámbito social, familiar y profesional. Desde la segunda mitad del siglo XX, esta preocupación se ha traducido en un enorme esfuerzo por modificar y superar las antiguas estructuras manicomiales, auténticas subculturas desarrolladas puertas adentro de la institución, que han dado lugar a una organización social compleja y cerrada que se ajusta a las denominadas por Erving Goffman «instituciones totales» (Goffman 1988). La puesta en marcha de este nuevo modelo de crítica al internamiento, centrado en la atención comunitaria es a lo que se ha denominado «reforma psiquiátrica».

La Organización Mundial de la Salud, en su «Informe sobre Salud Mental en el Mundo» (O.M.S. 2001) pone de manifiesto que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo y que el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. Existe por tanto una relación claramente desproporcionada entre la carga de morbilidad debida a enfermedades mentales y el presupuesto final asignado a las mismas. Por ello, la O.M.S. (2001, 2005a) ha expresado la necesidad de seguir desarrollando un modelo comunitario de atención, donde la prevención y promoción de la salud mental sean estrategias principales, es decir, donde la salud pública esté al servicio de la salud mental, lo que implica el desarrollo de políticas favorables de corte más social por parte de los gobiernos en los distintos países.

En España, el proceso de reforma psiquiátrica se inicia oficialmente con el Informe de la Comisión Ministerial (1985) creada al efecto y la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986) que, en su artículo 20 establece las directrices de atención conforme a un modelo desinstitucionalizador y comunitario que ha de contemplar necesariamente la dimensión social de la enfermedad mental.

En Andalucía, este proceso se inicia en 1984 con la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), cuyas competencias son absorbidas en 1986 por el recién creado Servicio Andaluz de Salud y, que acaba en la promulgación del decreto que ordena la atención a la salud mental en Andalucía conforme al modelo comunitario vigente en ese momento (Decreto 338/1988)<sup>1</sup>.

En Jaén, la reforma psiquiátrica se inicia en 1981, recién creadas las primeras diputaciones democráticas. La corporación municipal inicia el cambio hacia un modelo extrahospitalario con la aprobación del conocido como «Plan Montoya» (1980), el cuál fue calificado en su momento de flexible, realista y perfectamente viable dada la situación existente en la provincia (González Duro 1989).

---

<sup>1</sup> Decreto recientemente derogado por el nuevo Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Tras veinte años de iniciado el proceso de reforma psiquiátrica en nuestra Comunidad, la Junta de Andalucía declaró a 2005, el Año Andaluz de la Salud Mental. A partir de este momento, algunos autores hablan ya de una nueva etapa que da por finalizada la reforma y a la que denominan de «salud mental reformada» (Carmona *et al* 2006).

Nos encontramos actualmente en el contexto del III Plan Andaluz de Salud (2004) y del II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012<sup>2</sup> (Valmilsa *et al* 2008), de reciente transición desde el I Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2003-2007<sup>3</sup> (Molina García *et al* 2004).

El Plan Andaluz de Salud (2004) establece como línea prioritaria de actuación «reducir las desigualdades en el ámbito de la salud, con especial atención a los colectivos excluidos». Considera como colectivos excluidos a las personas con dificultad para integrarse laboralmente, las que no tienen red de apoyo social o aquellas que conviven en familias desestructuradas o sin hogar, situaciones muchas de ellas presentes en el contexto familiar o laboral de las personas que sufren enfermedades mentales. Se trata de incluir la dimensión social en la comprensión de la enfermedad mental.

Por otra parte, el I PISMA (2004) y II PISMA (2008) ponen de manifiesto la necesidad de disponer de estudios epidemiológicos fiables en el contexto andaluz, un aspecto a mejorar en los próximos años si se quiere conocer la envergadura real de los problemas mentales en Andalucía, ya que este conocimiento condicionará toda su política asistencial. No obstante y a pesar del reconocimiento de la dimensión social de la enfermedad mental, el análisis aportado por ambos documentos de los factores sociales es deficitario. Asimismo, tampoco se refleja en ellos el presupuesto con el que se pretende hacer frente a toda esta problemática.

Ante esta situación cabe preguntarse en qué medida se ha llevado a cabo el proceso de reforma en Andalucía. La presente investigación pretende indagar en la pregunta y reflexionar sobre el proceso de atención a la salud mental a través de su análisis en la provincia de Jaén.

Por ello, nos planteamos como objetivo general, comprender la atención a la salud mental en Jaén desde el proceso de reforma psiquiátrica iniciado en 1981. Como objetivos específicos, nos planteamos en primer lugar, analizar el contexto histórico en el que se produce la reforma provincial, su marco jurídico-político y, los recursos de atención a la salud mental y su evolución en el tiempo. Asimismo y desde dicho contexto pretendemos conocer y comprender los discursos de las y los prota-

---

<sup>2</sup> En adelante, II PISMA.

<sup>3</sup> En adelante, I PISMA.

gonistas del sistema de atención a la salud mental (SASM) en la provincia desde su posición de expertise, con especial referencia a la atención al Trastorno Mental Grave (TMG)-Esquizofrenia.

La investigación que presentamos incluye cinco capítulos, más un índice de cuadros, gráficos y tablas y un anexo fotográfico.

En el *capítulo primero* revisamos la construcción histórica del concepto de *locura* y cómo en dicho proceso emerge el fenómeno del *internamiento*, porque ambos son interdependientes y se construyen de manera paralela en función de la ideología social de cada época. Nos interesa abordar ambos, puesto que el proceso al que denominamos *reforma psiquiátrica* consiste precisamente en liberar a los locos del internamiento.

Por otra parte, entender la situación que hace posible la reforma psiquiátrica en Jaén, exige considerarla en su contexto concreto, es decir, entender la situación psiquiátrica previa pero sobre todo, los logros ocurridos desde la Segunda República<sup>4</sup>, así como las características fundamentales del pensamiento y la práctica psiquiátrica durante el periodo franquista de la Psiquiatría española<sup>5</sup>, y la aportación de los distintos paradigmas psiquiátricos al caso de la práctica psiquiátrica en Jaén.

Finalmente, revisaremos distintas directrices jurídico-políticas de ámbito internacional y europeo y distintas experiencias de reforma psiquiátrica en España y en Andalucía que surgen a mediados de los años 80.

En el *capítulo segundo*, revisamos el marco teórico y metodológico que nos sirve de guía en la indagación de los discursos sobre salud mental. Dicho marco constituye nuestra caja de herramientas teórico-metodológicas que nos permite abordar los significados contextualizados de los discursos sobre salud mental en nuestro ámbito de estudio, la provincia de Jaén. Partimos para ello del paradigma epistemológico constructorista desde sus tradiciones hermenéutica y fenomenológica, de la teoría crítica y el concepto de ideología y, del concepto *salud mental* desde las miradas *biologicista*, *antipsiquiátrica* y del *management*. Desde el marco metodológico general que constituye la perspectiva cualitativa, determinamos las fuentes que han generado nuestros datos, a saber, los discursos sobre salud mental en la provincia, así como el proceso de análisis para el que hemos empleado la metodología del «análisis crítico del discurso» (ACD).

---

<sup>4</sup> Entre ellos, todo el proceso de reforma producido en torno a la atención a los enfermos mentales.

<sup>5</sup> Esto es fundamental puesto que la atención psiquiátrica institucional en Jaén comienza en 1952, año en que oficialmente empieza a funcionar el «Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Los Prados», en plena época franquista.

En el *capítulo tercero*, presentamos los principales resultados sobre el análisis de los discursos de salud mental. El esquema que seguimos para la exposición de dicho análisis parte de una primera aproximación a los mismos con arreglo al criterio «poder y desigualdad en la articulación discursiva» de nuestras y nuestros protagonistas (informantes clave, profesionales y, usuarias y usuarios). A partir de ahí procedemos al análisis de los «discursos legitimados o de poder» y de los «discursos de no-poder», todo ello contra el contexto de fondo que constituyen los discursos de informantes clave.

En el *capítulo cuarto* exponemos las principales conclusiones, que debidamente contextualizadas permiten comprender desde la mirada interpretativa la atención proporcionada actualmente en el SASM en la provincia de Jaén. Al mismo tiempo, pretenden ser propuestas útiles que guíen la práctica clínica y la gestión, así como las futuras políticas de atención a la salud mental en el conjunto de Andalucía y sobre todo, la reflexión social desde la mirada que proporciona el análisis crítico del discurso.

Finalmente, en el *capítulo quinto* aparece la bibliografía utilizada en la elaboración de la presente investigación.



# 1. El contexto histórico en la comprensión de la realidad «Salud Mental»

El interés por las y los enfermos mentales<sup>6</sup> a lo largo de la historia ha sido variable, tanto desde un punto de vista social como institucional, de manera que la evolución del contexto social a lo largo del tiempo, más concretamente a lo largo de los últimos siglos, ha condicionado la existencia de formas de vida para los alienados como el internamiento.

El internamiento ha de entenderse como una forma de vida institucional para los alienados, que reproduce una estructura social específica, a menudo con carácter asilar<sup>7</sup> y, que puede tener –aunque no necesariamente– fines terapéuticos. Como práctica social, el internamiento o el internado ha de entenderse en el sentido que Goffman le asigna, como «un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente» (Goffman 1988: 13).

Frente al internamiento, la desinstitucionalización o reforma psiquiátrica<sup>8</sup>, ha pretendido hacer común lo diferente, hacer visible la alienación como

---

<sup>6</sup> El término «enfermedad mental» y «enfermo mental» se acuña en el siglo XIX y remite a otros términos de uso común de épocas pasadas como el de «insensato» o «loco», éstos de carácter más genérico. El término «alienación» acuñado por Pinel distingue ya, aquello de la locura que es objeto de interés médico, mientras que el término «enfermedad mental» y más específicamente el de «enfermedades mentales» nos remite a la especificidad que distingue a unas y otras presente en la actualidad. Este cambio terminológico es fruto de la evolución del pensamiento psiquiátrico, de la evolución de los paradigmas del pensamiento psiquiátrico, desde el «paradigma de la alienación mental» o de la unicidad al «paradigma de las enfermedades mentales» y cuyo resultado es la creación de la primera clasificación o taxonomía en el siglo XIX (Lantéri-Laura 2001).

<sup>7</sup> El carácter asilar hace referencia al carácter crónico e irrecuperable de los alienados y por tanto, al carácter cerrado o de aislamiento permanente de los internados.

<sup>8</sup> El término «desinstitucionalización» se utiliza como equivalente al de «reforma psiquiátrica», aunque en realidad, el primero hace referencia exclusivamente al hecho de la salida de los enfermos del internado y el segundo implica, además, la creación de dispositivos de atención de carácter fundamentalmente

una manifestación humana más, protagonista de la vida cotidiana y expresión del ser humano en su diferencia. Se ha definido como el «proceso de desinstitucionalización o abandono por cierre o profunda transformación de los viejos hospitales psiquiátricos y la implantación sustitutiva de servicios comunitarios de tipo residencial no hospitalario, ambulatorio y de atención intermedia» (Salvador-Carulla *et al* 2003: 182).

Como pone de manifiesto Michel Foucault<sup>9</sup> (2002), la práctica del internamiento ha sido común en toda Europa desde la Edad Media, aunque no estuvo limitada exclusivamente a la locura. Es, especialmente, desde mediados del siglo XVII y durante todo el siglo XVIII, cuando se origina la práctica del internamiento de la locura que ha persistido de manera general hasta casi finales del siglo XX y que todavía hoy persiste en algunos países y regiones del mundo.

En este sentido del internamiento, los siglos XVII y XVIII, la época de la «razón», es la época de creación de los grandes internados<sup>10</sup>, herederos del sentido de exclusión que tuvieron en su momento los leprosarios<sup>11</sup> durante la Edad Media. La locura se convierte dentro del internado en una experiencia de encierro y de silencio. La locura es durante esta época *falta de razón o sinrazón* y potencial alteradora del orden social, por eso el internado no se concibe con fines médicos sino como mecanismo de control social. Pero la locura no fue internada en solitario sino junto a otras experiencias marginales, creando una historia paralela y común de rechazo social y represión, que alcanzó sus cotas más altas durante la Ilustración.

La función o consideración médica de la locura que se le reconoce en la cultura contemporánea es posterior, comienza a finales del siglo XVIII y se instala durante todo el siglo XIX<sup>12</sup>, primero con el alienismo de Philip Pinel y posteriormente con todas aquellas aportaciones que contribuyeron a desarrollar el denominado «paradigma de las enfermedades mentales» (Lantéri-Laura 2001).

---

comunitario. Por tanto, el segundo término abarca al primero (García y Vázquez-Barquero 1999). Una acepción más elaborada del término «desinstitucionalización» implicaría además «acción política» desde el interior (Rotelli, De Leonardis y Mauri 1987).

<sup>9</sup> La primera edición en francés de su obra «Histoire de la folie à l'âge classique» de ediciones Gallimard, es de 1964. La primera edición española es de 1967, en Fondo de Cultura Económica. Nosotros referenciamos la sexta reimpresión española.

<sup>10</sup> Foucault (2002) se refiere a ella como «el gran encierro».

<sup>11</sup> Para Foucault, una vez desaparecida la lepra, la figura del leproso vino a ser sustituida por la del venéreo. Las enfermedades venéreas convertidas en auténtica epidemia, convivieron con la locura en el espacio del internado integrándose a ella «en un espacio moral de exclusión» (Foucault 2002: 20). Esta consideración moral es importante porque pensamos que ayuda a explicar el origen del tabú hacia la enfermedad mental y los enfermos mentales que todavía hoy permanece muy arraigado en nuestra sociedad.

<sup>12</sup> Considerado como el «siglo de la clínica» (Huertas 2005).

Es importante tener en cuenta ambas dimensiones, la social y la asistencial, porque la desinstitucionalización o reforma psiquiátrica ocurre sobre las estructuras sociales creadas por el internamiento y sobre la cultura clínica o médica de la enfermedad mental, es decir, los internados, manicomios o sanatorios que fueron objeto de la reforma psiquiátrica en España en torno a los años 80 del pasado siglo XX son herederos de estas tradiciones sociales y médicas del internado.

## 1.1. El contexto histórico de la desinstitucionalización en la provincia de Jaén

Entender la atención psiquiátrica en la provincia desde su reforma producida en 1981, exige necesariamente entender el contexto en la que surge<sup>13</sup> (Hernández-Padilla 2009). Este contexto está marcado históricamente por las estructuras de pensamiento y práctica psiquiátrica heredadas de la segunda mitad del siglo XIX, que permanecen a través de las reformas asistenciales habidas durante la II República española y en épocas más recientes, por un contexto social y político complejo, marcado por la dictadura franquista y cuyo conocimiento todavía hoy se encuentra en construcción por parte de las y los investigadores sociales.

En este sentido, Dualde (2004) pone de manifiesto la falta de estudios que ofrezcan una visión de conjunto de la psiquiatría en la época franquista y una adecuada contextualización de la psiquiatría española dentro del marco de la psiquiatría europea. Pero además, entender la atención psiquiátrica de Jaén, exige tener en cuenta dos aspectos: su historia documentada y la figura y trayectoria de Juan Pedro Gutiérrez Higuera<sup>14</sup>, auténtico artífice del Sanatorio de Los Prados, la institución provincial sobre la que cincuenta años después de su creación se produciría la reforma psiquiátrica.

La historia documentada de la atención psiquiátrica provincial es escasa, así lo muestran los fondos del Archivo Provincial. En Jaén, la atención a los «dementes» con carácter institucional constituye una preocupación desde mediados del siglo XIX<sup>15</sup> y así fue hasta 1952, año de inauguración del Sanatorio Los Prados.

---

<sup>13</sup> En este sentido, Rafael Huertas recuerda que «en psiquiatría, como en cualquier orden de la vida, es preciso conocer que no partimos de cero y reconocer la existencia de una serie de tradiciones que, con mejor o peor fortuna, con aciertos y errores, han ido conformando un pensamiento psiquiátrico complejo que no puede ni debe olvidarse en aras del pragmatismo clínico y del pensamiento único aplicado a la psiquiatría» (Huertas 2001: 27-28).

<sup>14</sup> Rafael Huertas ha hablado de la importancia del género biográfico al servicio del conocimiento, que él expresa como la necesidad de «seguir profundizando sobre el papel de las contingencias individuales en el marco de la reflexión histórica» (Huertas 2002a: 15).

<sup>15</sup> Hay referencias de 1847 en el Archivo de la Diputación Provincial, relativas a una futura «Casa de Dementes» que junto a otros establecimientos (asilos de mendicidad, casa de expósitos, hospicios) for-

La Ley de Beneficencia de 1849 marcó un modelo asistencial para los dementes propio del Estado liberal-burgués que condicionó una gran precariedad de la asistencia pública<sup>16</sup> tanto en el conjunto de España (Huertas 2002) como en Jaén (García Sánchez 2005, 2007), situación ésta que vino a paliar el desarrollo normativo de la asistencia psiquiátrica ocurrido con la II República.

Mientras tanto, el déficit asistencial público vino a compensarse con el desarrollo de la asistencia manicomial privada<sup>17</sup>. Algunos de esos manicomios<sup>18</sup> privados fueron receptores de dementes desde otras provincias, como fue el caso de Jaén. Y es que en Jaén, aunque siempre existió un espacio concreto donde atender con carácter de urgencia a los dementes<sup>19</sup>, la atención a los mismos hasta la creación de Los Prados fue en gran medida una atención externa<sup>20</sup> y únicamente se consolida de manera institucional en 1952 por el empeño de Juan Pedro Gutiérrez Higuera, en un periodo

---

marán el conjunto de establecimientos de carácter benéfico en la provincia (García Sánchez 2005, 2007). Esta preocupación es común en el conjunto de España y constituye junto a otras iniciativas, un intento de legitimación de la medicina mental en nuestro país (Huertas 2002).

<sup>16</sup> Se describe como «una asistencia psiquiátrica pública muy escasamente medicalizada y relegada al ostracismo por parte del Estado» (Huertas 2002: 93).

<sup>17</sup> Huertas sostiene que al igual que ocurrió en el siglo XIX, especialmente en su segunda mitad, los primeros años del siglo XX en España siguen siendo años de esfuerzo por la legitimación de la medicina mental. Una de sus principales estrategias de legitimación fue la creación de manicomios, fundamentalmente privados, que volcaron su esfuerzo en la búsqueda de resultados terapéuticos a través del tratamiento moral. El autor habla de un «empeño institucionalizador que encontrará en los primeros años del siglo XX un caldo de cultivo especialmente rico en proyectos y realizaciones» (Huertas 2002: 98).

<sup>18</sup> Como el de San Baudilio de Llobregat o Ciempozuelos de Madrid.

<sup>19</sup> La acogida se realizaba en la Sala de San Diego del Antiguo Hospital de San Juan de Dios «concebida y regida por un criterio de seguridad: rejas fuertes, con un ventanillo practicable para introducir la comida, cerrojos, camisas de fuerza No había Médico especialista ni personal subalterno adecuado, por su número, ni por su capacitación» (Gutiérrez Higuera 1954:11). Las condiciones de este espacio fueron descritas también como «una sala situada en semisótano, con ventanas altas, fuertemente enrejadas, que recibían luz y ventilación .daba cobijo en confuso hacinamiento y desorden a todos los pacientes que se llevaban al Hospital generalmente afectos del denominador común de la agitación, extravagancia o serios desórdenes de conducta social. Esta era la situación hasta 1918» (Gutiérrez Aguilera 1978: 86). Gutiérrez Aguilera recoge-sin duda- la situación previamente definida por su padre a principios de siglo. Posteriormente en 1926, se crea el denominado «Pabellón de la Dictadura» específico para los dementes, pero todavía insuficiente.

<sup>20</sup> Hasta 1868, la mayor parte de los dementes fueron enviados a Granada para su internamiento y a partir de esa fecha, se empiezan a contratar los servicios del Manicomio de San Baudilio de Llobregat, de carácter privado, el cuál se elige dadas las buenas condiciones higiénicas del mismo y el número importante de curaciones que se le asignaban. Como ya manifestara Foucault (2002), en la elección se daba importancia a las condiciones higiénicas de la institución, ya que los asilos no tenían en su concepción por objetivo principal el tratamiento, sino la evitación de enfermedades o complicaciones corporales, fruto del hacinamiento. La solución de los traslados en Jaén pretendía resolver un problema económico: el de evitar el enorme gasto que suponía la construcción de una Casa de Dementes, pero a la vez generaba otro problema de la misma índole y era que el gasto por su asistencia aumentaba debido al traslado y al hecho de vivir fuera de la provincia.

histórico complejo desde el punto de vista social, cultural y político: el periodo franquista (De Miguel 1975; Castilla del Pino 1977, 1987; González Duro 1987, 1996).

Resulta cuanto menos llamativo que la práctica manicomial en Jaén, como en tantas provincias españolas haya estado precedida de un notable desarrollo de la psiquiatría española. Como explica Huertas, «la Psiquiatría española finisecular, a pesar de sus limitaciones, encarna un intento de reconstrucción material e intelectual que, junto a un cierto progreso en la práctica, prepara el terreno para un momento de esplendor de los años veinte, que culminará en la segunda República» (Huertas 2002b: 97).

Y es precisamente en esos años veinte, en 1926, cuando Juan Pedro Gutiérrez Higuera<sup>21</sup> entra en contacto con la medicina mental haciéndose cargo del Pabellón de dementes en Jaén, en el denominado «Pabellón de la Dictadura». Pero su inestabilidad laboral hace que entre 1927 y 1930 se traslade a Madrid, donde entra en contacto y es influido por una de las corrientes de pensamiento psiquiátrico dominante de la época, nos referimos a la denominada Escuela de Madrid<sup>22</sup>, entre ellos por Gonzalo Lafora, Huertas y Germain o Marañón, pero «clara y definitivamente conquistado» por las ideas de Sanchis Banús<sup>23</sup> (Palma 1999: 71).

El primer tercio del siglo XX ha sido considerado como la época dorada de la psiquiatría española (Huertas 2002; Dualde 2004) como muestran algunos de sus logros, entre ellos, la creación de asociaciones profesionales<sup>24</sup>, del Cuerpo de Alienistas<sup>25</sup>, de la

---

<sup>21</sup> Juan Pedro Gutiérrez Higuera realiza su formación primera como jurista (1919) y posteriormente como médico (1923). Una extensa biografía sobre su perfil humano y profesional, así como del contexto sociopolítico de su época se puede encontrar en Palma (1999). Respecto a la estrecha e histórica relación entre mundo jurídico y mundo médico, ésta ha sido puesta de manifiesto magistralmente por Foucault (2002). Este aspecto resulta de gran importancia si consideramos que las prácticas jurídicas han contribuido a lo largo de la historia a la emergencia de nuevas subjetividades, de nuevas formas de verdad (Foucault 2003).

<sup>22</sup> De la Escuela de Madrid, Huertas ha dicho que se sitúa en «un paradigma bien distinto al del alienismo decimonónico, al incorporar, por un lado, los principios de la psiquiatría alemana y, por otro, las aportaciones de la brillante Escuela Neurohistopatológica de Cajal» (Huertas 2002: 97).

<sup>23</sup> José Sanchis Banús fue psiquiatra y diputado socialista durante la época citada y aún siendo representante de la Escuela de Madrid, estuvo muy interesado por el psicoanálisis. Hay que recordar que ésta es una época tremendamente ecléctica tanto en el pensamiento como en la praxis psiquiátrica (Huertas 2002). También se ha dicho que «durante la época de los años 30 del siglo XX, la doctrina freudiana tuvo gran atracción en un número creciente de psiquiatras, no como un método exclusivo, sino como herramienta que podía ser agregada a técnicas y teorías más tradicionales y, a veces, combinada con ellas» (Márquez 2005: 81).

<sup>24</sup> Como la Asociación Española de Neuropsiquiatría en 1924, que se erige como interlocutora de la Administración, instándola a una serie de reformas legislativas, asistenciales, de enseñanza universitaria y de creación de un cuerpo de facultativos especialistas, los médicos alienistas.

<sup>25</sup> En 1926 se crea el Cuerpo Español de Alienistas que asumiría el régimen técnico de los manicomios y su organización, así como todo lo relacionado con los expedientes judiciales de los alienados (Gimeno, Escalas y Torras 2000).

Liga de Higiene Mental<sup>26</sup> o las publicaciones pioneras en el campo de la medicina mental<sup>27</sup> (Huertas 2002; Dualde 2004), iniciativas todas ellas tendentes a reforzar una imagen del colectivo profesional ligado al importante desarrollo científico del resto de la medicina. Teniendo en cuenta este contexto, se entiende que este periodo haya sido calificado también como «la época dorada de la psiquiatría oficial y en Jaén» (Gutiérrez Aguilera 1978: 101).

En enero de 1931, Juan Pedro Gutiérrez Higuera se incorpora como Alienista<sup>28</sup> Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Beneficencia Provincial de Jaén e inicia su etapa de establecimiento en la vida profesional y social de la provincia, siendo estos años muy estimulantes en el conjunto de su vida (Palma 1999). Y es que la apertura producida por la II República también alcanza el pensamiento y la práctica psiquiátrica de la provincia, recogiendo sus influencias de las publicaciones francesas, inglesas o alemanas<sup>29</sup> (Dualde 2004), aunque también por el contacto directo de los psiquiatras españoles con sus colegas en el extranjero (Palma 1999; Dualde 2004).

Toda esta iniciativa profesional viene a completarse con el Decreto republicano de 1931<sup>30</sup> sobre asistencia a enfermos mentales, que modifica sustancialmente la deplorable situación de los mismos, en especial, en las instituciones públicas y crea los organismos encargados de velar por una asistencia psiquiátrica adecuada. Nos referimos al Consejo Superior Psiquiátrico, a instancias del cual se crearon, también en Jaén, todas las estructuras reformadoras previstas por dicho Decreto<sup>31</sup>.

Al igual que en el resto del país, tanto la modalidad institucional, la asistencia abierta como las campañas de higiene mental fueron llevadas a cabo en

---

<sup>26</sup> Sus miembros procedentes de distintos ámbitos (médicos, higienistas, pedagogos, psicólogos, jurisperitos) tuvieron por objetivo el estudio y adopción de medidas profilácticas de la locura, de asistencia médica y social, así como de higiene mental individual (Huertas 2002b).

<sup>27</sup> Como es el caso de la mítica «Archivos de Neurobiología» en 1920 (Huertas 2002b).

<sup>28</sup> Recordemos que el discurso alienista defiende las ideas de que «el progreso, las conmociones políticas, la degradación de las costumbres, la miseria e inmoralidad de las clases populares, etc., se convierten en factores generadores o predisponentes de no pocos desarreglos mentales» (Huertas 1992: 43).

<sup>29</sup> Concretamente, Palma argumenta que «la Medicina en general y la Psiquiatría en particular, así como la cultura en su conjunto estaban dominadas en estos años por el pensamiento alemán» (Palma 1999:72-73). En los documentos manejados de Gutiérrez Higuera y Gutiérrez Aguilera se subraya esta tendencia germanófila.

<sup>30</sup> Decreto de 3 de julio de 1931, de asistencia a enfermos mentales.

<sup>31</sup> El Decreto de 1931 reconoce el carácter de prisión más que de clínicas médicas de los manicomios e insta a las modificaciones oportunas y a la adaptación de la legislación con arreglo a la «altura que las exigencias de la ciencia psiquiátrica demanda». Reconoce tanto la modalidad de asistencia en el seno de la familia (art. 1) como la modalidad institucional (art. 2) y la asistencia abierta (art. 4) y el carácter preventivo de las enfermedades mentales mediante la denominada «higiene mental» a través de los Dispensarios (art. 5 y art. 7). Como puede verse, el Decreto de 1931 recoge las líneas básicas de actuación de los movimientos de reforma posteriores en España.

Jaén y enfocadas fundamentalmente a la prevención del consumo de alcohol y a la prevención de la lues, marcando de esta forma el carácter de la psiquiatría provincial. Una psiquiatría basada en la higiene mental y apoyada en la ciencia eugenésica que, partiendo de un determinismo biológico, entiende que las capacidades físicas, mentales y morales son hereditarias (Álvarez Peláez 2003). Esta concepción eugénica fue introducida y compartida por representantes de la Escuela de Madrid, entre ellos, Lafora, Sacristán, Sanchis Banús o ya en otro posicionamiento ideológico y con otros fines, por Vallejo Nágera<sup>32</sup>.

Este es un momento en el que Juan Pedro Gutiérrez Higuera empieza a consolidar su situación y «se afianza definitivamente en y para Jaén, en y para la Psiquiatría» (Palma 1999: 72), comenzándose la primera reglamentación del manicomio<sup>33</sup>.

En un contexto de grandes convulsiones sociales y políticas estalla la Guerra Civil en 1936, el hospital se convierte en hospital de guerra (Palma 1999) y los enfermos mentales son trasladados a distintos conventos de la ciudad, entrando la asistencia a los dementes en una etapa de mayor precariedad e iniciándose para él una etapa que daría a su vida, así como a la asistencia psiquiátrica provincial, un giro importante y definitivo.

Nos referimos a la dedicación a la política que inicia una vez terminada la Guerra<sup>34</sup>, primero como responsable de la política municipal, como alcalde de Jaén entre 1939 y 1947 y posteriormente como responsable de la corporación provincial entre 1949 y 1958. Su intención de crear una institución psiquiátrica propia en Jaén, no le abandonó en ningún momento y se ha argumentado que estas responsabilidades políticas siempre tuvieron como fondo la tarea de facilitar dicha empresa (Palma 1999).

El esfuerzo por la creación del manicomio provincial es pues realizado desde su responsabilidad del poder político, viéndose necesariamente mediado por los «condicionamientos ideológicos del régimen político franquista» (Marsset, citado por Dualde 2004), porque «es imposible no relacionar la teoría y la praxis de la psiquiatría con los grandes temas culturales, políticos y sociales» (Ballerini 2002: 16).

Los logros ocurridos para la psiquiatría durante la Segunda República quedan estancados durante esta época (González Duro 1987; Huertas 2002a, 2002b;

---

<sup>32</sup> Ver al respecto el estudio biográfico realizado por Rafael Huertas (2002a).

<sup>33</sup> «Reglamento para el Manicomio Provincial de Jaén» (1936). Leg. 3134/40. En este reglamento llama la atención que teniendo como referencia la norma republicana de 1931 y aunque se mencione el dispensario y el servicio social, de hecho sólo se reglamente el funcionamiento del manicomio, del dispositivo cerrado, cuando la esencia de la norma republicana es de carácter comunitario y evidentemente social.

<sup>34</sup> Castilla del Pino (1977) define la psiquiatría de la post-guerra hasta 1950, como marcada por el ideal político franquista, que a la vez dará sustento científico al ideario y, a partir de esa fecha habrá un margen relativo de independencia de la actividad psiquiátrica. En los tres últimos años del franquismo, el poder psiquiátrico quedará reducido a la mínima expresión.

Dualde 2004), una época básicamente antidemocrática, influida por la religión en sus aspectos teóricos, fuertemente moralista, de corte organicista y contraria a las tesis sociológicas (Castilla del Pino 1977), una época en la que «el nacionalismo y el patriotismo contaminaron también a la psiquiatría» (Castilla del Pino 2007: 113), una época de estancamiento teórico en todos los posibles órdenes del conocimiento psiquiátrico.

El poder psiquiátrico dominante durante el régimen franquista representado hasta 1960 por Antonio Vallejo Nágera y, a partir de 1960, por Juan José López Ibor (Huertas 2002a; Dualde 2004) influencia también la praxis psiquiátrica de Jaén (Gutiérrez Aguilera 1953), evidenciándose en el rechazo implícito hacia el psicoanálisis en tanto que elemento de reflexión social, incompatible con un régimen político autoritario (Huertas 2002; Dualde 2004). Aunque las ideas de Sanchis Banús influyeron inicialmente en Gutiérrez Higuera y a pesar de la permanente influencia alemana sobre el pensamiento y la praxis psiquiátrica de Jaén, la influencia de la antipsiquiatría y de las disciplinas de cuestionamiento y crítica social como el psicoanálisis sobre la Alemania de los años 60 (Janzarik 2001) no se dejó sentir sobre el ejercicio psiquiátrico en Jaén.

Si bien desde finales del siglo XIX y hasta principios del siglo XX, la institucionalización psiquiátrica en España se convirtió en un mecanismo de reconocimiento profesional (Huertas 2002), durante la II República se cuestiona este modelo cerrado, un modelo que vuelve a instalarse en Jaén con Los Prados y, es que los manicomios de los años cincuenta funcionan como respuesta a una situación social estructural injusta e insolidaria que encuentra en la psiquiatría institucional un mecanismo de control, diferenciador y segregador entre la salud y la enfermedad mental (González Duro 1987). Es decir, el manicomio junto a los distintos tratamientos en él empleados establecen la diferencia entre la salud y la enfermedad mental.

El trabajo de Gutiérrez Aguilera (1953) es uno de los escasos y valiosos documentos publicados de la psiquiatría jiennense durante la época franquista y posiciona la misma como una psiquiatría de las enfermedades mentales<sup>35</sup>, biologicista<sup>36</sup> u

---

<sup>35</sup> Como corresponde, por otra parte, al periodo histórico en ese momento. Se dice «que la locura no es ningún producto del alíño de brujas ni de la presencia de endemoniados, sino una auténtica y verdadera enfermedad, que tiene su tratamiento médico adecuado y van apreciando que en los actuales establecimientos ha dejado de considerarse al paciente como a un loco furioso para proceder a su estudio como una persona enferma» (Gutiérrez Aguilera 1953: 61).

<sup>36</sup> La tesis genética y la teoría de la degeneración de las enfermedades mentales se aprecia con claridad cuando se expresa sobre «la certeza del influjo de la herencia en la predisposición al padecimiento de los cuatro más importantes círculos nosológicos psiquiátricos. Así, al ver en una determinada población la especial incidencia de una concreta psicosis podremos apreciar que, aunque en muchos casos ella no surja a la contemplación del médico, existirá una especie de `ambiente endógeno`, latencia o enfermedad en potencia, sobre el que puede desencadenarse la psicosis, existiendo por lo tanto en esa población una especial predisposición a padecer la enfermedad de referencia» (Gutiérrez Aguilera 1953: 70).

organicista, que recoge una incuestionable influencia alemana<sup>37</sup>, casi con reminiscencias del alienismo decimonónico<sup>38</sup>. Como vemos, una psiquiatría compatible con el internamiento, lugar donde aplicar con criterios científicos todo el arsenal diagnóstico y terapéutico de la nueva medicina mental<sup>39</sup> (Gutiérrez Aguilera 1953; Gutiérrez Higuera 1954; Palma 1999) y donde llevar a cabo un sistema de vida ordenado y disciplinado<sup>40</sup> de los internos, tanto en las costumbres como en el trabajo<sup>41</sup>, base todo ello del tratamiento moral<sup>42</sup>.

Se considera ya inaplazable la construcción del manicomio y este nuevo impulso surge en 1940<sup>43</sup>. Pero no es hasta 1949<sup>44</sup>, cuando se procede a la construcción –ya definitiva– de Los Prados<sup>45</sup>, coincidiendo con el inicio de la reagrupación

---

<sup>37</sup> Una psiquiatría interesada en la descripción clínica prolija y la clasificación nosográfica de Kraepelin, que toma como criterios estadísticos de referencia las estadísticas de Ernst Rüdin (Gutiérrez Aguilera 1953). La influencia de Kretzmer también se deja notar tanto por los cercanos contactos habidos con el mismo, invitado a Jaén, así como su influencia en la práctica del interés por los biotipos y su relación con la patología mental (Gutiérrez Aguilera 1967). Sobre los temas y tendencias de la psiquiatría alemana desde mediados del XIX, resulta muy esclarecedora la obra de Werner Janzarik (2001).

<sup>38</sup> La mentalidad alienista ha sido puesta de manifiesto en la atención psiquiátrica de Jaén por Gutiérrez Aguilera cuando expresa, refiriéndose a la etapa 1928-1953 que: «Han sido 25 años especialmente ricos en acontecimientos políticos, técnicos y sociales, de los que buena parte de ellos podían haber influido la frecuencia de la enfermedad mental. Me refiero en especial a las revueltas políticas consecutivas al advenimiento de la República, periodo de inseguridades y luchas anteriores a nuestro Movimiento, nuestra Guerra de Liberación y hambre padecida durante ella en nuestras poblaciones» (Gutiérrez Aguilera 1953: 57).

<sup>39</sup> «Las técnicas diagnósticas auxiliares de laboratorio, Rayos X y psicológicas son de corriente empleo. Se ponen en práctica los mismos tratamientos que en cualquier clínica psiquiátrica del extranjero: curas de Sakel, electronarcosis, electroshock, electroshock con curare, piritoterapias, método de Fiamberti, etc, etc., se practican a diario» (Gutiérrez Aguilera 1953: 64).

<sup>40</sup> El internamiento, concebido como ‘las dependencias del tratamiento moral’, sirve para poner orden en las cosas y en el tiempo, lo que constituye el primer antídoto contra el desorden mental (Morel y Quérel 2000).

<sup>41</sup> «En sus talleres y explotaciones agrícolas, el 75% de la población de enfermos se beneficia de la laborterapia. Se están poniendo, en fin, los medios para colocarlo en óptimas condiciones de rendimiento y eficacia» (Gutiérrez Aguilera 1953: 64).

<sup>42</sup> Resulta muy interesante la obra sobre el tratamiento moral de la locura de François Leuret (1840), reeditado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría en 2001 y prologado para la misma por Rafael Huertas, donde señala que «es importante insistir en que el tratamiento moral tiene razón de ser en tanto se considere al loco un sujeto ‘curable’ o, lo que es lo mismo, recuperable para el sistema social» (Huertas 2001a: 13).

<sup>43</sup> Este año 1940, tras la Guerra Civil, Juan Pedro Gutiérrez Higuera es nombrado alcalde de Jaén, por lo que cabe suponer la influencia política en favor de la creación del manicomio.

<sup>44</sup> Hay que decir que el impulso último en la creación de Los Prados lo dio Juan Pedro Gutiérrez Higuera, que en ese año es nombrado Presidente de la Diputación Provincial (1949-1958), cargo que aceptó a condición de materializar finalmente el proyecto tan largamente perseguido, la construcción definitiva de Los Prados.

<sup>45</sup> Tanto Gutiérrez Higuera (1954) como Gutiérrez Aguilera (1953), insisten en la nueva denominación del establecimiento como «Sanatorio» por sus funciones terapéuticas con carácter científico, en vez de

de enfermos desde el exterior, los cuales comenzaron ocupando las escasas dependencias disponibles, a la vez que trabajando en la construcción del edificio definitivo<sup>46</sup>, que se dio por finalizado en 1952 y que empezó a funcionar en su práctica totalidad.

La naturaleza de Los Prados se describió como sirviendo a un propósito asistencial benéfico-sanitario, «con carácter mixto, con misiones clínicas, educativas, económicas, de seguridad o, al menos, misiones asistenciales en las que predominan uno u otro de los aspectos apuntados según el enfermo, sección o pabellón de que se trate (...); un establecimiento de esta clase tiene mucho de hospital, pero también de asilo, granja, taller, colegio y prisión (...), un establecimiento mixto, es decir, destinado a casos agudos y crónicos, niños y adultos, en servicio abierto y cerrado, neurológicos y psiquiátricos, benéficos y de pago, participa de las características de los distintos tipos de centros psiquiátricos denominados Clínica, Colonia, Asilo, Escuela, etc.» (Gutiérrez Higuera 1954: 30-47)<sup>47</sup>. Por tanto, el Sanatorio de Jaén pretendía funciones de «manicomio científico» (González Duro 1987: 32) enfocado a la curación, aunque también a funciones de asilo<sup>48</sup> en el llamado «manicomio para pobres» (González Duro 1987: 22), donde se encerraba lejos de la ciudad toda la patología social y donde se practicaban los remedios morales.

Se requirió para este establecimiento de un personal específico, «suficiente en número, perfectamente capacitado en sentido técnico<sup>49</sup>, de adecuada aptitud

---

su denominación como «manicomio» (referencia exclusiva a su función custodial). En este sentido, se ha apuntado que «los asilos para locos se convirtieron en instituciones terapéuticas, es decir, en establecimientos cerrados en los que sus internos ya no estaban sometidos a una promiscuidad «indiferenciada», sino a una promiscuidad «específica» (...) un lugar de observación científica y de moralización integradora» (Huertas 1992: 44).

<sup>46</sup> Juan P. Gutiérrez Higuera (1954) justificó esta forzada reagrupación con un doble argumento: por una parte, el trabajo de los enfermos en la construcción de Los Prados contribuía a la laborterapia y por otra, a la rentabilidad económica de la Corporación Provincial. Pero además, de esta forma facilitó una puesta en marcha «experimental» de todo el mecanismo asistencial que años después estaría a pleno rendimiento. Por tanto, rentabilizó todas sus decisiones relativas a Los Prados desde la doble vertiente como médico psiquiatra y como político. A este respecto, Ramón García expresa que la ideología médico-manicomial ha servido como encubrimiento científico a la real baratura que representa la fuerza de trabajo del loco (García 1972).

<sup>47</sup> La clasificación y denominación de los servicios en Clínica, Colonia y Asilo, conforme al modelo alemán (Huertas 1992) está presente en toda la concepción y organización de Los Prados (Gutiérrez Aguilera 1978).

<sup>48</sup> «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 al sanatorio por su esquizofrenia» (López Ibor, citado por González Duro 1987: 23)

<sup>49</sup> Se hace mención expresa a la necesidad de estos cursos de formación tanto para los beneficiarios últimos así como para la cultura general del personal en formación a los que Dios ha dotado con un psiquismo sano. Nótese la concepción moralizante que caracteriza al internamiento.

física, condiciones morales y apego o entusiasmo por su misión (...) las aptitudes de los empleados han de ser complejas y ricas (...) capaz de hacer frente a esta poliédrica variedad de aspectos o problemas» (Gutiérrez Higuera 1954: 30-31).

Entre el personal que atenderá el establecimiento hay un predominio de personal religioso y personal sanitario, especialmente las figuras del enfermero y enfermera psiquiátricos, así como cuidadores y cuidadoras<sup>50</sup>, que cumplirían importantes funciones de vigilancia o custodia (Gutiérrez Higuera 1954) característicos de los asilos o internados.

Se prestó gran importancia a la selección de personal para Los Prados, ya que se exigían unas cualidades físicas, de carácter y de cultura elemental<sup>51</sup>, todas ellas articuladas a través del Reglamento de Régimen Interno<sup>52</sup>.

Durante la década de los 50, existieron varias cuestiones urgentes a abordar en la puesta en marcha del Sanatorio (Gutiérrez Higuera 1954), a saber: el inicio de la laborterapia en ventajosas condiciones económicas, la recluta y adiestramiento práctico del personal subalterno, la atención al deseo de enfermos y familiares de regresar a su ambiente, el trabajo urgente de clasificación de enfermos<sup>53</sup> y la presión que supuso el retorno prematuro de los enfermos.

Por tanto, el Sanatorio inició su marcha elaborando un mapa psiquiátrico de la provincia, con la apertura y registro exhaustivo de las historias clínicas, que culminaron con un diagnóstico psiquiátrico<sup>54, 55</sup>.

---

<sup>50</sup> Tomando como referencia el año 1953 en que Los Prados estaba casi a pleno rendimiento, encontramos a un 32% de personal religioso y un 68% de personal sanitario. Dentro del personal sanitario, los enfermeros y enfermeras psiquiátricas, así como los cuidadores y cuidadoras psiquiátricas constituían el 84% del personal, mientras que el personal médico constituía el 9% y los practicantes el 7%.

<sup>51</sup> Juan Pedro Gutiérrez Higuera (1954) expresa que se valoraba a los y las aspirantes en su competencia sobre sus tareas específicas, en sus condiciones morales y en la valoración positiva de un internado de seis meses donde se ponía a prueba sus reacciones y vocación. El peso de una vida estricta y ordenada guiada por rígidos principios morales, es típica del alienismo.

<sup>52</sup> Dicho Reglamento observaba una férrea disciplina para el personal, basada según Gutiérrez Higuera (1954) en la premisa de que se habían relajado los vínculos jerárquicos y el entusiasmo o apego por la misión. Dice el autor: «Nos pareció importante establecer una firme disciplina y, junto a ella, cambiar el escepticismo en amor hacia la Casa, confianza en su futuro, espíritu de cuerpo o equipo y conceptos de responsabilidad moral» (Gutiérrez Higuera 1954: 36).

<sup>53</sup> Esta tarea urgente de clasificación fue abordada tomando como referencia la «nosología kräpeliniana» (Gutiérrez Aguilera 1953, Gutiérrez Higuera 1954).

<sup>54</sup> En la línea de la eugenesia y de la escuela caracteriológica, las historias clínicas fueron exhaustivas e incluyeron fotos de frente y perfil. Como recuerda Helwig, la escuela caracteriológica defendió la relación entre la morfología corporal y las enfermedades psíquicas (Helwig 1969). Sus premisas fueron determinantes en la atención psiquiátrica provincial, siendo invitado a Los Prados en 1953 el profesor Kretschmer, quien disertó sobre la «morfología corporal de las enfermedades neuróticas» (Gutiérrez Higuera 1954).

<sup>55</sup> El procedimiento diagnóstico basado en las tipologías lo podemos encontrar en Gutiérrez Aguilera (1967), a propósito de un caso de esclerosis tuberosa.

Como correspondía además a esa «etapa científica» de la Psiquiatría, se dotó a Los Prados de prestaciones como radiología, laboratorios (para frecuentes hemogramas y determinaciones serológicas de lues...), curas de Sakel, electroshock, curas de sueño, neumoencefaloterapias y bombeos espinales, todas ellas técnicas y terapias derivadas de esa concepción biologicista de la enfermedad mental<sup>56</sup> y orientadas a la tarea clasificadora, intensa durante esta época<sup>57</sup>.

Finalmente, hay que resaltar dos aspectos importantes a partir de la década de los 50, uno es la preocupación por la frecuencia de las psicosis, considerada la enfermedad mental por excelencia y otro, el patrón estadístico comparativo que se emplea para el estudio del mapa psiquiátrico provincial, basado en estándares externos<sup>58</sup>.

La aparición en la década de los 50 de los neurolépticos y timolépticos supone una auténtica revolución, que «habría de trazar también un cambio radical en la política asistencial del Sanatorio en los años siguientes» (Gutiérrez Aguilera 1978: 115).

No obstante, a pesar de estos augurios y de las críticas habidas a partir de los años 60 respecto a la atención psiquiátrica tradicional, Los Prados parece seguir la misma tónica en su funcionamiento, no por desconocimiento de las experiencias de reforma en otros países, o incluso de las recomendaciones de la O.M.S.<sup>59</sup>, sino porque éstas se observaban con bastante escepticismo. De hecho, durante la década de los 60 y 70, se siguió considerando la atención sanatorial como la opción válida para el futuro asistencial (Gutiérrez Higuera 1965, Gutiérrez Aguilera 1970, 1978) una idea que se ha defendido también en época reciente (Palma 1999). Y es que como dice

---

<sup>56</sup> Gutiérrez Aguilera (1953) habla de la necesidad de que «a ese desgraciado ser que es el enfermo mental –objeto de la mofa y causante del miedo de todos– que ha sido considerado hasta aquí –por lo incomprendido– como algo diabólico e inhumano, sea atendido, tratado y asistido como lo que verdaderamente es: como una persona enferma, con las mismas características (en relación con sus asistencia) que un enfermo tuberculoso, gastrópata, diabético o quirúrgico». (Gutiérrez Aguilera 1953: 64).

<sup>57</sup> La nosología utilizada en la práctica psiquiátrica provincial incluyó las categorías: oligofrenia, epilepsia, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva (P.M.D.), toxicomanías, parálisis general progresiva (P.G.P.), reacciones vivenciales anormales y otras psicosis consideradas «excepcionalmente exógenas». Éstas últimas se califican de «excepcionalmente exógenas», pues se parte de la premisa del influjo de la herencia en el padecimiento de los cuadros nosológicos psiquiátricos, y «las psicosis exógenas, poco dicen sobre la posibilidad endógena de enfermar mentalmente en la provincia de Jaén» (Gutiérrez Aguilera 1953: 65-70).

<sup>58</sup> El estudio de Gutiérrez Aguilera (1953) denota la preocupación por las psicosis o esquizofrenia en el contexto provincial.

<sup>59</sup> Todos estos debates comienzan a aparecer en la escena mundial en los años 60. En Jaén, es en la década de los 70 cuando se habla de la necesidad de contemplar las directrices de la O.M.S. respecto a la orientación comunitaria de la atención psiquiátrica, pero sin olvidar en ningún momento la idiosincrasia de la provincia y planteando algunas acciones de futuro (Gutiérrez Aguilera 1978).

Huertas «el dogmatismo del tratamiento moral no se pone jamás en tela de juicio» (Huertas 2001a: 12).

En cualquier caso, durante los años 60 y 70 se reconocieron abiertamente problemas en Los Prados. Por una parte, los debidos a la propia población sanatorial acogida, además de otros problemas relacionados con el mismo personal de Los Prados, con la Diputación Provincial, con el edificio sanatorial y con la actitud terapéutica y asistencial del personal, así como también con la carencia de dispositivos ambulatorios y extrahospitalarios de atención y acogida (Gutiérrez Aguilera 1970, 1978). Respecto a la población sanatorial, se acusa una gran congestión de pacientes<sup>60</sup>, por lo que se recomienda que aquellos no cronificados, sean atendidos ambulatoriamente.

Por otra parte, se argumenta que el personal que atiende Los Prados carece de interés y entusiasmo por el Sanatorio, en parte debido al pluriempleo existente, pero también porque se adolece de un añejo matiz custodial que es preciso corregir. En cuanto a la Diputación, parece que hubiera eludido su responsabilidad hacia la psiquiatría provincial, cediendo su papel asistencial a los organismos competentes de la Seguridad Social, algo que se argumenta en un cierto tono de reproche (Gutiérrez Aguilera 1978).

Finalmente, la actitud terapéutica y asistencial se reconoce como «anclada en moldes antiguos» (Gutiérrez Aguilera 1978:121), que además carece de marco bien delimitado en el que se debería desarrollar la actividad asistencial, una falta de delimitación que ha alcanzado a la invasión del espacio inicialmente destinado al Sanatorio<sup>61</sup>.

Estos factores parecen condicionar la estructura anacrónica del Sanatorio, lejos de las nuevas concepciones comunitarias. Por ello, la opción contemplada por Gutiérrez Aguilera para reorganizar la asistencia psiquiátrica provincial incluye dos frentes: por una parte, el acondicionamiento de las estructuras existentes y por otra, la creación de nuevas dependencias en relación con las directrices comunitarias de la Organización Mundial de la Salud (Gutiérrez Aguilera 1970).

Respecto a la primera, reconoce la necesidad de una mayor y más abierta humanización asistencial pero conservando la estructura sanatorial, que debía ser mejorada en su aspecto externo y reforzada en su división nosológica, con mayor

---

<sup>60</sup> Las causas que Gutiérrez Aguilera (1978) asigna a este hecho son cuatro fundamentalmente: el aumento de la edad media de los pacientes irrecuperables, la emigración habida en la provincia que ha obligado a las familias a desprenderse de sus enfermos crónicos, los cambios socioeconómicos (cambios de vivienda, trabajo externo de la mujer, mayor materialismo) y el legado de pacientes irrecuperables procedentes de otros centros (Gutiérrez Aguilera 1978).

<sup>61</sup> En el mismo entorno de Los Prados y a escasos cincuenta metros, inicia su funcionamiento en 1974 el Hospital «Princesa de España» dependiente de la Diputación Provincial, lo que se vivió como una auténtica invasión del espacio físico y profesional de Sanatorio (Gutiérrez Aguilera 1978).

número de camas, reforzada con más personal auxiliar y reavivando su espíritu de equipo, su ilusión por la tarea, el cariñoso interés por los enfermos y el amor por su actividad laboral<sup>62</sup>.

En cuanto a la creación de nuevas dependencias asistenciales<sup>63</sup>, plantea que éstas tendrían en principio carácter comunitario pero en realidad estarían estrechamente vinculados al Sanatorio<sup>64</sup>. Esta filosofía asistencial con pequeñas diferencias de matiz a lo largo del tiempo es la que prevalecería hasta el comienzo de la intención reformadora a finales de los años 70.

Tras la muerte de Franco y recién creadas las primeras diputaciones democráticas en 1979, el problema del Sanatorio de Jaén es uno de los más urgentes a resolver. La deplorable situación del mismo –al igual que el resto de manicomios españoles (González Duro 1974, 1975)– se retoma por el equipo de gobierno de la Corporación Provincial socialista<sup>65</sup>. Entre 1979 y 1980 se inicia una etapa en la que se elaboran varios informes y propuestas en vistas a reorganizar la asistencia psiquiátrica provincial, entre ellas, la de José Luis Montoya Rico, más conocida como «Plan Montoya»<sup>66</sup>, que es finalmente aceptada.

El Plan Montoya realiza un diagnóstico sobre los servicios psiquiátricos provinciales, en base al análisis del contexto socio-sanitario provincial y el estado del

---

<sup>62</sup> El autor reconoce la formación eminentemente científico-natural y farmacológica del cuerpo médico, con escaso interés para las tendencias rehabilitadoras del momento. De hecho, sus propuestas hablan a favor de seguir manteniendo la estructura clásica asilar.

<sup>63</sup> Plantea la creación de cinco tipos de dispositivos específicos, a saber, el centro y equipo psiquiátrico ambulatorio provincial, la unidad de psiquiatría ligera en el hospital provincial, pabellones para pacientes especiales, dependencias para hospitalización parcial y clubs y talleres protegidos. Además, propone una mayor psicologización de la asistencia, la promoción de hogares, campañas sociales para rectificar prejuicios y campañas de higiene mental y programas de docencia para postgraduados (Gutiérrez Aguilera 1970, 1978).

<sup>64</sup> En definitiva pervive la concepción original reafirmada nuevamente en 1978. Citando a su padre, Gutiérrez Aguilera recuerda unas palabras que considera plenamente actuales 23 años después de la apertura de Los Prados: «El día inaugural de Los Prados comenzará una época radicalmente distinta de la anterior y en la que el tratamiento y la asistencia a los enfermos psíquicos podrá realizarse en sus aspectos técnico, administrativo, científico, pedagógico, e incluso investigador, con la perfección y severas exigencias que corresponden al buen instrumento de trabajo que se pone en servicio. A partir de entonces serán mayores, incomparablemente, nuestras posibilidades de actuación, pero también nuestra responsabilidad ante Dios y ante los hombres. Fervientemente deseo y con fundamento espero que seamos capaces de situarnos todos a la altura de nuestra tarea» (Gutiérrez Aguilera 1978: 124).

<sup>65</sup> Su responsabilidad recae en el entonces diputado y Vicepresidente de la misma, Cristóbal López Carvajal.

<sup>66</sup> Montoya Rico, José Luis (1980). «Informe del estado actual de los servicios psiquiátricos provinciales» Leg. 6544/59. El documento se finaliza en agosto de 1980 y es aprobado por la Diputación en diciembre de 1980. José Luis Montoya Rico, ya era considerado psiquiatra de reconocido prestigio y con amplia experiencia, tanto fuera como dentro de nuestro país. Además de esta propuesta, se presentaron otras dos por parte de Gutiérrez Aguilera y de Bellido Barranco.

Sanatorio en aquél momento. Desde el modelo de la psiquiatría de sector (Desviat 1994), propone la creación en la provincia de distintos sectores asistenciales.

El Plan Montoya es ambicioso, moderno y completo, pero sobre todo «necesario», como puede apreciarse por la descripción que hace de Los Prados en aquél momento:

«Es el único Centro público de hospitalización psiquiátrica de la provincia, en la actualidad con 666 pacientes de ambos sexos... En general las instalaciones y el ambiente daban una triste y pobre impresión (se nos hablaba de un ala cerrada por haberse derrumbado la techumbre y de la presencia habitual de insectos, roedores y hasta reptiles). El ambiente frío y desagradable, típico de una institución manicomial, se evidenciaba por el hacinamiento de pacientes, los grandes dormitorios repletos de camas, la ausencia de decoración (salvo los símbolos religiosos) y de instalaciones que denotan una preocupación por la individualidad y sociabilidad de los pacientes (...). Este aspecto mejoraba en las clínicas de agudos (...) y más todavía en los departamentos dedicados a pensionistas o distinguidos (...). De todos estos datos y de nuestra impresión obtenida por otras informaciones más descriptivas (y de nuestra corta visita) puede deducirse que la gran mayoría de los pacientes son crónicos, de largas estancias, la mayoría de ellos con gran deterioro, sea esto debido a su enfermedad fundamental o al proceso de custodia-institucionalización a que han sido sometidos durante tantos años, desvinculados de su ambiente sociofamiliar y con pérdida de sus hábitos sociales. El nivel de inactividad parece alto, a lo que contribuye la ausencia actual de programas de socialización, laborterapia o terapia ocupacional, la falta de contacto con el mundo exterior. Se trata, en suma, de una grave y lamentable situación, que solo en parte podría ser reversible mediante programas como los que citaremos más adelante... Unos nuevos activos dispositivos intrahospitalarios y extrahospitalarios-comunitarios deberían servir para evitar al máximo este tipo de situaciones».

(MONTROYA RICO 1980: 6-8).

Este es el estado de cosas que se pretendía superar con la reforma psiquiátrica de 1981<sup>67</sup>.

El Plan Montoya parte de un planteamiento histórico sobre la evolución de la asistencia psiquiátrica y desemboca en la necesidad de planteamientos comu-

---

<sup>67</sup> Montoya refiere un hecho anecdótico, paradójico y desde luego irónico, que tiene que ver con la desinstitucionalización temprana de los internos en 1977, cuando a causa de un vendaval se destruyó un ala del edificio central del manicomio. Ante esta situación, los internos tuvieron que ser reinsertados en la comunidad y el número de internos de Los Prados disminuyó hasta alrededor de setecientos, de manera que alrededor de unos trescientos internos no volvieron nunca más al manicomio, desarrollándose su vida a partir de entonces en la comunidad.

nitarios. Plantea para Jaén la creación de tres o cuatro sectores y analiza la composición poblacional y la dotación de cada uno de ellos, tanto en dispositivos como en personal. Resalta la necesidad de integración con el resto de dispositivos hospitalarios de la ciudad sanitaria<sup>68</sup> y subraya la importancia de la integración de los servicios en la comunidad. Asimismo hace hincapié en el concepto de «equipo de trabajo multidisciplinar», en la necesidad de formación y de investigación de los profesionales, así como en la evaluación de los servicios.

En concreto, Montoya propone la creación de 3 o 4 sectores asistenciales, la creación de equipos asistenciales multidisciplinarios (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y personal de enfermería) comprometidos con las necesidades y actividades asistenciales, intra y extrahospitalarias, capaces de adaptarse a los diversos problemas psiquiátricos y con funcionamiento autónomo, con especial importancia del auxiliar psiquiátrico. Propone también la puesta en marcha de programas y actividades intrahospitalarias, con división sectorial interna, la creación de una unidad de admisión común, la puesta en marcha de sectores de rehabilitación, así como programas y actividades extrahospitalarias. Concede especial atención a las actividades comunitarias sobre salud mental dirigidas a la población general, «tratando de informar y corregir personas clave hacia los enfermos psíquicos y su asistencia» (Montoya Rico 1980: 35), como podrían ser los médicos generales, los párrocos o los maestros.

Las prioridades del externamiento, serán según Montoya: 1) el trabajo extrahospitalario que facilite el externamiento de los pacientes; 2) el mantenimiento de los pacientes en alta en condiciones dignas y con la mayor autonomía dentro de la comunidad; 3) disponer de alternativas de tratamiento en la comunidad para evitar el internamiento; 4) la colaboración entre agentes sanitarios y sociales, asesorados por los equipos psiquiátricos y 5) la colaboración con la comunidad en la promoción y mantenimiento de la salud mental, en especial a grupos en riesgo de descompensaciones ( ancianos, personas que viven solas...). En una primera fase no incluye servicios especiales<sup>69</sup> (subnormales, psiquiatría infantil o alcoholismo) por entender que estarían más cerca de otros profesionales u otros dispositivos, aunque no descarta algún programa dirigido a ellos o algún dispositivo en fases posteriores.

Respecto al personal asistencial, habla de la necesidad de que estén motivados e identificados con los fines asistenciales, formados, con capacidad para la

---

<sup>68</sup> Se refiere al Hospital «Princesa de España».

<sup>69</sup> De hecho la reforma de 1981 no incluyó a esta población y en la actualidad es atendida por otros dispositivos especiales que la Diputación Provincial creó al efecto: Centro López Barneo y Centro Provincial de Drogodependencias.

investigación y con capacidad de establecer buenas relaciones interpersonales. En más de una ocasión subraya la necesidad de que el personal médico esté carente de cualquier gesto o tono autoritario con el resto de personal y propone la sustitución de la figura del «Médico Director» existente hasta entonces, por la figura de «Director de los Servicios Psiquiátricos Provinciales». Así mismo subraya la necesidad de identificación de los órganos de gobierno y administración con los objetivos asistenciales, dentro de las limitaciones económicas y laborales a las que están sujetos.

En julio de 1981, Enrique González Duro<sup>70</sup> es nombrado responsable de los Servicios Psiquiátricos Provinciales de Jaén, quedando bajo su responsabilidad la puesta en marcha del Plan Montoya<sup>71</sup>, proceso que lideró entre 1981 y 1983. Dicho Plan fue calificado por él mismo como «indicativo, flexible, realista, perfectamente viable a partir de lo existente y no demasiado costoso» (González Duro 1989: 39).

El primer cambio producido para llevar a cabo el Plan Montoya, fue el de la adecuación de personal, produciéndose un aumento inevitable de la plantilla. El aumento de personal no fue muy significativo ya que pasó de 342 a 366 trabajadores<sup>72</sup> en su conjunto, pero se procuró que el nuevo personal contratado se ajustara a su previsible adecuación a los objetivos asistenciales, es decir, se identificara con el modelo de atención comunitaria y por tanto, se deseaba que estuviera familiarizado con los enfermos y con el trabajo en grupos y con las familias.

Con los planteamientos de territorialización (González Duro 1989)<sup>73</sup> de la asistencia, se formaron cuatro sectores asistenciales, atendidos por equipos multiprofesionales:

Sector I (Jaén-Alcalá la Real): 4 psiquiatras, 2 psicólogos, 3 asistentes sociales, 3 enfermeras y un número variable de auxiliares psiquiátricos.

Sector II (Linares-Andújar): 5 psiquiatras, 1 psicólogo, 2 asistentes sociales, 2 enfermeras y un número variable de auxiliares psiquiátricos.

Sector III (Úbeda-Cazorla): 5 psiquiatras, 1 psicólogo, 2 asistentes sociales, 2 enfermeras y un número variable de auxiliares psiquiátricos.

---

<sup>70</sup> Quien ya poseía la experiencia previa desinstitucionalizadora con el Hospital de Día surgida en 1973 (González Duro 1982).

<sup>71</sup> Su obra «Memoria de un manicomio» relata su experiencia de la reforma en la provincia de Jaén a partir de dicho Plan.

<sup>72</sup> La plantilla de personal antes del Plan Montoya estaba formada por 11 psiquiatras, 1 trabajador social, 11 enfermeros/as, 210 auxiliares psiquiátricos, 12 monjas, 1 capellán y 100 trabajadores más entre administrativos y personal de servicios generales. Con el Plan Montoya, aumentó en 7 psiquiatras, 4 psicólogos, 7 trabajadores sociales, 1 terapeuta ocupacional y 5 enfermeros/as.

<sup>73</sup> El inicio fue rápido, ya que los sectores se crearon y funcionaron ya a pleno rendimiento en los primeros dos meses del inicio (González Duro 1989).

Sector IV (Villacarrillo-Orcera): 3 psiquiatras, 1 enfermera, 1 asistente social y un número variable de auxiliares psiquiátricos.

En cualquier caso, antes y después de esta dotación de personal, predominaban en número los psiquiatras y los auxiliares psiquiátricos<sup>74</sup>. La creación de estos sectores obligó necesariamente a trabajar como equipos, que pretendían ser multidisciplinarios, aunque con intereses y filosofías asistenciales diferentes, lo cuál dio lugar a importantes tensiones y conflictos.

Cada grupo profesional tenía problemáticas específicas. Así, González Duro (1989) relata que los médicos fueron los que plantearon más dificultades a la integración en los equipos multidisciplinarios, entre otras cosas porque esto suponía perder determinados privilegios adquiridos (práctica individualista y descontrolada, posturas elitistas y corporativistas, control exclusivo de las historias clínicas...), en especial, el control absoluto de la información y por tanto, el poder.

Respecto a los enfermeros, fueron en total 16 aunque luego fueron produciéndose bajas no sustituidas. Este fue un grupo heterogéneo, con ciertas tendencias corporativistas. Se distinguieron dos grupos, uno formado por los antiguos practicantes del manicomio, los cuales fueron más resistentes al cambio y tuvieron dificultades importantes para implicarse en el trabajo de los equipos. Respecto al grupo de enfermeros jóvenes que se incorporó, lo hicieron plenamente, rebasando ampliamente sus funciones. Tuvieron dificultades para conseguir una cierta identidad terapéutica, pero lo consiguieron en cierta medida, sobre todo los más jóvenes, conforme se fueron integrando en el trabajo de equipo.

Los psicólogos se identificaron pronto con los nuevos planteamientos y dinamizaron enormemente el funcionamiento de los equipos. Su aportación específica a la comprensión de la enfermedad mental y al tratamiento de los enfermos ayudó a paliar el anquilosamiento típico de la práctica tradicional psiquiátrica.

Los asistentes sociales tuvieron también un papel importante, ya que al ser figuras nuevas asumieron pronto los presupuestos comunitarios de la reforma y ayudaron especialmente a que los enfermos crónicos se despegaran progresivamente del manicomio. Realizaron, por tanto, una importante tarea de penetración social.

Los auxiliares psiquiátricos fueron el grupo más numeroso y por ello, con una problemática muy variable y compleja. Tradicionalmente habían sido escasamente cualificados, aunque con una amplia experiencia en el trato y manejo de los enfermos. Los internos eran considerados por éstos como gente amargada, resen-

---

<sup>74</sup> Entrevista con Enrique González Duro (2005a). Aunque González Duro no aporta cifras respecto a los auxiliares psiquiátricos, sí constata la predominancia de éstos entre el personal asistencial en estos sectores.

tida, introvertida, irresponsable...mientras los enfermos pensaban de ellos que eran gente intencionadamente malvada y despótica. Las relaciones que mantenían eran distantes y escasamente empáticas. A esto contribuía el hecho de que podían ser sancionados por la dirección si se les encontraba hablando con los enfermos, de manera que ellos eran una pieza clave del cambio y a la vez, los que podían perpetuar el orden manicomial. También había divisiones en este grupo, entre aquellos viejos auxiliares psiquiátricos y los más jóvenes, los cuales se identificaron pronto con el espíritu de la reforma pues también ellos sufrían al igual que los enfermos, la férrea disciplina y la falta de libertad impuesta desde otros estamentos más privilegiados. En general, la incorporación de este grupo a los equipos sectoriales fue una realidad creciente y contribuyeron de manera importante a la penetración social de los equipos.

Respecto al hábitat cotidiano de los pacientes, mejoró en distintos sentidos. En primer lugar, por la disminución del hacinamiento, ya que a finales de 1982 el número de pacientes que ocupaban los pabellones era entre 20 y 45. También los pabellones se convirtieron en «abiertos», con la presencia habitual y continuada del personal del equipo, así como por la organización de jornadas de puertas abiertas para la comunidad. Por otra parte, los pabellones mejoraron notablemente su higiene, porque ahora ya no limpiaban los propios enfermos, sino que se había contratado personal de limpieza.

Se empleó un gran esfuerzo por parte de los equipos para mejorar el nivel de autonomía personal en los pacientes crónicos, en contra de la gran inercia institucional. El cuidado de la propia imagen fue uno de los aspectos a trabajar. Se empezaron a autorizar el uso de objetos personales (cinturones...) que mejoraron radicalmente el aspecto de los enfermos. Se instalaron espejos y se empezó a trabajar la autonomía en el aseo ( ducharse y lavarse), en el control de esfínteres, en el vestido (cambiarse ellos mismos de ropa y más frecuentemente) y en el peinado (realizado por ellos mismos contra los peinados estándar impuestos por las monjas). También se trabajó la autonomía en el manejo del dinero (uso del transporte público y realización de compras diversas o de ropa) o de la comida (comer por sí mismos, preparar el comedor, servir la comida...).

A la mejora en el nivel de autonomía influyó notablemente la reducción radical de los tratamientos farmacológicos, los cuales estaban sobredimensionados y hacía que los pacientes estuvieran adormilados constantemente y tirados por cualquier sitio. No obstante, muchos pacientes eran completamente dependientes de la medicación y presentaban síntomas de abstinencia al retirársela.

En cuanto a las actividades terapéuticas desarrolladas en Los Prados, fueron varias y dirigidas a estimular la movilidad y la expresividad, o sea, la comunicación.

Se desarrollaron entre otras, asambleas diversas, contactos con familias, grupos de gimnasia, de relajación, de expresión corporal, de psicomotricidad, una escuela para alfabetización y aprendizaje de hábitos sociales, talleres de pintura, lectura de prensa, excursiones, fiestas y sesiones de cine. González Duro permanece en Jaén hasta junio de 1983, momento en el que se estanca el proceso de reforma en la provincia. Los logros conseguidos durante estos dos años fueron muchos e importantes, aunque contaron también con gran cantidad de inconvenientes según él mismo.

En cualquier caso y, a posteriori, González Duro (1989) resumiría en tres fases en el proceso de reforma. La primera fase, enfocada a establecer las bases organizativas y funcionales que harían posible el proceso de cambio. Incluiría la incorporación de los nuevos profesionales ya mencionada y la creación de equipos multidisciplinares, así como la delimitación de sectores asistenciales. Los resultados esperados tras estos cambios incluyeron un descenso del número de ingresos, un aumento del número de altas y un ahorro de 22.085 estancias hospitalarias, todo ello hasta 1982. A partir de entonces, la segunda fase pretendería una consolidación de los logros anteriores, la cuál no se completó por las divergencias entre los órganos técnicos de dirección y los gestores políticos<sup>75</sup>. Finalmente, la tercera fase supone el inicio del fin de la reforma, un periodo en el que las divergencias citadas se hacen insalvables por el «corsé político-administrativo», haciendo imposible la culminación de este proyecto.

Desde entonces, no ha habido una valoración de esta iniciativa temprana de reforma provincial, que según González Duro (2005) «ha pretendido ser invisibilizada desde entonces por la Administración como de hecho muestra el lema: 2005, Año Andaluz de la Salud Mental»<sup>76</sup>.

## **1.2. Marco jurídico político y experiencias de reforma como contexto para la experiencia de Jaén**

Junto a otras, la experiencia pionera de reforma en la provincia de Jaén se engloba años más tarde en un desarrollo jurídico-político que matizará el trabajo ya iniciado en la provincia. A su vez, distintas experiencias de reforma a nivel interna-

---

<sup>75</sup> González Duro (1989) sitúa el origen de todas las dificultades de la reforma en las tensiones habidas para alcanzar un convenio colectivo para el personal en 1982. Así, las exigencias de un proceso de reforma de esas características no habían sido bien valoradas por la Diputación y se encontraban ante una transformación de grandes dimensiones que había de ser llevada a cabo por un personal históricamente mal pagado. Años antes, González Duro ya había expresado el riesgo de convertir los procesos de reforma psiquiátrica en «una cuestión administrativa, tecnocrática o financiera» (González Duro 1978: 52).

<sup>76</sup> Así lo expresa en la ponencia: «De la reforma psiquiátrica al 2005: Año Andaluz de la Salud Mental». En: V Jornadas de Salud Mental. Jaén 2005. El lema fue aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía para el año 2005.

cional y local nos permiten entender la común y compleja problemática que afecta al ámbito de la salud mental que pasamos a revisar.

Desde el año 1978, distintas Conferencias Internacionales de Salud han llamado la atención sobre la necesidad de desarrollar sistemas sanitarios basados en la salud pública y la atención comunitaria (Conferencia de Alma-Ata 1978), así como en la necesidad de cuidar de los diversos factores sociales que afectan a la salud mediante la creación de entornos favorables (Conferencia de Ottawa 1986). Desde entonces otras conferencias internacionales como la Conferencia de Adelaida (1988) y la Conferencia de Jakarta (1997) se han ratificado en los mismos principios (Espínosa y Málaga 2001).

Partiendo de este modelo comunitario preconizado, el último Informe sobre Salud Mental en el Mundo<sup>77</sup> (O.M.S. 2001) marcó las líneas estratégicas sobre las que los sistemas sanitarios de los distintos países deberían trabajar. La grave situación evidenciada en dicho Informe ha dado lugar desde ese momento a un trabajo de sensibilización sobre la cuestión de la salud mental sin precedentes.

La envergadura de los trastornos mentales ha quedado patente en el hecho de que éstos son universales pues están presentes en todos los países y sociedades del mundo y, su morbilidad oscila entre el 20%-25% de toda la población mundial, que los sufre en algún momento de la vida provocando grandes repercusiones económicas directas o indirectas. Así, el impacto negativo en la calidad de vida se evidencia en el hecho de que en el año 2000, los trastornos mentales y neurológicos fueron los responsables del 12% de AVAD<sup>78</sup>, estimándose para el año 2020 un 15% de AVAD.

Según la OMS (2001) son los trastornos depresivos, la esquizofrenia y los trastornos por abuso de sustancias, entre otros, pero especialmente los problemas combinados de ansiedad y depresión los más comunes, así como el suicidio, que está cobrando progresiva relevancia tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

La situación en Europa no es distinta ya que «más del 27% de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica en algún año de su vida» (CCE y OMS 2005: 4), siendo los trastornos del estado de ánimo los más frecuentes<sup>79</sup>.

---

<sup>77</sup> Saraceno y Caldas de Almeida (2001) se hacen eco de la importancia que tiene para la O.M.S. los problemas mentales en el mundo. El Informe de la OMS parte del reconocimiento de que los trastornos mentales y conductuales son resultado de la compleja relación entre factores biológicos, psicológicos y sociales y concede especial importancia a los factores sociales, en especial a la pobreza, fuente de todo tipo de desigualdades en salud. También reconoce entre los factores ligados a la prevalencia, «el entorno familiar y social».

<sup>78</sup> Años de Vida Ajustados por Discapacidad.

<sup>79</sup> El primer estudio epidemiológico europeo de envergadura ha sido llevado a cabo por el grupo de

Además, los problemas mentales suponen para Europa una elevada carga para el sistema social y una elevada carga en términos económicos, entre el 3% y el 4% del PIB por pérdida de productividad en forma de bajo empleo, absentismo, permisos por enfermedad y mortalidad prematura. En estas circunstancias, se hace especialmente necesario el desarrollo de modelos comunitarios de atención que trabajen por la promoción de la salud mental.

En Europa, el trabajo por la salud mental no es nuevo, pero no es hasta el año 2000 cuando la Comisión Europea da a conocer su estrategia sanitaria y su programa de salud pública 2003-2008, encontrándonos ahora en el Segundo Programa de Acción Comunitaria 2008-2013 (CCE/EC 2008).

Teniendo en cuenta esta estrategia y la prioridad reconocida en Helsinki (WHO 2005) sobre el desarrollo de políticas europeas en salud mental, el Libro Verde sobre Salud Mental (CCE y OMS 2005) supone una de las más importantes acciones europeas en esta materia. En él se reconoce que el tratamiento médico no es suficiente por sí mismo para abordar adecuadamente los distintos problemas y trastornos mentales, haciéndose necesario un planteamiento exhaustivo que contemple estratégicamente la promoción de la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, la integración social de los enfermos y discapacitados psíquicos y el desarrollo de sistemas de información e investigación que armonicen los indicadores de salud mental a nivel nacional, europeo e internacional.

Más recientemente, la Conferencia de alto nivel celebrada en Bruselas entre la Unión Europea y la OMS (EU y WHO 2008) bajo el lema «Together for Mental Health and Well-being»<sup>80</sup>, dirige las acciones europeas en materia de salud mental hacia la búsqueda de la calidad. La misma Conferencia ha servido de plataforma para el Pacto Europeo por la Salud mental y la Calidad (European Pact for Mental Health

---

investigadores del proyecto ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), y ha incluido una muestra de 21.425 personas entrevistadas entre los años 2001 a 2003, procedentes de seis países europeos, a saber, Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia. Dicho estudio pone de relieve la importancia de los trastornos del estado de ánimo, concretamente informa de una prevalencia de por vida del 14% de algún trastorno del humor, de un 13.6% de algún trastorno de ansiedad y de un 5.2% de algún trastorno por consumo de alcohol. La prevalencia en el último año incluyó más del 6% de algún trastorno de ansiedad (6.2% en España y 6.4% en el conjunto de Europa), un 4.2% de algún trastorno del humor y un 1% de algún trastorno por consumo de alcohol. La depresión mayor y las fobias específicas fueron las más comunes de entre los trastornos únicos. Por otra parte, los trastornos del humor y de ansiedad predominaron en la población de mujeres, mientras que en la población de varones predominaron aquellos debidos al consumo de alcohol. No obstante y por lo que se refiere a España, existe una inadmisibles falta de datos relativos al grupo de enfermedades mentales, si tenemos en cuenta que estas suponen el mayor coste directo de los sistemas sanitarios occidentales (Salvador-Carulla 2007), por lo que sería necesario abordar este déficit de información, haciendo además que la información veraz vincule las decisiones políticas en este campo (Hernández-Aguado y Fernández-Cano 2007).

<sup>80</sup> «Juntos por la salud mental y el bienestar».

and Well-being) cuyo trabajo deberá centrarse en cinco áreas de acción prioritarias, a saber, la prevención de la depresión y el suicidio, la salud mental de la población joven, la salud mental en el trabajo, la salud mental de las personas mayores y la prevención del estigma<sup>81</sup> y la exclusión social.

En Andalucía y en España, los cambios legislativos para la reforma comienzan a mediados de los años 80 con la creación del Instituto Andaluz de salud Mental (1984) y con la Ley General de Sanidad (1986), respectivamente. Previo a esta última, en España el proceso se inicia en 1983 con la creación de una Comisión Ministerial<sup>82</sup> que en 1985 emite su Informe<sup>83</sup> sobre el estado de la atención psiquiátrica en el país y que establece una serie de recomendaciones para mejorarla<sup>84</sup>. Dicho documento sienta las bases para integrar la atención psiquiátrica, dependiente hasta entonces de distintas administraciones (González Duro 1987; García y Espino 1998) en el Sistema Sanitario Público, según establece la Ley General de Sanidad (1986), equiparando la consideración de la enfermedad mental al resto de enfermedades<sup>85</sup>.

---

<sup>81</sup> Distintos estudios ponen de relieve la actualidad del estigma (Link y Phelan 2001; Argenmeyer y Matschinger 2005), el cual sigue constituyendo un gran reto que tiende a ser invisibilizado por aquellos que lo sufren (Wahl 1999) y que quizás ayude a explicar el uso limitado de servicios de salud mental entre la población europea (Alonso *et al* 2004a).

<sup>82</sup> Orden de 27 de julio de 1983 por la que se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. La comisión se constituyó el 14 de diciembre de 1984 y estuvo formada por los siguientes expertos: Valentín Corcés, José García, José Guimón, Federico Menéndez, Mercè Pérez, José Rallo, Francisco Torres, además de los vocales natos, Director General de Planificación Sanitaria, Director General de Farmacia, Director General del Insalud, Director General de Salud Pública y el Subdirector/a General de la AISN. Actuó como Secretario José Antonio Espino. Francisco Torres era en aquellos momentos Viceconsejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, habiéndose iniciado ya en aquel momento el proceso de reforma andaluz cuyo comité de expertos él presidía.

<sup>83</sup> Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En: Rev. Asoc Esp Neuropsiq 1985; 5(13): 204-222.

<sup>84</sup> En el planeamiento de la reforma, existe una importante participación de asociaciones profesionales como ocurre con la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), que después de más de cinco décadas vuelve a intervenir en la configuración de la atención a la salud mental. El Informe de la AEN (1985) sobre el modelo de asistencia insta a hacer pronto la reforma y a hacerla bien y entiende que junto al modelo comunitario basado en los principios de territorialidad, interdisciplinariedad, participación comunitaria, continuidad terapéutica, integralidad e integración y equipo comunitario-céntrico (por oposición a hospitalo-céntrico), la reforma implica cambios más fundamentales que tienen que ver con «la actitud interna, auténticamente terapéutica de los profesionales (...) de los ciudadanos en general (...) y un cambio profundo de gestión, administración, planificación y financiación» (AEN 1985: 544).

<sup>85</sup> La cuestión de la equiparación de las enfermedades mentales al resto de enfermedades ha sido un argumento poderoso utilizado durante el proceso de reforma para integrar la atención de la salud y la enfermedad mental en el sistema sanitario general. Pero sobre esta cuestión existe una polémica más profunda que defiende la diferenciación entre enfermedades mentales y el resto de enfermedades, reivindicando las particularidades de la enfermedad mental en su esencia y sus abordajes. Esta posición crítica ante la «pretendida igualdad» representa un posicionamiento filosófico alejado por completo de posiciones biologicistas que suponen una amenaza reduccionista especialmente presente en el momento actual.

Para llevar a cabo este proceso, el Informe propone desarrollar un sistema integrado de protección a la salud que potencie la promoción de la salud y la atención psiquiátrica en el *entorno social propio* del usuario. Asimismo plantea reducir las necesidades de hospitalización psiquiátrica mediante la creación de recursos alternativos eficaces, sobre todo en el nivel primario de atención<sup>86</sup>.

El marco normativo desarrollado a partir de dicho Informe se concreta en la Ley General de Sanidad (1985), que en su artículo 20 establece las directrices de atención conforme a un modelo desinstitucionalizador y comunitario que ha de contemplar *necesariamente* la dimensión social de la enfermedad mental.

En Andalucía y desde la creación del IASAM, distintos Informes por él elaborados (IASAM 1985, 1986, 1987), darán paso a la reforma. En 1986, recién creado el Servicio Andaluz de Salud, éste absorbe las competencias del IASAM, que pasarán a ser reguladas más adelante por el Decreto 338/ 1988 de Ordenación de la atención a la salud mental en Andalucía<sup>87</sup> conforme a los principios de la psiquiatría comunitaria.

Por otra parte, la atención social a las personas enfermas mentales nace con la Ley de Servicios Sociales de Andalucía<sup>88</sup> (1988), que establece las prestaciones básicas de servicios sociales comunitarios y especializados. No obstante, la atención social específica a las y los enfermos con trastorno mental grave (TMG), no se configurará hasta 1993 con la creación de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (F.A.I.S.E.M.)<sup>89</sup>, cuyos dispositivos y programas están implantados en Andalucía con escasa homogeneidad.

---

<sup>86</sup> El Informe reconoce en este punto un problema importante relacionado con la formación tradicional de corte biomédico y hospitalario que caracteriza a los profesionales, que hace difícil la consideración de los aspectos sociales y emocionales del enfermar, de manera que la atención psiquiátrica y de salud mental en atención primaria se ve limitada por ello.

<sup>87</sup> Derogado en febrero de 2008.

<sup>88</sup> Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. La ley recoge como área de actuación de los servicios sociales la atención a las personas con deficiencias psíquicas (art. 6), así como los servicios sociales comunitarios, que prestarán servicios de «convivencia y reinserción social, que tendrá como función la búsqueda de alternativas al internamiento en instituciones, de las personas que se encuentran en especiales condiciones de marginación, procurando la incorporación de todos los ciudadanos a la vida comunitaria» (art. 10). Finalmente recoge que los servicios sociales especializados atenderán a determinados sectores, entre ellos «las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales con el objeto de posibilitar su integración social, promoviendo y favoreciendo la prevención y rehabilitación integral» (art. 11).

<sup>89</sup> Proposición no de ley 11/93 de creación de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM). En este sentido, los datos ofrecidos por el Observatorio de Salud Mental (Salvador *et al* 2003, 2007) muestran que el caso de Andalucía es excepcional, pues esta estructura de promoción de la integración social no existe (o no existe su equivalente) en otras regiones españolas.

En 1998 y teniendo como marco la Ley General de Sanidad (1986), se aprueba la Ley de Salud de Andalucía (1998), consolidando un marco más amplio para la protección de la salud de la población andaluza. Dicha Ley regula actuaciones en materia de salud pública (art.15) y asistencia sanitaria (art. 18) que son pertinentes al campo de la salud mental y que desarrollará a través de líneas directivas, programas y recursos materializados en los planes generales y específicos de salud.

En este momento está vigente en Andalucía el III Plan de Salud 2003-2008 (2003), uno de cuyos objetivos prioritarios es «reducir las desigualdades en el ámbito de la salud, con especial atención a los colectivos excluidos». Considera como colectivos excluidos a las personas con dificultad para integrarse laboralmente, las que no tienen red de apoyo social, o aquellas que conviven en familias desestructuradas o sin hogar, situaciones muchas de ellas presentes en el contexto familiar o laboral de las personas que sufren enfermedades mentales, en un esfuerzo por incluir la dimensión social en la comprensión de la enfermedad mental.

Las dimensiones del problema en Andalucía y el mandato de la Ley de Salud de Andalucía, han hecho necesario la existencia de un plan específico de salud mental que aborde la misma problemática presente en el ámbito nacional e internacional, nos referimos fundamentalmente a los trastornos del estado de ánimo y ansiedad, así como a los trastornos psicóticos (Molina García *et al* 2004; Valmilsa *et al* 2008).

Estamos actualmente en el contexto del II PISMA 2008-2012, en el que a pesar de reconocerse la importante dimensión social de las enfermedades mentales<sup>90</sup>, el estigma y alta cronicidad que conllevan, el análisis que aporta el documento sobre los factores sociales es escaso. Tampoco se explicitan los mecanismos de evaluación pertinentes de las acciones a emprender, ni de los presupuestos con los que se pretende hacer frente a esta compleja situación. De existir un análisis cualitativo más detallado de los aspectos sociales, tendríamos una panorámica más completa y real de la dimensión del problema en Andalucía.

Más recientemente se ha producido una nueva ordenación de los servicios de salud mental andaluces con el Decreto 77/2008, que establece en sus principios rectores la búsqueda de la eficacia y la eficiencia, con arreglo a lo establecido por la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, un decreto que «paradójicamente» aboga por un

---

<sup>90</sup> Se ha reconocido que cuando los estudios de investigación tienen una orientación social, los costes sociales de los problemas mentales son el componente más importante del coste total de dichos problemas (Sicras *et al* 2007). En cualquier caso, para España y a pesar de la falta de datos suficientemente fiables y actualizados, se ha estimado un elevado coste de los problemas mentales en el conjunto del gasto sanitario público (Oliva-Moreno *et al* 2006).

modelo comunitario de atención pero que pretende «integrar de forma definitiva los dispositivos asistenciales de salud mental en el ámbito de la asistencia especializada del SSPA»<sup>91</sup> (Molina García *et al* 2004: 72).

Recientemente en 2005 y tras veinte años de iniciado el proceso institucional de reforma en la Comunidad, la Junta de Andalucía declaró a 2005, el «Año Andaluz de la Salud Mental». Este momento se ha definido por algunos autores como de cierre de la etapa anterior finalizando así la reforma y comienzo de una nueva etapa a la que se ha denominado de «salud mental reformada» (Carmona *et al* 2006). No obstante, la falta de investigaciones al respecto impide afirmar el estado de finalización o transición de la reforma psiquiátrica, siendo la presente investigación un esfuerzo en este sentido.

### 1.2.1. Experiencias de reforma: dificultades y propuestas

Salvando las peculiaridades de cada una, las experiencias internacionales de reforma (Jones 1962; Basaglia 1971; Cooper 1978; Ferrer 1985; De Salvia 1986; Munárriz y Sanjuán 1986; Rotelli, De Leonardis y Mauri 1987; Rodríguez 1995; Tomov 2001; Becker *et al* 2002) tienen muchos aspectos comunes con distintas experiencias llevadas a cabo en España y en Andalucía, algo que no es de extrañar si tenemos en cuenta que dichas experiencias internacionales (sobre todo en Inglaterra, Francia o Italia) han resultado referentes importantes para la reforma española (Desviat *et al* 1990; García y Espino 1998; Novella 2008), que ha tomado de ellas iniciativas como la deshospitalización, la atención comunitaria, la sectorización y en alguna medida, la lucha antiinstitucional.

Las experiencias de reforma en el conjunto de España y en Andalucía han revestido gran complejidad relacionada con situaciones de partida diferentes en cada región, por las distintas administraciones implicadas en la atención psiquiátrica, así como por las distintas velocidades con que cada comunidad ha finalizado su proceso de transferencias<sup>92</sup>. Esta complejidad revela asimismo las diferencias existentes en cuanto a recursos de salud mental en todo el territorio español (Defensor del Pueblo Español 1991; Observatorio del SNS 2002; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006; Salvador *et al* 2003, 2007), así como en el mismo «proceso» en cuanto al tiempo, la

---

<sup>91</sup> Esta contradicción, que afecta a los principios sociales de la reforma ya fue puesta de manifiesto en la Declaración de Sevilla de 1998 (Giner 1998) mostrando la división dentro de la Psiquiatría, entre los defensores de una práctica más social de la misma y los defensores del modelo biologicista que defienden principios de eficacia y productividad «a toda costa» en el ámbito de la salud mental. Por otra parte, la vinculación de los dispositivos de salud mental al ámbito especializado se acaba de producir con el reciente Decreto 77/2008.

<sup>92</sup> Este ha finalizado recientemente, en 2002.

forma, la adscripción filosófica, la regulación normativa, el tipo de dispositivos, la estructura y el funcionamiento de sus sistemas (Salvador-Carulla *et al* 2002, Guimón 2003; Pérez Pérez 2006; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006).

A pesar de que Europa es la región del mundo con más recursos en salud mental (OMS 2001a) y a pesar de que dentro de Europa, España y otros países de la OCDE disfrutaban de una situación privilegiada, sin embargo el proceso de reforma ocurrido en el país ha sido tardío, lento e irregular (Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006). En este sentido el Informe SESPAS 2002 (Salvador-Carulla *et al* 2002) plantea un panorama sobre la salud mental poco halagüeño, panorama que ha sido ratificado recientemente por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Pérez Pérez 2006). La falta de recursos, la coordinación ineficaz entre los mismos así como la ausencia de sistemas de información y evaluación fiables son la norma. Según dicho Informe, en España no se han establecido más que unos servicios comunitarios mínimos que no cubren las necesidades reales de la población que lo necesita, una infradotación que contrasta «con una situación del conjunto del sistema sanitario considerada como aceptable de acuerdo con algunos análisis internacionales recientes» (Salvador-Carulla *et al* 2002: 200).

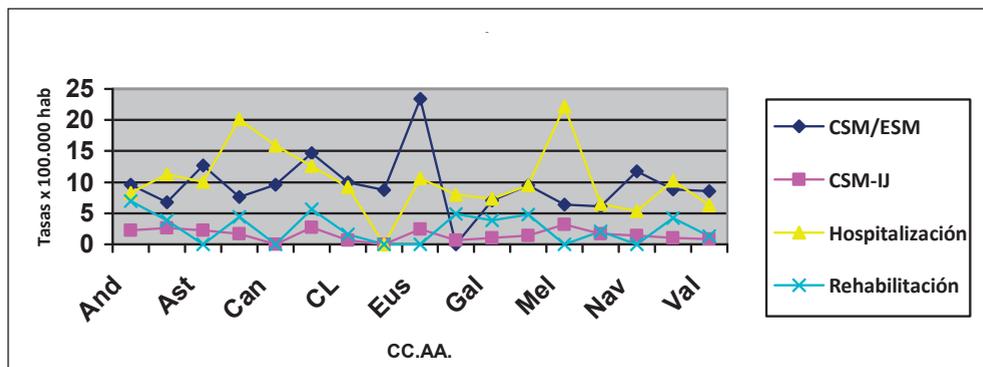
Datos aportados por el Observatorio Nacional de Salud (2002) y por el Observatorio de Salud Mental de la AEN (Salvador *et al* 2003, 2007) informan que en todas las comunidades autónomas existen planes de salud mental, más de la mitad de ellas no tienen financiación específica para la misma y, tanto en las que existe esta financiación como en las que no, en la mayoría de ellas se desconoce el concepto presupuestario.

La elevada presión asistencial es otra de las preocupaciones recurrentes en la literatura. De hecho, en casi la mitad de las comunidades autónomas españolas, la población de referencia para cada equipo o Centro de Salud Mental supera el tamaño medio establecido de 70.000 habitantes por equipo o centro de salud mental (Salvador-Carulla *et al* 2002), lo cual condiciona un porcentaje elevado de segundas visitas, favoreciendo así una cronicidad cada vez más invisibilizada por los nuevos modelos de gestión asistencial.

En definitiva y como muestra el Gráfico 1, grandes dificultades para articular una estructura comunitaria –la «esencia de la reforma» (AEN 1985)– al nivel que correspondería al proceso desinstitucionalizador. Este hecho, unido a la escasez de dispositivos rehabilitadores e intermedios, ha hecho que los usuarios lo sigan siendo en una medida importante de los dispositivos hospitalarios, porque «la gente acaba acudiendo a plantear sus problemas y la angustia que les producen en los servicios que tiene más accesibles y cercanos» (Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006: 206).

## Gráfico 1

Total de profesionales en CSM, CSM-IJ, Hospitalización y Rehabilitación por 100.000 hab.



Los valores corresponden consecutivamente a las siguientes CCAA: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Euskadi, Extremadura, Galicia, Madrid, Melilla, Murcia, Navarra, Rioja y Valencia.

FUENTE: Elaboración propia, con datos procedentes del Observatorio de Salud Mental de la AEN (Salvador *et al* 2003).

Planteamos esta panorámica general que nos servirá como punto de arranque de la compleja problemática generada por la reforma en España y en Andalucía.

Para conocer las experiencias concretas de reforma producidas en nuestro país, hemos consultado las bases de datos Isi Web Knowledge, Medline e Índice Médico Español (IME), utilizando para la búsqueda los descriptores «psychiatric reform in Spain», «deinstitutionalisation», «reforma psiquiátrica en España» y «desinstitucionalización», sin introducir criterio temporal alguno dado que el mismo descriptor lo incluye por defecto.

Con los mismos descriptores, hemos consultado también la base de datos CUIDEN que recoge bibliografía específica de enfermería en castellano. En ésta última no hemos obtenido ningún documento ajustado a nuestros criterios de búsqueda. Sin embargo, en esta misma base de datos y con los descriptores «cuidados y salud mental», hemos obtenido documentos de nuestro interés, sobre todo en el contexto andaluz. Sobre el proceso de reforma en la provincia de Jaén no hemos encontrado ningún documento en las mencionadas bases de datos.

Asimismo, hemos consultado distintos documentos e Informes de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, del Defensor del Pueblo, del Ministerio de Sanidad, Planes de Salud y bibliografía específica por temas y autores, de entre

aquellos que de una manera directa tuvieron responsabilidades en algún proceso de reforma y por tanto son memoria histórica e historia viva del proceso.

Tras analizar la información, hemos organizado la misma con arreglo a dos bloques: uno relativo a los problemas generados por la reforma y otro relativo a distintas propuestas de solución.

En España, la reforma psiquiátrica ha supuesto el desarrollo de una nueva estructura organizativa de atención a la salud mental descentralizada territorialmente, que ha integrado la atención de los pacientes psiquiátricos en el sistema general de salud, ha creado centros de salud y un extenso trabajo comunitario, así como el desarrollo de actitudes más positivas en la población respecto a la enfermedad mental (García y Vázquez-Barquero 1999; Vázquez-Barquero y García 1999; Vázquez-Barquero, García y Torres González 2001).

Si bien el modelo comunitario de salud que impulsó la Ley General de Sanidad ha constituido un hito importante en el ámbito general de la atención y especialmente de la atención primaria (Frías Osuna 2000, 2000a), no ha sido tanto así en la atención a la salud mental, que ha necesitado desde el principio muchos más y mejores recursos comunitarios, sociales y de salud, que todavía hoy, a más de veinte años de la reforma, o no existen o son claramente insuficientes<sup>93</sup>.

En una aproximación general, se puede decir que existen diferencias regionales importantes en la implantación y el desarrollo de la reforma psiquiátrica en nuestro país (González Cabrera *et al* 1987; Marquínez Bascones 1987; García González 1988; Horwitz y Ten Horn 1990; Inchauspe, De Potestad y Pérez 1993; Salvador-Carulla *et al* 1998, 2002; García y Vázquez-Barquero 1999; Vázquez-Barquero y García 1999, 2000; Vázquez-Barquero, García y Torres González 2001; Bravo Ortiz *et al* 2000; Fernández Liria 2000; García 2000; González Duro 2000; Salazar 2000; Capellá 2001; Márkez 2001; Chicharro 2002; De la Viña 2002; Espino 2002; Salvador *et al* 2003, 2007), diferencias que van desde la plena desinstitucionalización existente en Andalucía, Asturias, Melilla y Navarra, al escaso o ausente comienzo de la misma en Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia o Murcia o el modelo mixto con marcado acento institucional de Madrid y Cataluña (Aparicio Basauri 2002; Salvador *et al* 2003).

Quizás sea debido a estas diferencias regionales y al hecho de que el gasto sanitario en salud mental en España es escaso e inferior al resto de Europa (Márkez 2000; Espino 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002), todo ello en un contexto de políticas neoliberales que recortan progresivamente el presupuesto para gastos sociales

---

<sup>93</sup> En la mayoría de regiones españolas, se desconoce el presupuesto anual o el porcentaje del presupuesto total de sanidad o el presupuesto por habitante en materia de salud mental (Salvador *et al* 2003, 2007).

y tienden a la privatización de los servicios de salud (Desviat 1999; Márquez 2001; Espino 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002; Guimón 2003; Zuazu y De Potestad 2002), por lo que algunos autores hablan de estancamiento de la reforma psiquiátrica (Desviat 1999; Espino 2002; Chicharro 2003).

En cualquier caso y a falta de mecanismos de medición y evaluación (Vázquez-Barquero, García y Torres González 2001; Salvador-Carulla *et al* 1998, 2002; Espino 2002; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006), es preciso definir qué es el estancamiento de la reforma o incluso, volver a definir qué se entiende por reforma psiquiátrica (Aparicio Basauri 1999), si sigue teniendo sentido hablar de ella o si existe un proceso alternativo a la misma.

En este sentido, las percepciones son distintas, desde los autores que plantean que es preciso pensar de nuevo la reforma recuperando planteamientos más sociales (Desviat 1999; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006) hasta aquellos que sostienen posturas más triunfalistas y que consideran finalizada esta etapa, proponiendo nuevos términos<sup>94</sup> para referirse a una nueva etapa que comienza (Carmona *et al* 2006).

A pesar de las dificultades del mismo proceso de reforma y de su evaluación (Vázquez-Barquero, García y Torres González 2001; Salvador-Carulla *et al* 2002), existe bastante consenso en la literatura sobre cuáles son los *problemas* más frecuentemente identificados en nuestro país.

Un grupo de problemas que se destaca habitualmente es el que tiene que ver con la *industria farmacéutica*. La medicalización de la asistencia tanto en el ámbito general de la salud como en la salud mental, es una realidad creciente que está desplazando el vínculo profesional desde los servicios públicos a la industria farmacéutica y creando una cronicidad en los nuevos malestares que se atienden en atención primaria, es decir, se están psiquiatrizando los nuevos malestares (Hernández Monsalve 1998; Desviat 1999; Aparicio 2002; Chodoff 2002; Espino 2002; Guimón 2003; De Potestad y Zuazu 2003; Márquez y Meneu 2003).

Esta situación que cursa paralela al desarrollo de las políticas neoliberales de los años 90, tiene serias implicaciones para el modelo de reforma psiquiátrica, ya que supone la recuperación del enfoque biologicista y hospitalocéntrico (Márquez 2000) que para algunos autores es indicador del «fracaso» de la reforma psiquiátrica (González Duro 2000; Vázquez-Barquero, García y Torres González 2001) e indicador de cómo los intereses comerciales de la industria farmacéutica está condicionando las líneas de investigación en salud mental, la cambiante nosología psiquiátrica, el

---

<sup>94</sup> Nos referimos al término de «salud mental reformada» que proponen Carmona *et al* (2006) desde Andalucía, aludiendo al periodo 2001-2005.

modelo de enfermedad mental y la praxis psiquiátrica, con especial referencia a la prescripción farmacológica. Así pues una industria farmacéutica que, al amparo de dichas políticas, está orientada al beneficio sin límites, a la vez que secuestrando el pensamiento psiquiátrico independiente e influenciando el discurso social a través de potentes estrategias de marketing<sup>95</sup> (De la Mata y Ortiz 2003).

Existen también problemas ligados a los *recursos asistenciales*. Éstos se consideran en general limitados o escasos (Defensor del Pueblo Español 1991; Defensor del Pueblo Andaluz 1997; García y Vázquez-Barquero 1999; Vázquez-Barquero y García 1999, 2000; Márkez *et al* 2000; 2000; Becker *et al* 2002; Espino 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002; Salvador *et al* 2003, 2007; Chamizo de la Rubia 2004; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006), estando muy por debajo del resto de Europa en lo que atañe a número de camas, residencias o alternativas laborales y, en especial, en el número de profesionales de distinta cualificación (Vázquez-Barquero, García y Torres González 2001; Salvador-Carulla *et al* 2002; Salvador *et al* 2003).

Ante este déficit y, en un contexto en el que aumenta la demanda ante los nuevos malestares (González Duro 2000; Espino 2002), se produce una situación de sobrecarga asistencial creciente que genera graves problemas, todo ello en un sistema en el que tampoco se han establecido prioridades (Martín Zurimendi 1999). Esta situación de sobrecarga asistencial hace que el recurso a la medicalización de la asistencia sea el más rápido y fácil, produciéndose la reconversión de los programas de salud mental en «consultas ambulatorias» (Espino Granado 2002).

En cuanto a recursos comunitarios en general, éstos se valoran como tardíos e insuficientes a causa de la burocratización, la rigidez administrativa y la escasa planificación (González Duro 2000; Espino Granado 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002; Rivas Guerrero 2003; Salvador *et al* 2003; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006). Sobre los recursos sociales y, aún a pesar de reconocerse ampliamente la importancia de los mismos y de la necesidad de coordinación del espacio común sociosanitario, éstos son valorados como insuficientes a consecuencia del modelo economicista y medicalizador que impera en nuestro país y que descarga la responsabilidad pública en el ámbito privado y familiar (Defensor del Pueblo Andaluz 1997, 2004; Salvador-Carulla 1998, 2002; Márkez *et al* 2000; Márkez 2001; Espino Granado 2002).

Existen también problemas ligados a la *política y la gestión de la salud mental*. Sobre esta cuestión, hay acuerdo en que el presupuesto asignado a la salud mental es escaso (Márkez 2000; Espino 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002) debido a que ésta área no es una prioridad en la agenda política de los gobiernos, a diferencia

---

<sup>95</sup> Los autores revelan que la inversión de la industria farmacéutica en marketing es tres veces superior a la empleada en producción.

de lo que ocurre con otras áreas como las drogodependencias, el gasto farmacéutico o la anorexia (Desviat 2000; Espino 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002) que por distintas vías han despertado el interés de la agenda política. Esta circunstancia se ha puesto en relación repetidas veces, con el hecho de que los familiares de enfermos mentales no constituyen para la clase política un grupo de presión. Quizás la ausencia de presupuestos específicos para salud mental (Salvador *et al* 2003, 2007) en distintas administraciones autonómicas, no sea más que el reflejo de la inexistencia de la salud mental como prioridad y de la invisibilidad del problema a los ojos de los poderes públicos.

Y es que en un sistema en el que las prioridades de la administración se establecen en términos de «peligro vital» o «contagio», entonces, las necesidades de los pacientes mentales graves, nunca son objeto de atención preferente (González Duro 2000, Rivas Guerrero 2003). Precisamente por esta razón, de entre los diversos problemas actuales de la atención a los enfermos mentales, la atención a la cronicidad es uno de los más urgentes y sin embargo el más olvidado (Desviat 1999; González Duro 2000).

De la misma manera y, a pesar de existir dispositivos específicos de atención a la infancia y la adolescencia y de contemplarse éstas como prioridad en las distintas normas, se consideran áreas insuficientemente atendidas (Espino 2002), así como otros grupos de población especialmente vulnerables como es el caso de las personas mayores, las mujeres y otros grupos desfavorecidos, a saber, las personas con retraso mental y trastorno psíquico o la población reclusa (Defensor del Pueblo Andaluz 1997, 2004; Márquez *et al* 2000; Guimón 2003).

Se destaca asimismo la falta de interés, conocimiento y liderazgo sobre la salud mental por parte de gestores y políticos (Aparicio 2002; Espino 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006) en detrimento de criterios más profesionales (González Duro 2000), lo que perpetúa el olvido crónico sobre la salud mental.

Esta falta de implicación política y de gestión con la salud mental tiene su máximo exponente en la inexistencia de un Plan Nacional de Salud Mental, lo que dificulta el establecimiento de estrategias comunes y de coordinación entre las comunidades autónomas y de ellas con el Ministerio, lo que favorece desarrollos muy discrecionales y la falta de compromisos a nivel central (Salvador-Carulla *et al* 1998, 2002; Márquez 2001; Martínez Azumendi 2002, 2002a; Chicharro 2002; Espino 2002).

No obstante, la existencia de planes regionales de salud mental (Salvador *et al* 2003, 2007), indica algún grado de interés por parte de los gobiernos regionales, pero su desarrollo y orientación es variable y los esfuerzos se diluyen en cierto sentido. En aquellas comunidades autónomas donde no existen dichos planes, la falta

de compromisos con la salud mental son más que evidentes (Salvador-Carulla *et al* 1998; Espino 2002).

La formación de los profesionales<sup>96</sup>, considerada como responsabilidad de los poderes públicos, es identificada como deficitaria y mejorable (Defensor del Pueblo Español 1991; Defensor del Pueblo Andaluz 1997; Espino Granada 1998; Olabarría González 1998; Márkez *et al* 2000) y en ella, deben asegurarse el cumplimiento adecuado de los programas formativos. El problema de la formación es especialmente relevante en algunos grupos profesionales, este es el caso de los médicos cuya formación está frecuentemente ligada a la industria farmacéutica sesgando la atención desde el inicio (Gualtero y Turek 1999; Espino 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002; De la Mata y Ortiz 2003; Carmona *et al* 2006), a la vez que consagra un lenguaje y una práctica que medicaliza la vida (Mainetti 2006) impidiendo el desarrollo de otros aspectos de la condición humana y legitimando la primacía del tratamiento farmacológico en detrimento de otros tratamientos posibles (De la Mata y Ortiz 2003).

Se identifican también déficits importantes en la investigación en salud mental. Debido a la ausencia de políticas públicas que regulen la investigación con carácter independiente, ésta queda en buena medida en manos de la industria farmacéutica (González Duro 2000; Espino 2002; De la Mata y Ortiz 2003) y este hecho, apoya la ofensiva medicalizadora de las clasificaciones diagnósticas al uso, que pretenden medicalizar y biologizar la salud mental obviando todas las críticas que de ello se derivan (Márkez 2000; Espino 2002; Guimón 2003).

Existen también problemas relativos a los propios *profesionales*, entre ellos la falta un debate ideológico, teórico, científico y profesional (González Duro 2000; Márkez 2000; Espino 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002; Villagrán 2002; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006) que estuvo bien presente en décadas anteriores, un debate o reflexión que abarque «desde los genes a la subjetividad» (Avendaño 2002), es decir, que integre lo biológico, lo conductual y lo social (De Potestad y Zuazu 2003), un debate que debe incluir también a las Universidades, olvidadas hasta ahora (Desviat 1999).

Respecto a los programas de salud mental, éstos son percibidos por los profesionales como «utópicos» en muchos sentidos (Márkez 2000), entre ellos, el modelo de trabajo multidisciplinar, que no está en absoluto generalizado y que tiende habitualmente al corporativismo (González Duro 2000; Márkez 2001; Salvador-

---

<sup>96</sup> Un análisis minucioso sobre la cuestión de la formación, se puede encontrar en la obra coordinada por Espino y Olabarría (2003), referido a la formación de los distintos profesionales pre y post grado, a la formación sobre problemáticas concretas de la población enferma mental y a cuestiones específicas formativas como la formación continua, técnicas psicoterapéuticas o cuestiones éticas, entre otras.

Carulla *et al* 2002), y ello a pesar de que la coyuntura española es la mejor posible y facilitaría el desarrollo del mismo (Inglott 1999).

Por otra parte, se identifica la necesidad de un modelo de trabajo más genérico «basado en la relación y la alianza terapéutica» (Guimón 2003), un modelo de relación que se de en un espacio asequible (Aparicio 1999) y que esté basado en valores (Zuazu y De Potestad 2002), donde el enfermo o persona que sufre pueda elaborar adecuadamente sus conflictos (González Duro 2000). No obstante, ante la falta evidente de este modelo de trabajo en favor de otro modelo medicalizado (González Duro 2000; Márkez 2001; Espino 2002; Varo 2007), el burn-out de los profesionales es una realidad creciente (Desviat 1999; Márkez 2001; De la Sota y Guimón 2003), ya que estos se sitúan ante la perspectiva de tener que dar respuesta a necesidades asistenciales múltiples relacionadas con la cronicidad, la discapacidad, la elevada dependencia de los sistemas sanitario y social y la gran influencia de lo familiar sin contar con los recursos necesarios (Salvador-Carulla *et al* 2002).

Esta situación, junto a la ausencia de conflictividad en el sector profesional y la falta de dinámica interna hacia el cambio, hace que la presión hacia los gobiernos sea escasa y la situación de la salud mental permanezca sin grandes logros y sumida en su propia inercia (Espino 2002).

Los problemas también afectan a *pacientes y familiares*. Existe un estado de insatisfacción permanente de los mismos en prácticamente todas las áreas asistenciales de la salud mental, en lo sanitario y lo social. Esta insatisfacción es fruto de la enorme carga de trabajo asociada al cuidado de las personas enfermas, aunque no reconocida especialmente desde la Administración (Durán 2000), pero también es fruto del estigma que parece cobrar dimensiones cada vez mayores y soportado a menudo en silencio (Guimón 2003; Arnaiz y Uriarte 2006; Rigol 2006; Guillén *et al* 2007; López y Laviana 2007; Mateu y Cuadra 2007; López *et al* 2008).

Los familiares también expresan malestar en lo relativo al proceder jurídico que, en ocasiones es cuestionable, sobre todo en relación con algunos de los procedimientos como el de «incapacitación».

Sobre dichos procedimientos de incapacitación y a instancias de distintos Informes del Defensor del Pueblo (Defensor del Pueblo Andaluz 1997; Márkez *et al* 2000), está la recomendación de crear entidades tutelares, encargadas de hacer efectivo dicho procedimiento. No obstante, el problema de la incapacitación de enfermos mentales sigue siendo controvertido porque entra de lleno en el campo de los derechos humanos y su posible vulneración (Reich 2001; Chodoff 2001; Sánchez-Caro y Sánchez-Caro 2003; González Álvarez 2006; Ferreirós 2007). A pesar de ello algunas comunidades han emprendido proyectos normativos sobre incapacitación que se

encuentran detenidos actualmente como consecuencia de la presión ejercida por las asociaciones profesionales progresistas.

Desde una perspectiva jurídica, la incapacidad es una situación «provocada por el padecimiento de una enfermedad o deficiencia física o psíquica, de carácter permanente, que priva a algunas personas de su capacidad de obrar», es decir, que coloca de nuevo a una persona en situación de minoría de edad susceptible de tutela o curatela (Cabezas *et al* 2006) y, es precisamente esa determinación de quién tiene o no capacidad de obrar, esa prerrogativa, la que concede el diagnóstico psiquiátrico. Por tanto, por su capacidad de generar abusos, el diagnóstico está sujeto a cuestionamiento como problema ético<sup>97</sup> (Santander *et al* 2000; Reich 2001). La cuestión resulta especialmente importante si pensamos que el sistema diagnóstico actual está basado en los criterios clínicos del DSM, el cual «se estructura de un modo que pretende minimizar los aspectos del proceso diagnóstico influidos por factores subjetivos o por las teorías con base ideológica sobre la etiología de las enfermedades mentales» (Reich 2001: 191). Es decir, el diagnóstico tiene carácter de construcción social (Rendueles y Fernández 1990; Gil-García 2006, 2007) y por lo que respecta al DSM, «las definiciones que se presentan son una apuesta biologicista, contraria a dos importantes corrientes de la psiquiatría, la psiquiatría psicoanalítica y la antipsiquiatría» (Gil-García 2006: 75). Es decir, el diagnóstico convencional a través del DSM o cualquier otra clasificación al uso, aquél que sirve de base a la incapacitación de los enfermos mentales, obvia cualquier referencia biográfica, social o cultural del sufrimiento.

Todos estos malestares cronificados se agravan por la escasa participación de la población general en la vida pública, disminuyendo así su capacidad de presión y diluyendo aún más la escasa solidaridad social que caracteriza los tiempos actuales, por valores más individualistas y competitivos (Vázquez-Barquero, García y Torres González 2001; Espino 2002).

Estamos ante una situación compleja (Gil y Luderer 2000) y esto hace que las soluciones tampoco sean fáciles, no tanto por impracticables, sino porque abarcan multiplicidad de facetas. Aún así, este parece ser el momento en el que existen las mejores condiciones sociales, políticas y científicas para ponerlas en marcha (Espino 2002). En este sentido, para Benedetto Saraceno este siglo es el momento de trascender todos aquellos obstáculos y problemas relativos al sufrimiento mental<sup>98</sup> «que hace que esta utopía siga sin esperanza» (Saraceno 2004: 6).

---

<sup>97</sup> Se ha dicho que «la base social del diagnóstico es en sí un problema, ya que el psiquiatra ha de conocer con precisión dónde deberían trazarse los límites sociales y qué trasgresiones no se deben a una enfermedad sino a alguna otra causa» (Reich 2001: 192).

<sup>98</sup> Aunque el autor no solo se refiere al sufrimiento mental, sino a toda una «nación mixta donde enfermedades y condiciones desfavorecidas se entrecruzan [una nación] con la *n* minúscula, transversal, sin poder ni voz» (Saraceno 2004: 6).

Por ello, las *propuestas* que se exponen a continuación no pretenden ser definitivas, pero sí se consideran necesarias y dirigidas a los siguientes ámbitos que pasamos a exponer.

En primer lugar, en el *ámbito político y de gestión* y, aunque la Ley General de Sanidad (1985) y el Real Decreto 63/1995 comprometen a los poderes públicos a atender las demandas de salud mental, se hace necesario legislar más específicamente sobre este campo (Vázquez-Barquero, García y Torres González 2001), así como una mayor inversión del Estado que permita el desarrollo suficiente y adecuado de los servicios ante las nuevas demandas (González Duro 2000), especialmente en el campo de la rehabilitación (Giner 1998; Guinea 1998, 2007; Aparicio 1999; Vázquez-Barquero y García 2000; Vázquez-Barquero, García y Torres González 2001; Vallespí 2007), la investigación independiente y de calidad (Espino 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002), la formación de calidad (Giner 1998; Aparicio 1999; Martínez Azurmendi 2002; Villagrán 2002; Espino y Olabarria 2003; Guimón 2004; Huizing *et al* 2005; García Laborda 2006) y la evaluación de programas (González Sanz 1994; Moreno Küstner, Torres González y Godoy García 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002; Sánchez 2002; Salvador *et al* 2003; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006), que tienda a disminuir las diferencias regionales acercándose progresivamente a la media europea (Aparicio 1999; Márkez 2001; Espino 2002), ya que los planes son creíbles cuando van argumentados con presupuestos sólidos y estables. Aunque la tendencia del sistema sanitario español está orientado a los nuevos modelos de gestión clínica (Irigoyen 1996, 2004, 2007; Huertas 1999; Guimón 2003) sustentados en criterios racionales de eficiencia y eficacia, se propone el principio de discriminación positiva en salud mental, frente al principio de contención de costes (Salvador-Carulla *et al* 2002; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006).

También se propone la creación de una comisión ministerial permanente e «independiente» que valore la situación actual y asesore sobre su futuro desarrollo, así como la reactivación del Consejo Interterritorial de Salud y su comisión de seguimiento de la reforma psiquiátrica (Giner 1998; Aparicio 2002; Salvador-Carulla *et al* 2002; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006). Pero independientemente de éstas, se hace necesario el debate de las políticas de salud mental y sus posibilidades de desarrollo en el marco actual socioeconómico, de manera que permita priorizar la organización de la salud mental con vistas a una gestión más eficiente (Aparicio 1999; Martín Zurimendi 1999; Bravo Ortiz *et al* 2000; Espino 2002), lo cuál no significa que la eficiencia esté reñida con premisas más sociales, siempre que se hable de resultados a largo plazo (Huertas 1999).

Es urgente asimismo el desarrollo de un soporte documental que recoja la información estadística que permita la evaluación de programas y acreditación de los mismos (Giner 1998; Bravo Ortiz *et al* 2000; Vázquez-Barquero, García y Torres

González 2001; Torres González, Moreno Küstner y Godoy García 2002), así como la creación de un mapa nacional de servicios socio-sanitarios. En este sentido, se propone el desarrollo de una ley y un programa de atención sociosanitaria, así como la creación de un plan específico de integración social. Dicho plan debería contemplar específicamente la ayuda domiciliar canalizada sobre todo a través de las enfermeras de atención primaria (Rivas Guerrero 2003).

También se propone la creación de una agencia nacional de coordinación y promoción de la salud mental (Salvador-Carulla *et al* 2002; Retolaza, Cabrera y Terradillos 2006), así como el refuerzo de las redes de apoyo psicosocial y una mayor dotación de recursos a asociaciones de familiares y enfermos (Desviat 2000; González Duro 2000; Vázquez-Barquero y García 2000; Vázquez-Barquero, García y Torres González 2001; Guimón 2003).

Desde el punto de vista de la gestión, se hace necesario desburocratizar la atención (Aparicio 2002; Martínez Azurmendi 2002a), así como mejorar la coordinación interniveles (Giner 1998; Bravo Ortiz *et al* 2000; Desviat 2000; Aparicio 2002; Martínez Azurmendi 2002a) mediante modelos de enlace o cualquiera otro que permita la implicación de la atención primaria y la salud mental, así como la creación de áreas especializadas según edad, género y patologías (Guimón 2003a).

En el *ámbito profesional* se reconoce la necesidad de profundizar en el debate teórico de la salud mental, incluyendo todas las aportaciones desde los ámbitos neurobiológico, psicológico y sociológico, pero un debate que arranque desde la misma práctica (González Duro 2000; Márkez 2000; Vázquez-Barquero, García y Torres González 2001; Avendaño 2002; De Potestad y Zuazu 2003), a la vez que una reflexión específica sobre el modelo de práctica que impone la industria farmacéutica (Hernández Monsalve 1998; De la Mata y Ortiz 2003).

Se considera de suma importancia el trabajo en equipo multidisciplinar (Gualtero y Turek 1999) y en red que permita la continuidad de cuidados en sentido amplio (Espino 2002), así como un abordaje genérico de la salud mental basado en la relación terapéutica (González Duro 2000; Guimón 2003a), con refuerzo de habilidades técnicas en atención primaria (Martínez Azurmendi 2002) e inclusión de psicoterapias y terapias de grupo (Márkez 2000; Villarroel 2001), todo ello, en detrimento de una práctica basada en la farmacología.

Haciéndose eco de toda la problemática planteada hasta ahora, el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha presentado recientemente su *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (2007), fruto del acuerdo entre el propio Ministerio, representantes de cada comunidad autónoma, representantes de asociaciones profesionales y científicas, así como de representantes de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental. Dicho documento adopta las directrices consen-

suadas en la Conferencia de Helsinki (WHO 2005), reconociendo la magnitud de los problemas que afectan al sistema de atención a la salud mental y sobre la necesidad de tomar medidas en orden a su prevención y disminución de la carga económica y el sufrimiento que estos generan. Por ello, plantea un conjunto de estrategias dirigidas a distintas áreas todavía deficitarias tras más de veinte años de iniciada la reforma psiquiátrica, a saber, la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales y la erradicación del estigma, la atención a los trastornos mentales, la coordinación intra e interinstitucional, la formación del personal sanitario, la investigación en salud mental y el desarrollo de sistemas de información y evaluación. En línea con la búsqueda de la calidad, para todas las estrategias se articulan objetivos concretos y sistemas de evaluación, que hagan posible la valoración futura de dichas iniciativas y la posibilidad de reformularlas a partir de los resultados. Esta iniciativa largamente esperada se ha calificado como un documento de mínimos, pero un acuerdo sólido y sobre todo, un punto de partida y una dirección hacia el futuro en un momento crítico para el sistema (Fernández Liria 2007), que será preciso evaluar en el futuro.

La problemática expuesta hasta aquí es común para Andalucía (González Álvarez 1988; López, Álvarez y Laviana 1998; Rivas Guerrero 2003; Pérez Romero 2004), pero además existen algunas cuestiones específicas que se han señalado y que pasamos a exponer.

Sobre los *problemas* generados en el proceso de reforma en Andalucía, se ha dicho que éstos existen desde el inicio como consecuencia del descontento generalizado con la misma entre distintos sectores sociales (González Álvarez 1988), señalando específicamente la desresponsabilización de los profesionales frente a los problemas de salud mental de la comunidad o la compulsión externalizadora que se ha producido con los pacientes crónicos y que está provocando el fenómeno de la transinstitucionalización, un riesgo del que ya advirtiera el propio IASAM (1987)<sup>99</sup>, que tiene que ver con la necesaria convivencia de las distintas culturas de la atención dentro del sistema sanitario (Ruiz Ruiz 1996) y, del que más tarde se ha dado cuenta (López *et al* 1998), sobre todo considerando la situación de desbordamiento de la demanda (Del Pino 2000) y el hecho de que de buena parte de los ingresos y estancias hospitalarias producidas se deben a problemas sociales (González Álvarez 1988).

En esta misma línea, Rafael del Pino (2000), el actual Coordinador de Salud Mental en Andalucía, no solo ha destacado el desbordamiento de la demanda en Andalucía, sino también las tendencias medicalizadoras, la fractura con el nivel de

---

<sup>99</sup> Según Ruiz Ruiz (1996), este fenómeno tiene que ver con la necesaria convivencia de distintas culturas de atención dentro del sistema sanitario.

atención primaria, las dificultades para la rehabilitación y el seguimiento de pacientes psicóticos en la comunidad, el trabajo conjunto con otros sectores no sanitarios (educación, justicia, servicios sociales...) o el escaso trabajo en prevención y promoción de salud.

Una cuestión que preocupa especialmente por la alarma social que está causando, son los «brotes de estigmatización» surgidos a raíz de algunos hechos dramáticos que han protagonizado enfermos mentales (Pérez Romero 2004) y que los medios de comunicación se han encargado de difundir. Estos medios son hoy elementos clave o vehículos de transmisión del estigma muy potentes (López *et al* 2005; López Pardo y Pérez Pérez 2006; López *et al* 2008) valorándose este hecho como fruto de la escasez de periodismo especializado en temas de salud, el cuál nunca está asegurado (Pérez Pérez 2006).

Sobre las necesidades de hospitalización prolongada y en relación a la Comunidad Terapéutica, Maestro Barón y Jiménez Estévez (2004) han realizado su análisis poniendo de relieve la necesidad de más plazas residenciales en Andalucía porque su escasez revierte directamente en el estancamiento de los usuarios en las comunidades terapéuticas y a la prolongación innecesaria de ingresos costosos, es decir, fomenta la transinstitucionalización dificultando la entrada a la misma de usuarios que realmente lo necesitan. Pero más allá de esta necesidad ampliamente conocida (López, Álvarez y Laviana 1998; López y Laviana 1998; López *et al* 2004; López y Laviana 2007), los autores se han detenido en un análisis poco habitual en la literatura. Nos referimos a la denominación de este dispositivo como «unidad de media estancia, larga estancia, media y larga estancia, unidad de rehabilitación hospitalaria, unidad residencial rehabilitadora o comunidad terapéutica», denominaciones todas ellas que implican una filosofía subyacente que es preciso tener en cuenta<sup>100</sup>.

En Andalucía existen en este momento trece comunidades terapéuticas, de las cuales seis se ubican en el contexto hospitalario, cinco en zonas urbanas y dos en zona rural. Resulta evidente que las ubicadas en el ámbito hospitalario poseen un matiz institucional peculiar del que carecen las ubicadas en zonas urbanas o rurales. Sobre las Comunidades Terapéuticas hospitalarias se ha argumentado que su ventaja radica en disponer rápidamente y en caso necesario de atención urgente y especializada, así como de tener mayor fluidez en las derivaciones hacia las unidades de agudos<sup>101</sup>. Las unidades urbanas, por su parte, se benefician de un mejor y más rápido

---

<sup>100</sup> Recuérdese que la Comunidad Terapéutica ha sido uno de los dispositivos emblemáticos en los procesos de reforma (Jones 1962; Cooper 1978), alejado en su concepción del carácter hospitalario a largo plazo o permanente que tiene en Andalucía, garantizado normativamente.

<sup>101</sup> Estas ventajas podrían también entenderse como una reminiscencia de la actitud paternalista y de control propia del sistema sanitario.

acceso de los residentes a los servicios comunitarios, ayudando de esta manera a normalizar su vida y situándolos en el paisaje cotidiano de la comunidad. Las unidades rurales tendrían la ventaja de las unidades urbanas y las desventajas de cualquier dispositivo rural, es decir, peor comunicación y acceso a las zonas urbanas y menor dotación de recursos.

Por su parte López, Álvarez y Laviana (1998) han centrado su análisis en las dificultades específicas en el campo de la integración laboral, tan determinante para la integración global. Para los autores, las empresas sociales necesitan nuevas definiciones respecto a su relación con los servicios de salud, a los límites del apoyo público, al análisis coste-beneficio y a la productividad, aspectos todos ellos muy específicos en estas empresas sociales donde no son aplicables los estándares de cualquier empresa.

Recientemente José Chamizo (2004), Defensor del Pueblo Andaluz, ha realizado una reflexión sobre la reforma, que dibuja con bastante claridad el estado actual de la misma en Andalucía. José Chamizo ha calificado de «auténtico desafío» para el sistema sanitario y social la atención a los enfermos mentales crónicos. Las desventajas sociales que acompañan habitualmente a la cronicidad acaban desbordando ambos sistemas, que se vuelven incapaces de responder a las demandas existentes y ello, a pesar de que la Ley General de Sanidad prevé la cobertura de las necesidades sociales que se generen.

Dado que en Andalucía no ha existido solución de continuidad entre el internamiento y la atención comunitaria, esto ha hecho que los objetivos de la reforma resulten desproporcionados en relación con los recursos asistenciales existentes. Por eso, para José Chamizo «la reforma psiquiátrica, aun con planteamientos teóricos perfectamente definidos, ha dado la espalda a la realidad (...) y no es asumible que el coste de dicha operación haya recaído sobre el núcleo familiar, transformando una situación caracterizada por una asistencia deficiente, por otra en la que impera la falta de asistencia» (Chamizo de la Rubia 2004: 2). Esta falta de asistencia es especialmente notable en lo tocante a la creación de estructuras intermedias y su adecuada dotación y es para el Defensor, la gran asignatura pendiente de la reforma en Andalucía. Las formulaciones teóricas, las declaraciones de intenciones o los proyectos de futuro hechos en el inicio del proceso, no se han materializado hasta ahora y nos encontramos según él, en una situación desoladora que se agrava por la falta de presión de las asociaciones de familiares, afirmando que la situación de los enfermos mentales ha pasado de ser un problema oculto en el internamiento, a ser «un problema oculto del ámbito privado» (Chamizo de la Rubia 2004: 4) que se agrava por la falta de formación de los cuidadores y en ocasiones, por la falta de estructura y conflictividad en el seno de la familia. Por otra parte, la Administración que «sencillamente desconoce el problema» y su complejidad, ha descargado el cuidado del enfermo mental en

la familia, olvidándose que no se puede cimentar la atención sobre bases de carácter tan voluntarista.

Otros autores, sin embargo, entienden que la reforma ya ha finalizado y que además lo ha hecho con un saldo bastante positivo (Carmona *et al* 2006). Los autores insisten en el estado de finalización de la reforma y basan su afirmación en dos argumentos. El primero de ellos es la consecución de los objetivos planteados por la reforma, a saber, la desaparición de los manicomios, la creación de una red basada en el modelo comunitario y la creación de servicios alternativos. El segundo, la existencia de nuevas necesidades de atención emergidas en los últimos años, que han de abordarse con los nuevos modelos de gestión. Para los autores, esta doble argumentación es la prueba de que la reforma ya ha concluido en Andalucía y, aunque reconocen la escasez de recursos, entienden que todos los problemas existentes en el sistema se podrán resolver cuando se solucione la doble dependencia de los profesionales de salud mental<sup>102</sup>.

Entre las *propuestas de solución*, además de las expuestas anteriormente, se hace gran énfasis en la importancia de reforzar los dispositivos sociales de Faisem, así como la coordinación con los dispositivos sanitarios (López, Álvarez y Laviana 1998; Rivas Guerrero 2003; Pérez Romero 2004; Chamizo de la Rubia 2004) todo lo cuál está amparado por la normativa actualmente vigente en Andalucía (Decreto 77/2008). Especial atención requieren los grupos de población especialmente vulnerables, en los que además de la enfermedad mental, concurren otras circunstancias como la pobreza, la edad avanzada de los cuidadores, la monoparentalidad o la falta de libertad por reclusión, entre otras.

Existe la necesidad de crear un espacio sociosanitario convenientemente legislado que podría articularse según Rivas Guerrero (2003) como una realidad virtual de gestión de casos donde de manera individual y personalizada, exista una persona responsable de gestionar el caso de cada enfermo, al margen de su dependencia administrativa (social o sanitaria). El autor entiende que sería necesario un plan de integración social, en el que debería cobrar un peso especial la ayuda domiciliaria, canalizada a través de los y las enfermeras de atención primaria.

En este sentido y en el contexto del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas (2002), el Plan de Calidad de Faisem (2006) y el I PISMA (Molina García *et al* 2004), la Administración Andaluza, consciente del importante papel jugado por las enfermeras en el sistema sanitario y a través de su entonces Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados (2006), ha articulado un importante esfuerzo para conseguir que los cuidados de calidad sean una realidad en el sistema andaluz.

---

<sup>102</sup> Esta cuestión se acaba de resolver con la reciente publicación del Decreto 77/2008.

Muestra de ello son distintas iniciativas en torno a la valoración clínica que realizan las enfermeras (López Alonso, Huizing y Lacida 2004), la estandarización y la mejora de los cuidados en los trastornos mentales (S.A.S. 2004), sobre las estrategias de mejora de los cuidados de salud mental (Huizing *et al* 2005; Pérez Hernández *et al* 2007) o la valoración y los cuidados a la dependencia (Pérez Hernández 2007). No obstante, sigue siendo necesaria una mayor implicación de los aspectos metodológicos en los cuidados de salud mental y es necesario seguir describiendo más y mejor lo que hacen las enfermeras, por qué lo hacen y los resultados que obtienen al hacerlo (Marqués Andrés 2005).

También es preciso trabajar el estigma social haciendo marketing sobre la idea de que la integración del enfermo mental es posible (Cuesta Sánchez 2000; Rivas Guerrero 2003; Pérez Romero 2004; Pérez Pérez 2006), así como apoyar económicamente y dotar de ventajas fiscales a los familiares con enfermos a su cargo (Rivas Guerrero 2003).

Sobre el trabajo de sensibilización contra el estigma, la Administración Andaluza ha elaborado recientemente una campaña a través del Consejo Audiovisual de Andalucía<sup>103</sup>, al cual le compete velar por el aseguramiento de los derechos de ciudadanía de toda la población en su ámbito de actuación, en especial de los grupos desfavorecidos y más vulnerables como es el caso de los enfermos mentales. Partiendo del análisis realizado en los medios de comunicación, el Consejo inicia en 2006 una campaña contra el estigma presentada por todo el territorio andaluz y dirigida a enfermos, familiares, profesionales y medios de comunicación. Dicha campaña ha incluido la edición por parte de la Junta de Andalucía de un manual de estilo dirigido a los medios de comunicación de titularidad pública<sup>104</sup>, sobre cómo tratar adecuadamente el tema de la enfermedad mental sin incurrir en imprecisiones o falta de respeto hacia los enfermos y sus familiares. Sería deseable que estas campañas estuvieran también dirigidas a la población general, así como poder evaluar su efectividad en términos de cambio de actitudes en todos los grupos considerados.

En esta línea y en relación con el año andaluz de la salud mental, López *et al* (2005) han realizado una pormenorizada revisión de los últimos diez años en torno al estigma, que han completado recientemente (López *et al* 2008). Los autores proponen una estrategia compleja y abarcadora para un problema, el estigma, que también lo es. Dicha estrategia incluiría en primer lugar, la disponibilidad de información y conocimiento adecuado sobre la enfermedad mental, que pueda servir de base

---

<sup>103</sup> El Consejo ha tomado como referencia distintas campañas de sensibilización realizadas en el ámbito internacional, entre ellas «Changing Minds» (Reino Unido 2000), «Like Minds» (Nueva Zelanda 2001) o «See me» (Reino Unido 2003).

<sup>104</sup> Por parte de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2005).

para el cambio hacia actitudes más comprensivas. Pero, para que este cambio afecte a la población general, es preciso que la información se dirija al sistema educativo, a los medios de comunicación y a la industria del ocio, ya que todas ellas están implicadas en la transmisión de información. Como segunda medida, los autores proponen la interacción y contacto social de los enfermos mentales con la población, porque es de esta manera como se puede influir sobre las creencias de la población y sobre los sentimientos y conductas asociadas. En tercer lugar, proponen intervenciones de protesta por parte de las asociaciones de familiares y enfermos, que, sin ser la única medida han de estar presentes para consolidarse como grupo de presión ante la Administración. En cuarto lugar, se propone eliminar los factores de refuerzo del estigma, entre ellos la propia institución psiquiátrica, las legislaciones específicas, los procedimientos coercitivos o el uso inadecuado del diagnóstico psiquiátrico por lo que tiene de capacidad estigmatizadora. Por último, se propone el apoyo en estrategias de afrontamiento a las personas afectadas, el cuidado hacia «agentes sociales clave»<sup>105</sup> o la investigación sobre cuestiones todavía no comprendidas suficientemente, todas ellas a tener en cuenta.

Todavía hoy existen bastantes temas pendientes en la reforma, aunque resultan especialmente prioritarios la creación de dispositivos intermedios suficientemente dotados y la formación de los profesionales de la salud mental (Defensor del Pueblo Andaluz 2004). Resulta asimismo necesaria la apertura del debate a la sociedad que haga posible conocer las actitudes sociales al respecto (Del Pino 2000; Dueñas Abril 2000; López Álvarez 2000; Pérez Pérez 2006) y que permita superar el modelo clásico médico para seguir desarrollando el modelo de salud integral e integrado.

Finalmente, se incide en la necesidad de evaluación de la salud mental y en la reflexión teórica, que haga posible la toma de conciencia de los profesionales (Dueñas Abril 2000) respecto a la situación de la salud mental y su organización en pro de un modelo comunitario (Aranda Regules 2000), pero en una nueva etapa (Gallo Vallejo 2000, Carmona *et al* 2006) en la que el Decreto regulador de la salud mental en Andalucía solvente buena parte de los problemas actuales.

Recientemente la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría (AAN 2006) ha realizado una valoración del estado de consecución de los objetivos del PISMA y aunque como ya se avanzara, el PISMA no es un documento definitivo y por tanto es mejorable<sup>106</sup>, aunque ha habido algún grado de consecución de los objetivos

---

<sup>105</sup> Se refiere a aquellos agentes que tienen capacidad tanto de estigmatizar como de desestigmatizar, es el caso de los profesionales de los medios de comunicación, personal docente, empresarios y profesionales del sistema de salud y servicios sociales o de las fuerzas de seguridad, todos los cuales tienen capacidad para actuar como educadores sanitarios.

<sup>106</sup> Así se ha puesto de manifiesto recientemente desde el entorno de la propia Administración, en las VI Jornadas de Salud Mental celebradas en Jaén (2006).

propuestos, existen todavía importantes déficits en Andalucía. Dicho documento (AAN 2006) pone de relieve que las acciones de información a la población son todavía muy puntuales, que el proceso asistencial «Ansiedad, Depresión y Somatizaciones» está mínimamente implantado y escasamente apoyado desde las propias estructuras de gestión del SAS, que faltan profesionales facultativos y enfermeros, así como también dispositivos respecto al criterio pretendido por el I PISMA y todavía, la consolidación de los sistemas de información que permitan una adecuada planificación, son una cuestión de agenda más que una realidad.

### 1.3. Recursos de salud mental en la provincia de Jaén

Como hemos visto, el conocimiento de los recursos sobre salud mental es uno de los pilares fundamentales para poder planificar y ejecutar acciones dentro de las políticas públicas de salud mental de un territorio. A continuación revisamos los recursos de salud mental en la provincia de Jaén, por referencia a los recursos en Andalucía y en España. Asimismo, tomamos algunas referencias europeas y mundiales. Junto a la problemática mostrada, esto nos permite dimensionar correctamente la situación de la atención a la salud mental en la provincia. Para ello, tomamos como fuente los datos que nos ha aportado el Servicio Andaluz de Salud, otros datos obtenidos de la web de la Junta de Andalucía, el I y II PISMA, la Memoria 2005 de Faisem y el Plan de Calidad de Faisem (2006).

Recordemos que Andalucía tiene una población de 8.059.461 habitantes<sup>107</sup> (I.N.E. 2007), lo que supone el 17.8 % de la población española. Jaén, la más grande de sus ocho provincias, está situada en el interior nororiental del territorio y tiene una población de 664.742 habitantes, lo que supone el 8.2% de la población andaluza.

Por lo que respecta a la articulación del mapa sanitario andaluz<sup>108</sup>, éste se organiza en cada provincia en zonas básicas de salud, que unidas conforman los distritos sanitarios. Para cada distrito sanitario existe un ESMD (ahora USMC). Las «áreas de salud mental» pueden ser únicas o múltiples en cada provincia. Cada área de salud mental comprende distintos distritos sanitarios que engloban a su vez distintos dispositivos de atención a la salud mental en el territorio de su competencia. En el momento actual en Jaén, el área de salud mental es única, con cuatro distritos sanitarios que atienden al conjunto de la población en la provincia (Anexo Tabla 1).

Resulta asimismo de interés el perfil sociodemográfico de la población provincial de referencia. En este sentido, el Atlas de Salud Mental de Andalucía

---

<sup>107</sup> De los cuales 4.060.218 son mujeres y 3.999.243 varones, según datos del último Censo de Población, realizado en 2007.

<sup>108</sup> De acuerdo al Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.

(Garrido *et al* 2006) nos proporciona un perfil sociodemográfico actualizado que resulta muy útil en la comprensión de la realidad sobre la salud mental en nuestro territorio. En lo que sigue, los datos se han tomado de dicho documento<sup>109</sup>. En el mismo, se parte de que «determinadas características sociodemográficas como la alta tasa de paro, se han correlacionado con mayores probabilidades de padecer trastornos mentales. Del mismo modo, las áreas más empobrecidas y con mayores grados de criminalidad y desorden social son las que suelen presentar mayores tasas de prevalencia y de utilización de servicios de salud mental. Por ello, los indicadores sociodemográficos han demostrado ser importantes predictores de prevalencia psiquiátrica y utilización de servicios de salud mental en un área» (Garrido *et al* 2006: 45).

La densidad poblacional del conjunto de Andalucía es variable, siendo las zonas del interior mucho menos pobladas, entre ellas la provincia de Jaén y dentro de ella, los distritos de Andujar y Villacarrillo. Por su parte, la *renta familiar* en la provincia es baja, con un máximo de 7.507 euros anuales, frente a los más de 8.500 euros anuales de las áreas de Almería y Málaga. La distribución de *hogares unipersonales* como indicador de aislamiento social, nos informa que el mayor número de ellos se localiza en la zona oriental de Andalucía y en lo que respecta a la provincia de Jaén, la mayor proporción corresponde a los distritos de Alcalá la Real y Úbeda. En cuanto a la *tasa de no casados*, sirve también como indicador de aislamiento social, siendo en la provincia los distritos de Andujar, Linares y Villacarrillo, los que presentan tasas más altas de no casados que el resto de la provincia. Las «*tasas de inmigración*» en Jaén, aunque no son las más altas de Andalucía se consideran igualmente importantes, porque este sector constituye «población de riesgo» ante las dificultades laborales, el desarraigo familiar y las distintas prácticas culturales respecto a la población nacional.

En el momento actual, Andalucía ha cerrado oficialmente todos los antiguos manicomios existentes en su territorio<sup>110</sup> y ha creado toda una red de salud mental con dispositivos de primer nivel (equipos de salud mental de distrito o Centros de Salud Mental), segundo nivel (unidades de hospitalización) y tercer nivel (unidades de salud mental infanto-juvenil, comunidades terapéuticas, unidades de rehabilitación de área y hospitales de día), articulados en torno a los Distritos Sanitarios. En el Gráfico 2 podemos ver como se distribuyen los dispositivos de salud mental en el conjunto de Andalucía. Como era de esperar con el modelo comunitario vemos que el dispositivo clave de la atención a la salud mental es el ESMD o CSMC:

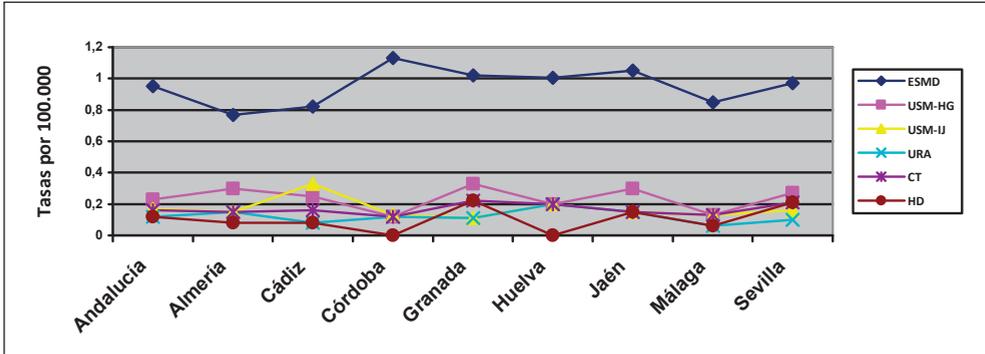
---

<sup>109</sup> La denominación que utilizamos para identificar los dispositivos y sus recursos es la establecida en el Decreto 338/1988, dado que no existen estadísticas u otros documentos referidos a las nuevas denominaciones establecidas por el actual Decreto 77/2008.

<sup>110</sup> El último en el año 2000, el Psiquiátrico de Miraflores de Sevilla (Pérez Pérez 2006).

**Gráfico 2**

*Recursos de salud mental en Andalucía y sus provincias*



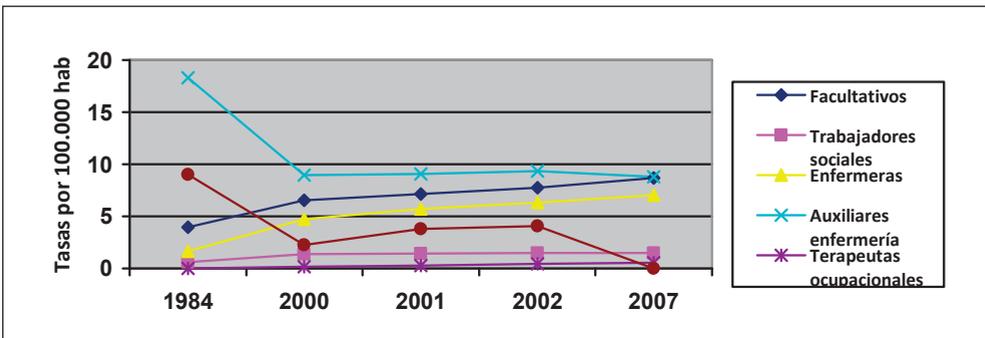
FUENTE: Elaboración propia con datos procedentes del Servicio Andaluz de Salud (2007) y II PISMA.

No sólo el tipo y número de dispositivos dan cuenta del proceso de reforma habido en Andalucía, sino también la evolución de los recursos humanos a lo largo del tiempo. En este sentido, el Gráfico 3 muestra la evolución en número y cualificación de las y los profesionales que atienden los dispositivos de salud mental en cuatro momentos diferentes desde el inicio de la reforma en 1984 hasta 2007:

Como vemos, entre 1984 y 2000 se produce un descenso importante del número de profesionales en su conjunto, el cual se explica por la reducción del grupo

**Gráfico 3**

*Recursos humanos de salud mental en Andalucía 1984-2007*



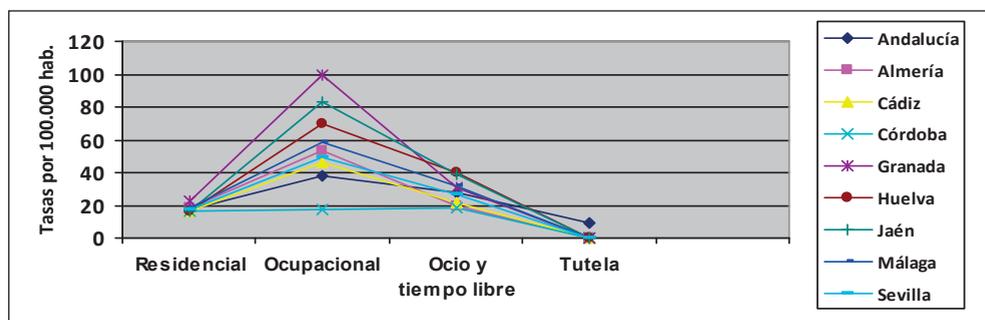
FUENTE: I Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2003-2007 y II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012.

«auxiliares de enfermería» (casi a la mitad) y «otros» (casi a su cuarta parte), encargados hasta entonces de la función de custodia propia de la institución manicomial. Para el resto de profesionales se produce un aumento en su número más evidente entre los años 1984 y 2000, estabilizándose prácticamente desde entonces.

No obstante, en todos los años considerados el grupo profesional más numeroso es el de «auxiliares de enfermería» y «facultativos»<sup>111</sup> lo que representa –entendemos– una reminiscencia del modelo biomédico y custodial en la práctica, posiblemente relacionado con el fenómeno de la «transinstitucionalización». Por lo que respecta a los recursos sociales especializados, el Gráfico 4 muestra los recursos existentes de FAISEM en Andalucía:

**Gráfico 4**

*Programas Sociales FAISEM en Andalucía y provincias*



FUENTE: Elaboración propia con datos procedentes de la Memoria FAISEM (2005).

Como vemos, aunque relativo existe un desarrollo importante de los recursos ocupacionales frente a los recursos residenciales u otro tipo de recursos, también en la provincia de Jaén.

Conviene ahora que veamos con más detenimiento algunos de los recursos con los que cuenta la provincia de Jaén<sup>112</sup>, tanto sanitarios como sociales para hacer frente a las necesidades y demandas de la población (Tabla 1).

<sup>111</sup> Salvo en 1984 en que los grupos más numerosos fueron los de «auxiliares de enfermería», «otros», «facultativos» y «enfermeras», en ese orden.

<sup>112</sup> Aunque el último censo poblacional (INE 2007), asigna a Jaén una población de 664.742 habitantes, los datos que nos ha proporcionado la Delegación de Gobierno en el momento de elaborar estas tablas es de 650.974 habitantes. Es con esta última cifra con la que elaboramos las tasas que aparecen a partir de aquí en los datos específicos referidos a recursos en la provincia de Jaén.

**Tabla 1**

*Recursos Sanitarios de atención a la salud mental en la provincia de Jaén*

Distrito Sanitario	ESMD (USMC)	ZBS	Población atendida por ZBS (hab.)	Población atendida total por Distrito (hab.)	Hospital de referencia	Dispositivos de tercer nivel					
Jaén	Jaén	Jaén	131.936	200.032	Complejo Hospitalario de Jaén	1 Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil					
		Huelma	10.505								
		Cambil	8.759								
		Mancha Real	17.344								
		Mengíbar	14.588								
		Torredelcampo	16.900								
Jaén-Sur	Martos	Martos	26.099	93.059	Complejo Hospitalario de Jaén	1 Comunidad Terapéutica					
		Porcuna	11.698								
		Torredonjimeno	15.272								
	Alcalá la Real	Alcalá la Real	28.623								
		Alcaudete	11.367								
Jaén-Norte	Andújar	Andújar A	28.302	192.205	Hospital Alto Guadalquivir (Andújar)	1 Unidad de Rehabilitación de Área					
		Andújar B	21.870								
		Arjona	13.123								
	Linares	Linares A	26.535								
		Linares B	25.684								
		Linares C	22.158								
		Bailén	20.551								
		La Carolina	17.444								
		Santisteban del Puerto	16.538								
Jaén-Nordeste	Úbeda	Úbeda	38.325	165.678	Hospital San Juan de la Cruz (Úbeda)	2 Hospitales de Día					
		Jódar	15.594								
		Peal de Becerro	14.118								
		Baeza	22.939								
		Torreperogil	11.616								
		Cazorla	14.340								
	Villacarrillo	Villacarrillo	11.137								
		Villanueva del Arzobispo	9.909								
		Beas de Segura	8.201								
		Orcera	15.368								
		Santiago Pontones	4.131								
		<b>TOTAL</b>						<b>650.974</b>			

FUENTE: Elaboración propia con datos procedentes de la Junta de Andalucía (a Diciembre de 2008).

Como hemos visto ya, en la provincia de Jaén al igual que en el resto de Andalucía, existen recursos sanitarios de primer nivel, segundo nivel y tercer nivel. Siguiendo con la distribución territorial ya expuesta, vemos que en la provincia los ESMD son más numerosos que el resto de dispositivos de segundo o tercer nivel y constituyen el eje de la atención provincial a la salud mental.

La Tabla 2 recoge los recursos humanos que atienden los siete ESMD de la provincia según su cualificación profesional. Al igual que ocurre en Andalucía, hay que destacar la predominancia del grupo «facultativos» y «auxiliares de enfermería» en estos dispositivos, frente al grupo de «enfermeras» o «trabajadores sociales».

**Tabla 2**

**Jaén. Recursos humanos de salud mental en los ESMD de la provincia por grupos profesionales**

ESMD	Jaén	Martos	Alcalá la Real	Andújar	Linares	Úbeda	Villacarrillo	TOTAL
Población atendida	200.032	53.069	39.990	63.295	128.910	116.932	48.746	650.974
Psiquiatras	6	1*	2	2	4	4	2	21
Psicólogos	2	1	1	2	2	2	1	11
Enfermeras	3	1	1	1	2	2	1	11
Trabajadores Sociales	2	1	1	1**	1**	1	1	7
Auxiliares Enfermería	4	1	1	1	2	2	1	12
Auxiliares Administrativos	2	1	1	1	1	1	1	8

(\*) Hay una dotación de dos psiquiatras en el ESMD, pero en el momento de la recogida de datos, solo trabaja uno.

(\*\*) Compartida dos días a la semana entre ambos ESMD.

FUENTE: Elaboración propia con datos procedentes de la Junta de Andalucía (Abril, 2007).

La Tabla 3 y el Gráfico 5 resumen y comparan de manera más global y gráfica la situación en Jaén en cuanto a recursos de salud. Vemos que en el conjunto de la provincia y en todos los dispositivos de primer, segundo o tercer nivel, predomina el grupo «auxiliares de enfermería» y «facultativos», haciéndose extensivo para la provincia de Jaén esta tendencia en el modelo asistencial de corte biomé-

dico y custodial existente en el conjunto de Andalucía y relacionado, también en la provincia con el fenómeno de la transinstitucionalización.

**Tabla 3**

**Jaén.** Recursos humanos de salud mental en dispositivos de primer, segundo y tercer nivel

	Primer nivel: ESMD (Tasas)	Segundo nivel: Hospitalización (Tasas)	Tercer nivel (Tasas)	Total	Tasas* (x 100.000 hab.)	
Psiquiatras	21 (3.2)	8 (1.2)	8 (1.2)	37	5.7	9.1**
Psicólogos	11 (1.6)	2 (0.3)	9 (1.3)	22	3.4	
Enfermeras	11 (1.7)	27 (4.14)	23 (3.5)	61	9.3	
Trabajadores Sociales	7 (1.07)	2 (0.3)	4 (0.6)	13	1.9	
Auxiliares Enfermería	12 (1.8)	43 (6.6)	20 (3.07)	75	11.5	
Terapeutas ocupacionales	-	-	3 (0.46)	3	0.46	
Monitores Ocupacionales	-	-	6 (0.92)	6	0.92	
Maestros	-	-	1 (0.15)	1 (0.15)	2.3	
Auxiliares Administrativos	8 (1.2)	2 (0.3)	4 (0.6)	14 (2.1)		

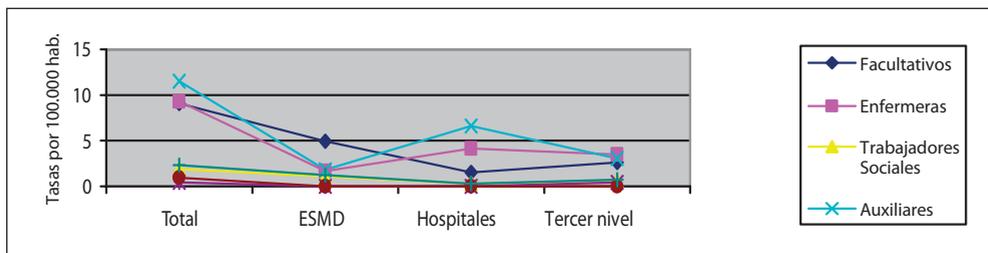
(\*) Realizadas a partir de la población de referencia para la provincia de Jaén en 2007, con 650.974 hab.

(\*\*) Tasa conjunta correspondiente al grupo «facultativos» (psiquiatras y psicólogos).

FUENTE: Elaboración propia con datos procedentes de la Junta de Andalucía (Abril 2007).

**Gráfico 5**

**Jaén.** Profesionales en dispositivos de salud mental de primer, segundo y tercer nivel



FUENTE: Elaboración propia con datos procedentes de la Junta de Andalucía (Abril 2007)

No obstante, sólo es posible dimensionar los recursos de salud mental en la provincia cuando los comparamos con otras realidades (Tabla 4):

**Tabla 4**

*Recursos de salud mental en España, Andalucía y Jaén. Datos comparativos*

	AEN (2006)	ESPAÑA (Observatorio Salud Mental AEN 2003, 2007)	ANDALUCÍA		JAÉN (Junta Andalucía 2007 y II PISMA)
			I PISMA (2004)	II PISMA (2008)	
Población	P. Media	P. Media	P. Media	P. Media	P. Media
ESMD*	70.000	79.634 '6	101.703	106.045	94.949
N.º camas de hospitalización general (**)	12-15	9,95	6.78	6.80	7.82
N.º plazas rehabilitación (***)	50	(a)	3.89	3.72	4.51
Psiquiatras	>12	6,52	7.77	8.68	5,7
Psicólogos	>11	4,28			3,4
Enfermeras (****)	>10	9,4	6.31	7.02	9,3
Trabajadores Sociales	>3	1,88	1.49	1.46	1,9
Terapeutas Ocupacionales	-	0,78	0.42	0.57	0,46
Monitores Ocupacionales	-	-	-	-	0,92
Auxiliares Enfermería	-	15,03	9.32	8.8	11,5

\* Población media atendida por cada Equipo de Salud Mental de Distrito o Centro de Salud Mental.

\*\* Camas por 100.000 habitantes

\*\*\*Plazas de rehabilitación por 100.000 habitantes

\*\*\*\* La tasa europea por 100.000 habitantes en este grupo profesional es de 26.76 (WHO 2007)

(a) No se aportan datos exactos de dispositivos de rehabilitación por su gran variabilidad en el conjunto de España, lo que los hacen difícilmente comparables. Datos más concretos al respecto se pueden consultar en el informe del Observatorio de Salud Mental de la AEN (Salvador *et al* 2003, 2007)

FUENTE: Elaboración propia con datos procedentes de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Pérez Pérez 2006), Observatorio de Salud Mental de la AEN (Salvador *et al* 2003, 2007), I PISMA (Molina García *et al* 2003), Junta de Andalucía (2007) y II PISMA (Valmilsa *et al* 2008).

En este sentido, la Tabla 4 muestra en cifras la realidad constatada en la literatura junto a los datos provinciales. Como vemos, los recursos para atender la salud mental en la provincia de Jaén son escasos y están muy por debajo de las medias estatales y europeas de referencia.



## 2. Aproximación teórica y metodológica en investigación social sobre Salud Mental

### 2.1. Aproximación teórica: construccionismo y pensamiento crítico

Presentamos a continuación los conceptos, teorías y paradigmas de los que nos servimos en esta investigación. De acuerdo con Gil García, todos ellos constituyen «un conjunto de herramientas cognitivas que nos ayudan a preguntarnos y a explicar relaciones, procesos y estrategias que intervienen en la construcción y argumentación de los discursos» (Gil García 2005: 45), en nuestro caso, los discursos sobre salud mental.

Los conceptos y sus significados nos permiten entender cómo éstos se articulan y dan sentido a las teorías<sup>113</sup> dentro de un paradigma<sup>114</sup> o modo de conocimiento general. Todas estas herramientas nos servirán de guía en el análisis interpretativo sugerido en esta investigación, desvelando un posicionamiento epistemológico concreto desde el cuál generamos conocimiento.

Frente al paradigma naturalista y su concepción acumulativa del conocimiento científico que definen a la ciencia positiva, nuestra propuesta parte de la idea de que no existe un conocimiento objetivo sobre la realidad esperando ser descubierto, sino que éste se construye socialmente de manera subjetiva e intersubjetiva, pues «el conocimiento es contingente a prácticas humanas, se construye a partir de la interacción entre los seres humanos y el mundo, y se desarrolla y es transmitido en contextos esencialmente sociales» (Sandín 2003: 49).

---

<sup>113</sup> Las teorías han de entenderse como la articulación de conceptos y sus significados de tal forma que ofrezcan una explicación coherente del fenómeno humano sujeto a indagación científica.

<sup>114</sup> «Paradigma», en el sentido que Kuhn (1982) le asigna en su obra *La estructura de las revoluciones científicas*, como visión global de la realidad que articula los modos de pensar, percibir, valorar e interpretar la realidad. Es decir, supone una estructura epistemológica o estructura básica de las condiciones del pensar en un determinado periodo histórico-cultural de ciencia normal, dentro del cuál se articulan las teorías científicas.

De la misma manera, el conocimiento sobre atención a la salud mental es un conocimiento construido subjetiva e intersubjetivamente al que pretendemos acceder a través del análisis interpretativo de la experiencia de las y los protagonistas de la salud mental en la provincia. Pero dicho análisis pretende ser además crítico, desvelando las relaciones ideológicas y de poder que están en la base de la percepción social de la atención a la salud mental por parte de sus protagonistas. Por ello, el concepto de *ideología* es central en este análisis y nos conduce a la histórica relación entre ideología y poder, ideología y poder psiquiátrico, dos ámbitos estrechamente relacionados.

Por su parte, el concepto «salud mental» no es aséptico y en él se concreta la relación entre ideología y poder psiquiátrico, la ideología social de un tiempo histórico concreto y el poder psiquiátrico asociado a ella, de tal manera que los diversos modos de considerar la salud mental pueden ser accesibles y evidenciados a través de sus discursos.

### **2.1.1. Construcción de la realidad «salud mental»**

Generar conocimiento sobre atención a la salud mental desde la perspectiva de las personas expertas es un esfuerzo al que es posible responder desde el paradigma construccionista en sus tradiciones hermenéutica y fenomenológica, permitiéndonos comprender e interpretar la atención a la salud mental en la provincia de Jaén.

El construccionismo desarrollado en la obra de Berger y Luckmann<sup>115</sup> (1994) *La construcción social de la realidad*, recoge influencias del pensamiento de Marx y Hegel, Durkheim, Dilthey, Weber y Schutz en la idea de que la realidad tiene carácter histórico y dialéctico, está condicionada socialmente y además, es posible aproximarse a ella a través de la experiencia directa de las personas mediante el empleo del método fenomenológico.

Para Berger y Luckmann «la vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente» (Berger y Luckmann 1994: 36). Esta vida cotidiana es el producto de un proceso social complejo en construcción permanente y es por ello un producto humano, es decir, reflexivo.

En el proceso de construcción social de la realidad se identifican tres dimensiones o momentos, a saber, la externalización, la objetivación y la legitimación, momentos que también podemos identificar en la realidad «salud mental».

---

<sup>115</sup> Nosotros referenciamos la duodécima reimpresión de 1994. La primera edición en castellano es de 1968. La edición original, en inglés, *The Social Construction of Reality*, es de 1967.

En primer lugar, la *externalización* ha de entenderse como una «necesidad antropológica» (Berger y Luckmann 1994: 73) que remite a las acciones por las cuales las personas se expresan o visibilizan en su mundo. Dichas acciones o expresiones tienen carácter de hábito o al menos, tienden a ser *habitualizadas* y como consecuencia, *tipificadas o nombradas*, es decir, reconocidas recíprocamente entre sus actores sociales.

La *tipificación* supone la ubicación de cualquier expresión humana en un significado reconocido recíprocamente por las y los actores sociales, por tanto, apela al reconocimiento de las expresiones humanas por parte de los otros semejantes y es en ese momento de tipificación e identificación recíproca de significados, cuando surge la *institución* como acopio de «conocimiento que provee las reglas de comportamiento institucionalmente apropiadas» (Berger y Luckmann 1994: 89). Para los autores, las instituciones «siempre se comparten, son accesibles a todos los integrantes de un determinado grupo social, y la institución misma tipifica tanto a los actores individuales como a las acciones individuales» (Berger y Luckmann 1994: 76).

Esta idea es relevante en nuestra propuesta porque lo que nosotros denominamos *atención a la salud mental* participa de ese carácter institucional, ya que bajo ese enunciado se nombra, tipifica u objetiva socialmente un conjunto de ideas, conocimientos o verdades que tienen que ver con la realidad social de la salud mental y la enfermedad mental y aparecen como un orden institucional del que participa el conjunto de la sociedad. De ahí que «cualquier desviación radical que se aparte del orden institucional aparece como una desviación de la realidad, y puede llamarse depravación moral, enfermedad mental, o ignorancia a secas» (Berger y Luckmann 1994: 89). Es por ello que nos interesa indagar ese cuerpo de verdades socialmente válidas, es decir, compartidas y referidas a la salud mental o a su ausencia, porque ellas mismas conforman la institución objeto de nuestro estudio.

Por tanto, la atención a la salud mental puede ser entendida en su carácter institucional, ya que incluye un acopio de conocimientos tipificados o significados compartidos que implican reglas de comportamiento aceptadas por el grupo y la definición de acciones y actores sociales a través de la especificación de sus roles.

Pero además, las instituciones implican historicidad y control y, es precisamente su carácter histórico<sup>116</sup> el que remite a otra de sus dimensiones, la *objetividad*.

En este segundo momento, las acciones ya habitualizadas y tipificadas acaban objetivándose con el tiempo a través del lenguaje, en un proceso típicamente

---

<sup>116</sup> En este sentido, Ian Hacking ha dicho que «cualquier cosa que merezca llamarse construcción tiene una historia» (Hacking 2001: 91).

social de producción y construcción humanas. Esto implica que el acto de nombrar las acciones o realidades humanas y por extensión, el acto o proceso de nombrar las realidades que apelan a la salud mental es en sí mismo el responsable de que estas realidades cobren entidad para sus actores sociales, sean objetivadas, de ahí que la externalización y la objetivación sean consideradas en realidad «momentos de un proceso dialéctico continuo» (Berger y Luckmann 1994: 83).

Por tanto, en este segundo momento nos interesa analizar cómo las y los protagonistas de la salud mental nombran a lo largo del tiempo un conjunto de realidades que significan lo mismo para todos ellos. De esta manera, el lenguaje cobra la capacidad de hacer aceptar íntimamente la significación de esta realidad común en su sentido más amplio, en su existencia y en su significado.

Pero el proceso de construcción social de la realidad no termina con la objetivación y necesita completarse a través de la *legitimación*, la cuál ha de entenderse como la forma en que ese mundo compartido y objetivado se explica y justifica socialmente. Para ello, al igual que ocurre con la objetivación, el lenguaje es la herramienta.

Vemos así la importancia central que adquiere el lenguaje en la construcción de la realidad social, porque a través suyo se objetivan las experiencias compartidas y se hacen accesibles a todos los que pertenecen a la misma comunidad lingüística en un proceso de sedimentación intersubjetiva, con lo que el lenguaje se convierte en base e instrumento del acopio colectivo del conocimiento contribuyendo de esta manera al orden institucional.

Y es esta clase de conocimiento compartido la que motiva y explica el comportamiento institucionalizado y a la vez define las áreas de comportamiento institucionalizado y designa todas las situaciones posibles que se pueden dar. Es decir, este acopio de conocimiento compartido, «define y construye los roles que han de desempeñarse en el contexto de las instituciones mencionadas e, ipso facto, controla y prevé todos esos comportamientos» (Berger y Luckmann 1994: 91-92).

Esto significa que existe un campo del conocimiento que es compartido por el conjunto de la comunidad lingüística y otro ámbito del conocimiento que es específico y relativo a los roles sociales. Este último incluye «un cúmulo de conocimiento objetivado, común a una colectividad de actores» (Berger y Luckmann 1994: 95).

Nos damos cuenta así de que el lenguaje fundamenta la construcción y legitima esa realidad que hemos denominado «atención a la salud mental», incluyendo en este proceso la tipificación, objetivación y legitimación de las acciones y de sus actores sociales, es decir, definiendo y sancionando los roles sociales de las y los protagonistas de la salud mental. Este aspecto es fundamental para la propuesta que presentamos ya que una parte del conocimiento específico sobre la *atención a la salud mental* está ligado a los roles de los protagonistas implicados, que en nuestra investi-

gación son usuarios y usuarias (pacientes y familiares), profesionales (facultativos y facultativas y, enfermeras y enfermeros) e informantes clave.

Recordemos que «el acopio de conocimiento de una sociedad se estructura según lo que sea relevante en general y lo que solo lo sea para roles específicos» (Berger y Luckman 1994: 101). Esto es así en tanto que «el orden institucional es real solo en cuanto se realice en roles desempeñados y (...) los roles representan un orden institucional que define su carácter (con inclusión de sus apéndices de conocimiento) y del cuál se deriva su sentido objetivo» (Berger y Luckmann 1994: 103).

Esta forma de ser construida la realidad nos sirve para profundizar en la comprensión de la atención a la salud y la enfermedad mental desde la perspectiva de la expertez de sus protagonistas y entender cuáles son los procesos<sup>117</sup> que subyacen a la construcción de esa parte de la realidad que hemos denominado «atención a la salud mental».

Como ya avanzamos, esta argumentación no estaría completa si no apeláramos finalmente al carácter reflexivo que encierra ese conocimiento socialmente construido. En este sentido Lamo de Espinosa ha dicho que «la realidad social es, progresivamente y como tendencia, el resultado querido o no de lo que se piensa que es» (Lamo de Espinosa 2001: 165), una afirmación que tiene importantes consecuencias para esta investigación.

Esta postura supone no solo acercarse al conocimiento de la salud mental desde la comprensión de la subjetividad de sus protagonistas, sino también desde una cierta objetividad del análisis del contexto en el que esas acciones tienen lugar, pero entendiendo que ambas tienen capacidad de ejercer su acción recíproca sobre la persona que observa esa realidad social ahora des-cosificada. Y es precisamente en ese gesto cuando nos descubrimos como actores sociales que analizan e interpretan esas objetivaciones sobre la salud mental de las que en principio somos ajenos, pero que constantemente generamos.

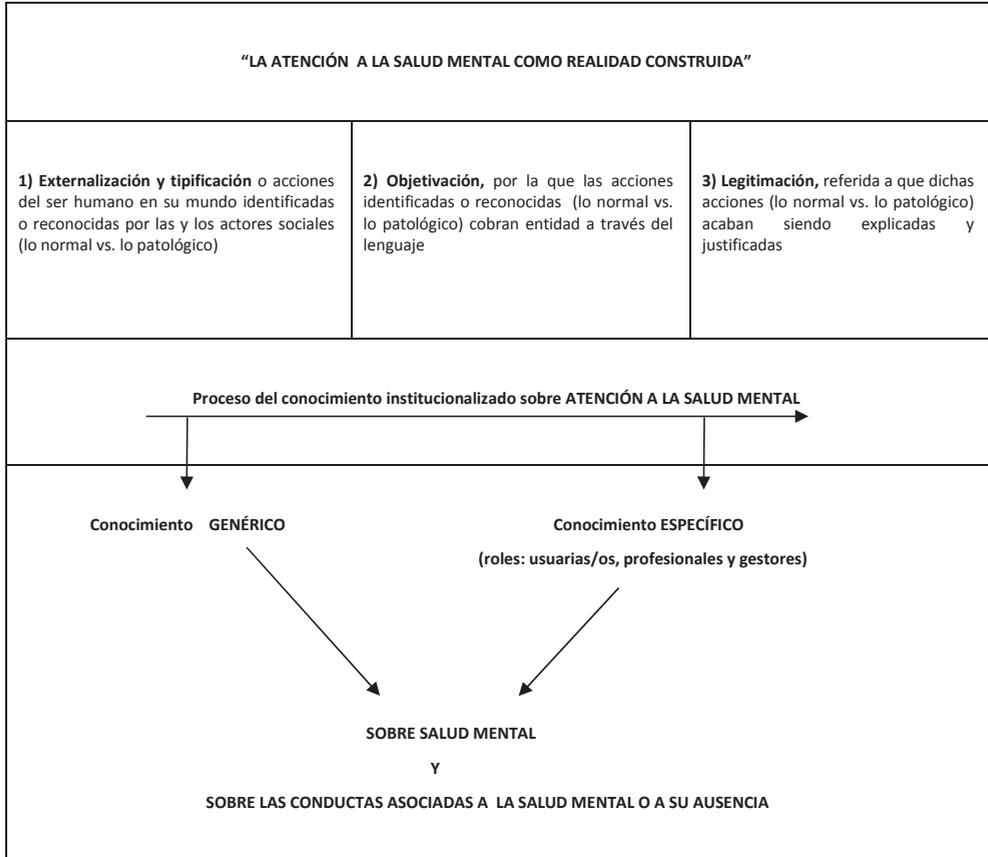
Como ya dijimos, este significado o conocimiento compartido es de carácter genérico para el grupo social en su conjunto, pero también es un conocimiento específico, pues remite a significados específicos sobre *atención a la salud mental* que comparten las y los actores expertos, todas ellas perspectivas necesarias para comprender y abarcar mejor esa realidad de la salud mental en la provincia de Jaén. En el Cuadro 1 exponemos gráficamente dicho proceso:

---

<sup>117</sup> De acuerdo con la diferencia expuesta por Hacking (2001) entre *proceso* y *producto*, en esta investigación nos interesa el *proceso* de construcción de la realidad *atención a la salud mental* (incluyendo los conceptos salud mental o enfermedad mental), que no el *producto* del conocimiento científico legitimado, es decir, no los síntomas o clínica psiquiátrica asimilada como conjunto de verdades de la ciencia psiquiátrica.

## Cuadro 1

### *El construccionismo en su aportación al estudio de la salud mental*



FUENTE: Elaboración propia con arreglo a los postulados de Berger y Luckmann (1994).

### 2.1.2. El pensamiento crítico en su aportación al estudio de la «salud mental»

El origen del pensamiento crítico se sitúa en la Alemania de la segunda década del siglo XX<sup>118</sup>, tras la crisis de valores que acompaña el final de la I Guerra Mundial. Surge como un movimiento intelectual de ideología marxista con el propósito de reflexionar sobre el progreso humano, desde una perspectiva que rechaza el positivismo marxista en la consideración del factor económico como el único

<sup>118</sup> Con la Escuela de Frankfurt, aunque también con otras corrientes de pensamiento que se encuadran bajo esta denominación de pensamiento crítico.

responsable en la explicación de la realidad social (Ritzer 1993; Ortí 2001). En última instancia, su meta es revelar de la manera más precisa posible la naturaleza de la sociedad y para ello, utiliza una metodología alejada por completo de los postulados empiristas.

La más valiosa contribución al conocimiento del pensamiento crítico es su sensibilidad cuestionadora y crítica, así como el concepto de *verdad pluralista*, que dota a la realidad de una potencialidad significativa y riqueza inconmensurable, «ante la cuál la actitud y la pretensión objetivadora y dominadora de la razón técnica lucen como una idolatría» (Martínez Miguélez 2006: 38).

El pensamiento crítico aporta pues una mirada crítica del mundo social y lo hace desde la consideración de todos los factores o elementos que contribuyen a la realidad social, con énfasis en los fenómenos de carácter ideológico, cultural y político no incluidos en el análisis de Marx.

Las raíces filosóficas del pensamiento crítico se entroncan en el idealismo alemán que representa la obra de Kant y Hegel (Ritzer 2001), reivindicando para la *razón* un lugar central en la explicación de la realidad social. Para el pensamiento idealista, no es posible conocer desde fuera la realidad porque este conocimiento está mediado desde dentro por el atributo *razón* que es el que organiza la información empírica, produciendo con ello conocimiento de la realidad social. Por ello, la importancia concedida a la *subjetividad* es una de las principales contribuciones del pensamiento crítico pues supone la apuesta y el intento por comprender los elementos subjetivos de la vida social (Ritzer 2001).

Junto a la subjetividad, la *ideología* ha sido otro de los ámbitos de interés de los pensadores críticos, entendiendo la misma como «los sistemas de ideas producidos por las elites sociales, que suelen ser falsos y cegadores» (Ritzer 2001: 168). En definitiva, se trata de una *crítica a la dominación*, de la crítica a la ideología de la dominación que, lejos de haber desaparecido con los regímenes políticos totalitarios, sigue presente en la actualidad de nuestro sistema social capitalista. Para el pensamiento crítico, el nivel de dominación social actual es tan alto, que los individuos han internalizado<sup>119</sup> el control y la dominación mismos en beneficio de una entidad más global, es decir, en beneficio de la comunidad.

Además de subjetiva e interesada por la ideología, la teoría crítica es también *dialéctica* en tanto que su interés lo es de la totalidad social. Una totalidad social que es necesario abarcar *sincrónica y diacrónicamente*. Mientras la perspectiva

---

<sup>119</sup> Es a lo que Habermas ha llamado «legitimación» entendida como «sistemas de ideas generados por el sistema político, y en teoría, por cualquier otro sistema para apoyar la existencia misma del sistema» (Ritzer 1993: 169).

sincrónica aporta la interrelación de los diversos elementos que afectan la vida social, la perspectiva diacrónica ahonda en las raíces históricas de la misma, de manera que ambas contribuyen a su explicación.

Por tanto, el pensamiento crítico aporta un grado más de afinamiento en el conocimiento interpretativo que surge de la experiencia vivida por las personas. De este modo, la conciencia hermenéutica o interpretativa o conocimiento subjetivo que surge de la experiencia, resulta ser un conocimiento distorsionado por una falsa conciencia de carácter ideológico en el sentido antes mencionado. Por ello, la teoría crítica trata de desvelar aquellas creencias y prácticas sociales que están condicionadas ideológicamente y que limitan de esta manera la libertad humana y la justicia.

Estas creencias y prácticas sociales ideológicamente mediadas, se transmiten a través del lenguaje durante todo el proceso de socialización<sup>120</sup>, ya que el lenguaje es en sí mismo una práctica social. De esta forma, el lenguaje perpetua las relaciones de poder de naturaleza social que han sido históricamente constituidas.

Como decíamos, en tanto que teoría, la teoría crítica intenta articular conceptos que doten de sentido sus postulados. Ya hemos dicho que el concepto «ideología» entendida como dominación es central en este análisis y que la salud mental como realidad social también está mediada por factores ideológicos que pretendemos evidenciar. Esto nos servirá para intentar comprender interpretativamente la realidad social de la salud mental y hacerlo en su dimensión sincrónica y diacrónica, tomando al individuo en su subjetividad como la fuente desde la que se genera este conocimiento.

Pero nos interesa especialmente el análisis interdisciplinar realizado por Van Dijk (2003) en torno a la ideología. Para el autor, la ideología representa un sistema de «creencias básicas de los grupos, socialmente compartidas» (Van Dijk 2003: 20), por tanto, proporcionan sentido al mundo y fundamentan sus prácticas sociales. En su análisis del concepto, Van Dijk remite a tres dimensiones de la ideología, a saber: el nivel cognitivo, el nivel social y el nivel del discurso, las cuales resultan útiles a nuestra investigación.

La ideología tiene una dimensión *cognitiva* evidente en tanto que se refiere a «estructuras representadas en la mente de los miembros de un grupo, igual que el conocimiento» (Van Dijk 2003: 41). En este nivel, la ideología se identifica con la naturaleza de las ideas y las creencias, las opiniones y el conocimiento que genera, como representaciones mentales socialmente compartidas.

---

<sup>120</sup> A través de las «instituciones».

En el nivel *social*, la ideología remite a sus aspectos históricos, sociales, políticos y culturales, a su naturaleza basada en el grupo y al papel del grupo social en la reproducción de la misma o en la resistencia al dominio de algunas ideologías.

Finalmente, en el nivel del *discurso* la ideología se manifiesta en el uso del lenguaje y la comunicación en sentido amplio, es decir, la ideología se manifiesta tanto en el nivel verbal como no verbal de la comunicación, de ahí que se hable también de «actitudes ideológicas» para referirse a la dimensión expresiva o no verbal de la comunicación ideológica.

Por ello, teniendo en cuenta que el lenguaje es una práctica social y a través de él se expresan las opiniones, las creencias, las actitudes del grupo y su conocimiento compartido, podemos decir que el discurso está mediado ideológicamente y en él se identifica y a través de él se reproduce la ideología.

Para Van Dijk, conviene distinguir asimismo entre «ideología» y «fundamento común» o *common ground* (Van Dijk 2003: 22). La ideología se refiere a ideas y creencias que pueden ser variables a lo largo del tiempo y con las que se puede estar o no de acuerdo, según se pertenezca o no a un determinado grupo ideológico. Además, su naturaleza es tal que pueden generar polémica, esto es, las personas pueden diferir en torno a ella. Sin embargo, el fundamento común se refiere a ese conocimiento compartido social y culturalmente, que no genera polémica puesto que es aceptado por todos y por ello, incuestionable.

Esta distinción resulta útil a nuestra investigación ya que pretendemos dar cuenta del ámbito en el que se sitúa el conocimiento sobre la salud mental, si en el ámbito del fundamento común o en el ámbito del conocimiento ideologizado como sostienen muchos autores, especialmente aquellos que se sitúan en la tradición social de la psiquiatría.

Teniendo presente que el conocimiento y el discurso están mediados ideológicamente, cabe preguntarse qué ideología es la que se transmite a través del discurso. Esta cuestión remite a la relación directa entre *ideología y poder social*, más concretamente a la relación entre ideología y poder dominante. A través del discurso se ejerce el poder social de unos grupos sociales sobre otros y esta acción tiene lugar en tanto que sirve al control social del grupo dominante.

Esta connotación negativa de la ideología como ideología dominante transmitida a través del discurso para el control social de los grupos no dominantes nos interesa en esta investigación, puesto que la misma ha sido evidenciada con carácter histórico en el ámbito psiquiátrico (Basaglia 1971, 1972; Basaglia *et al* 1975; Laing 1974; Cooper 1978; Delacampagne 1978; Foucault 2005; Szasz 2001; Huertas 2002a).

Rafael Huertas reconoce con claridad esta relación cuando dice que «es sabido que, en aquellos terrenos en que la medicina (la psiquiatría es un caso para-

digmático) entra en relación directa con la realidad social, lo normal y lo patológico dejan de ser valores objetivos, para convertirse en decisiones culturales, es decir, ideológicas. Decisiones que, en la mayoría de las ocasiones, se arroga el poder sirviéndose de la ciencia como instrumento para preservar el orden y la norma establecida y combatir no pocas formas de disidencia» (Huertas 2002a: 13-14).

La psiquiatría así entendida ha actuado como un mecanismo de control a través de sus instituciones<sup>121</sup> representando en ellas la «ideología de la exclusión» del diferente, en el contexto de un mundo que necesita ser comprendido sin sobresaltos por las y los actores sociales.

En su obra *El poder psiquiátrico*, Michel Foucault (2005) hace más explícita esta relación entre poder psiquiátrico e ideología, situando en las instituciones religiosas a través de sus órdenes, el origen del «poder disciplinario» que servirá de base posteriormente al internado de la época clásica, expresión del poder psiquiátrico y representante de la ideología social dominante.

A partir de aquí nos planteamos una cuestión, ¿existe en el momento actual alguna otra institución que cubra esa misma función disciplinaria y esa relación de poder instituida como tiempo atrás lo fue el manicomio?. La respuesta que Michel Foucault (1986) y Robert Castel (1986) han dado a la misma es que el manicomio fue una forma más de dominación pero no la única y que en el momento actual existen nuevas formas sociales que es preciso desvelar. Avanzando más en la cuestión, Castel (1986) propone que la orientación de los sistemas sanitarios actuales hacia una filosofía preventivista es una forma más de dominación que no será posible superar a menos que se fragüe esa conciencia revolucionaria, *alejada de* y que rechace explícitamente la institución. Por ello, Castel propone como modelo el ocurrido en el último tercio del siglo XX en Italia.

La propuesta italiana representada en la tesis de Franco Basaglia<sup>122</sup> explica y justifica el movimiento antiinstitucional. Para el autor, «en la medida en que siguen siendo funcionales al sistema, las instituciones se muestran directamente ligadas a los valores de la clase dominante que las crea y las determina» (Basaglia 1972: 53). Estos valores dominantes ideologizados existen independientemente del tipo de institución psiquiátrica, sea o no manicomial, porque en toda ideología institucional existe una significación política implícita.

---

<sup>121</sup> Especialmente el manicomio, aunque no exclusivamente él. El manicomio es la expresión general del poder psiquiátrico, pero otras instituciones como la familia, la escuela, los cuarteles, la prisión u otras han actuado o actúan en este sentido.

<sup>122</sup> Tanto el estudio histórico de Foucault (2005) como las tesis de Basaglia (1972), defienden el carácter histórico del poder psiquiátrico.

Para Basaglia, la ideología se expresa en el tipo de relación que se establece entre el profesional<sup>123</sup> y el enfermo, se trata de «una relación entre un sujeto y un cuerpo al que no se le da otra alternativa que la de ser objeto a los ojos de quien lo examina (...) el uno, proyectando en esta relación, además de su preparación técnica, su modo de ser global y por tanto el sistema de creencias y valores que lo ata a su mundo; el otro, aceptando ser objetivizado a los ojos del médico por la necesidad de tener, ante sí mismo, un *valor* que le permita soportar y superar la angustia de ser *enfermo*» [...] Se trata pues de una relación objetal, de «una relación de poder que se instaura entre el médico y el enfermo; relación en la cuál el diagnóstico es puro accidente, una ocasión para crear un juego de poder-regresión que será determinante en los modos de desarrollo de la enfermedad» (Basaglia 1972: 19-21).

En estas circunstancias el psiquiatra goza de una situación privilegiada que inhibe de por sí la reciprocidad del encuentro y de la relación. Por su parte, el enfermo aceptará tanto mejor esta situación objetal y aporoblemática cuanto más desee escapar de ella si no sabe cómo afrontarla. Se crea de esta forma una simbiosis entre el psiquiatra que objetiva un ser y el enfermo que acepta la misma, desresponsabilizándose de su sufrimiento.

De manera que el diagnóstico resulta ser «un poder» que no sirve para comprender al enfermo y que asume un significado de «juicio de valor», donde se expresan los valores dominantes de la sociedad, que identifica<sup>124</sup> lo diferente, lo extraño, lo incomprendible, lo que da miedo, lo que hay que excluir.

Esta exclusión de la diferencia se revela no solo como *algo sui géneris* de la institución psiquiátrica, sino como algo esencial al sistema social del que la institución psiquiátrica es expresión y del que el profesional es el instrumento. Por tanto, la funcionalidad del diagnóstico psiquiátrico sirve a la exclusión de los elementos molestos pertenecientes a una clase determinada, aquella con la que se establecen relaciones de no reciprocidad al carecer de carácter contractual. El médico detenta así su poder supremo, «un poder que los mismos enfermos le construyen y que, además, recae sobre ellos como una fuerza que –a través de un proceso de progresiva regresión– contribuye a mantenerlos atados a su condición de objetos» (Basaglia 1972: 26).

Pero las acciones de cambio que permitirían superar la exclusión no terminan con la desaparición del manicomio, ésta sólo sería la primera fase, por ello Basaglia dice que «el significado de la acción de cambio institucional, que se ha

---

<sup>123</sup> Basaglia habla casi siempre de la figura del médico, aunque también hace mención de otras figuras profesionales, sobre todo de la enfermera. Entendemos que con el sentido con que él la utiliza, se puede entender la palabra «profesionales» como adecuada para expresar sus ideas.

<sup>124</sup> Mediante síntomas, convenientemente articulados en una nosografía psiquiátrica.

intentado realizar en un manicomio tradicional, ha pasado desde el ámbito técnico –como rechazo de la antiterapéutica manicomial– al político –como rechazo de una acción terapéutica– que precisamente por mantenerse en el interior de nuestro sistema socio-económico es imposible que sea nuevamente anulada e inutilizada» (Basaglia 1972: 27).

Por tanto, nuestra propuesta pretende avanzar en ese análisis de carácter ideológico de los discursos y desvelar en su caso las relaciones de *poder psiquiátrico* que todavía permanecen como elementos opresivos, independientemente del carácter de la institución que las sostenga, sea ésta familiar, jurídica o socio-sanitaria. Nos interesa pues, explorar las creencias, opiniones o ideas, es decir, el nivel cognitivo del discurso, ya se trate de creencias personales o de creencias compartidas. Pero también podemos identificar en el discurso los aspectos históricos, sociales, culturales y políticos de ese discurso y con ello, reconocer el papel que han tenido, tienen o pueden seguir teniendo en la reproducción de una ideología social concreta.

### 2.1.3. El concepto «salud mental»: distintas miradas

El concepto «salud mental» posee distintas acepciones o universos de significado que en la actualidad, ya sea en la práctica social, clínica, educativa o investigadora, conviven. A pesar de que Huertas (2005) nos recuerda lo esquemático que puede resultar hablar en términos de *biologicismo* o *psicologismo*, lo esquemático de distinguir entre corrientes biológicas o no biológicas en historia de la psiquiatría, asumimos –no obstante– el riesgo que supone perfilar las diferencias entre los significados que adopta dicho concepto. De la misma manera asumimos el riesgo que supone el empleo del término *salud mental* porque tal y como lo entiende Szasz, es «otro tipo de ideología, a saber, la psiquiatría, o la ideología de la salud y la enfermedad mental» (Szasz 2001: 75). Avanzando más en la definición, el autor dice que «es la tradicional ideología psiquiátrica, remozada con algunas nuevas palabras, simplificada para el consumo general y suscrita por las profesiones dedicadas al arte de curar, los legisladores, los tribunales, las Iglesias, etc., estableciendo así una especie de consenso general que se presenta como el liso y llano sentido común» (Szasz 2001: 78).

Al margen de los posicionamientos personales asumidos en la investigación, el sentido que adopta el término en este contexto ha de entenderse con una función puramente didáctica, en espera de consolidar otro tipo de expresiones menos confusas.

La inclusión del concepto «salud mental»<sup>125</sup> como herramienta de esta investigación, responde al hecho de que su empleo se ha generalizado y es habitual

---

<sup>125</sup> Por oposición o por contraste al de «enfermedad mental».

desde ámbitos tanto conservadores, como no conservadores de la salud mental. Las diferencias en el concepto surgen en el ámbito de su significado, un significado que no es aséptico, sino expresión de un tiempo histórico que remite a posiciones ideológicas dentro de la teoría y la praxis psiquiátrica. Teniendo esto en cuenta, revisamos a continuación las acepciones sobre «salud mental» desde la perspectiva biologicista, desde el pensamiento antipsiquiátrico y desde el ámbito del management o economía de la salud.

Partamos para la exposición del concepto «salud mental» del hecho histórico ampliamente documentado, de que el siglo XIX supone un posicionamiento claro y un afianzamiento de la psiquiatría en línea con el resto de la medicina, por tanto, un posicionamiento biologicista<sup>126</sup>. Dicho posicionamiento paradigmático persiste durante todo el siglo XIX, pero empieza a encontrar sus primeras anomalías en las dificultades de comprensión de la «histeria»<sup>127</sup> bajo dichos presupuestos biologicistas. En este punto, las aportaciones de Sigmund Freud a principios del siglo XX pretenden aportar una mirada diferente sobre el problema, una mirada asimismo causal pero referida a otro tipo de causas, las causas psicológicas, el inconsciente.

Para Ojeda (2003) es esta brecha en la explicación biologicista y la irrupción del psicoanálisis, la que da comienzo al desarrollo de una nueva visión del sufrimiento mental influida por las corrientes interpretativas de la filosofía, la psicología y la psicoterapia existencial, corrientes sociogénicas en la explicación de la enfermedad mental que se constituirán en «una corriente de opinión homogénea y sólida» (Delacampagne 1978: 107) que dará lugar finalmente al movimiento antipsiquiátrico.

Pero como nos recuerda Kuhn (1982), los paradigmas no desaparecen inmediatamente y a menudo conviven prácticas paradigmáticas diferentes a lo largo del tiempo mientras la crisis paradigmática se resuelve y el nuevo paradigma sucede al antiguo. Es esto precisamente lo que sucede en el ámbito de lo mental, ya que el paradigma biologicista no desaparece sino que persiste larvadamente a lo largo del tiempo, haciendo nuevamente su aparición en los años 50 del siglo XX.

---

<sup>126</sup> Para Rafael Huertas «el siglo XIX puede y debe considerarse como el *siglo de la clínica*. Una larga y compleja centuria en la que surge y se afianza todo un proceso que ha dado en llamarse de *medicalización* de la locura, a través del cual *lo otro de la razón* se convirtió primero en alienación y, más tarde, en variadas enfermedades mentales» (Huertas 2005: 257).

<sup>127</sup> La resistencia al encuadramiento de la histeria en el esquema biologicista ha sido clamente expuesta por Foucault (2005). Para el autor la histeria representó más que un problema patológico un fenómeno de lucha por parte de los locos, un problema que amenazaba el poder psiquiátrico, de ahí que afirme que «fue el antipoder de los locos frente al poder psiquiátrico» (Foucault 2005: 141).

### 2.1.3.1. *La salud mental desde la perspectiva biologicista*

Desde la perspectiva biologicista, pensar la salud solo es posible teniendo en cuenta su reverso: la enfermedad. Lo normal o salud mental es lo opuesto a lo anormal o enfermedad mental, un anacronismo reduccionista heredado de la filosofía cartesiana. Esta concepción dicotómica surge según Basaglia (1972) solo desde el momento en que la ideología médica adopta la «salud» como valor absoluto, frente al cuál solo puede situarse la «enfermedad» y, es precisamente esta dicotomía la que dota de parte de su sentido a la concepción biologicista.

Foucault (2005) sitúa el surgimiento de la concepción biologicista<sup>128</sup> de las enfermedades mentales en el siglo XIX<sup>129</sup>, cuando comienza el interés de los psiquiatras por la ciencia médica. Este interés adopta dos formas en su discurso: el discurso nosológico, clínico o clasificatorio y, un segundo tipo de discurso –a partir de los conocimientos anatomopatológicos de la época– que plantea la cuestión de los correlatos orgánicos de la locura<sup>130</sup>. Ambos discursos no guardan –en cualquier caso– relación alguna con la praxis psiquiátrica, están completamente desvinculados.

Pero, según Ojeda (2003), no será hasta la segunda mitad del siglo XX, con la irrupción de los psicofármacos y su efectividad en la corrección de los síntomas psicóticos, cuando se instale firmemente el discurso y la praxis biologicista de corte molecular y fisiológico. Como dice el autor, «se había pasado del concepto *lesional* anatomopatológico a un concepto *disfuncional* del sistema nervioso central. Esto significaba no solo un cambio conceptual, sino también un cambio de la dimensión en la que los fenómenos se consideraban. La lesión podía ser macroscópica o microscópica, *pero de algún modo observable*. La acción farmacológica, en cambio, se producía a un nivel molecular inaccesible a la observación directa, y sólo podía ser demostrada por sus consecuencias, es decir, por el cambio de los síntomas psicopatológicos» (Ojeda 2003: 145).

Es decir, desde el momento en que empieza a considerarse la génesis de la enfermedad mental en términos moleculares los síntomas pasan a ser considerados la expresión misma de la enfermedad y la psiquiatría biológica se constituye en «una aproximación a la investigación que establece que la enfermedad mental, detectada por pensamientos, sentimientos o conductas perturbadoras, se debe a disfunciones

---

<sup>128</sup> Foucault se refiere a la concepción biologicista de base «organicista», que parte de la creencia en la existencia de una alteración orgánica susceptible de ser identificada. Este matiz es importante porque la concepción biologicista adoptará otra forma a mediados del siglo XX.

<sup>129</sup> En lo que Lantéri-Laura (2001) denomina la época del «paradigma de la alienación mental», seguido por el «paradigma de las enfermedades mentales», a todo lo largo del siglo XIX.

<sup>130</sup> Este discurso aparece según el autor en los primeros años del siglo XX, concretamente lo sitúa en 1922.

del sistema nervioso central y es objeto de una comprensión y un tratamiento biológico» (Lipton, citado por Ojeda 2003: 146).

Esta concepción de la enfermedad mental expresada a través de los síntomas, cuya corrección pasa por la aplicación de medidas farmacológicas es la que se recoge en los manuales diagnósticos y estadísticos de la American Psychiatric Association (APA), especialmente desde 1980 con el DSM III.

En la actualidad el DSM-IV-TR (2005) conserva ese mismo enfoque descriptivo de los «trastornos mentales», vale decir, de sus *síntomas*. Según el DSM-IV-TR, el trastorno mental hay que entenderlo como:

«un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, capacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción» (DSM-IV-TR 2005: XXIX).

Desde esta perspectiva, la salud mental se entiende como la ausencia de disfuncionalidades o como la normalidad funcional en el sistema nervioso central, manifestada en la ausencia de síntomas clínicamente significativos, aquellos síntomas que aparecen organizados en categorías nosológicas, en las categorías del DSM.

#### 2.1.3.2. *La salud mental desde el pensamiento antipsiquiátrico*

Estamos de acuerdo con Delacampagne (1978) en que el principal mérito del movimiento antipsiquiátrico ha consistido en contribuir a cristalizar un pensamiento que de otra forma hubiera permanecido disperso. En línea con el pensamiento crítico, el movimiento antipsiquiátrico se origina en los años posteriores a la I Guerra Mundial como una corriente de opinión bastante homogénea que promueve la inversión de los valores tradicionales, haciéndose visible en la segunda mitad del siglo XX.

El pensamiento antipsiquiátrico, que hace converger a disciplinas como la Sociología (Goffman), la Filosofía (Foucault, Marx) o la Psicología (Adler) queda plasmado en la obra de psiquiatras como Wilhem Reich, Thomas Szasz, Ronald Laing, David Cooper o Franco Basaglia entre otros y afirma que la «normalidad» es patológica y que el loco no está en realidad tan loco como se cree (Delacampagne 1978).

Esta inversión de los valores se refiere a que hasta ese momento *salud* y *normalidad* eran considerados en asociación, de ahí que fuera considerado sano el

hombre normal. La antipsiquiatría es la primera en cuestionar esta asociación proponiendo que «el hombre normal es un enfermo que no sabe que lo está o que se siente orgulloso de estarlo (...) el verdadero enfermo es el hombre normal (...) el hombre realmente sano es aquél que ha superado la locura, con la finalidad de seguir viviendo en sociedad con los hombres considerados normales» (Delacampagne 1978: 108).

Como vemos, la antipsiquiatría se opone a la consideración biologicista de la enfermedad, rechazando la equivalencia entre la enfermedad y sus síntomas. Esa equivalencia hay que entenderla más como expresión del proceso de cosificación ocurrido en el mundo capitalista y que se hace explícito en el pensamiento antipsiquiátrico. La cosificación del individuo enfermo llevada a cabo por la psiquiatría tradicional ha consistido en esa suerte de violencia ejercida por la psiquiatría que ha consistido en etiquetar a un individuo<sup>131</sup> que sufre como «esquizofrénico», en etiquetarlo a partir de sus síntomas. Este etiquetado deshistoriza al individuo y lo refuerza en su papel de «algo», de «cosa» a-histórica y a-dialéctica.

El término «antipsiquiatría» es acuñado en 1968 por David Cooper en su obra *Psiquiatría y Antipsiquiatría*<sup>132</sup>. Para el autor, quien considera que no existe prueba alguna que justifique la inclusión de la esquizofrenia en el campo de la nosología médica, define ésta de la siguiente manera:

«la esquizofrenia es una situación de crisis microsocia en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquella es elegida e identificada de algún modo como *enfermo mental* y su identidad de paciente *esquizofrénico* es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario) por agentes médicos o cuasimédicos»

(COOPER 1978: 14)

Desde esta perspectiva, la esquizofrenia se aleja de su mera consideración sintomática y descriptiva a través de los síntomas objetivados, abandona la racionalidad analítica de las ciencias naturales para situarse en un marco de racionalidad dialéctica, comprensiva, que permite el conocimiento del ser en su realidad.

Por ello Laing afirma que «las cosas enajenadas que hacen y que dicen los esquizofrénicos seguirán teniendo esencialmente un sentido oculto para nosotros

---

<sup>131</sup> En este sentido, Rafael Huertas afirma que «cuando un trastorno, dolencia o padecimiento (mental o somático) recibe una etiqueta diagnóstica, siendo por tanto susceptible de ser clasificado u ordenado, se convierte en una construcción social (en el siglo XIX y en el siglo XXI) y que las enfermedades que cada sociedad reconoce como tales son, en mayor o menor medida, variables histórica y culturalmente dependientes» (Huertas 2005: 259).

<sup>132</sup> Nosotros citamos la 4.ª edición en castellano, de 1978.

si no tratamos de *comprender* su marco existencial» (Laing 1974: 13). Es este marco existencial el que permite captar la experiencia original de las personas en su relación con el mundo, acercarse a su manera de ser-en-el-mundo. Por eso Cooper afirma que «si, a través de la alienación, el acto se ha divorciado de la intención, sigue siendo posible descubrir la inteligibilidad del acto aunque sea incomprensible» (Cooper 1978: 22) y por tanto, es posible entender la locura o esquizofrenia pero con una *lógica diferente* a la de las ciencias naturales, con una racionalidad dialéctica que permita entender las relaciones entre el loco y su mundo que son en sí mismas el origen de su locura. Pero esta comprensión no es solo de carácter intelectual<sup>133</sup> sino que implica «una capacidad de llegar a saber cómo el paciente está experimentando a sí mismo y al mundo, sin exceptuar al terapeuta» (Laing 1974: 30).

Para comprender mejor el mundo del esquizofrénico, en su «*manera psicótica de ser-en-el-mundo*» (Laing 1974: 13), es preciso apelar al entorno más inmediato del mismo, a su familia.

La familia es un elemento clave en la explicación de la experiencia psicótica de ser en el mundo. Para Cooper (1978), la familia del *futuro esquizofrénico* constituye un tipo especial de contexto en el que se dan valoraciones extremas aún para situaciones triviales<sup>134</sup>. Dicha familia es también altamente confusa e inflexible en lo tocante a conductas y experiencias permitidas en su seno y es, en este contexto relacional confuso y rígido, de doble vínculo o *double bind*<sup>135</sup> en el que el futuro esquizofrénico ha de aprender a relacionarse. Este aprendizaje incluye la idea de que la familia y su bienestar dependen de su comportamiento y de que no debe violar las reglas familiares. Esto le coloca en la *posición existencial crítica* en la que debe optar entre la total sumisión al grupo familiar y el consiguiente abandono de su libertad de ser-en-el-mundo o bien, por su acción autónoma, libre, que le reconoce como ser único y diferente del grupo, permitiéndole su nacimiento existencial. Cuando la elección está dirigida hacia la acción autónoma, esto es entendido como una desviación de las reglas familiares, generando consecuencias devastadoras para la familia, así lo percibe la familia.

Para el futuro esquizofrénico, esta situación constituye un dilema ante el cual se adopta la decisión del *no-posicionamiento*, un *no-posicionamiento* hacia cual-

---

<sup>133</sup> Según Laing (1974), se podría hablar de comprensión en el sentido de «amor».

<sup>134</sup> Estas valoraciones oscilan entre «salud o locura», «vida o muerte», etc., es decir, valoraciones en términos maniqueos.

<sup>135</sup> El *double bind* o doble vínculo caracteriza a ese tipo especial de relación falsa o inauténtica en la que el esquizofrénico se enfrenta repetidamente a exigencias contradictorias y a intercambios comunicativos absurdos en su familia. A menos que reaccione a esta situación, la respuesta esperada es de «perplejidad, atontamiento y en última instancia lo que se llama confusión psicótica, desorden de pensamiento, catatonía, etcétera» (Cooper 1978: 36-37).

quiera de las opciones, emergiendo en este mismo acto una nueva forma de *ser-en-el-mundo* que es el *ser psicótico*. La *locura* es pues el camino elegido por la persona ante una disyuntiva que le angustia y le paraliza.

Podemos comprender que en realidad, el problema que subyace a esta situación es el problema de la autonomía de la persona, es decir, el problema de la simbiosis madre-hijo. Por alguna razón la madre no favorece el nacimiento existencial del hijo en tanto que no produce «un campo de posibilidades en el cuál el niño pueda convertirse en una persona distinta de ella misma» (Cooper 1978: 34). Y es a partir de aquí desde donde hay que comprender todos los problemas generados por la persona rotulada como esquizofrénica, incluidos los actos violentos, los cuales han de entenderse como gestos o intentos –casi desesperados– de autoafirmación autónoma. Cooper lo expresa de la siguiente forma:

«todavía resulta casi revolucionario sugerir que el problema no radica en la llamada *persona enferma* sino en una red interactuante de personas, particularmente su familia, red de la cuál el paciente internado es abstraído por un truco conceptual previo. Es decir, que la locura no está en una persona, sino en un sistema de relaciones del cuál forma parte el rotulado *paciente*: la esquizofrenia, si significa algo, es un modo más o menos característico de conducta grupal perturbada. No hay esquizofrénicos individuales. La abstracción corriente del *enfermo* del sistema de relaciones en el que está aferrado distorsiona inmediatamente el problema y abre el camino a la invención de pseudoproblemas que a continuación son clasificados y analizados causalmente con toda seriedad, mientras que todos los problemas auténticos han hecho mutis sigilosamente por la puerta del hospital, junto con los parientes que se alejan»

(COOPER 1978: 42)

Por tanto, desde el pensamiento antipsiquiátrico, la salud hay que entenderla como una posibilidad de ser autónomo o independiente «uno mismo», como la posibilidad de nacer existencialmente sin las restricciones impuestas por la familia<sup>136</sup> que dirige a todos sus miembros en un mismo sentido. En términos de Laing (1974) sería la posibilidad de «ser ontológicamente seguro»<sup>137</sup> emancipado de la «sintaxis de la experiencia» que impone la familia.

---

<sup>136</sup> En este proceso, la familia como institución social es expresión de sus normas y ejerce su poder normalizador.

<sup>137</sup> Para Laing, el ser ontológicamente seguro «saldrá al encuentro de todos los azares de la vida, social, ética, espiritual y biológica desde un sentido centralmente firme de su propia realidad e identidad, así como de la de las demás personas ( ). Por tanto, el individuo puede experimentar su propio ser como real, vivo, entero; como diferenciado del resto del mundo, en circunstancias ordinarias, tan claramente que su identidad y su autonomía no se pongan nunca en tela de juicio; como un continuo en el tiempo, que posee una interior congruencia, sustancialidad, autenticidad y valor; como espacialmente coexten-

### 2.1.3.3. *La salud mental desde el management*

Definir «salud mental» desde el management<sup>138</sup> resulta especialmente difícil teniendo en cuenta que, de hecho, no es posible una definición en sentido estricto. Desde esta perspectiva, la salud mental aparece como un constructo vacío de contenido puesto que no intenta aproximarse a la esencia de lo que es salud mental, sino de pensar ésta desde el marco estructural economicista o gerencialista.

Por tanto, la salud mental desde el management es un modo de entender ésta que adopta *en esencia* la concepción biologicista ya expuesta, pero matizada por las formas manageriales<sup>139</sup>, lo que implica considerar la salud mental como una mercancía. De ahí que acercarse al concepto salud mental desde este enfoque conlleve hacerlo desde las implicaciones o consecuencias que tiene para el sistema de atención a la salud.

El origen de la perspectiva managerial se sitúa en la Escuela económica clásica, allá por los años 70, siendo Adam Smith, David Ricardo y Malthus los mentores intelectuales e ideológicos de las disciplinas económica, sociológica y política partidaria del libre mercado (Huertas 1999).

Más allá de su origen, la incorporación de la perspectiva economicista en el ámbito de la salud hay que entenderla como la respuesta del sistema sanitario a la revolución epidemiológica<sup>140</sup> ocurrida en la década de los 70. Huertas expresa claramente la situación cuando dice que «la paulatina universalización de la asistencia sanitaria sin el correlativo aumento del gasto público destinado a ello cumple un ambiguo y peligroso papel ya que amplía el marco subjetivo de la protección social pero sin incrementar sus costos, lo que conlleva inexorablemente al deterioro de las prestaciones y, en definitiva, a una precarización de los servicios sanitarios públicos» (Huertas 1999: 69).

En España, la incorporación de la perspectiva economicista se hace presente de manera franca algo más tarde que en el resto de Europa, en 1991, con la publicación del Informe Abril. Para Irigoyen (1996), dicho Informe ha supuesto la línea de

---

so con el cuerpo y por lo común, como comenzando en el nacimiento, o poco después de él y como expuesto a la extinción con la muerte. De tal modo, posee un firme meollo de seguridad ontológica» (Laing 1974: 35-38).

<sup>138</sup> Empleamos el término «management» o sus equivalentes «economía de la salud» o «perspectiva gerencialista o managerial»

<sup>139</sup> Sólo sobre la consideración de la salud-enfermedad mental apelando a su origen biológico, es posible pensar ésta como «cosa» y además, como «mercancía».

<sup>140</sup> La que tiene que ver con un aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, que necesariamente imponen nuevos compromisos al sistema sanitario, compromisos relacionados con el continuo incremento de los costes sanitarios.

demarcación entre el antes y el después de las políticas sanitarias: un antes en el que la salud es entendida como *derecho social*<sup>141</sup> y un después que concibe la salud como *mercancía*<sup>142</sup>.

Así, en el contexto de un sistema sanitario progresivamente complejo, las propuestas del Informe Abril (1991)<sup>143</sup> implicaron un cambio profundo del sistema sanitario al sugerir entre otras, la limitación de los costes sanitarios y la conversión o transformación del funcionamiento de los centros sanitarios en organizaciones de carácter empresarial, concepción ésta que vuelve a ser refrendada en 1997 en un Informe Parlamentario convertido en ley<sup>144</sup>, acerca de las nuevas formas de gestión del sistema sanitario.

Aunque la Ley General de Sanidad (1986) ya recoge criterios economicistas de *eficacia y eficiencia*, las nuevas formas de gestión empresarial inspiradas en el Informe Abril sobre el sistema sanitario han introducido sin paliativos los criterios de eficacia<sup>145</sup>, eficiencia<sup>146</sup> y resultados<sup>147</sup> en la gestión del sistema sanitario público. Eficacia, eficiencia y resultados del proceso diagnóstico expresado en GDR's<sup>148</sup> y de las actividades con él relacionadas y de él derivadas. Más exactamente, de los procesos asistenciales<sup>149</sup> que son los elementos en torno a los cuales ha de girar la actividad asistencial que se pretende eficaz, eficiente y con resultados adecuados, los resultados fruto de las mejores evidencias disponibles.

---

<sup>141</sup> En este sentido, un *antes* en el que se hace efectiva la reforma psiquiátrica como derecho social. A esta época el autor se refiere como la *primera reforma o reforma salubrista*.

<sup>142</sup> A esta época Irigoyen (1996) la denomina de *segunda reforma o reforma gerencialista*.

<sup>143</sup> Informe y Recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 1991.

<sup>144</sup> Ley 15/1997 de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

<sup>145</sup> Eficacia, entendida la consecución de los objetivos pretendidos por el sistema sanitario.

<sup>146</sup> Eficiencia, entendida como la adecuada relación entre los medios empleados y los resultados obtenidos por el sistema sanitario.

<sup>147</sup> Esta perspectiva economicista de la salud y sus correspondientes herramientas de gestión (eficacia, eficiencia y resultados) constituyen el eje de la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía.

<sup>148</sup> Los GDR's o Grupos de Diagnósticos Relacionados «permiten valorar la importancia significativa de los distintos tipos de casos. De hecho es la combinación de las categorías (GDR) y de las importancias de los casos las que hacen que el concepto GDR sea una herramienta muy efectiva para gran variedad de procesos, incluyendo la mejora de la calidad. En el contexto de mejora de la calidad, los GDR se utilizan para identificar las actividades de garantía de calidad» (Rivero Cuadrado 1999: 12).

<sup>149</sup> Los *procesos asistenciales* se definen como «el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas) que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc)» (Consejería de Salud 2001: 14).

El carácter ideológico subyace también en todo el proceso de esta concepción gerencialista de la salud. Pero esto no es algo nuevo, ya que el sistema sanitario ha transformado sus prioridades y su visión ideológica de la atención, desde una ideología más social en la que primaban las *necesidades de salud percibidas* por los usuarios del sistema, a esa nueva «ideología hegemónica» que contempla ahora las demandas de salud asociadas a valores concretos<sup>150</sup>. O lo que es lo mismo, de la *salud como prioridad* a las *prioridades en la salud*.

Lógicamente, en este cambio ideológico tiene mucho que ver el fortalecimiento de un sistema capitalista y sus distintos mecanismos de influencia sobre el sistema sanitario.

Para Huertas (1999), estos mecanismos de influencia engloban por una parte, la exclusión de alternativas anticapitalistas como característica básica del sistema sanitario (de tipo *estructural, represivo e ideológico*) y por otra parte, mecanismos que apelan a la responsabilidad individual en el recorte del gasto sanitario.

Los mecanismos estructurales pueden referirse tanto a la presencia o ausencia de políticas sanitarias que impidan el desarrollo de un sistema sanitario público equitativo o a la devaluación de contenidos de corte progresista.

Respecto a los mecanismos represivos, se incluyen todos aquellos que impiden la participación social en el sector salud (anulación de ayudas económicas o prohibición de programas o desviación hacia el voluntariado como forma fundamental de participación). Según el autor, la apelación a la labor del voluntariado para enfermedades específicas es un burdo paliativo que enmascara la ausencia de participación ciudadana en el sistema sanitario, a la vez que supone mano de obra barata para ser utilizada en tiempo de crisis.

Finalmente, los mecanismos ideológicos se justifican en la necesidad de fundamentar a los mecanismos anteriores. Así, el individualismo y por defecto, la negación de las causas sociales de la enfermedad se constituyen en el principal mecanismo ideológico que fundamenta la ausencia contenidos progresistas en las políticas sanitarias y la escasa participación social en el sistema sanitario.

De esta manera, el individualismo emerge como la base de la ideología de la salud desde el momento en que el individuo interioriza la responsabilidad de su propia salud a través de los llamados «estilos de vida saludables». Y en ese mismo gesto de aceptación de su máxima responsabilidad se vuelve a-crítico sobre las responsabilidades que corresponden al sistema socioeconómico en la salud de la población.

---

<sup>150</sup> Haciendo referencia a este cambio ideológico en el ámbito de la salud mental, se ha hablado del paso de *un pensamiento único a otro* (Fernández Liria 2000; Menéndez Osorio 2005)

Es así como desde el sistema sanitario se está configurando un discurso con capacidad de influir en la conciencia individual y a través de ella, en sus futuros comportamientos «saludables», produciéndose de esta manera «la individualización de una causalidad colectiva que, por su misma naturaleza, hubiese requerido una respuesta colectiva» (Huertas 1999: 97).

Existe un cierto sentido perverso en el hecho de emplear los discursos críticos en el ámbito de la salud como argumento de apoyo a la ideología de la individualización. Sin embargo, este ha sido el caso de las propuestas desmedicalizadoras de Ivan Illich<sup>151</sup> (2006). Dichas propuestas entendidas como forma de recuperar las potencialidades individuales de cada persona sobre su salud, han encontrado eco por parte del sistema neoliberal para argumentar y justificar la responsabilidad individual sobre la salud a costa de las responsabilidades achacables al sistema socioeconómico.

Pero este discurso individualista ha trascendido el ámbito de lo sanitario y se ha convertido según Huertas en una categoría de análisis sociológico y antropológico que viene a ser la máxima expresión de esta ideología individualista, el denominado *victim blaming*<sup>152</sup>, la culpabilización del sufriente. Según el autor, «hacer al individuo culpable de su propia enfermedad es uno de los elementos clave de esta estrategia que, poniendo especial énfasis en la respuesta terapéutica individual y en la responsabilidad de cada sujeto en la conservación de su salud, persigue claramente, (...), el olvido de las causas sociales de la enfermedad y su relación con factores políticos y económicos» (Huertas 1999: 96). Un fenómeno, el *victim blaming* que ocurre cada vez más como respuesta a los altos costos del sistema sanitario y que a la vez está sirviendo como argumento de penalización en las prioridades de salud del sistema sanitario.

En el caso de los enfermos mentales<sup>153</sup> puede ocurrir que existe hacia ellos un temor ancestral que se constituye en el mecanismo de penalización en las prioridades de salud de los sistemas sanitarios. Por ello, lo que planteamos es analizar cómo la estigmatización hacia los enfermos mentales está sirviendo a las políticas de contención del gasto en el sistema sanitario y ello, en un contexto de escasez de recursos propio de la economía globalizada.

---

<sup>151</sup> En su obra *Némesis médica*, cuya edición original es de 1975.

<sup>152</sup> La idea que subyace al *victim blaming* es la importancia de centrar la atención sobre aquellos hábitos de vida que se ejercen voluntariamente y que son poco saludables. El carácter de voluntariedad hace más fácil culpabilizar al individuo y obviar la causalidad social que subyace en cualquier tipo de sufrimiento.

<sup>153</sup> Esta circunstancia se da en otro tipo de pacientes que han sido objeto de un intenso temor, es el caso de los pacientes con SIDA (Huertas 1999).

Por eso, no se trata tanto de analizar los factores de riesgo individuales asociados a los estilos de vida, como de considerar los *modos de vida*, entendidos como «categoría sociológica que refleja de forma sistemática las condiciones económicas, sociopolíticas y culturales de las formas características, repetidas y estables de la vida cotidiana de las personas y de las colectividades» (Filipec, citado por Huertas 1999: 118).

Es decir, se trata de ver cómo esos valores individualistas de la salud son asumidos como propios de la clase socioeconómica entre los protagonistas de la salud mental que hemos considerado en nuestra investigación y además, de ver cómo se relaciona la asunción de estos valores con las posibilidades ante la vida de dichos protagonistas.

Expuesta así la cuestión y en el contexto de un sistema sanitario público que se pretende equitativo, es como si los valores de universalidad, gratuidad y equidad tuvieran que estar reñidos con los principios de eficacia y eficiencia. Pero de lo que se trata, según Gómez de Hita, es de «introducir más ética en la gestión de lo público a fin de hacer del uso eficaz y eficiente de los recursos públicos un valor permanente» (Gómez de Hita 2000: 31).

La polémica está servida y cada vez es más visible el hecho de que el sistema de salud y en nuestro caso, la atención a la salud mental se ve atravesada por condicionantes sociales y culturales, como lo demuestran los discursos cambiantes a lo largo del tiempo que hemos revisado, discursos construidos en base a contextos sociales y económicos diversos.

Por eso, es preciso recordar de nuevo que «cuando un trastorno, dolencia o padecimiento (mental o somático) recibe una etiqueta diagnóstica, siendo por tanto susceptible de ser clasificado u ordenado, se convierte en una construcción social (en el siglo XIX y en el siglo XXI) y que las enfermedades que cada sociedad reconoce como tales son, en mayor o menor medida, variables histórica y culturalmente dependientes» (Huertas 2005: 259).

Los significados ya vistos que adopta el término salud mental son pertinentes en nuestra propuesta, ya que compartir uno u otro implica un posicionamiento ideológico desde el que se sigue generando conocimiento sobre salud mental, supone una posición desde la que se siguen legitimando las instituciones sociales, sean éstas más o menos alienadoras de la libertad humana y por supuesto, supone acción social concreta que crea con ella una *conciencia social* concreta. En términos de Berger y Luckmann, «el producto vuelve a actuar sobre el productor. La externalización y la objetivación son momentos de un proceso dialéctico continuo» (Berger y Luckmann 1994: 83).

## 2.2. Aproximación metodológica: el enfoque cualitativo

La aproximación cualitativa a los problemas sociales ha sufrido históricamente la negación sistemática del acceso al ámbito del conocimiento científico desde las posiciones legitimadas que representan las ciencias duras o exactas. Es la crítica al positivismo lógico que emerge con las obras de Kuhn, Popper o Merton (Iranzo y Blanco 1999), la que proporciona una nueva forma de considerar la ciencia, su carácter objetivo y su relación con las posiciones de las y los investigadores. Desde esta nueva mirada, la ciencia es influida por el contexto social y por las perspectivas teóricas más utilizadas en el momento histórico. Contexto y perspectiva teórica que a su vez influyen sobre qué se investiga, con qué enfoque y qué constituyen datos relevantes (García Calvente *et al* 2009). Esta nueva forma de acercarse a la realidad, más allá de la tradicional metodología descriptiva se ha incorporado a la investigación en salud en la segunda mitad del siglo XX<sup>154</sup>, interesada por indagar esa dimensión social que poseen sus problemas de investigación y, hacerlo con metodología cualitativa.

Entendemos así que la metodología cualitativa resulta de utilidad en el estudio de la realidad *salud y enfermedad mental* porque esa dimensión social del problema de investigación que nos planteamos resulta especialmente evidente. Por otra parte, el objetivo de la investigación cualitativa entendido como el desarrollo de conceptos que nos permiten comprender los fenómenos sociales evidenciando los significados que les asignan sus protagonistas (Pope y Mays 1995), nos ayuda a entender la adecuación de esta metodología a nuestro estudio. Otras razones para su empleo contemplan la posibilidad de generar posibles hipótesis explicativas sobre el fenómeno, un fenómeno especialmente sensible que se da a menudo en contextos de difícil acceso, así como la posibilidad de definir conceptos desde el punto de vista de los participantes o protagonistas en la investigación (García Calvente *et al* 2009) o de comprender las interpretaciones diferentes y conflictivas que los mismos protagonistas realizan sobre un mismo hecho (Sofaer 1999), circunstancias todas ellas que convergen en nuestro problema de investigación.

A pesar de las potencialidades de la metodología cualitativa (March Cerdá *et al* 1999), la investigación sobre salud y enfermedad mental como realidades sociales han sido hasta hoy «escasamente» investigadas y ello, aún pudiendo proporcionar una riqueza de conocimiento difícil de superar en un campo históricamente poco estudiado, no solo cualitativamente sino también cuantitativamente<sup>155</sup>.

---

<sup>154</sup> Es en la década de los años 80 cuando se empieza a reconocer la importancia de la investigación cualitativa en los problemas de salud pública.

<sup>155</sup> De las 135.596 referencias encontradas en Pub Med (30/5/2009) con el descriptor *mental health*, 2.470 utilizan metodología cualitativa (*and qualitative*) y 764 de ellas tratan sobre distintos aspectos comunitarios de la salud mental (*and community*).

La predominancia en la investigación del enfoque cuantitativo se ha centrado en identificar la prevalencia diagnóstica<sup>156</sup> de distintas psicopatologías, obviando la cuestión misma del «diagnóstico» como hecho social e histórico susceptible de ser investigado (Saraceno 2003), así como su misma fenomenología, la de la realidad social de la enfermedad mental o, la importancia de los discursos de sus protagonistas en una sociedad globalizada que se mueve en un permanente conflicto de intereses, el de los pacientes, familiares, profesionales y gestores.

Por esta razón, nuestra investigación sobre salud y enfermedad mental con enfoque cualitativo busca profundizar en los aspectos olvidados, relegados e incluso negados de la salud y la enfermedad mental, haciendo que cobren relieve las necesidades, percepciones, experiencias o vivencias de las y los protagonistas implicados en esta realidad. Dicho enfoque nos va a permitir traer a un primer plano de la atención aquellas cuestiones históricamente olvidadas o no expresadas.

De esta manera, generar conocimiento sobre *atención a la salud mental* con metodología cualitativa solo es posible cuando aceptamos la existencia de miradas singulares y creadoras sobre esa realidad social que se erige en objeto de atención y de conocimiento, cuando tenemos en cuenta a las y los protagonistas implicados en la salud mental y reconocemos el valor de su vivencia única e intentamos comprenderla en sus propias palabras y en sus significados. Por ello, consideramos de especial valor el acercamiento fenomenológico e interpretativo en la indagación de la realidad «salud mental».

La cuestión sobre el *rigor* de la metodología cualitativa, es decir, la cuestión de la validez y fiabilidad en la investigación con dicho enfoque es uno de los asuntos más controvertidos. El primer requisito de rigor en cualquier estudio es mostrar el proceso seguido a lo largo del mismo. Pero además, cuando decimos que los resultados han de ser válidos nos referimos a que los datos utilizados, las personas participantes en la investigación y el proceso que nos ha conducido a los mismos ha de ser fiable o preciso, justificando los resultados obtenidos y proporcionando de esta manera la necesaria *certidumbre*.

En investigación cualitativa, la validez se consigue asegurando la relación entre los datos y el proceso que los conecta a los resultados (*validez externa*), así como garantizando una relación lógica entre objetivos, categorías y resultados (*validez interna*). Para Krippendorff (1990), ésta última sería otra forma de designar la fiabilidad en investigación cualitativa, teniendo en cuenta la dificultad de hablar de reproductibilidad y exactitud en los mismos términos que emplean los estudios cuantitativos. En cualquier caso y de acuerdo con Latiesa (2005), la mejor garantía

---

<sup>156</sup> Con el descriptor *mental health and epidemiology*, aparecen 28.286 referencias en Pub Med (30/5/2009).

para minimizar las fuentes de error, también en investigación cualitativa, es emplear la estrategia *a priori* de maximización de la validez a través de la adecuación de los diseños.

Pero adoptar un enfoque cualitativo supone además la posibilidad de reconducir «circularmente» el proceso investigador teniendo en cuenta los datos obtenidos. Supone por tanto la posibilidad de variar el rumbo de la investigación en un ejercicio de *reflexividad* siempre presente en la persona que investiga, ya que ésta constituye la mejor garantía de rigor y calidad en su investigación, todo ello con la finalidad de aprehender cabalmente la compleja realidad de la salud y la enfermedad mental, algo que no es posible desde un posicionamiento previo de rigidez, característico de la metodología cuantitativa.

### **2.2.1. Hermenéutica y fenomenología como herramientas de indagación en la realidad «salud mental»**

*Hermenéutica y fenomenología* se inscriben en la tradición interpretativa del construccionismo, siendo su objetivo principal comprender interpretativamente el significado de los fenómenos sociales.

La tradición interpretativa arranca de la convicción del carácter interpretativo, simbólico, dinámico y holístico de la realidad y en ella, el contexto contribuye al significado de la acción humana, al significado que todas las personas asignan a sus acciones. Estos significados sobre la realidad tienen carácter subjetivo y es precisamente ese mismo carácter el que dota de objetividad al conocimiento interpretativo. En cuanto a la forma de acceder a ese conocimiento, a ese conjunto de significados subjetivos sobre las prácticas humanas de las personas que las realizan, solo es posible hacerlo a través del «marco simbólico en el que las personas interpretan sus pensamientos y acciones» (Sandín 2003: 59), es decir, a través del lenguaje.

La propuesta fenomenológica representada en el pensamiento de Husserl y recuperada para la investigación social, subraya la importancia del conocimiento que procede de la *experiencia subjetiva* e inmediata de los hechos tal y como son percibidos por el individuo en su mundo, un mundo construido en interacción. Esta experiencia subjetiva y el conocimiento a que da lugar es *intencional*, es decir, depende de *hacia dónde se haya dirigido la atención de la persona*, haciendo que su experiencia sea como es.

Por su parte, la propuesta hermenéutica sitúa sus orígenes en el pensamiento de Dilthey (2000) y se traslada al ámbito de las Ciencias Sociales en la obra del sociólogo alemán Max Weber (1984). Dicha propuesta subraya la *comprensión* como *forma* primordial u ontológica que tienen las personas de *ser en el mundo*. Se trata de una *comprensión interpretativa o significativa* donde la conciencia humana

es histórica, social y cultural y se expresa como tal a través del lenguaje. El lenguaje se convierte así en expresión de la conciencia social, siendo posible a través suyo el acceso al conocimiento subjetivo.

De especial interés para nuestra propuesta metodológica resulta la aportación de Alfred Schütz (1993), quien en su obra *La construcción significativa del mundo social*, recoge las aportaciones de Edmund Husserl y Max Weber, en la importancia concedida respectivamente al *significado subjetivo* y a la *acción social* como objeto del conocimiento científico. La acción social (Weber 1884), su *carácter significativamente subjetivo y su carácter relacional o recíproco*, sirve a Schütz para establecer el objeto de los estudios sociales, a saber, la aprehensión del *significado de la acción social*<sup>157</sup> que ocurre en el contexto intersubjetivo o de relación entre seres humanos, un contexto cultural e histórico compartido por las personas puestas en relación. De ahí que Schütz se plantee por objetivo *comprender el mundo que damos por supuesto y que es objeto de la experiencia compartida entre los actores sociales*, es decir, comprender ese mundo compartido que es conformado por las experiencias individuales pero dentro de marcos sociales.

En este sentido, nuestra investigación pretende comprender ese mundo institucionalizado de la salud y la enfermedad mental que damos por supuesto como experiencia compartida que es, pero hacerlo desde la subjetividad del conocimiento y las vivencias de sus protagonistas, algo que es posible abordar desde el momento en que nos damos cuenta que el mundo de los otros es también nuestro mundo y que «la estructura del mundo social es significativa no solo para quienes viven en ese mundo, sino también para sus intérpretes científicos» (Schütz 1993: 39).

En nuestra investigación, dicha comprensión se produce en un contexto de actualidad (aquí y ahora) e intersubjetividad, generado en la situación de entrevista en profundidad, entendida ésta como *acción social significativa* en la que compartimos significados sobre el mundo de la salud y la enfermedad mental fruto de las vivencias expresadas por las personas entrevistadas, comprensión necesariamente *aproximada* (Schütz 1993) pero posible desde el momento en que compartimos esquemas interpretativos del mundo.

En este sentido, el grado de conocimiento o experiencia directa sobre los demás (variable entre los distintos protagonistas de nuestra investigación), no ha de verse como una limitación ya que en definitiva, es la *relación directa nosotros* la que permite aprehender el significado subjetivo de la vivencia del otro. Pero además,

---

<sup>157</sup> El concepto «acción social» es la aportación específica de Schütz (1993), entendida como la capacidad de *dirigir la atención* a los contenidos de la conciencia, de las experiencias o vivencias humanas y ello, en un acto de reflexión o reconocimiento que la destaca y la vuelve clara y distinta. Es precisamente ese acto de dirigir la atención reflexivamente a la vivencia cuando ésta adquiere significado.

alcanzar la comprensión auténtica requiere según Schütz poder acceder o aprehender los contextos de significado en que la persona se expresa. Las indicaciones o manifestaciones no verbales encubren estados subjetivos internos a los que queremos acceder y esto sólo es posible cuando permitimos que emerja la estructura del discurso, constituyéndose éste en el principal contexto de significado de las vivencias de los y las protagonistas. Así entendido, el discurso se constituye entonces en «un acto de utilización de signos» (Schütz 1993: 154) en el que se expresan los *significados intencionales* que la persona *quiere comunicar*. Por eso, la comprensión auténtica y la interpretación significativa sólo es posible a partir de la completud y unidad del discurso.

### 2.2.2. El Análisis Crítico del Discurso

El análisis crítico del discurso (ACD) es la herramienta metodológica que resume la orientación epistemológica de esta investigación (Fairclough y Graham 2002). Entendido como «acto de habla» (Van Dijk 1997a, 1998), el ACD nos permite acercarnos y comprender las relaciones comunicativas y contextualizadas que se dan en la vida social en las que se utiliza la palabra hablada o escrita, es decir, comprender los discursos orales generados en nuestras entrevistas.

Aunque existen variados enfoques críticos en análisis del discurso (Fairclough y Wodak 1997; Karam 2005), son los estudios sociocognitivos de Van Dijk los que dan cuerpo al enfoque que nos guiará en el uso del mismo como herramienta de investigación. Así, frente a la tradición lingüística de los estudios del discurso, el ACD no se ocupa tanto de la estructura, cuanto de los problemas sociales susceptibles de ser analizados a través del discurso, que en nuestra investigación son los problemas relativos al mundo institucionalizado de la salud y la enfermedad mental. Desde esta perspectiva, el discurso se entiende como *práctica social* y como *acción social que crea y produce realidad*, trascendiendo así el ámbito lingüístico y posicionándose en un ámbito multidisciplinar de análisis y comprensión (Van Dijk 1994, 1997a, 1998, 2001, 2003, 2005, 2008).

Como objetivo general, el ACD se propone *evidenciar las relaciones de poder entre grupos sociales y las situaciones de desigualdad a que dan lugar* y ello, a través del análisis ideológico de las prácticas discursivas que tienen lugar dentro de contextos sociales. Para Van Dijk, su objetivo es ante todo «saber cómo el discurso contribuye a la reproducción de la desigualdad y la injusticia social determinando quiénes tienen acceso a estructuras discursivas y de comunicación aceptables y legitimadas por la sociedad» (Van Dijk 1994: 2).

Por tanto, el ACD es una herramienta que permite centrarse en el discurso de la gente que tiene poder y en analizar sus estrategias discursivas, las del discurso dominante, hegemónico o legítimo que están en la base de esa reproducción de la

desigualdad (Van Dijk 1996, 2005; Wodak 2001a). Y puesto que «ni la carga ideológica de los modos particulares de utilización del lenguaje, ni las relaciones de poder subyacentes suelen resultar evidentes a las personas, el ACD se propone lograr que estos aspectos opacos del discurso se vuelvan más transparentes» (Fairclough y Wodak 1997: 368).

Así las cosas, el ACD evidencia problemas de índole social y política y resulta ser una herramienta comprometida que actúa como una especie de contrapoder, contribuyendo metodológicamente a la resistencia y la solidaridad con los grupos sociales no dominantes. Por tanto, el ACD toma partido y expresa una vocación emancipadora, una intención expresa de que las cosas mejoren para los grupos sociales no dominantes y ello, *a través de la toma de conciencia de esa situación de desigualdad*.

El ACD conecta por tanto la realidad social o estructura social y la estructura discursiva (Tusón 2002; Calsamiglia y Tusón 2007), a través de ese nexo que constituye la *cognición social*, de importancia fundamental para Van Dijk ya que «la comprensión de lo que pasa en la sociedad y en el discurso no se puede lograr sin un análisis sistemático de la cognición social [porque] la desigualdad viene desde la estructura cognitiva social» (Van Dijk 1994b: 1-2).

Para Van Dijk (citado en Meersohn 2007: 7), las cogniciones sociales son «estrategias y representaciones mentales compartidas que controlan o monitorean la producción e interpretación del discurso y que se hacen explícitas en la interacción comunicativa», o como es nuestro caso, en la entrevista.

La entrevista, entendida así como «espacio reintegrador de la palabra» (Alonso 2003: 70), supone una situación que desafía el sentido de dominación de las élites o discurso legítimo, dando voz o *facilitando el acceso al discurso público* a aquellos protagonistas cuyo acceso está habitualmente limitado o ausente.

El análisis ideológico del discurso de los protagonistas es el fin último que pretendemos y, aunque la relación entre discurso e ideología está lejos de ser explícita, es posible evidenciarla mediante un entendimiento y análisis sistemático del habla (Van Dijk 1994, 1994b, 1996, 1998, 2003, 2005, 2008).

Es decir, la ideología se reproduce en el discurso, tanto en el plano verbal como no verbal, ya que hemos de recordar que las ideologías constituyen sistemas de principios que organizan las cogniciones sociales que son –a su vez– representaciones generalizadas socialmente compartidas.

Así, el ACD describe en detalle, explica y critica o cuestiona la forma en que el discurso dominante, de manera indirecta, influencia el conocimiento social compartido, las actitudes e ideologías y ello, elaborando modelos mentales concre-

tos en los que se traduce el poder y la dominación (Van Dijk 1994a, 1996, 2003; Wodak 2001).

Por ello, en nuestra investigación pretendemos analizar y comprender cómo el discurso dominante o legítimo influencia el conocimiento social compartido o institucionalizado, las actitudes e ideologías sobre salud y enfermedad mental<sup>158</sup>, en definitiva, el discurso de nuestros protagonistas y cómo éstas ideologías crean nuevamente realidad controlando la forma como las y los protagonistas planifican y comprenden sus prácticas sociales, incluido el discurso. Esta cuestión resulta del máximo interés si pensamos que cuando las actitudes ideológicas o discurso legítimo se afianzan en los distintos grupos sociales, éste se legitima perpetuando la inequidad y la noción de *poder [psiquiátrico]* entre quienes tienen acceso al discurso público y aquellos que ven restringidas sus posibilidades al discurso privado.

Por ello, nuestra investigación pretende evidenciar *quiénes* tienen acceso al discurso público y *quiénes* no, limitándose éste último al horizonte del espacio privado. Es decir, pretendemos clarificar de qué lado se sitúa el discurso institucionalizado y el poder psiquiátrico, así como la manera en que éste crea y produce realidad entre los protagonistas o actores sociales.

Asimismo, pretendemos determinar la presencia o ausencia de «conflicto ideológico» (Van Dijk 1994b) entre nuestros protagonistas, puesto que como usuarios y usuarias del lenguaje somos miembros de comunidades o grupos que hablan y comprenden desde posiciones o roles específicos que *no son únicos* y que nos vinculan a lealtades diferentes. Es decir, el ACD supone también considerar los discursos anómalos o atípicos dentro de cada grupo y desvelar la medida en que los grupos dominantes participan de una visión crítica del sistema de salud mental y por otra parte, desvelar cómo algunos grupos no-dominantes participan con la misma fuerza del discurso que legitima el poder y la desigualdad.

Como dicen Calsamiglia y Tusón (2007), el discurso es complejo pero no caótico y está regulado por normas o principios que orientan a las personas que lo utilizan para construir piezas discursivas coherentes y apropiadas a la situación comunicativa, la entrevista en nuestro caso.

Vista así, la entrevista ha de entenderse como un proceso interactivo complejo «que incluye la continua interpretación de intenciones expresadas verbal y no verbalmente, de forma directa o velada [*de manera que abordar el discurso*] significa adentrarse en el entramado de las relaciones sociales, de las identidades y de los conflictos, intentar entender cómo se expresan los distintos grupos culturales en un momento histórico, con unas características socioculturales determinadas» (Calsa-

---

<sup>158</sup> El paternalismo, la exclusión o el economicismo, entre otras.

miglia y Tusón 2007: 16). De ahí que descubrir la realidad de la atención a la salud mental supone «construir conceptualmente la realidad, pero no de manera arbitraria y caprichosa, sino de manera racional y de acuerdo con la cultura del discurso crítico, y construirla conforme con la propia realidad, explicando y destruyendo las apariencias engañosas» (Beltrán 1991: 60).

### **2.2.3. Fuentes orales en el acceso a los discursos de salud mental: la entrevista en profundidad**

Para analizar los discursos sobre salud y enfermedad mental recurrimos al empleo de la entrevista en profundidad. La entrevista en profundidad es una de las herramientas más útiles en investigación social ya que nos permite aproximarnos al mundo de significados que las personas asignan a sus experiencias, posibilitando la recogida de construcciones personales sobre la realidad o mundo de significados compartidos socialmente, significados a los que es posible acceder desde el contexto intersubjetivo de la entrevista. De esta manera «la subjetividad directa del producto informativo generado por la entrevista es su principal característica y, a la vez, su principal limitación» (Alonso 2003: 68).

Así, la entrevista en profundidad tiene carácter *hipersubjetivo, mediado por la memoria y con referencias pragmáticas*. Hipersubjetiva, en tanto que sólo puede considerarse interpretativamente, pues «no hay lectura de una entrevista sin modelo de representación social y por tanto, sus usos se inscriben en un proyecto de la realidad que no está en la simple transcripción o acumulación de las fuentes sino en la construcción, por parte del investigador social, de una mirada propia sobre los materiales obtenidos» (Alonso 2003: 70). Mediada por la memoria y con referencias pragmáticas en tanto que lo que pretende es «a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo» (Alonso 2003: 76).

Sobre el *rigor* de la entrevista como herramienta metodológica, hay que decir que ésta es refractaria a cualquier criterio cientifista al uso y solo se la puede valorar por su capacidad heurística de las producciones discursivas, es decir, por su capacidad de indagación y descubrimiento de «los saberes sociales cristalizados en discursos que han sido construidos por la práctica directa y no mediada, de los sujetos protagonistas de la acción» (Alonso 2003: 77-78), por lo que se constituye como herramienta de indagación idónea en nuestra investigación.

La muestra de nuestra investigación se ajusta al denominado muestreo intencionado (Ruiz Olabuénaga 1996). Ante todo se trató de elegir una muestra procedente de un ambiente con gran potencial de información, es decir, una muestra de personas que estén informadas, reflexivas y sobre todo, dispuestas a compartir amplia-

mente su experiencia (Polit y Hungler 2003). Las muestras elegidas intencionalmente son relativamente pequeñas, pero éste es un efecto buscado que apuesta por la riqueza de la información que proporciona el estudio en profundidad de muestras pequeñas, es decir, la búsqueda de verticalidad más que de horizontalidad (Ruiz Olabuénaga 1996).

Sobre las estrategias de muestreo utilizadas en nuestra investigación, hemos elegido el denominado *muestreo a priori* (García Calvente *et al* 2009), en el que tanto las características como la estructura de la muestra se decide previamente a la generación de los datos.

De una muestra inicial de 20 personas, la muestra final incluyó a 16 personas dentro de los perfiles o segmentos muestrales ajustados a los criterios de «ser protagonista de la salud mental en la provincia de Jaén» y «perfil de protagonista». Finalmente, contamos con tres grupos muestrales: informantes clave (3 varones), profesionales del SASM (8), de los cuales 2 son facultativas, 2 facultativos, 2 enfermeras y 2 enfermeros y finalmente usuarias y usuarios (5), de los cuales 2 son familiares que cuidan (1 mujer y 1 varón) y 3 son personas diagnosticadas (1 mujer y 2 varones). Como dijimos, hemos realizado tres grupos o perfiles de personas a entrevistar: usuarias y usuarios (pacientes y familiares que cuidan), profesionales (enfermeros y enfermeras y, facultativas y facultativos) e informantes clave. La muestra incluye a personas con más de 20 años en el SASM y a personas con menos de 5 años, buscando las diferencias debidas a la experiencia.

En nuestra muestra consideramos usuarios-pacientes y por extensión a sus familiares cuidadoras y cuidadores, a aquellas personas que han sido diagnosticadas de Trastorno Mental Grave «Esquizofrenia», tal y como se contempla en el Proceso Asistencial Integrado «Trastorno Mental Grave» (PAI-TMG) (Del Río Noriega 2006).

La razón de considerar como protagonistas a entrevistar a dichas personas tiene que ver con la correspondencia existente entre los trastornos incluidos en el PAI-TMG, a saber, los catalogados por la CIE-10 en los criterios diagnósticos F20-F29 (Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes) y la evolución histórica del concepto social de *locura* hacia los conceptos más médicos de «alienación mental» y «enfermedad mental<sup>159</sup>» (Lantéri-Laura 2001), cuyas manifestaciones se corresponderían con las recogidas en el PAI-TMG, actualmente en uso.

A pesar de haberse reducido la muestra inicial, de 20 a 16 testimonios personales, las características o perfiles de la muestra (Tabla 5) y su tamaño han cubierto las necesidades de información requeridas, alcanzando la *saturación* o *redundancia* que recomiendan Lincoln y Guba (1985), porque recordemos nuevamente que la

---

<sup>159</sup> Nos referimos al concepto «dementia praecox» de Kraepelin y posteriormente al concepto de «esquizofrenia» postulado por Bleuler (Lantéri-Laura 2001).

validez de la investigación cualitativa tiene más que ver con la riqueza de información de los casos seleccionados y la capacidad de análisis de quien investiga que el tamaño mismo de la muestra (Patton 2001).

**Tabla 5**

*Perfil de personas entrevistadas*

Pseudónimo	Perfil personas entrevistadas	Edad	Sexo	Tiempo de relación con SASM
1. Gustavo	I.C.	-	Varón	-
2. Ricardo	I.C.	-	Varón	-
3. Andrés	I.C.	-	Varón	-
4. Esther	Facultativa	56	Mujer	>20 años
5. Pablo	Facultativo	54	Varón	>20 años
6. Susana	Facultativa	30	Mujer	<5 años
7. Bernardo	Facultativo	39	Varón	<5 años
8. Daniel	Enfermero	54	Varón	>20 años
9. Bernabé	Enfermero	42	Varón	>20 años
10. Sofía	Enfermera	27	Mujer	<5 años
11. Irene	Enfermera	35	Mujer	<5 años
12. Mercedes	Familiar	82	Mujer	>20 años
13. Jacinto	Familiar	84	Varón	>20 años
14. Patricia	Enferma	45	Mujer	>20 años
15. Raúl	Enfermo	46	Varón	> 20 años
16. Jacobo	Enfermo	52	Varón	> 20 años

La práctica de la entrevista nos coloca frente a una situación creada artificialmente, la cuál es preciso abordar si queremos hacerla eficaz. Por ello, es necesario crear un clima de confianza (Ruiz Olabuénaga 1996; Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez 1999; Alonso 2003; Álvarez-Gayou 2006) capaz de trascender la situación de confidencia en que tiene lugar el ofrecimiento de información. Para ello, el contrato comunicativo (Alonso 2003) que garantiza la confidencialidad de la fuente junto con determinadas características personales en la persona que entrevista, son necesarias. Entre estas últimas, cabe destacar la capacidad para la empatía o para conversar, así como el rol de *teórico social* que desde el punto de vista de Alonso

(2003) se ha de dominar, permitiendo así enlazar las respuestas y contenidos que ofrece la persona entrevistada al amplio campo de conocimientos teóricos disponibles.

A partir de aquí, el guión de entrevista que desarrollamos a continuación forma parte de un marco mínimo pautado que se abre en abanico con cada protagonista entrevistado y que a través de los tópicos de interés recoge y representa los objetivos de la investigación. Este guión, lejos de pretender rigidez en la estructura y el orden de las cuestiones a tratar, los obvia permitiendo que surja una relación dinámica en la que por su propia lógica vayan emergiendo los temas de interés en un orden particular en cada caso. Para ello, el tipo de intervenciones que se han de manejar en la entrevista remiten nuevamente a la *reflexividad* en la investigación y en la persona que investiga favoreciendo así la producción de sentidos.

Antes de comenzar quiero recordarte que cuando hablamos aquí de enfermedad mental, nos referimos al TMG y concretamente a la «esquizofrenia»

Si te parece comenzamos contándome un poco de ti (edad, lugar de nacimiento, dónde has vivido, tu formación, tu trabajo...)

desde cuándo y cómo se produce el acercamiento y la relación con el SASM

me gustaría que me hablaras del SASM y del papel que desde tu punto de vista tienen en el sistema los pacientes, familiares, los distintos profesionales y gestores

me gustaría conocer qué valoración te merece en este momento el SASM y cómo ves el futuro del mismo

¿qué es para ti la enfermedad mental? ¿Y la salud mental?

me interesa tu opinión sobre los sistemas manicomial y comunitario de atención a la salud mental: qué aspectos destacarías de cada uno como más relevantes y qué valoración te merece cada uno de ellos en su capacidad para responder a las necesidades de SM de la población

me interesa conocer también cuál es tu opinión y valoración sobre los distintos dispositivos de atención a la salud mental existentes en la provincia en este momento (centros de salud, equipos de salud mental de distrito, unidades de hospitalización, comunidad terapéutica, unidad de rehabilitación de área, unidad de salud mental infanto-juvenil y hogar de alta supervisión)

desde tu punto de vista, ¿cuál es el papel de la familia en el SASM y cómo lo valoras? y ¿qué opinión te merecen las asociaciones de familiares y enfermos mentales?

¿qué papel crees que tiene la sociedad en la forma de considerar y atender la enfermedad mental?

¿qué opinión te merecen las políticas y normas actualmente vigentes en materia de salud mental? ¿Y los programas sobre TMG?

¿cuál es tu opinión sobre las entidades tutelares o sobre la idea de *tutela*?

¿crees posible que una persona diagnosticada pueda vivir independientemente y al margen de cualquier institución (sin mayor dependencia de la institución que cualquier otra persona), sea del tipo que sea: familiar, sanitaria, social, tutelar...

¿qué es para ti el diagnóstico y cómo valoras desde tu experiencia las relaciones interpersonales que ocurren en esa situación?

desde tu punto de vista, ¿cuál es la mejor manera de ayudar a una persona que sufre? ¿son posibles otras formas?

Muchas gracias por tu colaboración

Pero en la interacción verbal, la persona se manifiesta no como individuo sino como miembro de su grupo de referencia explicitado a través de su rol. Por ello, la entrevista sirve para recrear la palabra social en su expresión individual, de manera que la persona al verse a sí misma, en realidad observa un ordenamiento institucional en el que ella queda enmarcada, construyendo así su identidad. Y es precisamente esta última expresión la que se nos ofrece desinteresadamente, la que nos ofrecen las y los protagonistas a través de su discurso con ocasión de la entrevista.

#### 2.2.4. El proceso de análisis

El proceso de análisis comienza en el mismo momento de la recogida de información a través de las entrevistas. Estamos de acuerdo con Janice Morse (2005) cuando afirma que el proceso real de análisis en las investigaciones cualitativas aparece escasamente descrito en la literatura y pensamos que esto es especialmente cierto por lo que compete a las investigaciones que utilizan el análisis del discurso en su metodología.

Bien es cierto que no existe un procedimiento estándar para realizar análisis del discurso, lo que supone una dificultad añadida, de ahí que todas las decisiones sobre qué ruta tomará el análisis constituyan un doloroso proceso de maduración hasta que conseguimos ver con claridad cuál es el camino que queremos seguir. Quizás en eso radique la «relativa timidez» a la que alude Morse cuando se refiere a la escasa visibilidad del procedimiento de análisis cualitativo.

Los métodos de análisis del discurso posibles en cualquier investigación arrancan de distintas tradiciones, sean éstas enfocadas en su aspecto histórico (Foucault), sociocognitivo (Van Dijk) u otras, lo que deriva en un amplio abanico que puede dirigir el análisis del discurso por derroteros diferentes.

Si bien esta circunstancia puede entenderse como una limitación del propio análisis, resulta más bien una gran ventaja al proporcionar a la persona que investiga la posibilidad de ser máximamente creativa en su trabajo. Es decir, el ACD es *ecléctico* y aspira permanentemente a serlo, integrando los mejores esfuerzos de distintas personas, desde distintas disciplinas y tradiciones investigadoras (Van Dijk 2001) aportando riqueza al conocimiento crítico de los problemas sociales.

Por otra parte, la extensión y complejidad del análisis completo obliga a centrar el mismo sobre alguno de sus aspectos según convenga a los objetivos de la investigación y a la naturaleza del problema investigado. Por ello y dado que nuestra investigación persigue el análisis ideológico de los discursos, nuestra propuesta se centra en el análisis de sus aspectos semántico-pragmáticos o contextuales en los que emerge el discurso, dejando en evidencia los mecanismos de poder y desigualdad que manifiesta el discurso relevante.

Así, el proceso de análisis que realizamos en nuestra investigación ha de entenderse como una *propuesta* y en cualquier caso, como el resultado de una serie de decisiones que no pretenden ser definitivas, pero sí posibilitadoras del análisis del discurso relevante, inteligibles y accesibles al conocimiento compartido.

Puesto que como decimos, el ACD *completo* es inabarcable, en nuestra propuesta contemplaremos solamente aquellos elementos que faciliten la comprensión del problema social que nos ocupa: el sistema de atención a la salud mental, su conocimiento institucional y las relaciones de poder y desigualdad que se construyen en torno a él.

Para el proceso de análisis propiamente dicho, adoptamos en nuestra investigación la propuesta de Van Dijk (1997a) quien sugiere ir *desde las estructuras más superficiales a las más profundas* del discurso.

Como dijimos, al ser la nuestra una propuesta de análisis de los discursos como *actos de habla*, destacamos sus propiedades semántico-pragmáticas, lo que requiere tener en cuenta los contextos de producción de dichos discursos.

La aproximación contextual que proponemos en el análisis del *discurso relevante* abarca por una parte la dimensión social del discurso o dimensión *macro* junto a su dimensión cognitiva o *micro*, en lo que Van Dijk (2001) denomina «modelos contextuales».

Por tanto, realizamos una primera *contextualización macro* de las estructuras globales del discurso (culturales, sociales y políticas) y de las estructuras locales de las interacciones cara a cara, ya que según Van Dijk «el discurso y el contexto local, frecuentemente se producen e interpretan como una parte funcional de los contextos globales» (Van Dijk 1997b: 38).

A continuación, contextualizamos el discurso en su nivel *micro* incorporando al análisis las cogniciones personales y sociales, a través de la identificación de las creencias, intereses, emociones o valoraciones o sobre cualquier representación mental de nuestros y nuestras protagonistas.

La importancia que tienen los modelos contextuales en el ACD le viene dada de que «resultan cruciales porque son la interfaz entre la información mental (el conocimiento, etc) sobre un acontecimiento y los significados efectivos que se construyen en el discurso» (Van Dijk 2001: 164), de tal manera que nuestros protagonistas no expresan en la entrevista todo lo que conocen acerca del sistema de salud mental, sino sólo aquello que consideran relevante desde el punto de vista situacional.

Como dijimos antes, el discurso es complejo pero no caótico y es posible encontrar un orden en el mismo que nos permita la comprensión e interpretación

que, aunque sólo es tentativa y sujeta a permanente reinterpretación, siempre ocurre a partir de su completud.

La contextualización micro da paso a un momento fundamental en el ACD, nos referimos a la identificación de las categorías emergentes en el discurso, categorías discursivas que operan ideológicamente y que es preciso desvelar, todo ello en un continuo proceso cognitivo de «comprensión» y «síntesis» (Morse 2005) de los discursos, que harán posible en una fase posterior la «generación de teoría» y la «recontextualización de los resultados», objetivo último de la investigación cualitativa que nos ocupa.

Las categorías discursivas de nuestro análisis se articulan en torno a distintos tópicos en cada uno de los grupos de protagonistas, lo que nos ofrece ya una primera lectura ideológica de los discursos. Junto a esta primera lectura, identificamos la polarización ideológica de cada categoría en el texto mismo de las entrevistas y lo hacemos ayudándonos del análisis de los marcadores discursivos, de la observación de los contenidos explícitos e implícitos y de los elementos retóricos y estrategias argumentativas utilizadas.

Todo ello contribuye a la comprensión de los discursos de las y los protagonistas en lo que se ha denominado la «modalización discursiva» (Calsamiglia y Tusón 2007). La modalización resulta un elemento crucial del análisis de los discursos puesto que contribuye a ubicar a las y los protagonistas y sus discursos en una «postura discursiva» que evidencia las afirmaciones ideológicas relacionadas con los temas y contenidos tratados, siendo «el resultado de la implicación que tiene el individuo con los diversos discursos a los que ha quedado sujeto, el resultado de su hallarse *entretajido con* ellos, ya que en el transcurso de su vida, el individuo ha procesado estos discursos hasta convertirlos en una determinada postura ideológica» (Jäger 2001: 84).

Finalmente y de acuerdo con Morse, «contar las cosas como son, niega la fuerza del trabajo cualitativo» (Morse 2005: 73), de ahí que el análisis de los discursos y especialmente el análisis crítico deba trascender este riesgo y atreverse a *teorizar*, en un esfuerzo por desarrollar el mejor esquema teórico «que ofrece el modelo más comprensivo, coherente y simple para vincular hechos diversos y no relacionados, de una manera útil y pragmática» (Morse 2005: 64), porque como nos recuerda Alonso, «toda interpretación, por el hecho de serlo, ni refleja ni traduce la realidad [...] sino que trata de descubrir de la manera más completa posible, la trama de significados que reconstruye una realidad» (Alonso 2003: 222), una realidad con sentido en cuanto que intérpretes de la misma, aduciendo de esta manera nuevas contribuciones al análisis de nuestro problema, es decir, *recontextualizando* los hallazgos (Jäger 2001, Morse 2005).

### 2.2.5. Limitaciones de la investigación

La investigación que presentamos ha contemplado los requisitos necesarios que garantizan el rigor en cualquier estudio cualitativo, no solo atendiendo a los criterios de selección de la muestra, sino también sobre el principio de saturación de los datos. Aún así, hemos constatado la dificultad no solo para «entrevistar» sino también para «contactar» con las personas diagnosticadas de «esquizofrenia» y sus cuidadoras o cuidadores. Ha resultado especialmente difícil en el caso de las mujeres, sean éstas mujeres diagnosticadas o mujeres cuidadoras.

Aunque como decimos, nuestros datos han alcanzado la saturación, existe inexplorada esa parte de la realidad a la que no hemos podido acceder y que sería necesario seguir abordando, no solo porque es parte legítima del conjunto de la realidad investigada, sino en aras a una mayor validez de los resultados.

### 3. Los discursos sobre salud mental en la provincia de Jaén

#### 3.1. Poder y desigualdad en la articulación discursiva de la salud y la enfermedad mental: «Discurso legítimo» y «Discurso de usuarios»

El análisis del material generado en nuestras entrevistas adopta una primera estrategia de aproximación analítica que distingue entre lo que llamamos «discurso legítimo» y «discurso de usuarios y usuarias». Estos dos recorridos en el análisis, más que reflejar una diferencia real representan una misma realidad surgida de las vivencias de nuestros y nuestras protagonistas sobre el SASM y, constituye únicamente un artificio metodológico fundamentado en la noción de *poder* y *desigualdad* sociales.

Esta primera decisión en el análisis es pertinente pues compete al ACD el análisis del poder y la desigualdad con miras a «desmitificar los discursos mediante el descifrado de las ideologías» (Wodak 2001: 30). Poder, desigualdad y discursos ideologizados formando parte de la realidad «atención a la salud mental en la provincia de Jaén». Poder, que «tiene afinidad con las relaciones de diferencia y sobre todo, con los efectos de las diferencias en las estructuras sociales» (Wodak 2001: 31) y discursos, que siguen generando el mismo orden de realidad a no ser que desmitifiquemos o iluminemos la ideología que los nutre.

Como sabemos, forma parte de las representaciones sociales compartidas que el conocimiento de algunos grupos sociales resulta más legítimo que el de otros grupos y por tanto, con más influencia y poder social. Este es el caso del discurso científico (Van Dijk 2001) o discurso legítimo encarnado en profesionales y gestores. *El discurso legítimo o científico* constituye así una categoría mediada por el poder social frente al *discurso de usuarios*.

La lectura atenta y crítica de los discursos de las y los protagonistas generados en nuestras entrevistas, nos indica esta primera gran diferencia: el discurso de «poder» o legítimo, frente al discurso de «no poder» o de usuarios.

Aún siendo pertinente esta diferenciación, en realidad no está claramente delimitada, pues nos encontramos con discursos a medio camino posicionados entre el poder y el no poder, algo que entendemos tiene que ver con los distintos roles sociales que las personas expresan en sus *representaciones sociales* como miembros de grupos amplios, pero también fruto de su concreción en los *modelos mentales individuales*, ámbitos que en ocasiones entran en conflicto. En definitiva, son esos modelos mentales los que emergen en nuestras entrevistas haciendo a los discursos *relevantes* y orientando la tarea de construcción de categorías discursivas. Dicha orientación se completa al considerar el propio sustrato teórico del ACD y los objetivos planteados en nuestra investigación.

De contemplar todos estos planos hemos llegado a la identificación de las siguientes categorías de análisis: «enfermedad *versus* sufrimiento», «exclusión *versus* integración» y «el otro deslegitimado *versus* el otro legitimado». Conviene ahora, previo al análisis, aproximarse al significado genérico de dichas categorías discursivas.

«Enfermedad» y «sufrimiento» representan respectivamente la *mirada organicista* y la *mirada social* referidas al mismo acontecimiento vivido por una persona en un momento dado de su vida, la persona que sufre. Aunque ambas acepciones ocurren en el discurso de nuestros protagonistas, la consagración por el uso del término *enfermedad* no nos debe confundir de lo esencial de esta categoría.

En esa esencialidad se sitúa el mismo carácter ideológico del término *enfermedad mental*, pues supone el reconocimiento de la existencia de alguien con capacidad para establecer la diferencia entre lo normal y lo patológico. Esto nos lleva a recordar de acuerdo con Szasz, que la psiquiatría es una tarea moral y social y que «la salud y la enfermedad mental no son más que nuevas palabras para designar valores morales» (Szasz 2001: 45). Este extremo lo confirma el hecho de que dirimir qué es sano y qué es enfermo es una cuestión ideológica, algo de lo que la historia ha dado sobradas muestras, constatando su valor científico cambiante (Lantéri-Laura 2001), especialmente en lo tocante a la creación y modificaciones de las categorías diagnósticas que encontramos en la historia de los DSMs (Castilla del Pino 1990; González Duro 2002; Ortiz y de la Mata 2004; Gil García 2006).

Pues bien, la utilización discursiva del término «enfermedad» posiciona a nuestros protagonistas en una visión del hecho o acontecimiento desde su periferia, siendo la enfermedad una *cosa* o *algo* objetivable que es posible considerar desde fuera al margen de la persona a quien se refiere y que adopta una génesis biológica u orgánica independiente de su constatación. Esta concepción se corresponde con una determinada práctica terapéutica basada en los tratamientos biológicos y en un modelo de relación concreto, cosificado, entre profesional y enfermo.

Por su parte, la utilización discursiva del término «sufrimiento» posiciona a quien la utiliza en el ámbito y al lado mismo de quien sufre, es la consideración desde dentro que inevitablemente recoge la dimensión histórica y dialéctica del individuo, sin la cuál el sufrimiento no se puede comprender. Al igual que el anterior, posicionarse con el sufrimiento conlleva una práctica terapéutica y un modelo relacional entre profesionales y enfermos, donde la *ética de la relación* es el eje.

«Exclusión» e «integración» son las dos caras de un discurso que apela a la diferencia o a la igualdad en la esencialidad del ser humano, en tanto que individuo calificado de *enfermo mental*.

El *discurso de exclusión* se hace evidente en la necesidad percibida por las y los protagonistas de instituciones especiales, ya sean sanitarias o sociales, que tutelen, controlen, palien y soporten con carácter extraordinario, las necesidades de la vida cotidiana de las personas diagnosticadas. Su carácter ideológico les viene dado del hecho de entender que las personas diagnosticadas de enfermedad mental necesitan un soporte adicional y por tanto diferente, al resto de personas no diagnosticadas. Por su parte, el *discurso de integración*, toma la *igualdad* como premisa y cuestiona cualquier diferencia planteada en este sentido.

No hay gesto humano, por lejano que parezca, que no repercuta sobre los demás. Así, la categoría «el otro deslegitimado *versus* el otro legitimado» responde a la cuestión sobre cómo las relaciones que tienen lugar en la práctica institucional de la salud mental, contribuyen a negar o a reconocer respectivamente al *otro* en su estatuto pleno como persona. De ahí que la cuestión planteada por esta categoría discursiva se refiera a un posicionamiento relacional de los participantes del sistema de atención a la salud mental que afecta a la distancia social y a la relación jerárquica establecida entre ellos, pero trascendiéndolo, esta categoría remite a planteamientos humanos y éticos fundamentales, a saber, al reconocimiento del *otro ser humano* en su diferencia.

Nos encontramos así ante una concepción del *otro* concebido en toda su humanidad y por ello, en su sufrimiento o por el contrario, ante una visión del *otro* desposeído de ella y concebido como cosa u objeto. En definitiva, esta categoría aborda la cuestión de la comprensibilidad o no del sufrimiento y con ella, el cuestionamiento o no del diagnóstico estandarizado y de las relaciones creadas al abrigo del mismo.

La negación o por el contrario, el reconocimiento del carácter biográfico, histórico y dialéctico de la persona que sufre, establece relaciones con *el otro* que caracterizan la realidad y emergen en el discurso. El carácter ideológico de esta categoría es fácilmente evidenciable desde la consideración que sobre el diagnóstico psiquiátrico y sobre las relaciones en general articuladas en torno al mundo de la

salud mental, realizan nuestras y nuestros protagonistas, es decir, sobre su necesidad, idoneidad, pertinencia, proceso y especialmente, sobre el carácter crítico que adopta el mismo y su unicidad como forma de ayuda a la persona que sufre.

Como ya dijimos, la reforma psiquiátrica iniciada en la provincia de Jaén en 1981, encuentra su contexto justificativo en la transición democrática iniciada tras el final de la dictadura franquista, en 1977. La amplitud del proceso de apertura y cambio de la sociedad española abarca también el funcionamiento institucional y las instituciones sanitarias y con ellas, los problemas que culturalmente habían estado ligados al ámbito de lo sanitario, como el problema de la atención psiquiátrica (González Duro 1987; Álvarez Peláez 2003).

La decisión de visibilizar la enfermedad mental como un problema fundamentalmente social a principios de los años ochenta es ya un posicionamiento ideológico «posible» en las sociedades democráticas, reconocedoras de los derechos humanos de todas las personas y de la búsqueda de su bienestar.

En Jaén y tras las elecciones municipales de 1979, el abordaje de la reforma de los servicios psiquiátricos provinciales, tiene no solo estas referencias políticas, sino también referencias personales en el interés de antiguo por la psiquiatría y la asistencia psiquiátrica de su máximo responsable político, Cristóbal López Carvajal, Diputado Provincial y Vicepresidente de la Diputación Provincial en 1981, la cuál impulsa explícitamente bajo el gobierno provincial del Partido Socialista Obrero Español.

En aquél momento y en ausencia de normativas específicas, el plan político articulado para llevar a cabo el proceso de reforma en Jaén contempla el análisis de la situación por parte de un experto reformista español, José Luis Montoya Rico quien por aquella época y en España, había sido responsable de la reforma de los servicios psiquiátricos de Oviedo y Conxo (Aparicio Basauri y González Mateos 2005), desarticuladas por la cultura franquista de los años 70.

### **3.1.1. El discurso de informantes clave como dimensión histórica y como contexto discursivo común**

Contra la *figura* del discurso legítimo de profesionales y del discurso de las y los usuarios, se alumbra un *fondo* discursivo transversal, el de informantes clave, abarcando la totalidad del tiempo histórico contemplado en nuestra investigación: desde 1981 hasta la actualidad.

De acuerdo con Goffman (1988) para quien una organización o institución se identifica con sus autoridades, entendemos el discurso de informantes clave como discurso de poder y autoridad porque evidentemente lo es, pero más allá de esto,

dicho discurso es parte del contexto en el que planean los discursos de profesionales y usuarios.

El discurso de informantes clave, en tanto que discurso de poder es ideológico y no está libre de valores, como ocurre en cualquier discurso de gestión. Muy al contrario, son discursos que «apoyan y difunden concepciones del mundo que reproducen el orden establecido en el trabajo, las empresas y la sociedad capitalista en general» (Alvesson, citado en Fernández Rodríguez 2007: 51). Ahora bien, las funciones a las que sirve el discurso de informantes clave a través del periodo de tiempo considerado es posible descubrirlas por su referencia a aspectos sociales, culturales y políticos, que forman la esencia misma del discurso managerial, pero también el contexto macro de los discursos de nuestras y nuestros protagonistas considerados conjuntamente.

Analizamos a continuación los discursos de tres informantes clave, discursos que abarcan la totalidad del tiempo considerado en esta investigación, completando así la perspectiva histórica de nuestro análisis.

Resulta fundamental en la contextualización de los discursos la referencia a la categoría *enfermedad* versus *sufrimiento*. Su centralidad asume a las demás y en base a ella, se justifica esta dimensión histórica y contextual de la que nos ocupamos. Las otras dos categorías discursivas son subsidiarias de ésta, al menos en principio y las iremos analizando transversalmente como las ramas que convergen en el tronco común.

En relación con la categoría central *enfermedad* versus *sufrimiento*, hay un fenómeno especialmente llamativo en los discursos de informantes clave, a saber, la intensa polarización de dicha categoría en dos de los discursos de principio de la reforma de Jaén, nos referimos a los discursos de Gustavo y Ricardo.

Resulta realmente llamativa esta intensa polarización hacia el *discurso de la enfermedad*, si tenemos en cuenta que la corriente crítica representada por el pensamiento antipsiquiátrico internacional que alentaba todas las iniciativas de reforma, se posicionaba con una concepción de la enfermedad mental no organicista y por supuesto, claramente social.

Cabe preguntarse entonces cómo es posible un discurso organicista, el discurso de la enfermedad, en el mismo origen e impulso de la reforma de Jaén. Nos puede ayudar a entenderlo la constatación de un hecho histórico ampliamente documentado en la historia del pensamiento psiquiátrico que resulta central en la interpretación de los discursos de nuestros informantes clave, nos referimos al hecho de considerar la enfermedad mental precisamente como tal, como *enfermedad*.

En este sentido, las investigaciones históricas de Michel Foucault (2002), Georges Lantéri-Laura (2001) o Rafael Huertas (2005), nos recuerdan que las enfermedades mentales son una construcción social que acaba de fraguarse y que caracterizan al siglo XIX especialmente en su segunda mitad, resultando ser este esfuerzo conceptual una forma de legitimación de la incipiente y pretendida ciencia psiquiátrica.

A este proceso de construcción de la enfermedad mental con causalidad orgánica contribuyó, especialmente en el ámbito europeo, la escuela alemana de Heidelberg. Ésta, aunque dividida entre posiciones más radicalmente organicistas y otras más partidarias de la psicología experimental, se posiciona como en el caso de Kurt Schneider en la defensa de una *psiquiatría sintomática* que «investiga los trastornos psíquicos como manifestaciones sintomáticas de enfermedades somáticas, especialmente de enfermedades cerebrales» (Janzarik 2001: 251).

Y es desde esos parámetros culturales e históricos desde donde hay que contemplar la cultura clínica y social de la enfermedad mental en la provincia de Jaén en el momento de la reforma de 1981, porque la idea de enfermedad es central durante la etapa de internamiento que precede a la reforma, la cuál queda evidenciada en las palabras de uno de los psiquiatras de la época:

«que la locura no es ningún producto del aliño de brujas ni de la presencia de endemoniados, sino una auténtica y verdadera enfermedad, que tiene su tratamiento médico adecuado; y van apreciando que en los actuales establecimientos ha dejado de considerarse al paciente como un loco furioso para proceder a su estudio como una persona enferma»

(GUTIÉRREZ AGUILERA 1953: 61)

«Se abre una nueva etapa en nuestra Psiquiatría en la que las buenas instalaciones, la adecuada asistencia según las normas de la Psiquiatría científica mundial, el entusiasmo del personal especializado y la cooperación de una Corporación Provincial compenetrada con la esencia íntima del problema, proporcionará a ese desgraciado ser que es el enfermo mental –objeto de la mofa y causante del miedo de todos– que ha sido considerado hasta aquí –por lo incomprendido– como algo diabólico e inhumano, sea atendido, tratado y asistido como lo que verdaderamente es: como una persona enferma, con las mismas características (en relación con su asistencia) que un enfermo tuberculoso, gastrópata, diabético o quirúrgico»

(GUTIÉRREZ AGUILERA 1953: 64).

Por tanto, es pertinente situar los discursos del inicio de la reforma, en un contexto de la cultura psiquiátrica provincial que tiene sus referentes explícitos en la psiquiatría alemana de Heidelberg, en las figuras de Griessinger, Emil Kraepelin

y su discípulo Ernst Rüdín y Kurt Schneider (Janzarik 2001) con las que la práctica psiquiátrica de Jaén se ha identificado (Gutierrez Aguilera 1953, 1978; Gutiérrez Higuera 1954; Palma Rodríguez 1999), pero además, situarlos en el contexto de la vulgarización del conocimiento alienista (Huertas 2002b) que consolidan social y profesionalmente la cultura de la enfermedad mental que encontramos presente en 1981.

Por tanto, en la reforma de 1981, a nivel social, cultural y político existe firmemente asumida la idea de *enfermedad mental*, tributaria como el resto de enfermedades médicas de un tratamiento fundamentalmente farmacológico. A esta cultura de la *enfermedad mental* que permanece hoy, se ha seguido contribuyendo, explícita o implícitamente, por efecto de las distintas normas y planes políticos. Así, la progresión en el tiempo de documentos como el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), la Ley General de Sanidad (1986), el Decreto 338/1988 de Salud Mental en Andalucía, el Informe Abril (1991), la Ley de Salud de Andalucía (1998), el III Plan Andaluz de Salud, el I Plan Integral de Salud Mental en Andalucía (2003-2007) o los más recientes Decreto 77/2008 sobre Salud Mental en Andalucía y II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía (2008-2012), tienen un elemento común, *el discurso de la enfermedad*.

No debemos olvidar que este discurso de la enfermedad que emerge en los documentos *es un discurso de poder*, de acceso al poder a través del discurso legítimo al que solo es posible llegar desde una situación de privilegio social, económico o político, que finalmente se materializa en las normas y planes políticos «expertos» en cuestiones de salud mental.

Los emblemáticos *Informe de la Comisión Ministerial y Ley General de Sanidad*, pensamos que han contribuido a reforzar la idea de enfermedad mediante el empleo de distintas estrategias argumentativas que implícitamente sitúan las coordenadas ideológicas del sistema sanitario en sus actuaciones sobre salud mental.

Así, el Informe de la Comisión Ministerial se afirma en la idea de que la atención psiquiátrica es una más de las especialidades médicas, que «desde el siglo XIX se viene arrastrando una situación que coloca a la psiquiatría en franca discriminación frente al resto de especialidades médicas» y que «la salud mental es un aspecto específico pero inseparable de la salud en general» (Informe Comisión Ministerial 1985: 205). Esto nos señala implícitamente que de la misma manera, la enfermedad mental es un aspecto inseparable de la enfermedad, cuyo paradigma organicista articula la explicación del origen y tratamiento de cualquier enfermedad.

Así, cuando propone que «las medidas para la protección de la salud mental [...] han de formar parte del conjunto de acciones de orden más general precisas para la protección de la salud» y que «ha de ser responsabilidad de la Administración

Pública promover la integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general» (Informe Comisión Ministerial 1985: 205), lo que plantea son medidas propias del modelo organicista y ello, a pesar de reconocerse la diversidad de factores que configuran la salud mental «de índole general, económicos, educativos, sociolaborales, etc.» (Informe Comisión Ministerial 1985: 206).

El Informe propone, no obstante, «un modelo sanitario que asuma los aspectos bio-psico-sociales del enfermar» (Informe Comisión Ministerial 1985: 206), aunque sin entrar en el análisis de que esto se ha de hacer en una cultura sanitaria organicista, que pretende legitimar bajo sus dominios, el de *la institución sanitaria*, el control de la salud mental y la enfermedad mental.

También, la Ley General de Sanidad habla de «la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios» (art. 20.3) y aunque la citada ley ha sido calificada como de corte más social (Huertas 1999), también ella, como el recién derogado Decreto 338/1988 en Andalucía, consagran normativamente un modelo de atención que sigue conservando su referencia a la *enfermedad mental*.

Esta situación ha contribuido a la confusión general y ha facilitado el seguimiento de inercias asistenciales y sociales ancladas en los modelos de internamiento. La razón de ello habrá que buscarla en la falta de cuestionamiento teórico y filosófico del modelo –si lo hubiera– que sustenta la práctica profesional y en las actitudes sociales, lo que supone en definitiva cuestionar el mismo concepto «enfermedad mental».

Pero mientras tanto, la referencia a la enfermedad mental ha servido a otras lógicas que se han ido incorporando al sistema sanitario. Nos referimos al modelo gerencialista que se ha servido de esta concepción de «enfermedad» para justificar sus fines económicos.

El contexto de este nuevo modelo se gesta políticamente en el marco de los Pactos de la Moncloa durante la transición democrática y constituyen el antecedente histórico más inmediato de las nuevas formas gerencialistas (Fernández Rodríguez 2007), las cuales se hacen explícitas en el ámbito sanitario con el *Informe Abril* y en otras normativas de carácter autonómico, que impregnan los discursos gerencialistas actuales.

El carácter economicista del Informe Abril y su voluntad de futuro en el sistema sanitario público, marca importantes diferencias con la década de los ochenta, aunque no olvidemos que también entonces, el Informe de la Comisión Ministerial y la Ley General de Sanidad hacen ya referencia explícita a la *eficacia* y *eficiencia* del sistema sanitario público.

Pero el contexto general de los discursos de informantes clave no se agota en los aspectos sociales, políticos y económicos, porque el discurso supone la creación de una situación social concreta que constituye el contexto mismo de la entrevista, el cuál posee a su vez la capacidad de crear nuevo discurso y nuevo contexto en un proceso circular y dinámico que hace única la relación y el discurso mismo, situándonos así en la contextualización local de los discursos (Van Dijk 1997b; Calsamiglia y Tusón 2007).

Las entrevistas con las y los protagonistas, también con nuestros informantes clave, parten de marcos contextuales diferentes que crean inevitablemente sentidos diversos a la interacción y al discurso producido. Nos referimos al contexto local o interactivo (Van Dijk 1997b) donde se han desarrollado las mismas.

Dos de las entrevistas con nuestros informantes clave se han realizado en el ámbito institucional (Gustavo y Andrés) y la tercera (Ricardo) en un ámbito completamente informal, el mismo domicilio de nuestro informante. En cualquier caso, se han realizado allí donde los informantes clave han deseado hacerlo atendiendo a su criterio, comodidad o necesidades.

El lugar de la entrevista no es una elección arbitraria, más allá de ser un lugar físico donde tiene lugar una interacción, es un lugar donde operan una serie de coordenadas que marcan la relación y el discurso producido, nos referimos a las coordenadas *horizontal*, que informan de la distancia o proximidad social y *vertical*, referidas a la relación jerárquica que se establece. Resulta interesante considerar así el espacio ya que estas coordenadas de las que hablamos se convierten en «fronteras internas [que] delimitan espacios simbólicos (es decir, culturales) que están en relación con el uso de la palabra» (Calsamiglia y Tusón 2007: 104).

Es evidente que los informantes que han producido su discurso en el contexto institucional muestran su pretensión inicial de mostrar dónde se sitúan en relación con la entrevistadora o de ofrecer una imagen social de *rol dominante o de poder* que queda refrendado por otros marcadores de posición como los gestos, las miradas o la configuración del espacio físico de la entrevista, entre otros.

La categoría enfermedad *versus* sufrimiento se polariza en el discurso de nuestros protagonistas cuando son preguntados por su concepción sobre la salud y la enfermedad mental. Nos sumergimos así en la contextualización *micro* (Van Dijk 1997b, 2001, 2003) de los discursos y exploramos creencias, motivos o emociones que tienen que ver con el mundo de la salud y la enfermedad mental desde su mirada concreta. Esta tarea la abordamos con la ayuda de la modalización discursiva de los aspectos pragmáticos expresivo-valorativos y cognitivos o de opinión, así como mediante la identificación de las estrategias argumentativas que utilizan los protagonistas en sus discursos (Wodak 2001).

### 3.1.1.1. *Enfermedad versus sufrimiento*

«Enfermedad» y «sufrimiento» están presentes en el discurso de informantes clave. Como ya dijimos, la intensa polarización al inicio de la reforma entre el discurso de la enfermedad (Gustavo) y el discurso del sufrimiento (Ricardo), dará paso a un tercer uso discursivo situado entre la enfermedad y el sufrimiento, constituyendo una especie de posición intermedia más aparente que real (Andrés) y más afín con el discurso de la enfermedad, aunque solapadas o implícitas en el conjunto de lo que pretende mostrarse hoy como un discurso social, matizado por consideraciones gerencialistas.

Los *discursos de enfermedad* de informantes clave (Gustavo y Andrés) tienen tanto elementos comunes, como también diferencias importantes que pasamos a analizar.

Entre sus aspectos comunes encontramos por una parte, la articulación del concepto *enfermedad mental* en torno al tópico de la *organicidad* y sus correlativas *manifestaciones externas o síntomas* observados en el llamado enfermo mental y por otra, la distinción explícita que realizan los informantes clave entre lo que ellos denominan «la salud mental de la población general» y «la salud mental del enfermo psicótico».

La idea de que la esquizofrenia es una «enfermedad del cerebro crónica, grave e incapacitante» (Read, Mosher y Bentall 2006:3) está ampliamente difundida entre la población general y entre profesionales de todo el mundo. En ello tiene mucho que ver el esfuerzo de distintos foros profesionales de prestigio en su esfuerzo por transmitir esta idea y por la edición de materiales educativos y campañas divulgativas dirigidas a la población general y todo ello, con un elemento común: la industria farmacéutica (De la Mata Ruiz y Ortiz Lobo 2003). La financiación por parte de los laboratorios farmacéuticos de la formación, la investigación, las campañas o los materiales educativos soportan su objetivo último: sus intereses empresariales.

Por ello, el discurso de la enfermedad se articula –y este es uno de sus argumentos más poderosos– en torno al tópico de la enfermedad mental *como una enfermedad más*, alentada por la psiquiatría biológica y la industria farmacéutica y, a la necesidad de tratarla con medicamentos que actúan sobre un sustrato orgánico alterado «todavía sin identificar».

Hay que recordar además que al defender la idea de cronicidad, algo que actualmente no respalda la investigación (Read, Mosher y Bentall 2006), también se defiende la necesidad de administrar «para siempre» un compuesto químico. Veamos cómo se expresan estas ideas en nuestros discursos:

«hoy día [...] dentro del epígrafe de la salud se engloban todo tipo de patologías. Y lo mismo hablamos con la misma normalidad de una persona que se fractura la cabeza del fémur que de una persona que tiene un un:: brote psicótico o que tiene una depresión más o menos profunda, eso me parece que es un avance importante»

(GUSTAVO)

Como vemos, la equiparación de enfermedad mental y enfermedad física, de un brote psicótico y una fractura femoral, se expresa sin lugar a dudas como un avance de la salud e implícitamente de la ciencia y, aunque no se hace mención a etiología alguna, esa ausencia refuerza la estrategia de generalización que opera en la argumentación, haciendo entender o mejor, haciendo posible la idea de que son (enfermedad física y enfermedad mental) dos fenómenos equiparables, incluso en su génesis.

Con la utilización de la primera persona del plural (*hablamos NOSOTROS*), Gustavo se posiciona o identifica en esta afirmación como persona experta refrendada por todos los expertos de la ciencia psiquiátrica ante la cual, los demás (la población no informada, el no-poder) no tienen capacidad de réplica.

Asimismo, la apelación a la incurabilidad desde el discurso de la enfermedad se expresa no sin cierta molestia ante la posibilidad de que ésta, la incurabilidad (la organicidad), sea cuestionada:

«Yo creo que partimos de una premisa falsa [*con cierto enfado o molestia*], es decir, la medicina no cura, [...] La medicina no cura, la medicina alivia, ¡mejor! por ejemplo un Crohn... un Crohn es un Crohn y será un Crohn toda la vida, pero nadie se cuestiona nada. En cambio, una esquizofrenia «necesita tratamiento toda la vida» ¿por qué no lo va a necesitar? ¡si es que es una enfermedad crónica! <...> entonces, si es que la medicina no cura, ¿por qué la psiquiatría va a curar?»

(ANDRÉS)

Así concebida, las manifestaciones externas de la enfermedad que representa la concepción organicista (Szasz 2001; Ojeda 2003), aparece en nuestros discursos bajo la forma de «caos», «angustia», «torbellino puro de emociones», «perplejidad» o «angustia perpleja»:

[*Hablando del trastorno mental grave y concretamente de la esquizofrenia:*] «Pfff::, de entrada es una putada. No sé, es una::, es un caos, es la angustia llevada al cabo, llevada a su extremo y nada más y la:: lo que lo que pretendes en la medida de lo posible hacer es, en estas situaciones es, es estructurar el caos y organizarlo de tal forma que:: el espacio-tiempo-emociones tenga sentido en la persona, en la medida de lo posible. Pero siempre:: yo asocio siempre la enfermedad mental grave con:: el caos, no hay nada, un:: torbellino puro de emociones, sentimientos

¿Y qué sería lo que mejor define para ti a una persona a la que se la diagnostica de «esquizofrenia»?

La perplejidad creo que es::, es una característica del caos, es decir, uno se queda perplejo cuando no entiende nada. Para mí, el diagnóstico de esquizofrenia, lo que me lo:: me lo:: da, me lo da en segundos, no creo que pase ni un minuto para diagnosticar la esquizofrenia *mmhmm* <...> eso cuando te llaman de urgencias y paso por la sala de espera ya sé:: Cuando yo pongo «perplejo» en una historia clínica, eso es una esquizofrenia, es decir, el no entender qué está pasando, una angustia perpleja <...>»

(ANDRÉS)

Destacamos aquí dos cuestiones importantes, a saber, el recurso frecuente a su calificación de «enfermedad» y el refuerzo de este argumento en que «no hay nada más» que lo observado, es decir, la enfermedad definida por sus síntomas ante la que sólo el técnico y *en la medida de lo posible*, actúa legítimamente.

También existe una apelación implícita –mediante el uso del *topos humanitario*– a un sentido o actitud humanitaria ante un colectivo, el de enfermos mentales institucionalizados, cuyos derechos humanos han sido sistemáticamente vulnerados y que ahora han de ser atendidos, lo que conecta con la necesidad de articular una cobertura institucional, es decir, conecta con el discurso de la exclusión *versus* integración:

«en primer lugar el enfermo mental siempre:: yo:: lo he percibido como:: posiblemente el enfermo, más desprotegido de todos, de todas las posibles enfermedades que el ser humano puede:: puede tener ¿no?... una desprotección:: e:: importantísima porque es un enfermo indefenso ¿eh?, en fin, con pérdida de:: de autonomía, no en el sentido de que pueda e:: lavarse o pueda comer por sí solo, pero sí con la gran quiebra en algunos momentos de la pérdida del autonomía de la libertad en el sentido de la capacidad de poder racionalmente elegir, qué es lo que puede ser más beneficioso para sus intereses, por tanto, la definición más clara es que es un enfermo, muy desprotegido [...] y había que intentar corregirlo, combatirlo y anularlo hasta donde fuese posible y yo creo que se consiguió:: se consiguió bastante»

(GUSTAVO)

No obstante, la equivalencia que a menudo se hace entre la enfermedad física y la enfermedad mental, entre síntomas físicos y mentales resulta completamente arbitraria si pensamos que en su base misma operan valores sociales y éticos innegables (Szasz 2001). Así, hablar de síntomas mentales y síntomas físicos, solo es posible por referencia a un patrón de normalidad que en el caso de los síntomas mentales no se ha definido y que además se resiste a hacerlo dada su relatividad a normas sociales, éticas o jurídicas (Foucault 2003).

Por tanto, lo que el calificado enfermo expresa, lo expresa en un contexto de valores, los valores sociales dominantes, convertidos en parámetro o criterio único para emitir juicios profesionales acerca de la normalidad o la anormalidad mental. Este énfasis en sus pretendidas similitudes entre lo mental y lo físico, queda reforzado a su vez, por el olvido selectivo que según Maxwell Jones se produce sobre sus «diferencias fundamentales» (Jones 1962: 22), es decir, se visibilizan sus posibles similitudes y se ocultan sus diferencias, convirtiéndose de esta manera en un argumento fuertemente ideológico que observamos en nuestros discursos.

Los problemas de salud emergentes son considerados *otros problemas* desvinculándose de estos primeros por su carácter de comunes, es decir, inevitables por su vinculación con lo social y cultural. Este aspecto resulta de interés porque implícitamente establece otra diferencia, a saber, mientras problemas como la depresión están ligados al desarrollo social y a las nuevas formas de vida, los trastornos psicóticos como la esquizofrenia tienen sin embargo (e implícitamente) una vinculación orgánica:

«CREO que, aunque lentamente, pero creo que la sociedad en la medida en que se está haciendo cada vez mejor informada y por supuesto más culta, pues yo creo que la enfermedad mental se está viendo de una manera más natural, ¿por qué?, en parte porque e:: cuanto más nos desarrollamos, más emergen problemas de salud mental. No me estoy refiriendo a los grandes síndromes que cada vez haya más esquizofrénicos o psicóticos, pero por ejemplo cada vez es más frecuente la depresión, por poner un ejemplo [...] yo creo que cada vez hay un conocimiento más profundo del funcionamiento:: e:: del cerebro, no sólo a nivel neurológico si no a nivel neurofisiológico y yo confío plenamente en que se encontrarán e:: mejor dicho se perfeccionarán los medicamentos potentes que ya hay y que han dado un campo espectacular al tratamiento de los grandes síndromes psiquiátricos y que están, prácticamente, ya han desterrado pues <...> cosas que antiguamente se hacían como la camisa de fuerza, el electroshock y cosas de ese tipo»

(GUSTAVO)

Este argumento refuerza la idea de que son los fármacos y no otra cosa los responsables del destierro de determinadas prácticas que vulneran los derechos humanos, como es el uso de la camisa de fuerza o el electrochoque, invisibilizando otros posibles tratamientos, así como sus posibles bondades.

El miedo también está presente como argumento al hablar de la enfermedad mental. La referencia a que «cada vez nos asustan menos», refiriéndose a problemas como la depresión, acepta o legitima por defecto, que es normal que las enfermedades mentales generen ese miedo:

«y, cada vez todos sabemos que la depresión afortunadamente se cura bien y cada vez son mayores el número de familias que tienen un familiar –valga la redundancia– que ha pasado por un proceso depresivo y por tanto nos estamos familiarizando más con unas patologías psiquiátricas o de salud mental, por llamarlo más suavemente, que nos asustan menos y por tanto, pues mnn, eh:: eso va a ayudar a que el enfermo mental deje de ser, deje de estar discriminado, de una manera tan fuerte como antiguamente existía»

(GUSTAVO)

La distinción entre *salud mental de la población general* y *salud mental de pacientes psicóticos* que encontramos en el discurso de la enfermedad, establece una distinción insalvable que conecta con la *exclusión* y nos conduce a otro significado implícito sobre la que se denomina «salud mental en los pacientes psicóticos». Nos referimos a que las dificultades para hacer frente a la vida cotidiana, a la innovación y al cambio (a la vida misma) que se dan en los pacientes psicóticos, se establece como algo inamovible que le acaba situando, al enfermo, en otra dimensión de la salud mental que inevitablemente conecta con la categoría de *exclusión*:

«Y la salud mental, ¿qué es para ti?

Estamos hablando de este, de esto

*Sí, de la enfermedad mental, del trastorno mental grave y ahora de la salud mental, bueno, en cualquier persona, en general*

Es que no es lo mismo. Cuando estamos hablando de salud mental en pacientes graves, con trastorno mental grave, estamos hablando de una cosa distinta de la salud mental en general [...] ¡HOMBRE!, así como rasgo común, pues la salud mental es una capacidad:: o una gran capacidad de adaptarse al:: al día a día, de adaptarse a:: la innovación, a la vulnerabilidad y al cambio. Una persona con una capacidad importante para adaptarse al cambio en un sentido más amplio, para adaptarse organizativa, intelectual, es una persona con una buena salud mental. La gente que:: el cambio, cada cambio, tiene que ser, le supone un gran esfuerzo y le cuestiona su capacidad de reaccionar ante ese cambio, tiene una salud mental más frágil, está bien, yo creo que esa es la::»

(ANDRÉS)

El *discurso de sufrimiento* es la otra cara de la categoría discursiva que nos ocupa. Dicho discurso está presente únicamente en el tercero de nuestros informantes clave, en Ricardo. El suyo es un discurso crítico respecto al discurso ortodoxo o legitimado que representa la psiquiatría organicista, una crítica que constituye su lógica.

El *discurso de sufrimiento* es un discurso construido en torno a los tópicos de la no-organicidad y la no-incurabilidad, que resultan centrales. En este sentido, se

opone frontalmente al discurso de la enfermedad, donde la organicidad e incurabilidad son premisas o axiomas. Ligado a los tópicos de la organicidad o no, de la curabilidad o no de la enfermedad o el sufrimiento, en los discursos de informantes clave aparecen otros tópicos, a saber, la cuestión relativa a la importancia de la industria farmacéutica y la investigación farmacológica y, por otra parte al estigma, los cuales analizamos más adelante.

Resulta especialmente destacable en el discurso de Ricardo la inmediatez en su posicionamiento con el no-organicismo y la no-incurabilidad expresando con claridad en ese gesto su punto de partida y atenuando con ello, en términos de Van Dijk (1997b) su potencial *capacidad persuasiva* y *dominación discursiva*, pues el discurso del sufrimiento se alinea con los intereses de la persona que sufre. Una vez trascurrido un silencio casi solemne que pretende destacar la importancia de lo dicho, nos encontramos con la visión de la enfermedad y la salud mental desde el *discurso del sufrimiento*:

«Me interesaba saber qué es para ti la «enfermedad mental» y la «salud mental

Yo no soy organicista, yo creo que aunque en la enfermedad mental haya, se da en algunas, no está demostrado, no está demostrado y ¡mira que llevan dos siglos intentándolo! –no han conseguido todavía demostrar nada, que sea orgánica– es evidente que si hubiera algo, hay una parte que... digo «si hubiera» porque no se ha demostrado *mmhmm*, NUNCA [...]

la psiquiatría que se ha emperrado actualmente y ahí tiene mucho que ver los laboratorios farmacéuticos, se ha emperrado en que sea orgánica. ¡Bueno!, pero sin demostrar nada. Y primero, eso no es científico, lo que no se demuestra no se puede asegurar ¿eh?. Es decir, si yo, por ejemplo el cáncer, si esa mentalidad, ese planteamiento de que esto es incurable, de que esto va en los genes y que esto no se qué y no sé cuanto, no se hubiera hecho nada y estaríamos ahora al nivel que el resto de cánceres y al mismo nivel que hace treinta años, que era prácticamente incurable. Hoy día si se detecta precozmente, es curable en un porcentaje considerable, es decir, la medicina, ni siquiera desde el punto de vista médico es esto. El empeño de eso, yo creo que es una manera de hablar de la incurabilidad del enfermo mental, que es un poco el mito que nos persigue de que:: de toda la vida, de que es incurable»

(RICARDO)

Nos interesa destacar aquí el recurso argumentativo al *topos de la historia* (Wodak 2001) empleado por Ricardo, que recuerda la falta de demostración del origen orgánico de la enfermedad mental y ello, para justificar las debilidades del organicismo, a la vez que refuerza su argumentación con el empleo de procedimientos no científicos que consisten en afirmar algo de lo que no hay evidencias (Read 2006).

Observamos que el recurso a la tercera persona del plural en los verbos «llevan» y «no han conseguido», supone una polarización ideológica implícita entre «ellos» y «nosotros» en torno al posicionamiento epistemológico sobre la salud y la enfermedad, en el que ellos (los organicistas) no han conseguido su propósito largamente buscado (demostrar la organicidad), repitiendo en cuatro ocasiones el mensaje de *no demostración* de la organicidad, como si fuera una insaciable necesidad de hacerlo. Evidentemente el mensaje transmitido es claro: hoy no hay pruebas que lo demuestren.

La insistencia en la organicidad se expresa mediante la deixis espacial «eso». La expresión el «empeño de eso» o el empeño en la organicidad, recurriendo al uso del impersonal, aleja el «eso» del objeto legítimo de interés psiquiátrico tal como él lo concibe: el sufrimiento. Continúa diciendo:

«yo creo que en determinadas patologías es indemostrable, es que conceptualmente no me cabe en la cabeza que una esquizofrenia, con la complejidad que eso tiene ¡pero bueno! pero admitámos como posible, futurible, habría aspectos que no serían meramente genéticos, que son relacionales, es decir, que aún admitiendo esa posibilidad que ya te digo, que es una posibilidad, un futurible no realizado, ¿eh? de que se demostrara que tiene un origen genético, orgánico y tal y cuál, entonces eso no impediría que:: el problema es cómo operar con esto»

(RICARDO)

Adoptando la postura científica de posibilidad futura de organicidad, «aunque remota», vuelve a resituar el discurso cuando señala críticamente que el verdadero problema no es epistemológico o si lo fuera, sería secundario al problema principal de naturaleza social: «el problema es cómo operar con esto», es decir, cómo vérselas, cómo manejarse o cómo relacionarse con el sufrimiento. Aquí, la deixis «esto» añade la consideración de que «esto» (el sufrimiento) me atañe, situándose en el espacio privado de su interés y definitorio de sí mismo, lo que conecta el *sufrimiento* con el *otro legitimado*.

Organicismo, incurabilidad, e industria farmacéutica forman los tres pilares de argumentación crítica desde el *discurso del sufrimiento*:

«los medicamentos modernos si te das cuenta, todos los medicamentos van enfocaos en la misma dirección, tratamiento INDEFINIDO, PARA SIEMPRE y «eso no es curable». Es decir, hábleme de que usted alivia el sufrimiento! o que alivia –digamos– la patología más llamativa pero eso no es que me estás curando, hasta que me muera, usted lo que me está diciendo es que esto es incurable y renace de nuevo el mito de la incurabilidad, por lo tanto no hay nada que hacer y en todo caso lo único que cabe hacer es darle unos medicamentos carísimos ¿eh?, haciéndole creer al enfermo que tiene que tener eso que se llama «conciencia de enfermedad», de

enfermedad física y que, y haciéndole creer que es incurable y que por tanto se aspira a medio defenderse en la vida, «te tienes que conformar con estar ahí». De ahí que todo el planteamiento de rehabilitación de los enfermos mentales sean absolutamente inútiles. ¿Cómo yo voy a rehabilitar a un enfermo del que parto de la base de que es incurable? Y en una sociedad en la que no hay pleno empleo y no es coyuntural sino estructural, es decir, ¿cómo demonios un enfermo mental del que yo parto de la base de que es un individuo que está «tarado» por decirlo así ¿eh? genéticamente o orgánicamente va a competir con un tipo que no tiene esa tara? Pues lo que yo tengo que dar es quitarle esa tara si quiero que compita, si quiero que tenga trabajo. Lo que no puede ser es que la gente tenga trabajo y al mismo tiempo se la incapacite, ... Ahora, si se trata de ser cínico y de recetar grandes medicamentos, carísimos, para que los laboratorios te paguen el viaje a nosedónde, ¿eh? pues entonces le estamos haciendo el negocio a los laboratorios! Y en esto me temo que caen las familias también, las familias también caen en esto, en esta trampa que cuyo único beneficiario no es el enfermo, los únicos beneficiarios son los laboratorios. Los médicos somos cómplices en cuanto participamos de esos medicamentos supercaros y unos beneficios inmensos. Y además, el ideal para un laboratorio: PARA SIEMPRE ... un medicamento supercaro y además lo tiene que tomar toda la vida! ¡pues esto es ideal! VIVA ESTO, VIVA LA INCURABILIDAD DEL ENFERMO MENTAL, ahora esos tienen que ser como médicos muy objetivos»

(RICARDO)

No está exento de crueldad, no obstante, que al considerar la esquizofrenia como enfermedad queden en segundo plano la importancia que tienen las circunstancias vitales en su génesis y resulta atroz la conclusión de que aceptar la organicidad e incurabilidad es aceptar la condena al sufrimiento permanente, un sufrimiento vicario que se acepta sin conceder siquiera el beneficio de la duda.

Por eso, para el *discurso del sufrimiento* resulta esencial visibilizar críticamente la estrecha relación establecida entre organicismo, incurabilidad e industria farmacéutica, porque precisamente esta relación ha supuesto *invisibilizar* toda la línea de investigación en terapia familiar:

«yo estoy más con la terapia familiar en donde se piensa que hay, además, avaladas por investigaciones reales y clínicas y exitosas, en donde se trata de eh:: concebir la esquizofrenia como un:: una enfermedad que surge, que se genera en el seno de la familia, no es que aparece de pronto un virus extraño en la familia feliz y normal, son familias que tienen muchos problemas, ... que la historia está muy enraizada en la historia de la familia, salvo que la esquizofrenia por ejemplo que... aparentemente incomprendible y rara y el tipo dice cosas raras y eso, si tú llegas a hacer terapia familiar con sesiones conjuntas y tal ¿eh::?, te das cuenta que eso está enraizado en la familia, es decir, te resulta más comprensible el enfermo en

sus reacciones, sus actitudes, si lo interpretas en términos de dinámica familiar, presente, pasada y futura»

(RICARDO)

Entramos así en la consideración de las circunstancias vitales pasadas y presentes de la persona que sufre. Estas son cruciales para entender la génesis del sufrimiento, en especial en lo que atañe a las relaciones familiares y algo en lo que están de acuerdo «la mayoría de la gente, muchos profesionales de la salud mental y muchas personas calificadas de *esquizofrénicas*» (Read, Mosher y Bentall 2006: 5). Por ello, resulta cuando menos curioso o incluso inaceptable, que en el ámbito científico todavía no se haya aceptado el hecho de que las relaciones humanas están llenas de dificultades y que el concepto de enfermedad mental sirve al oscurecimiento de esas dificultades, de manera que en vez de llamar la atención sobre las necesidades y valores humanos antagónicos como contexto en el que surge el sufrimiento, se ofrezca como explicación ese algo llamado *enfermedad mental* que resulta amoral e impersonal (Szasz 2001). Como decimos, invisibilizada la génesis familiar de la esquizofrenia, se deja en un plano secundario la noción de sufrimiento y de persona que sufre:

«la terapia familiar se ha mnn desprestigiao, se ha querido desprestigiar falsamente por gente como siempre ocurre que no conoce lo que es eso. Porque el objetivo de la terapia familiar no es como algunos entienden culpabilizar a la familia,... No te puedes imaginar cuando haces terapia familiar la cantidad de mitos que se alimentan ahí, es decir, yo he visto en numerosas ocasiones el fenómeno de un:: niño recordando, «*vamos a recordar un hecho que ha sucedido*», ¿cómo lo vive el resto de la familia diferente!. Para el enfermo significa una cosa, siete u ocho, para el padre significa otra cosa, para la madre significa otra cosa. Bueno, pues eso genera una serie de malentendidos, que es curioso, la incomunicación y eso es lo que se ve, es lo que tú ves en cualquier familia de psicótico, la incomunicación que hay»

(RICARDO)

La constatación de las dificultades de comunicación y relaciones en el entorno familiar o como también se ha dicho, «la causa de la miseria humana» (Read, Mosher y Bentall 2006: 6) es tan evidente que es imposible negarla incluso desde el discurso mismo de la enfermedad:

«...en familiares de esquizofrénicos, que se den conductas completamente imprevisibles, entonces esto es desestructurante para cualquiera pero para una psicosis es caótico. El que nunca puedas prever si hoy cuando llego mi madre me va a abrazar o me va a echar una bronca o me va a abrazar y a echar una bronca al mismo tiempo:: mmhmm <...> eso es lo que realmente genera una angustia::»

(ANDRÉS)

El modelo mental implícito queda en evidencia al constatar que, aunque sea desde posicionamientos organicistas, esas dificultades están efectivamente enraizadas en la génesis de la angustia o la perplejidad que constituyen el *discurso de la enfermedad*.

Al comienzo dijimos que el estigma es otro de los tópicos presente en el discurso de la enfermedad y el sufrimiento. Pero además el estigma funciona en nuestros discursos como el eslabón que conecta la presente categoría discursiva con la categoría *exclusión versus integración*, de la que nos ocupamos a continuación.

### 3.1.1.2. *Exclusión versus integración*

El *estigma* aparece como tópico en todos los discursos de nuestros informantes clave y constituye el eslabón que conecta las categorías discursivas «enfermedad *versus* sufrimiento» y «exclusión *versus* integración». Ni que decir tiene que las categorías son en todo momento incluyentes y que su presentación para el análisis crítico no es más que un ejercicio reflexivo que pretende visualizar las cuestiones con claridad, teniendo presente en todo momento su íntima conexión.

Al igual que la desprotección e indefensión, el caos, la angustia y la perplejidad o la no-organicidad y no-incurabilidad, el *estigma* es otro tópico que caracteriza la anterior categoría. No obstante, sobre el *estigma* pivotan los discursos de nuestros informantes en una especie de *tópico de transición* que es eje y argumenta el discurso de la exclusión e integración. Su presencia, no obstante, se muestra bajo concepciones y estrategias argumentativas diferenciadas que pasamos a analizar.

El estigma hacia el sufrimiento o «enfermedad mental» y hacia el sufriente o «enfermo mental», es antiguo y permanece todavía hoy bajo múltiples formas (Arnaiz y Uriarte 2006; López *et al* 2008), resultando ser una de las cuestiones más abordadas de entre los problemas sociales que afectan hoy a los enfermos mentales, prueba de ello son las campañas de sensibilización que tanto a nivel internacional, nacional o regional se están llevando o se han llevado a cabo recientemente, entre ellas la campaña andaluza «1decada4»<sup>160</sup> (López Pardo y Pérez Pérez 2006), las cuales nos devuelven una imagen antigua de exclusión todavía no superada. Para nuestros informantes, el estigma continúa existiendo a nivel social aunque desde su punto de vista la situación ha mejorado mucho:

«la enfermedad mental... bueno la enfermedad mental, pues ha tenido históricamente como todos sabemos e::, ha estado estigmatizada ¿no?.. yo creo que ahí ha cambiado mucho la sociedad esa estigmatización afortunadamente se ha reduci-

---

<sup>160</sup> El contenido de la campaña puede consultarse en la dirección <http://www.1decada4.es>

do, yo creo bastante, ahora no creo que por desgracia se haya todavía anulado, es bastante complejo porque intervienen factores sociales y culturales muy diversos»

(GUSTAVO)

La percepción en torno al futuro del estigma es diferente entre nuestros informantes. Mientras para algunos la situación mejorará progresivamente por su vinculación a las nuevas patologías emergentes y la acción consecuente de la investigación farmacológica, para otros empeorará como consecuencia de la desarticulación social contemporánea y su incapacidad progresiva para hacer frente al sufrimiento humano:

«creo que la sociedad en la medida en que se está haciendo cada vez mejor informada y por supuesto más culta, pues yo creo que el enfermo mental, perdón, la enfermedad mental se está viendo de una manera más natural, ¿por qué?, en parte porque e:: cuanto más nos desarrollamos, más emergen problemas de salud mental [...] No me estoy refiriendo a los grandes síndromes que cada vez haya más esquizofrénicos o psicóticos, pero por ejemplo cada vez es más frecuente la depresión,... y por tanto nos estamos familiarizando más con unas patologías psiquiátricas o de salud mental, por llamarlo más suavemente, que nos asustan menos y por tanto, pues e:: eso va a ayudar a que el enfermo mental deje de ser, deje de estar discriminado, de una manera tan fuerte como antiguamente existía.... Y, como por otro lado las sociedades modernas cada vez producen más trastornos mentales, desgraciadamente, eso tiene un efecto digamos positivo, que la industria farmacéutica cada vez investiga más porque sabe perfectamente que ahí hay un campo donde e:: los medicamentos son rentables»

(GUSTAVO)

«...si bien saben que la sociedad es insolidaria. Se piensa que al pobre enfermo mental...yo cuando tengo un enfermo mental, cuando le digo que si va a buscar trabajo y tal, le digo «no se te ocurra decirle nunca que tú has estao enfermo», porque hay muchos ingenuos que modelaos por el discurso familiar piensan que el discurso de la piedad influye y eso en el mundo de la empresa es imposible... [...]. De ahí el callejón sin salida que para mí tienen estos movimientos que son cívicos porque evidentemente hacen lo que pueden, pero:: e::, en cuestión de enfoque, de conceptualización me parece que están en un callejón sin salida

*La sociedad todavía no acepta a los enfermos mentales*

¡Y cada vez menos!

*Cada vez menos*

Si algún ingenuo piensa que lo es::, ¿es que no conoce el mundo en el que vive!...»

(RICARDO)

Los tratamientos farmacológicos y la investigación biomédica se transforman en nuestros discursos en el argumento alrededor del cuál se da cuenta del problema del estigma. Ya hemos dicho que para algunos informantes, la investigación y el tratamiento farmacológicos, es el elemento que puede mejorar, que no acabar, con el estigma hacia los enfermos mentales.

Existe, no obstante, otra visión diferente que vincula «organicismo» y «estigma» (Read y Haslam 2006) y que concibe el tratamiento farmacológico como la nueva forma adoptada por la incurabilidad en el entorno comunitario, haciendo que las pretensiones rehabilitadoras, resulten esencialmente contradictorias con dicha concepción.

Y este es el punto de partida de dos miradas que apuntan hacia la necesidad o hacia la prescindibilidad de las instituciones (sean éstas bajo la forma del diagnóstico, del tratamiento, de los recursos sociolaborales específicos o de la propia familia), colocando a nuestros informantes en el discurso de la exclusión o de la integración:

«organicismo en psiquiatría es sinónimo de incurabilidad [...] porque los manicomios resultaron caros. Es mucho mejor para –digamos– los poderes públicos tener la gente en la calle, sostenidos con cuatro medicamentos ¿eh? perenne, con gran, con la complicidad de los médicos, con los grandes beneficios de los laboratorios y menos costosos porque:: es que los manicomios resultaban muy caros.....ahora la incurabilidad la mantenemos con los fármacos y antes la manteníamos con los manicomios, pero el fenómeno es el mismo. Hombre! más digno ahora, está mejor que entonces [...] la institución ahora son los laboratorios farmacéuticos.....

[...] sobre la rehabilitación psicosocial y estas cosas, ¿de qué demonios estamos hablando de buscar trabajo cuando hay un paro estructural? ¿Cómo se casa el proceso de que se incapacite a un enfermo, que es la muerte civil del enfermo y luego se le quiera rehabilitar?, es una contradicción insuperable»

(RICARDO)

La respuesta institucionalizadora al problema de la locura, la pobreza o la desocupación es antigua (Foucault 2002). Bajo esta perspectiva, es la incurabilidad mantenida ahora por los fármacos y por los programas de rehabilitación al uso, la que dota de carácter institucional al sistema de salud mental actual, habiéndose producido simplemente un mimetismo de modelo: desde el *modelo de incurabilidad sostenido por el manicomio al modelo de incurabilidad sostenido por los fármacos* y ambos, igualmente excluyentes, de ahí su carácter ideológico.

Por ello, desde el discurso del sufrimiento, el abordaje del estigma pasa por la desvinculación definitiva del enfermo mental de las instituciones, encontrando en esa emancipación, su curación:

«Yo creo que ese es el objetivo <...>..... ¿por qué no nos planteamos como objetivo, no la rehabilitación profesional sino un concepto más amplio que se llama EMANCIPACIÓN. Para mí el enfermo curado es el enfermo emancipado, es decir, el que vive sin tener más soportes que los que tiene cualquier persona, ese sería el enfermo curado Y YO LOS HE VISTO Y EXISTEN, Y EXISTEN, ese es el objetivo, no el individuo dependiente de la familia toda su vida, porque de ahí viene la angustia inmensa de los padres... ¿qué será de este niño, de este chico o de esta chica cuando nosotros nos muramos? ES UN DISCURSO ABSOLUTAMENTE ANGUSTIOSO ...»

(RICARDO)

Desde la otra mirada (Gustavo y Andrés), el abordaje del estigma se entiende como inexorablemente vinculado al carácter institucional de la salud mental. Partiendo de la idea de que los enfermos mentales tienen necesidades especiales que han de ser cubiertas inexorablemente por las instituciones, se acepta implícitamente la incapacidad individual de los propios enfermos para hacer frente a su propia vida:

«no cabe la menor duda de que el enfermo mental una vez que está diagnosticado y en tratamiento exige e:: primero, instituciones también en las que pueda él llevar a cabo una cierta e:: vida social ¿no?, perdón sociolaboral, que le puede ayudar e:: porque en algunos casos no es posible el trabajo ¿no? es decir, unos talleres ocupacionales sirven para ir y existen. No cabe la menor duda de que la familia tiene ahí un papel importantísimo hoy por hoy»

(GUSTAVO)

«Eso es muy difícil, es imposible <...> salvo que esté:: en:: en Las Urdes, en este tipo de patología, no. Necesitan siempre en algún momento determinado un respaldo sanitario, social::, familiar en algún momento, ¡seguro vamos!...familiares de esquizofrénicos, son para mí los grandes cuidadores»

(ANDRÉS)

Como vemos, de entre todas las instituciones, la familia cobra un papel central en la articulación y el soporte del sistema comunitario actual:

«¿qué sería del sistema sanitario sin la familia cuidadora, cómo lo ves tú? ¿En general? -En general y en Jaén- En Jaén, en general, NO PODRÍA FUNCIONAR, NI EL HOSPITAL NI EL SISTEMA AMBULATORIO...Eso en salud en general. Salud mental, quizá:: tenga un poquito más de apoyo pero no mucho más, si lo comparas con otras patologías, es para salir asustao, entonces tiene que haber otro régimen»

(ANDRÉS)

«por tanto que los familiares tienen que <...> e:: ser conscientes de que ellos son el primer núcleo en los cuales el:: enfermo tiene que encontrar el punto de apoyo. Es verdad que esto supone, esto supone, un coste psicológico para los.. -para las familias MUY FUERTE en muchas ocasiones»

(GUSTAVO)

Es decir, la familia es necesaria para hacer real un modelo comunitario políticamente correcto pero infradotado, en el que la familia no solo es el lugar físico donde ahora está el enfermo, sino el espacio psicológico y social de control, pero un sistema comunitario y familiar, eso sí, que se sostiene con el recurso a los tratamientos farmacológicos:

«YA NO HAY VUELTA ATRÁS, ya no hay vuelta atrás y ya no hay otro sistema, que el sistema que tenemos... algo menos cómoda para el familiar pero se le ha devuelto al enfermo un nivel de dignidad que antes no tenía. Hoy día tenemos también una terapia e:: farmacológica de la que no se disponía hace 30 ó 40 años que también permite controlar mejor las enfermedades y yo creo que ese camino ya es irreversible»

(GUSTAVO)

Desde esta mirada y apelando al *topos de la responsabilidad*, las responsabilidades fundamentales sobre el estigma quedan diluidas entre los distintos actores sociales, sean estos políticos, profesionales o la propia sociedad:

«creo que todos tienen su:: todos tenemos nuestra parte de:: de responsabilidad ¿no?. E:: los políticos sin duda, porque yo creo que tienen que:: en primer lugar, creo que una de las cosas importantes que se ha conseguido por ejemplo en ese tipo de:: con respecto al estigma es no hacer una separación, una línea divisoria tan fuerte como la que antiguamente existía hablando de salud física y salud psíquica, como si fuesen dos elementos disociados e::,

[...] Luego no cabe la menor duda de que los médicos tienen que ayudar y ayudan a:: concienciar a la sociedad de:: que el enfermo mental no es un enfermo, en términos generales «peligroso», sino que es un enfermo que sometido a una medicación regular e::, puede tener un tipo de vida compatible con:: con la que socialmente todos más o menos aceptamos .

E:: también está el propio comportamiento:: ciudadano de aceptar a esas personas pues con un nivel de confianza:: e:: digamos:: e:: también aceptable ¿no?...y bueno:: aunque también es verdad que existe una evidencia y la evidencia es que determinados enfermos cuando tienen e:: brotes, pues no cabe la menor duda que en ciertas patologías y en ciertos brotes el enfermo mental es un enfermo llamativo. Eso no cabe la menor duda, es un enfermo llamativo ...quedan muchísimos problemas, pero esas cosas se están suavizando, pero también, repito, no se puede ser ciego y no es lo mismo una persona que tenga..-porque una persona puede

tener un infarto y sabemos que podemos acercarnos a ayudarlo y le podemos trasladar un hospital y no pasa nada, ahora una persona a lo mejor puede e:: esquizofrénica en un momento concreto puede ser agresivo, no cabe la menor duda, e:: o puede tener conductas extrañas a los ojos de cualquier persona y no cabe la menor duda de que eso genera una cierta::, una cierta timidez, un cierto temor y también hay que ser comprensibles con eso. Sólo con la explicación de los síntomas con la educación e:: pública que eso es necesario que se haga, y lo mismo que hay campañas de educación que previenen a la gente...»

(GUSTAVO)

Resultan muy reveladoras estas afirmaciones, en primer lugar porque se diluyen las responsabilidades sobre el estigma en un discurso que pretende ser, de hecho, esperanzador. No obstante, observamos que las estrategias argumentativas utilizadas para hablar de la reducción del estigma y de las responsabilidades compartidas entre los distintos actores convergen en la apelación a la organicidad, la necesidad de los tratamientos farmacológicos y el riesgo potencial de agresividad de los enfermos mentales, un riesgo no controlado, con lo que lejos de ser un discurso esperanzador, se convierte en lo contrario.

Nuevamente, argumentar sobre la indiferenciación entre enfermedad mental y física es volver a la necesidad de los tratamientos farmacológicos. La responsabilidad de concienciar sobre la misma, asignada al médico, más allá de ésta es presentada como una gran ventaja del propio tratamiento farmacológico, el cuál posee claros beneficios, a saber, ayudar a que una persona «supuestamente peligrosa» se convierta en una persona «supuestamente no peligrosa» y ello, apelando a esa respuesta humana primaria que es el miedo, lo que convierte al discurso en ideológico.

El estigma no solo opera socialmente sino también en el ámbito micro-sociológico de la institución sanitaria y de sus profesionales. En nuestros discursos emerge la idea, argumentada mediante el *topos del peligro o la amenaza*, de que el estigma es el resultado del mecanismo de identificación que se da inevitablemente con el paradigma médico por parte de las y los profesionales de salud mental. En este hilo argumental, se aduce que si la identificación se produce con el mundo de la salud mental mostrando así su especificidad, los mismos profesionales de salud mental quedarán estigmatizados, de manera que las afinidades con el paradigma médico resultan ser un recurso para la integración de sus profesionales en el sistema, pero a la vez un recurso que estigmatiza y excluye a sus usuarios, condenándolos así a la invisibilidad:

«Han cambiado pero no mucho, todavía sigue habiendo resistencias muchas, pero muchas, sigue habiendo sus reticencias, sigue siendo existiendo un estigma importante con la:: psiquiatría sobre todo con la salud mental grave»

[...] «intentar no estar ajeno al:: sistema, al paradigma médico, si no acabas siendo tú mismo estigmatizado, por eso, pero al mismo tiempo no caer en una identificación con un agresor y convertirte en un médico más, de una especialidad más, la salud mental, hablando de médico, la psiquiatría claro. La salud mental tiene que defender su posición diferente a otras especialidades médicas. No:: a veces como gestor caemos en que:: por tanto hemos sido los excluidos durante mucho tiempo, pues en un momento determinado queremos hacerlo todo exactamente igual que el resto y entonces nos planteamos incluso desde la gestión objetivos que::, que estamos en ello desde el punto de vista médico, número de consultas, número de: [...] hay una ventaja importante, por lo menos en mi experiencia:: y es que como no quieren saber nada de nosotros, e:: sigue existiendo el estigma pues «haz lo que quieras mientras no nos des la lata» <...> eso te da una cierta libertad ¿no? que quizás no tienen otros servicios, pero porque no quieren saber nada. Siempre y cuando no haya problemas, nada los problemas nada, olvidaos»

(ANDRÉS)

Asimismo la estructura y esencia del discurso gerencialista emerge en los discursos de informantes clave al tratar sobre las normas y planes políticos que regulan la salud mental en Andalucía.

De acuerdo con Fernández Rodríguez (2007), el *discurso managerial* es un discurso marcadamente prescriptivo y que enunciado por expertos, *habla desde la sentencia*. Es un discurso repleto que no deja espacio a la crítica, de ahí que en él estén ausentes cuestiones en *clave social* (Alonso y Fernández Rodríguez 2006; Fernández Rodríguez 2007; Irigoyen 2007). Se trata de un discurso que, asentado en las premisas de cooperación entre los distintos actores del sistema sanitario, necesita de guías o líneas claras de trabajo, de hacia dónde se dirige pues «en contraste con su escasa consistencia teórica, el gerencialismo es eminentemente práctico y orientado a la acción» (Irigoyen 2007: 21). En nuestro caso, este carácter práctico o prescriptivo se traduce en el trabajo por unidades clínicas de gestión y procesos asistenciales en salud mental, todo ello convenientemente legitimado por las políticas y autoridades sanitarias.

Esta estructura la encontramos básicamente en el discurso de Andrés, aunque puede quedar oscurecida parcialmente por su cambiante identificación en distintos momentos, bien como profesional sanitario, bien como gestor (NOSOTROS), lo que convierte al discurso en marcadamente ideológico.

Las políticas de salud mental y los instrumentos articulados para llevarlas a cabo aparecen en nuestros discursos como elementos de exclusión. Dichos instrumentos adoptan la forma de *procesos asistenciales* que controlados por las unidades clínicas de gestión, responden a un modelo económico gerencialista basado en el «diagnóstico como etiqueta» que parte de la concepción organicista de la enferme-

dad mental y, en los «tratamientos farmacológicos» como única opción que puede mantener este modelo simplificador y excluyente<sup>161</sup>, pero sobre todo un modelo eficaz y eficiente:

«lo que te van pidiendo cada vez, son más datos, datos más cuantificados, no admiten nada que no entre en patrones que son cada vez, son cada vez más estrictamente médicos y sanitarios, donde la eficiencia es el número de personas que se ven por número de profesionales, por número de horas trabajadas, entonces ahí tienes que ir introduciendo elementos de corrección pero con mucho cuidado. Ahora por ejemplo nosotros estamos haciendo una nueva gestión clínica, entonces claro trabajas con objetivos, objetivos muy estrictos .... Creo que estamos cayendo demasiado en criterios de calidad y objetivos...número de consultas, tiempo dedicado a la consulta, ese tipo de cosas yo creo que están en este momento polarizando la atención»

(ANDRÉS)

«Los procesos, nosotros es que no hemos trabajado todavía con procesos. Es algo que nos viene grande...que yo entiendo la importancia del proceso en otras especialidades médicas porque supone pues que tales tareas son sistemáticamente realizadas en atención primaria y pasan a hospital y está protocolizado, pero como eso nosotros ya lo hemos trabajado y como nuestra relación con primaria es como es, no es nada ideal en ese sentido de lo previsto...

el proceso en el fondo venía funcionando lo que pasa es que se han introducido elementos de racionalidad y de obligatoriedad que hace que:: te:: obliguen a reflexionar en tu propio trabajo y a cumplir una serie de cosas que antes hacías pero sin ningún tipo de medición. En ese sentido se ha introducido un elemento racional... ¡Pero vamos! no supone grandes novedades más que en el aspecto de estructurar, dar tales pasos, si hay que hacer un censo se hace, es decir, antes estaba en la cabeza de cada uno pero ahora está, en ese sentido, se introduce un aspecto metodológico»

(ANDRÉS)

«Nosotros ahora los objetivos más importantes de la unidad de gestión es que el 95% de los casos estén diagnosticados en una primera entrevista... el diagnóstico es un instrumento de trabajo y tiene luego sus utilidades tanto para:: a la hora de aplicar guías de práctica clínica, procesos asistenciales, es decir, para hacer una redistribución de trabajo, saber:: qué te diré yo, por dónde van los tiros. Es decir, es una herramienta básica»

(ANDRÉS)

---

<sup>161</sup> Para Irigoyen (2007) se trata de un modelo que empaqueta al usuario en grupos diagnósticos según variables biológicas y que los «homologa» a partir de ese momento como clientes.

Como vemos, los instrumentos actuales de gestión como el proceso asistencial del «Trastorno Mental Grave» (Del Río Noriega *et al* 2006) acaban convirtiéndose en instrumentos de exclusión legitimados por las directrices jurídico-políticas que los sancionan, pero que sin embargo permiten abordar el problema de la creciente demanda.

Frente a ello, se presenta una mirada que concibe las normas al servicio de los problemas sociales y no al contrario:

«en la práctica y si los médicos no tienen ni tiempo siquiera de hacer psiquiatría comunitaria, por mucho que tú hagas leyes de psiquiatría comunitaria, no se va a hacer psiquiatría comunitaria, porque no hay tiempo material! porque la demanda ha superado los recursos. Y me dirás «es que los recursos han aumentao», sí ¿pero cuanto ha aumentao la demanda? <...> entonces ¿cómo voy a hacer psiquiatría comunitaria?, ¿voy a desplazarme a las casas de los pacientes? cuando aquí veo 30 enfermos diariamente! pues no, no se puede! por ley no. Yo no creo que una ley vaya a resolver una serie de problemas. En algunos aspectos concretos de la realidad, una ley puede ser eficaz, pero así, en general, ¿qué se va a hacer mejor psiquiatría por una ley? Yo lo dudo francamente (risa), digo yo».

(RICARDO)

### 3.1.1.3. *El otro deslegitimado versus el otro legitimado*

Como decíamos, la necesidad o prescindibilidad de instituciones excluyentes conecta la categoría *exclusión* versus *integración* con la categoría que nos ocupa: el *otro deslegitimado* versus *el otro legitimado*, la cual polariza la idea de *otro*.

En los discursos de informantes clave encontramos el tópico de la comprensibilidad de la persona que sufre polarizado bajo dos visiones. La primera de ellas sostiene que es posible comprender a la persona y su sufrimiento (otro legitimado) y una segunda que, por su falta de posicionamiento explícito en sentido contrario, reconoce implícitamente, que no es necesaria tal comprensión (otro deslegitimado). Al menos, para esta segunda postura, el *modelo mental* no apela al conocimiento de las necesidades, a la opinión o las vivencias de la gente que sufre y, por el contrario, sí enfatiza los síntomas externamente observables como definitorios de la experiencia de enfermar, sin que sea necesario otro gesto que la simple observación de los mismos.

La idea de que el sufrimiento y la persona que sufre son comprensibles no significa que el enfermo no tenga conductas raras o peculiares, este extremo no se niega. El argumento que sostiene esta idea está basado en que solo es posible comprender a alguien en su sufrimiento por referencia a su contexto vital, especialmente a su contexto familiar:

«El problema es entender la enfermedad [...] que la historia está muy enraizada en la historia de la familia, ...la esquizofrenia por ejemplo que...aparentemente incomprensible y rara y el tipo dice cosas raras y eso, si tú llegas a hacer terapia familiar con sesiones conjuntas y tal e::, te das cuenta que eso está enraizado en la familia, es decir, te resulta más comprensible el enfermo en sus reacciones, sus actitudes, si lo interpretas en términos de dinámica familiar, presente, pasada y futura».

(RICARDO)

una comprensión, que solo puede surgir del esfuerzo por identificarnos con el otro ser humano que sufre y al que solo es posible llegar o ayudar, escuchándole:

«yo trato con personas y personas que sufren y con las que me puedo identificar, no con clientes lunáticos...»

(RICARDO)

«a mi parecer es elemental, lo que pasa es que hemos llegao a un punto que es obvio, parece que es obvio lo que voy a decir, CREO QUE ENTENDIENDO LO QUE PASA. Yo creo que hay una cosa que he aprendido que es la escucha, el saber lo que le pasa, el poder...¿y cómo voy yo..? yo puedo tener muy buena voluntad en ayudar a alguien, pero si yo no me identifico con ese alguien mínimamente, si pienso que es un marciano que tiene una enfermedad extrañísima, pues que dice cosas extrañas que no entiendo, que rechazo lo que dice, que no lo escucho porque va a decir tonterías <...> entonces yo no puedo ayudarlo, entendiendo lo que pasa, lo que siempre ha hecho la humanidad...»

(RICARDO)

No obstante, la tarea de escuchar no es fácil. Esta dificultad se percibe como el fruto de un progresivo *malestar en la cultura* (Freud 1978), el malestar de una sociedad que no sabe bien cómo afrontar sus dificultades y en la que el recurso al diagnóstico psiquiátrico es una forma rápida de afrontamiento, es decir, una reconversión de los progresivos malestares sociales en enfermedades o categorías diagnósticas:

«Yo no diría que hay más enfermos mentales porque ¡claro! todos somos esclavos de las palabras. Yo diría que la gente cada vez está peor, sufre más, tiene menos soluciones para salir del malestar, es decir que hay un malestar, al principio del siglo XX, el malestar en la cultura. Y de nuevo hay un malestar en la cultura que eso se traduce, eso lo puedes reconvertir en la enfermedad que te de la gana»

(RICARDO)

Como vemos, la idea de *otro legitimado* se posiciona con el principio de igualdad en toda su extensión, ya sea ésta legal, ética o política, en definitiva, huma-

na. Sin embargo, cuando este mismo tópico se posiciona con la no comprensibilidad de la enfermedad o del enfermo, adopta otras estrategias argumentativas que definen al *otro deslegitimado*. Este discurso, defiende que quienes mejor comprenden a los enfermos mentales son sus familiares.

De acuerdo con Szasz, esta afirmación completamente ideologizada «ha conseguido privar a un gran número de personas –por momentos parecería que a casi todos– de un vocabulario propio en el cuál encuadrar su afligente situación sin rendir honores a una perspectiva psiquiátrica que menoscaba al hombre como persona y lo oprime como ciudadano» (Szasz 2001: 15-16) y que ignora, de paso, las teorías sociogénicas de la enfermedad mental:

«el enfermo mental, como otro tipo de enfermos, pero fundamentalmente en este caso el mental porque es que es así, saben los padres, los hermanos, los que conviven con el enfermos, cuáles son los problemas que cotidianamente les presentan y a partir de ahí, cuáles pueden ser las ayudas que pueden necesitar pues para paliar la situación. Yo creo que eso es fundamental».

(GUSTAVO)

Se ignora así el problema básico de comunicación humana entre el enfermo y su familia y se ignora la necesidad del propio enfermo de definir lo que le pasa, argumentando o sin argumentar que otros más legitimados que él mismo (la familia, los profesionales o la justicia) puedan representarle, condenándole en ese gesto a la deslegitimación por el *otro*.

Igualmente, desde este discurso se defiende que los enfermos mentales no son lo mismo (que cualquier persona) estableciendo como una especie de segunda categoría de ser *humano*, lo *infrahumano*, que aspira a medio defenderse en la vida:

«repito, no se puede ser ciego y no es lo mismo una persona que tenga...–porque una persona puede tener un infarto y sabemos que podemos acercarnos a ayudarle y le podemos trasladar un hospital y no pasa nada, ahora una persona a lo mejor puede eh:: esquizofrénica en un momento concreto puede ser agresivo, no cabe la menor duda, e:: o puede tener conductas extrañas a los ojos de cualquier persona y no cabe la menor duda de que eso genera una cierta::, una cierta timidez, un cierto temor y también hay que ser comprensibles con eso»

(GUSTAVO)

La necesidad de comprender al enfermo y su sufrimiento, solo se justifica apelando a valores individualistas que visibilizan el peligro o amenaza, cada vez mayor, de padecer una enfermedad mental. Como vemos, el sentido de solidaridad está ausente en este discurso y solo la percepción del riesgo ante la posibilidad del

enfrentamiento propio del problema puede movilizar hacia un cierto sentido de la comprensión:

«no cabe la menor duda de que el contacto, el comentar, el dialogar, en tertulias, en charlas, en televisión, en radio, en los programas de salud mental, pues ayuda a la gente que sepa también encajar mejor esas situaciones cuando en un momento en concreto se enfrentan con ellas»

(GUSTAVO)

Asimismo, el discurso del *otro deslegitimado* se muestra como la ausencia completa de interés por las vivencias, las necesidades o la historia del otro, legitimando así los síntomas externos y deslegitimando la propia biografía:

«Para mí, el diagnóstico de esquizofrenia, lo que me lo da, me lo da en segundos, no creo que pase ni un minuto para diagnosticar la esquizofrenia ...»

(ANDRÉS)

Más allá de este acto deslegitimador que constituye el diagnóstico por los síntomas, un diagnóstico que no apela a las vivencias del otro y que no necesita comprender, es un ejercicio de poder supremo, de poder psiquiátrico que lleva implícita la idea de imposibilidad de error, algo que siempre es posible en cualquier gesto humano.

Existe un segundo tópico en esta categoría. Se trata del tópico del *diagnóstico psiquiátrico* como acto que define las relaciones entre el enfermo y los demás y, como proceso que tiene consecuencias para esas relaciones.

El diagnóstico psiquiátrico, concebido como etiqueta, genera afinidades y rechazos en nuestros protagonistas. Para unos podría ser una forma útil para comunicarse si se entendiera como concepto que tiene sentido en un contexto dado, pero si se reduce al nombre o etiqueta, está condenado inevitablemente al estigma:

«el diagnóstico como concepto, no como nombre»

(RICARDO)

Sin embargo, para otros el diagnóstico no estigmatiza y además no solo es necesario, sino imprescindible. Nuevamente encontramos en el tópico del diagnóstico psiquiátrico las características del *discurso del management* (Fernández Rodríguez 2007; Irigoyen 2007). Nos referimos a la polarización existente entre el antes y el ahora del diagnóstico psiquiátrico, entre la mala práctica superada (la no realización sistemática del diagnóstico) y la práctica actual incuestionable (la necesidad e imprescindibilidad del diagnóstico). Asimismo encontramos el recurso a los dictados de las guías de gestión (objetivos) que indican, sin género de dudas, por dónde

debe encaminarse la práctica clínica. El siguiente testimonio ilustra cómo el diagnóstico psiquiátrico forma parte de las tendencias cambiantes de cada momento, aceptándose acríticamente:

«Lo que hoy ya no se puede tolerar es que se siga trabajando sin diagnósticos. La ciencia se basó:: en la denominación de las cosas, en la clasificación. Todo origen de cualquier ciencia está basado en la clasificación ... Tienes que definir un objeto para luego trabajar sobre ese objeto. Que los diagnósticos sean flexibles, que se modifiquen para seguir trabajando sobre diagnósticos, bien, elemental. Si quieres ver la eficacia de un tratamiento, la eficacia de un tipo de intervención, el pronóstico de una persona, si quieres darle una mínima información a esa persona, a su familia y crear una red de servicios para atender, necesitas saber qué estás tratando [...] Yo también al principio era muy de: «ah:: el diagnóstico cosifica», pero no, creo que es imprescindible en una:: es ¡intocable vamos!. Es un servicio público sanitario y «ah:: no sabemos lo que tiene» no, no, quiero saberlo y quiero saber si me preguntan lo que tengo y cómo evoluciona esto, ...Eso el modelo este:: de: se basa en una idea del estigma muy muy muy especial, muy rara, pero ¿no hay diagnósticos sin lo que les rodea? incluso por esa negativa de decir lo que tiene «creo que tiene una esquizofrenia» y no andar ocultando a él, a la familia y luego es que es imprescindible, es decir, yo no puedo, cuando voy a un servicio técnico a que me traten, yo quiero saber de qué me están tratando, quiero saber a qué atenerme, quiero saber qué me están mandando con unos efectos secundarios de la leche, pues quiero tener una segunda opinión y quiero saber cuál es la evolución, para saber si me lo tomo. Yo tengo un punto de vista:: no sé, trabajar sin diagnósticos es como volver al paleolítico, así es la ciencia...»

(ANDRÉS)

Esta postura se refuerza con el recurso a la argumentación sobre la necesidad del diagnóstico en tanto que es algo que siempre se ha hecho (*topos de la historia*) y hoy constituye un instrumento de trabajo de gran fiabilidad, ligado a tratamientos cada vez más protocolizados y más importantes desde el punto de vista de la gestión, de manera que las exigencias de la nueva gestión se convierten en criterio legitimador o deslegitimador del *otro*:

«es el caballo de batalla. Al principio era no estigmatizar con los diagnósticos, pero eso ha pasao y en este momento nuestro objetivo y además en lo que insistimos mucho ahora es que no podemos seguir trabajando sobre una hipótesis. Nosotros ahora los objetivos más importantes de la unidad de gestión es que el 95% de los casos estén diagnosticados en una primera entrevista...

[...] durante mucho tiempo no ha habido otra cosa que hacer que diagnosticar...

El diagnóstico es un instrumento de trabajo y tiene luego sus utilidades tanto para:: a la hora de aplicar guías de práctica clínica, procesos asistenciales, es decir, para hacer una redistribución de trabajo, saber:: qué te diré yo, por dónde van los tiros.

Es decir, es una herramienta básica. Además, el diagnóstico en psiquiatría es más de lo que parece, es un diagnóstico de una fiabilidad muy grande. El nivel de concordancia diagnóstica en psiquiatría es altísimo, es un mito que hay por ahí que cada uno diagnostica lo que quiere. En relación con otras especialidades médicas, en psiquiatría tiene un nivel de concordancia altísimo. Tú tienes a un paciente al que evalúan dos psiquiatras con el mismo código diagnóstico y tienes un 90% de concordancia, no estamos hablando de ninguna tontería, estamos hablando de niveles altos, pero no es solo el aspecto metodológico, es que es importante»

(ANDRÉS)

El recurso a la alta fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico tiene aquí claras referencias persuasivas, de hecho, la recopilación reciente de pruebas indicadoras de la escasa fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico (Read 2006; Bentall 2006) así lo indican. No obstante en el hipotético caso de que el diagnóstico fuera fiable o altamente fiable, la cuestión que se dirime es más de fondo, es la cuestión de la validez del propio constructo «esquizofrenia».

Como se ha recordado recientemente (Read 2006a), aunque ya hace varias décadas que la Organización Mundial de la Salud (WHO 1973) declaró la inexistencia de un perfil de «esquizofrénico» y a pesar de los continuos cambios en su definición (DSMs), plantear la cuestión de la alta fiabilidad resulta artificioso y claramente ideológico en nuestros discursos, sobre todo si tenemos en cuenta –de acuerdo con Reich (2001)– que el diagnóstico psiquiátrico es ante todo un problema ético que constituye una prerrogativa desde el poder y que lleva implícito la posibilidad del abuso.

Como vemos, los discursos de informantes revelan una intensa polaridad, fruto de las diversas miradas que se dan hoy sobre la realidad «atención a la salud y la enfermedad mental».

En tanto que discursos desde el poder, los discursos de informantes clave son legítimos y legitimados y poseen la capacidad potencial de crear desde la palabra un orden de cosas relativo a la atención a la salud y la enfermedad mental, un nuevo orden que ayude a reducir las desigualdades de las que son objeto las y los enfermos mentales y de las que se hace eco el III Plan Andaluz de Salud (2003), en un esfuerzo por continuar la labor iniciada con el proceso de reforma psiquiátrica.

La inclusión de la dimensión social de la enfermedad mental en los discursos que nos ocupan, sería el elemento fundamental que ayudaría a crear ese otro orden de cosas más favorecedor de la vida de las personas diagnosticadas de enfermedad mental. Pero, frente a ese hipotético discurso de carácter más social, nos encontramos con discursos anclados en la mirada biologicista (Foucault 2005; Ojeda 2003) y gerencialista (Huertas 1999), que consagran una praxis farmacocéntrica, que

legítima el uso acrítico de nosologías psiquiátricas (DSM o CIE), una praxis alejada de las necesidades de las personas individuales que viven su propia tragedia con la enfermedad mental.

Informantes clave construyen su conocimiento sobre la atención a la salud mental de manera subjetiva e intersubjetiva (Berger y Luckman 1994) en un proceso altamente dependiente de factores contextuales culturalmente condicionados. De hecho, la intensa polarización discursiva de informantes clave es el resultado de este proceso subjetivo e intersubjetivo, un proceso objetivado y legitimado por el lenguaje (Berger y Luckmann 1994) y evidenciado en las categorías ideológicas y posturas discursivas de las que se hacen eco, sirviendo así a diferentes intereses ideológicos.

Salud y enfermedad mental son conceptos fundamentalmente tipificados y objetivados desde la mirada biologicista, contribuyendo a construir el edificio del conocimiento institucional sobre salud y enfermedad mental. El resultado de este proceso de construcción social en el que se incluye fundamentalmente el conocimiento institucional (de corte biologicista) como el conocimiento marginal o de resistencia (de corte no biologicista), tiene finalmente lugar en ese proceso de objetivación y legitimación que se hace efectivo en el carácter relevante y reflexivo (Lamo de Espinosa 2001) de la información proporcionada por nuestros informantes.

Salvo en uno, los discursos de informantes adolecen de sensibilidad cuestionadora y crítica (Ritzer 1993; Martínez Miguélez 2006) en el sentido de que no son discursos desde la totalidad o globalidad de los factores que afectan a la atención de la salud y la enfermedad mental. Esa mirada parcial que encontramos en el análisis es el reflejo del carácter ideológico que tanto en lo cognitivo, lo social o lo discursivo se evidencia por la palabra (Van Dijk 2003), en lo que representa la ausencia de crítica a las diversas formas institucionales que sostienen el edificio de la atención a la salud mental surgido con el modelo comunitario, a saber, la farmacoterapia, la familia o los dispositivos sociosanitarios.

La ausencia de crítica a la que nos referimos es un elemento que remite al carácter ideológico de los discursos. Y, aunque el conocimiento ideológico es un conocimiento variable según las funciones a las que sirve, el conocimiento institucional sobre salud y enfermedad mental, aunque ideológico parece participar de ese carácter de «fundamento común» (Van Dijk 2003), estable, casi inamovible y tan profundamente interiorizado que hace de los discursos de informantes discursos ideológicos de primera magnitud.

Un conocimiento sobre el sistema de atención que se revela en nuestros informantes participando de la importancia ya histórica que se concedió a la lucha antimanicomial desde el plano técnico pero que no ha trascendido al ámbito de lo político, ese segundo momento necesario en el esfuerzo por transformar la antiterapia

péutica manicomial (Basaglia 1971, 1972). El resultado, un discurso, el de los informantes, instalado en las bondades de un modelo comunitario y en sus instituciones, especialmente apoyado en la familia y los profesionales de enlace y sirviendo a unos objetivos económicos dentro de las prioridades actuales en salud (Huertas 1999; Illich 2006).

### 3.1.2. El «discurso legítimo» de las y los profesionales sobre el sistema de atención a la salud mental

Los discursos de las y los profesionales del sistema se han producido todos ellos en el ámbito institucional, aunque en ambientes con distinto grado de formalidad: algunos de ellos en el sistema sanitario (Pablo, Bernardo, Bernabé e Irene) y otros en dependencias institucionales al margen del sistema sanitario (Esther, Susana, Daniel y Sofía), siempre a su elección personal.

#### 3.1.2.1. *Enfermedad versus sufrimiento*

Los discursos de profesionales se encuentran decantados hacia lo que hemos denominado el *discurso de la enfermedad*. Aunque sin apelar en sus argumentaciones al tópico de la génesis biológica, sí encontramos en él otras referencias a dicha postura.

Este extremo, es decir, la tendencia hacia el discurso de la enfermedad resulta especialmente llamativo si tenemos en cuenta que en la mayoría de los discursos profesionales encontramos referencias inequívocas de la vinculación de «la enfermedad» con relaciones familiares conflictivas, deshechándose por omisión o abiertamente la génesis familiar.

Junto al discurso de enfermedad aparece también un *discurso de sufrimiento* minoritario o marginal y otros discursos a medio camino entre ambas posturas.

Como decimos, el *discurso de enfermedad* de los y las profesionales gira nuevamente en torno a los tópicos de la «enfermedad mental como una enfermedad más», por comparación a las enfermedades físicas. Además, la enfermedad se concibe como «enfermedad crónica» cuyo distintivo es la ausencia de conciencia de enfermedad. Nos encontramos así ante una concepción que implícitamente acepta la idea de organicidad, frente a la cuál los síntomas sirven de guía:

«La enfermedad mental es una enfermedad::, es:...de sufrir mucho, mucho sufrimiento como cualquier otra enfermedad[...] Que sí, que en el tratamiento vamos mucho más atrás, aunque se ha adelantado mucho porque cada vez hay más fármacos, pero vamos muchísimo más atrás que en el resto de medicina [...] que tiene muchos efectos secundarios[...]El diabético cuando tiene el azúcar alta y se marea

o cuando tienen que amputarle una pierna, a pesar de que él esté bien, ¿eh? eso también nos pasa a nosotros con un bipolar cuando está maniaco, él está bien y él no lo nota pero a la larga sí que repercute. Un diabético también puede tener azúcar alta y el tío estar bien pero a la larga sí que le repercute [...] Muy duro. Yo no le veo una gran diferencia: <...> a lo mejor, es la conciencia de enfermedad, una ausencia de conciencia de enfermedad»

(BERNARDO)

«desde fuera nos guiamos un poco por los síntomas externos, lo que vemos, pero los sentimientos ¿quien los define si no es quien los siente? Entonces, los técnicos nos guiamos por los síntomas, hemos aprendido a hacer una clasificación y a ver la conducta, estudiar la conducta y lo único que podemos ver <...> luego lo que pasa por dentro es muy difícil...»

(ESTHER)

«es una enfermedad, una enfermedad de la mente... como cualquier otra enfermedad... nuestra lucha desde el principio ha sido... integrar al enfermo mental dentro del sistema sanitario como un enfermo más»

(BERNABÉ)

«una enfermedad mental muy grave, crónica... se suelen alterar muchos campos de la relación, a nivel laboral, familiar, de todo el entorno social... y sobre todo, la percepción de la realidad»

(SOFÍA)

«es un trastorno psiquiátrico muy importante que los limita mucho .... en todos los sentidos de las actividades de la vida diaria»

(IRENE)

Como decimos, la asignación implícita de organicidad sitúa a los discursos en una cierta incoherencia pues en general se acepta también la existencia de relaciones conflictivas en el entorno de la persona diagnosticada de esquizofrenia.

A pesar de la obviedad de la vinculación familiar en las dificultades de los pacientes y de las investigaciones que lo soportan, la idea de la importancia del factor familiar en la comprensión de las dificultades de los pacientes sigue siendo un gran tabú (Read, Seymour y Mosher 2006) y se deshecha de antemano por valorarse como culpabilizadora de la familia. Así, las dificultades relacionales en el seno de la familia aparecen en los discursos profesionales sin vinculación alguna con el origen de la enfermedad mental:

«incluso ya sabes que durante algún tiempo ha habido como una especie de reparo de los profesionales con respecto a los familiares, como algo que tenían que ver con la enfermedad...esto de las madres esquizofrenógenas, etc.. yo creo que han tenido que hacer una navegación en solitario frente a sus dificultades, probablemente, escasamente reconocidos por nosotros...lo que sí es verdad es que parece que las personas que tienen familiares en primer grado de las personas con esquizofrenia tienen probablemente, me parece que de eso sí hay evidencia que puedan tener dificultades cognitivas que probablemente hacen que tengan también dificultades en la relación »

(PABLO)

«todavía hay familias que están viviendo experiencias muy fuertes con sus pacientes en la casa....hay pacientes que la relación con la familia no es buena y entonces hay agresiones»

(ESTHER)

«una familia que sea muy conflictiva <....> pues tú haces que el paciente entre más en crisis.....tú sabes eso del doble vínculo ¿no? eso de te quiero pero te odio»

(BERNARDO)

«[refiriéndose al comentario realizado por una madre sobre su hijo a un profesional]: está fatal, realmente está fatal pero no le diga usted que yo le he dicho que está fatal, porque entonces la va a tomar con nosotros»

(DANIEL)

«ya no se considera al enfermo como ente único, se considera al enfermo y la familia, porque se ha demostrado y de hecho es así, que una familia compensada compensa al enfermo mental, una familia descompensada, al enfermo mental lo descompensa.....la familia es muchas veces la desencadenante de crisis o de trastornos o de problemas»

(BERNABÉ)

Esta presencia en los discursos de la «polémica» desviación comunicacional en el seno de la familia de la persona diagnosticada, aparece en los discursos de forma velada sin ser abordada en profundidad<sup>162</sup>. En esta actitud y de acuerdo con

---

<sup>162</sup> Para Gregory Bateson (1993), quien postuló la teoría del doble vínculo, ésta fue mal comprendida, de ahí que afirme que dicha teoría «contribuyó en buena medida a provocar los padecimientos de aquellos a quienes se llama (y a veces se llaman a sí mismos) *esquizofrénicos*. Pero el sufrimiento es el producto inevitable de la acción combinada con la ignorancia. El metrazol, la insulina, las lobotomías, los tratamientos de electroshock y la inhumanidad del grosero menosprecio han contribuido a aumentar la masa de sufrimiento humano que irradia desde la esquizofrenia; y la solución moderna –la intoxicación crónica que se logra con la quimioterapia– no es la última palabra. ¡La cuestión es sencii-

Read, Seymour y Mosher (2006) quizás tenga que ver el hecho de que esta polémica que ha sido influida por el *discurso de la enfermedad*, ha reducido tendenciosamente cualquier factor familiar a la «responsabilidad moral» que los padres tendrían sobre ella, generando así un sentimiento de culpa difícil de soportar, que favorece el olvido tendencioso del contexto familiar como contexto de dificultades.

El tópico de la «enfermedad como fallo o anomalía» aparece también en el *discurso de la enfermedad*. La *normalidad-anormalidad* y la capacidad de adaptación del individuo a su medio forman parte de este tópico que nos remite a lo que es o no socialmente aceptable y por ello, objeto de consideración y competencia de los profesionales de la salud mental:

«La enfermedad mental yo creo que no se sabe todavía lo que es ...»

(ESTHER)

«es:: un disparate, entre lo que es la normalidad y la anormalidad»

(BERNARDO)

«entonces conoces a alguien que te parece normal y de repente un día tiene un brote y te das cuenta de que no es tan normal como tú pensabas y es un esquizofrénico, pero sigue siendo la misma persona que tú conocías y que cuando vuelva a la normalidad, volverá a ser el mismo»

(SUSANA)

El *discurso del sufrimiento* –aunque marginal– está presente también entre los profesionales, matizando y relativizando el discurso de la enfermedad («una enfermedad de sufrir») y, constituyéndose en discurso de resistencia («la enfermedad mental en cierto modo es un constructo») y «*se parece* cada vez más a una enfermedad crónica»). Se trata de un discurso caracterizado por su reflexividad y por su apelación al contexto en el que surge el sufrimiento de la persona diagnosticada de esquizofrenia:

«una enfermedad más de las personas y que, la verdad que se sufre mucho con esta enfermedad y sufre mucho el paciente y los familiares... sufrimiento, una enfermedad de sufrir»

(DANIEL)

«la enfermedad mental <...> pues no sé lo que es muy bien enfermedad mental para mí <...> en cierto modo es un constructo, algo que nosotros hacemos para

---

lla! Todos nosotros somos profundamente ignorantes y en la ignorancia no se puede ser competente» (Bateson 1993: 203).

orientarnos sobre el sufrimiento de las personas ¿no? <...> yo creo que:: nuestra sociedad, nuestra cultura ha construido la enfermedad mental con la idea de ponerle remedio racional ¿no? y..-pero me parece que probablemente son::, lo que llamamos una enfermedad mental, son probablemente un aglomerado de situaciones vitales, personales y bastante disímiles.....la esquizofrenia se parece cada vez más a una enfermedad crónica, comparte con el resto de enfermedades una situación de sufrimiento crónico.....»

(PABLO)

Como vemos, un discurso del sufrimiento que remarca el carácter situacional, construido social y culturalmente («algo que nosotros hacemos») de eso que se llama «enfermedad mental» y «salud mental», de manera que el sufrimiento humano y su carácter histórico y biográfico, es siempre relativo a la persona que sufre, la cual queda legitimada en ese mismo gesto.

### 3.1.2.2. *Exclusión versus integración*

Existe bastante consenso en la postura discursiva de las y los profesionales al tratar la categoría que nos ocupa. Básicamente, en los discursos profesionales encontramos un posicionamiento crítico a la exclusión vivida en el ámbito de las enfermedades mentales, conviviendo con algunas manifestaciones marginales de exclusión e integración. Éste último, un discurso de integración cuestionador y crítico del orden existente en el sistema actual de atención a la salud mental.

En general, el discurso sobre *exclusión* que encontramos en las y los profesionales se desarrolla bajo dos tópicos: por una parte la «*crítica a la exclusión*» que se sufre en el propio SASM desde instancias externas o no profesionales y por otra, la «*ausencia de crítica interna*» dentro del propio SASM hacia los valores que impregnan la práctica actual de la atención a la salud mental, una ausencia de crítica interna que tendrá por resultado la exclusión «de hecho» del paciente-usuario.

La «*crítica a la exclusión*» sufrida por el SASM la encontramos en los discursos profesionales dirigida hacia objetivos diferentes. Es una crítica que no solo se dirige a la exclusión social experimentada por el propio SASM y sus profesionales (los cuales se sienten excluidos del conjunto del sistema sanitario), sino una crítica que se extiende al ámbito profesional general y especialmente, al ámbito de la gestión de la salud mental, concretamente, hacia la actitud incongruente de la administración pública por el recurso a lo privado, al uso de formas simbólicas o a nuevas formas de exclusión de acuerdo a los tiempos que corren:

«siguen existiendo manicomios ... en Andalucía oficialmente [ríe] no hay manicomios pero tenemos plazas concertadas con psiquiátricos privados ... a mí me parece que ideológicamente es poco coherente ¿no? .... y cada vez hay más..-vamos que

la sociedad– los psiquiátricos privados están aumentando de plazas, están en plena ebullición y viento en popa a toda vela»

(PABLO)

«una unidad que tenemos...el hogar de alta supervisión, el H.A.S., una unidad donde los pacientes prácticamente ya no salen de allí y están muy deteriorados.....la reforma no contemplaba que las puertas de ninguna unidad de salud mental estuvieran cerradas ... eso es parte de los miedos que todavía:: tenemos ... se impuso el tema de las puertas cerradas, yo creo que sin necesidad pero se impuso....cuando se cierra una puerta es para que los de dentro no salgan y los de fuera no entren, de manera libre...»

(ESTHER)

«el hogar de alta supervisión...es un minimanicomio que hay ahí arriba»

(SUSANA)

«Y en cuanto a los gerentes, no son los que más caso le hacen a este tipo de patología y a la salud mental. Bueno, prefieren gastar el dinero en las máquinas y que sea algo más vistoso»

(DANIEL)

Junto a estas reminiscencias de las prácticas de internamiento todavía presentes, el recurso a psiquiatrizar la asistencia aparece entre las nuevas formas de exclusión y constituye una práctica habitual. Los nuevos malestares de la vida se presentan al SASM como demandas apremiantes que son abordadas con los recursos especializados existentes en la actualidad, desplazando de esta manera las demandas que pudieran provenir del usuario-paciente con diagnóstico de esquizofrenia, estableciéndose así una práctica de exclusión dentro del ámbito mismo de la exclusión:

«cada vez se desborda más la situación y cada vez más gente, por el estilo de vida, por las condiciones... hay tanta demanda que te impide, muchas veces por problemáticas normales que antes se iba al cura o se solucionaba con la familia pero ahora no...sufrir no se lleva, no... que está bien, pero que son cosas que a lo mejor no tendrían que llegar, tendrían que quedarse en atención primaria»

(BERNARDO)

«el tratamiento psiquiátrico está muy contaminado por los problemas sociales y cuando un paciente ingresa, si solo tiene un problema psiquiátrico, se le puede poner un tratamiento y marcharse, pero además tiene un cúmulo de problemas sociales de que los padres se han muerto, que no tiene familiares, no hay un dispositivo a nivel comunitario que lo acoja ... pues se pasan meses y meses, mientras que se busca una residencia, un dispositivo comunitario, una plaza en un piso...

entonces se pasa el tiempo y siguen hospitalizaos porque no hay ninguna posibilidad de ponerlo en su casa si se ha muerto la madre, si se ha muerto....

hay demandas no justificadas desde mi punto de vista, es decir, la demanda se ha disparado... quizás porque los lazos sociales se van también de alguna forma deshaciendo y ya la gente no encuentra apoyos en su entorno... entonces fallan los lazos sociales y familiares y entonces la gente acude...»

(ESTHER)

A pesar de esta situación de clara desventaja entre los usuarios del sistema (entre los llamados «grandes crónicos» y los usuarios de patologías emergentes), del discurso de las y los profesionales se sigue desprendiendo la necesidad de reforzar este mismo sistema comunitario que ya resulta injusto y claramente desventajoso para las personas etiquetadas como «esquizofrénicas». Quizás tenga que ver en ello lo que Szasz (2001) denomina el «uso promotivo del lenguaje», donde el discurso legitimado por la administración sanitaria se ha encargado no tanto de informar de cómo están las cosas (de cómo está el sistema) sino de cómo deberían ser las cosas (de cómo debería ser el sistema). Así, nos encontramos con la firme creencia de la bondad incuestionable del sistema comunitario existente, que es percibido como *el que tiene que ser* pero con más recursos, legitimando así la conservación del mismo orden.

La necesidad de «más recursos» aparece como una argumentación con gran fuerza en los discursos profesionales, resultando ser una condición *sine qua non* para mejorar el sistema. Esta argumentación lleva implícita una cierta perversión, a saber, *si lo que necesita el sistema son más recursos, entonces no cabe cuestionar críticamente un sistema que aparece a todas luces, desigual:*

«faltan recursos...le sobra por ejemplo demanda»

(ESTHER)

«sigue habiendo un déficit de recursos con respecto a la atención a la salud mental»

(PABLO)

«faltan recursos, ¡por supuesto! y siempre se necesitan más recursos..»

(DANIEL)

«más psiquiatras, más espacios... vamos a ver, de casas o sitios, casa-hogar o pisos, por un lado estaría bien porque desahogaría, pero por otro lado la facilidad de meterlo llevaría a que eso fuese un coladero y que tú sabes que ahora cualquier enfermo le viene a uno largo»

(BERNARDO)

«cuando la reforma se lleva a cabo NO SE CREAN LOS DISPOSITIVOS NECESARIOS PARA CERRAR UN PSIQUIÁTRICO Y EXTERNALIZAR A LA POBLACIÓN QUE EN ÉL HABÍAN ... NO HAY LOS RECURSOS NECESARIOS, aún ahora mismo se están aumentando mucho los recursos pero no son todavía los suficientes»

(BERNABÉ)

«estamos con muy poca dotación...hay muy pocos psiquiatras, muy pocos psicólogos, aunque cada vez hay más... en cuanto a unidades, pues no está mal la dotación, pero debido al volumen de pacientes yo creo que debería ser mayor»

(SUSANA)

Y en un sistema donde la falta de recursos es tan apremiante, existe la tendencia a las respuestas superespecializadas, es decir, a psiquiatrizar los malestares y a dar una respuesta institucionalizadora en detrimento de las necesidades de las personas con problemas graves:

«además, muchas veces tienes que multiplicar los recursos sanitarios porque sencillamente te faltan recursos sociales....se produce una medicalización de la atención y una especialización de problemas de los que no hay evidencias que funcionen mejor en atención especializada que en atención primaria...cuando hay una avalancha de problemas menos graves, es difícil mantener un espacio para trastornos más graves»

(PABLO)

«no hay un dispositivo a nivel comunitario que lo acoja ....pasan meses y meses mientras se busca ...entonces pasa el tiempo y siguen hospitalizados»

(ESTHER)

Y es aquí donde aparece el verdadero carácter ideológico del discurso de exclusión que encontramos en los discursos profesionales. El lenguaje promotivo de las políticas y normas ha consagrado un sistema comunitario de atención que aparece como *necesidad* en los discursos profesionales, algo que es más que comprensible si tenemos en cuenta la reciente memoria manicomial, pero se trata de un discurso exento de reflexión crítica sobre la misma idoneidad del modelo comunitario vigente, lo que conecta con el siguiente tópico de la presente categoría discursiva.

La «*falta de crítica interna*» que inevitablemente alcanza a la gestión del sistema, está en el meollo de la cuestión y aparece en el discurso profesional de exclusión. Todos los y las profesionales consideran necesarias las instituciones existentes, ya sean estas sanitarias o sociales, con especial énfasis en la «familia». Esta necesidad percibida de cobertura institucional y la falta de recursos ampliamente

constatada resulta especialmente importante si consideramos que están en la base del discurso de exclusión, al conectar con la afinidad de los protagonistas hacia los valores colectivistas que impregnan la práctica de la salud mental en el momento actual.

Esta afinidad por los valores colectivistas, unos valores que defienden el *beneficio de todos* (usuarias y usuarios del sistema sanitario) representados en el modelo comunitario, es entendible –como decíamos– desde la memoria de un modelo manicomial que vulneraba los derechos más básicos. El logro de niveles mínimos de bienestar y dignidad para los calificados «enfermos mentales» que llegan con el modelo comunitario son así difíciles de cuestionar. Pero la exclusión producida por el manicomio tiene un punto de encuentro con los efectos que el sistema comunitario tiene sobre las personas diagnosticadas de TMG.

En este sentido, si se llegó a pensar en algún momento que el sistema comunitario acabaría con el rechazo histórico hacia los enfermos mentales es que no se pensó bien en las implicaciones que el propio sistema comunitario tendría en el ámbito de la salud mental. Esto no nos debería extrañar pues ya conocemos la tendencia del sistema sanitario a valorar sus bondades por referencia a otros ámbitos alejados del campo de la salud mental. Aún así, es necesario pararse a pensar en las implicaciones que tiene el modelo alentado por el sistema sanitario público sobre el sujeto individual, porque es aquí donde tiene lugar la auténtica *tragedia personal de la exclusión*.

Lo que es bueno para el conjunto de los usuarios del sistema sanitario, no lo es o no lo es necesariamente para el usuario del SASM. Y así, de la misma manera que se valora cualquier prestación en salud atendiendo básicamente a criterios profesionales (identificación de síntomas, diagnóstico y tratamiento), se procede de igual manera para las prestaciones en salud mental, oscureciendo el hecho de que la atención a la salud mental no puede abstraerse de lo *ético*, es decir, del análisis crítico de los valores que impregnan su práctica y de las repercusiones o consecuencias que esto tiene para el usuario del sistema de acuerdo con los *principios de la bioética*<sup>163</sup> (Santander *et al* 2000; Beauchamp y Childress 1998; Beauchamp 2001; Kisnerman 2001) y, es de ahí de donde deriva el carácter ideológico del actual SASM.

La atención a la salud mental ofrecida por el sistema comunitario actual es un sistema fuertemente desligado de lo ético, fuertemente comprometido con criterios profesionales al uso y pretendidamente científicos. Ahora bien, ¿es esto posible?. Probablemente no lo sea y existe una prueba que apoya con fuerza este argumento, nos referimos al hecho de que el sistema comunitario no ha sido todavía capaz de

---

<sup>163</sup> Los principios de *autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia*.

acabar con el estigma y las respuestas de exclusión que sufre el enfermo mental desde distintos frentes no es casual.

El sistema comunitario entiende la salud mental como la adaptación *de hecho* del enfermo mental a la vida en la comunidad, por lo que cualquier manifestación humana que se salga de la norma estará condenada inmediatamente al rechazo. La manera de articular este sistema artificial de adaptación para el *diferente* es doble: por una parte, todo un sistema institucional que controle las posibles desviaciones (institución sanitaria, social y familiar) y por otra, el abordaje farmacológico, fundamental para suavizar la angustia y el malestar que genera el sufrimiento humano, no solo el sufrimiento vivido en primera persona, sino aquél vivido vicariamente por los demás. Sistema institucional y fármacos, instituciones todas al fin y al cabo, necesarias para mantener el *orden* del llamado sistema comunitario, que de esta manera pasa a ser una gran ficción:

«yo soy contraria al encierro, siempre y cuando el paciente tenga capacidad para adaptarse a la sociedad ... hay pacientes que requieren unidades de media y larga estancia...[...] hay pacientes que la familia no es capaz de contener y tampoco el sistema es capaz de contenerlos y necesitan cierta reclusión...el paciente que tiene una familia, lo acoge y lo contiene muchísimo más...tienen que tomar la medicación, no puede haber un psicótico sin medicación...»

(SUSANA)

«siempre y cuando lleve o ...sea capaz de:: de llevar una vida normalizada...pienso que a lo mejor habría personas que se beneficiarían de unidades de larga estancia ¡pero limitada!...»

(SOFÍA)

«yo pienso que sí, que necesitarían un apoyo farmacológico, aparte de otro tipo de apoyos que se les brinden ¿no?, pero yo pienso que sí»

(IRENE)

«hay pacientes incluso que trabajan y todavía tienen cierta cobertura familiar... ¡hombre, vivir autónomos totalmente!...hay algunos que sí, que se acercan mucho a la normalidad y hay otros que no. Los que llevan más tiempo de evolución, algunas veces se han ido deteriorando y necesitan todo tipo de apoyos»

(ESTHER)

«el primer apoyo es con la familia y después, con otro tipo de recursos...si quieres una calidad de vida y quieres poder seguir funcionando, tienes que seguir con el tratamiento...el que deja el tratamiento tiene frecuentes recaídas»

(DANIEL)

«[el sistema comunitario] aporta que se pueda adaptar y se pueda integrar a su vida...que pueda rehacer su vida...si deja la medicación tiene muchas papeletas para recaer[...] yo creo que la familia debe ir tirando...esto es una carga...y la familia tiene que echar para adelante...»

(BERNARDO)

Frente a esta postura mayoritaria, encontramos un discurso crítico que se replantea o cuestiona algunos aspectos fundamentales del orden del SASM, a saber, los roles profesionales consagrados por la tradición, así como la articulación de la demanda y el tipo de respuestas que se están dando en el momento actual al paciente diagnosticado de esquizofrenia:

«por eso te decía que se necesita otro tipo de recursos, porque puede ser que se enquisten los pacientes de media-larga estancia. Si no tienes otra cosa, ahí se pueden quedar durante mucho tiempo...que es difícil porque son pacientes que llevan ya, a lo mejor tres años y un paciente tres años ahí, pues ya es de la casa...»

(DANIEL)

«falta una organización mejor de la demanda, un análisis mejor hecho de la demanda»

(ESTHER)

«yo pienso que los roles tradicionales de psiquiatra autoritario y que tiene todo el saber, está completamente en crisis y tiene que desaparecer...y el trabajo con las familias es la asignatura pendiente...con los enfermos, como personas y su familia, como familia también de personas...»

(PABLO)

Como vemos, se apela a la necesidad de reformular los términos en los que actualmente se desenvuelve el SASM, tanto en la formulación de la demanda, como de las respuestas que se articulan hacia la misma. Unas respuestas que de acuerdo con Saraceno (2004) son claramente simplificadoras del sufrimiento y cuya formulación ha sido inducida artificialmente, pero que requiere un tratamiento urgente, más abarcador o ético que reformule la visión individual y colectiva que existe sobre el problema.

### 3.1.2.3. *El otro deslegitimado versus el otro legitimado*

La categoría discursiva que nos ocupa aparece en el discurso profesional articulada en torno a dos tópicos, a saber, «cómo se concibe a la persona que sufre» y «cómo se concibe el diagnóstico» en su necesidad o prescindibilidad y en su utilidad o función a la que sirve.

Como nos recuerda Szasz, «la libertad, independencia y responsabilidad progresivas llevan a convertirse en un ser humano; el sometimiento, la dependencia y la irresponsabilidad progresivas, a convertirse en una cosa» (Szasz 2001: 56), cuestiones todas ellas que tienen que ver con la categoría que nos ocupa, pues vincula ésta con la consideración hacia la persona que sufre y, hacia el diagnóstico psiquiátrico en tanto que práctica social que refleja las concepciones originales que existen *hacia el otro*.

La importancia concedida a la relación interpersonal define la manera de considerar al *otro* usuario-paciente y es el punto de partida en los discursos profesionales. Se trata de un posicionamiento básico *con* el otro, que encuentra su máxima expresión en la aceptación de la significatividad de sus experiencias extrañas:

«yo personalmente me siento muy implicado con la atención al paciente con enfermedad mental grave ¿no? ...

*entiendo por lo que me estas diciendo que el lugar que ocupa la relación con el paciente en tu práctica, es muy importante*

Es muy importante. Sí, claro.»

(PABLO)

«tiene también las compensaciones de las relaciones, unas relaciones muy íntimas con los pacientes, muy humanas, muy cercanas ... la técnica es la palabra y el acercamiento a las personas, ... ¡la relación es imprescindible, el conocer, el que ellos confíen en ti...que te conozcan es imprescindible ... es que si no te implicas, es que esa es la principal herramienta....»

(DANIEL)

«en el momento que le prestas un poquito de atención, que lo escuchas, que te sientas, que le coges la mano, ese momento te lo agradecen para siempre...»

(BERNABÉ)

«no me sale considerar a las personas como pacientes sino como personas como tal, tanto si están ingresadas como si no ... a la hora de trabajar nadie tiene que plantearse nada más, simplemente la relación con esa persona y punto ... sí, te puedes llevar bien o mal pero como con el resto de las personas, eso es indiferente a tener una enfermedad ¿no? ...»

(SOFÍA)

Realmente, la práctica psiquiátrica tradicional y la tradición investigadora, se ha centrado poco en las experiencias extrañas de los pacientes como tópico valioso a ser investigado. Esta perspectiva, la de los pacientes sobre sus propias experiencias

psicóticas, ha sido oscurecida en su capacidad de contribuir a comprender un asunto, la esquizofrenia, que todavía hoy después de siglos genera una permanente controversia (Geekie 2006). Esta es, pensamos, otra forma en que se ha deslegitimado la experiencia de los pacientes, de manera que integrar las experiencias extrañas como formas posibles de experimentar la realidad no es más que aceptar a las personas en su diversidad y en su sufrimiento, es decir, *legitimar al otro*:

«un proceso de comprensión, de entender a la persona que tienes enfrente ... hay otras formas de narrarse la vida de las que uno tiene ¿no? .... yo creo que las sociedades que cuanto más abiertas, más laicas, e:: más cultas, eso lo vamos a disfrutar todas las personas que estamos aquí y sobre todo las personas que tienen una dificultad ¿no?»

(PABLO)

«yo lo que pienso es que <...> no es que no sea posible comprender la sintomatología del paciente, sino que comprender al hombre es muy difícil, comprender el por qué se dan determinadas cosas es muy difícil y pueden estar actuando muchos factores...»

(ESTHER)

Pero experiencias extrañas al fin y al cabo, susceptibles de ser entendidas si se realiza el esfuerzo de aproximación al contexto en el que surgen:

«hay personas que aparte de cuáles sean las dificultades que hayan aparecido en su vida, pues son personas de una determinada manera, que tienen una experiencia, tienen una vida y tienen una interacción en un medio social determinado, tienen unos condicionamientos culturales muy determinados. Eso es fundamental y no hemos hablado de eso pero determinadas ideas pueden ser creadas por el entorno y no tienen por qué considerarse delirantes ¿no?... ya sabes que un señor dice que es el vicario de dios en la tierra y sin embargo no está enfermo mentalmente ¿no? [ríe] ... quiero decirte que en cuanto están dentro de una serie de parámetros culturales y de creencias culturalmente aceptadas pues van a ser eso...»

(PABLO)

Frente a esta concepción emancipadora del otro ser humano que sufre y de la posibilidad de construir una relación basada esencialmente en las peculiaridades de unos y otros, nos encontramos también con un discurso más conservador propio del modelo médico-psiquiátrico (Szasz 2001) que gira en torno a un modelo de relación típicamente paternalista y sujeto a consideraciones críticas desde la bioética (Beauchamp 2001). Bajo este modelo, el otro es alguien necesariamente «a proteger», incluso de sus propias experiencias extrañas, legitimándose así el poder del experto:

«al fin y a la postre es *enfermedad*. Y para eso estamos nosotros, para curarlo, curar si no paliar y si no, prevenir ..... darles un ambiente de protección o te voy a ayudar, vamos a quitarte esto ..... yo estoy aquí para ayudarte a vencer eso, esa angustia, que luego no te digo que sea ni verdad ni mentira ..... yo te comprendo, no voy a entrar en si es verdad o si es mentira...entonces, te veo mal, te veo angustiado, yo te voy a ayudar, te voy a proteger de esa persecución y de esta angustia. Que te vean como un aliado que es lo que eres.....yo te voy a dar medicación que te va a hacer quitarte parte de esa angustia, ¿vale?. Y es que la medicación, poco a poco va haciendo su efecto y va quebrando el delirio... una vez que lo quiebra, si que ya puedes hacer que él empiece a razonar lo ilógico e irracional del delirio. Esa es la única manera...»

(BERNARDO)

«Se llegan a ver [*como enfermos mentales*] y nuestra labor muchas veces es hacerle ver que es un enfermo mental, que su comportamiento, que sus acciones no son las de una persona en realidad cuerda ¿no?, entre comillas. Entonces e:: él, esa experiencia la ve como muy:: negativa y en el momento que se consigue decir *ahora eres consciente de que tus comportamientos, tus actividades, que tus acciones no son las adecuadas porque tienes una enfermedad...* eso es muy complicado, la concienciación de enfermedad mental es la labor más difícil!»

(BERNABÉ)

«entendibles no son ¡vamos!, que algunas veces dicen auténticas barbaridades ¿no?, pero ¡hombre! entiendes que no está bien y que en ese momento pues lo dice porque no está bien...se entiende porque no está en ese momento bien, pero no los comprendes»

(IRENE)

Como vemos, el planteamiento implícito que se dirime en los discursos es *quién tiene voz en este asunto*, quién tiene capacidad para legitimar qué es eso llamado «experiencia psicótica», si el profesional en su rol experto o el paciente en su rol protagonista.

Por ello, el recurso a la argumentación sobre la «ausencia de conciencia de enfermedad» como el criterio desde el cuál se valida la experiencia del otro, es un recurso desde el poder y claramente ideológico en el que solo la «recuperación» de la conciencia de enfermedad hace posible tener conciencia «normal» de una experiencia diferente. Así entendida, la vivencia extraña queda inmediatamente desautorizada y el otro, *deslegitimado de la autoría de su propia experiencia* (Shotter, citado en Geekie 2006: 184).

El segundo tópico de los discursos profesionales es el referido al problema del diagnóstico psiquiátrico, es decir, el problema de la clasificación de las dificultades humanas. En principio, clasificar es un acto que ocurre de manera natural en el ser humano y por ello, es un acto social que procura simplificar la vida.

Las clasificaciones psiquiátricas y su pretensión de neutralidad científica han pretendido dotar de ese carácter natural al acto de clasificar, obviando la cuestión fundamental de que clasificar es asimismo un acto profundamente ético (Reich 2001) susceptible de convertirse en un gesto de poder cuyo objetivo es ganar control sobre aquello clasificado. Por ello, posicionarse en la necesidad o prescindibilidad del diagnóstico psiquiátrico, antes que una cuestión meramente profesional es una cuestión profundamente ideológica.

Los discursos de los y las profesionales se posicionan en general en la prescindibilidad del diagnóstico psiquiátrico, aunque matizados por su utilidad final. Por una parte, se considera prescindible el diagnóstico en tanto que este no vincula necesariamente el tratamiento, pues éste es sintomático:

«¿si hubiera para un diagnóstico un tratamiento específico que funcionara!...pero como mucha medicación se utiliza para múltiples enfermedades, pues no, me da igual»

(SUSANA)

«el diagnóstico, en general, da igual...los facultativos que instauran tratamientos farmacológicos, van a tratar sobre un diagnóstico, pero van a tratar síntomas»

(BERNABÉ)

«yo pienso que muchas veces no es necesario, muchas veces no es necesario porque:: se puede tratar igual, porque hay medicamentos que sirven para muchas cosas y no hace falta tener la etiqueta diagnostica colocada, pienso. Pienso que no es estrictamente necesaria ... y de hecho, hay muchos pacientes que no están no tienen en su historia clínica un diagnostico establecido y:: sin embargo están van muy bien con su tratamiento»

(SOFÍA)

Por otra parte, el diagnóstico es *imprescindible* o si se quiere, *necesario en tanto que* comunica un conjunto de significados que permite en cierto modo la comprensión de quien se tiene delante y la comprensión de una serie de significados entre los profesionales que los manejan:

«yo creo que el diagnostico es necesario en cuanto que te ayude a comprender ¿no? te sirve en cuanto que sea parte de un proceso de comprensión, de entender a la persona que tienes enfrente. Entonces esto que se llama lo biopsicosocial con

respecto a la enfermedad mental es extremadamente importante ¿no? ... quiero decirte que es más importante un diagnóstico e:: global que tenga que ver más con toda la situación de la persona que un diagnóstico puramente basado en la psicopatología»

(PABLO)

«el diagnóstico, para entendernos entre profesionales te sirve cuando hablas de un paciente, te sirve un poco ¿no?...es difícil, trabajamos con personas y las personas no son fácilmente definibles»

(ESTHER)

«los diagnósticos no es otra cosa que una manera de entenderte, de tener unos códigos que más o menos te orienten»

(BERNARDO)

Desde el modelo paternalista que, como dijimos, está presente en nuestros discursos, el diagnóstico angustia pero a la vez tranquiliza:

«Entonces, explicarle pues eso, el diagnóstico, los síntomas que está teniendo qué es lo que está pasando, que con un tratamiento responderá bien a la medicación o no, que si no responde bien que hay otros tratamientos. Explicarle un poco, informarle un poco sobre la enfermedad y el abanico de posibilidades que tiene delante ¿no?...Se lo tienes que explicar qué es... se lo explicas un poco...no, un poco pues lo que él me cuenta, según lo que él me cuente, pues yo le digo que:: esas voces, son de su misma enfermedad y que si que es verdad que a uno le parece que son reales...»

(SUSANA)

«es necesario [*el diagnóstico para el paciente*] porque si el problema es la conciencia de enfermedad, sí que tiene que agarrarse a *yo tengo esto*....tienes que saberlo para saber qué cosas puedes hacer y qué cosas no puedes hacer»

(BERNARDO)

Pero, de acuerdo con Geekie (2006), este modelo de relación paternalista en la que el experto explica los síntomas y las expectativas de la enfermedad al paciente corre el riesgo de engendrar una sensación de anulación en el paciente, favoreciendo la definición de un rol de paciente mental grave, de «*ocupante de un rol adscrito*» (Szasz 2001) que asume una falsa identidad colectiva como *enfermo mental crónico*, una identidad que nuevamente se pone al servicio de la negación del sujeto (Saraceno 2004) y que alienta el propio sistema sanitario desde el momento en que la relación es de carácter no-contractual (Basaglia 1971, 1972; Rotelli, De Leonardis y Mauri

1987), generando posiciones desiguales desde las que es posible *deslegitimar al otro*. Más allá de estas utilidades, el diagnóstico concebido como etiqueta es calificado en los discursos profesionales como algo peligroso y arriesgado:

«siempre con cautela, porque hay muchos estudios, seguramente tú eso sí lo sabes, hay muchísimos estudios de correlación entre diagnósticos y no:: la coincidencia no sé si era del veintitantos por ciento, algunos estudios...o sea que:: incluso viendo al mismo paciente varios profesionales no vemos lo mismo»

(ESTHER)

«es peligroso hacer los diagnósticos muy::...cuando se tiene un diagnóstico y cuando se tiene ya una etiqueta <...> ya es difícil decir *te cambio la etiqueta*...no se puede hacer un diagnóstico en una visita o en dos visitas»

(DANIEL)

«Si el diagnóstico se plantea como una valoración global de la situación en la que está esa persona, en la cual también entra la sintomatología que tiene en ese momento, es útil, si no pues no sirve para nada ¿no?... entonces el diagnóstico tiene que ser algo que incluya todo ese tipo de situaciones, nunca puede ser un diagnóstico de esquizofrenia paranoide sin más...tiene que estar dentro de un conocimiento global de la persona y de su entorno»

(PABLO)

Finalmente y desde un posicionamiento más crítico, se pone en relación el uso del diagnóstico psiquiátrico expresado en las nosologías al uso, con la necesidad de hacer de ellos herramientas de gestión eficaces en el nuevo paradigma sanitario del que parten los planes, guías, procesos asistenciales y tratamientos basados en la evidencia:

«pero vamos tenemos que usarla, tanto la CIE como las clasificaciones internacionales ¿no? y tenemos que usarlo y además es importante porque tenemos que tener cada vez más trabajo con evidencia científica»

(PABLO)

«las unidades clínicas de gestión que me imagino que responden a un criterio de eficacia y eficiencia, es decir, se trabaja por objetivos y:: bueno, pues tiene, yo creo que tiene su parte buena y tiene sus problemas también...yo veo que tiene aspectos que son positivos...el trabajo lo organiza mejor, te obliga de alguna forma a que tengas los ojos puestos en...pero por otra parte a veces nos perdemos en cosas que no:: ... es decir, a mí me parece que lo que no podemos perder de vista nunca es al paciente»

(ESTHER)

«lo principal de las unidades clínicas de gestión es los objetivos y el que se cumplan y claro! esos objetivos están desarrollados para el enfermo mental y para lo que rodea a la salud mental. Esa política yo la considero también positiva y la considero viable. Viable y va a redundar en un mejor:: una mejora de la atención de la salud mental prácticamente en todos los aspectos ... porque los recursos los va a tener... teóricamente, que otra cosa es la teoría y luego la práctica puede ser diferente»

(BERNABÉ)

«no solo te presiona el gestor, te presiona el compañero que tienes al lado...y entonces hay un ambiente de trabajo, que ya no son tus objetivos, sino los objetivos del servicio o el objetivo de toda la provincia»

(SUSANA)

«Y el criterio economicista...

*entiendo por lo que me dices que está muy presente*

Sí, sí, cada vez más»

(BERNARDO)

Como vemos, ya sea de forma explícita o implícita, la importancia del factor económico está presente en los nuevos modelos de gestión, sustentados en la importancia del diagnóstico psiquiátrico, herramienta imprescindible en torno a la que se articula toda la política asistencial.

La tendencia economicista que ya amenazaba las políticas desinstitutionalizadoras de los años 80 en España con el Informe Abril (1991) y que fueron denunciadas desde los propios ámbitos asistenciales inmersos en procesos de reforma (Rottelli *et al* 1987) cobran realidad hoy, articulándose en un conjunto de tendencias de la política asistencial que se acerca a las dificultades humanas con la pretensión de resolverlas o controlarlas, utilizando para ello la herramienta del diagnóstico psiquiátrico entendido como etiqueta, que desvaloriza las relaciones y cosifica al otro en un proceso de sometimiento y dependencia del SASM, ayudando de esta forma a deslegitimarlo.

Como vemos, reducir las desigualdades en el ámbito de la salud (III Plan Andaluz de Salud 2003) constituye una preocupación importante en los discursos profesionales, tanto en profesionales jóvenes como experimentados en el sistema. Los déficits identificados en el SASM son percibidos todavía como de gran magnitud y las desigualdades evidentes, de manera que la medida en que se ha llevado a cabo el proceso de reforma en la provincia es valorada como altamente deficitaria, es decir, faltan recursos sanitarios, pero especialmente recursos sociales que sirvan a la inte-

gración real de las personas con enfermedad mental. No obstante, se reconoce una mejora sustancial de las condiciones de atención a la salud mental, haciendo de ésta una atención incomparablemente más digna.

La construcción del conocimiento sobre salud y enfermedad mental (Berger y Luckmann 1994) ocurre de manera altamente homogénea en los discursos profesionales, aunque existen ámbitos de construcción de dicho conocimiento que resultan marginales. Esta circunstancia dota de la necesaria y evidente subjetividad al mismo proceso, convirtiéndose así en reflexivo, intersubjetivo y relevante en el mismo momento de ser transmitido (Berger y Luckmann 1994; Lamo de Espinosa 2001).

La alta homogeneidad en la construcción del conocimiento sobre salud y enfermedad mental afecta los distintos ámbitos de este cuerpo de conocimientos que tiene que ver con las categorías discursivas de nuestro análisis.

Como decimos, un conocimiento altamente homogéneo, no solo en el ámbito del conocimiento genérico, sino también en el ámbito del conocimiento específico asociado a los roles de profesionales facultativos y enfermeros, evidenciado en todo el proceso de construcción social de tipificación, objetivación y legitimación (Berger y Luckmann 1994), en el que se reconoce, nombra y justifica la misma realidad compartida por las y los profesionales facultativos y enfermeros.

La presencia permanente de presupuestos implícitos no cuestionados en los discursos profesionales, mucho más atenuada en los profesionales experimentados, habla de una cierta ausencia de la sensibilidad crítica necesaria para cuestionar las funciones ideológicas que el SASM actual está cumpliendo (Van Dijk 2003). Asimismo, en los discursos de las y los profesionales más jóvenes encontramos una mirada parcial y descontextualizada sobre qué es la salud y la enfermedad mental altamente internalizada, lo que contribuye a ese carácter ideológico que impregna los discursos.

Aunque implícita, la concepción biologicista (Ojeda 2003; Foucault 2005) atraviesa la mayoría de los discursos profesionales, legitimando por ausencia de crítica, un sistema con sus instituciones que aparece a todas luces desigual (Foucault 2005), pero un sistema que se perpetua desde el discurso profesional de la «enfermedad». La percepción mayoritaria en los discursos profesionales es que el sistema se puede mejorar con más recursos, abundando así en el paradigma técnico de la reforma (Basaglia 1972). No obstante y aunque minoritaria, existe una mirada que apunta al cuestionamiento crítico del sistema en lo que se refiere a los mecanismos de influencia que lleva a cabo el propio SASM sobre la población, mecanismos estructurales, represivos o ideológicos (Huertas 1999), aunque sin consolidar ese segundo momento de lucha política antiinstitucional del que habla Basaglia (1971, 1972) como necesario en cualquier proceso de reforma.

### 3.1.3. El «discurso de usuarias y usuarios» sobre el sistema de atención a la salud mental

Los discursos que analizamos a continuación son heterogéneos pues recogen dos miradas singulares, las de familiares y pacientes sobre el SASM, aunque desde la misma posición compartida de *no-poder*, lo que confiere homogeneidad a los discursos.

#### 3.1.3.1. *Enfermedad versus sufrimiento*

El discurso de usuarias y usuarios en la categoría que nos ocupa adopta una forma peculiar, pues participa a la vez del *discurso de la enfermedad* y del *discurso del sufrimiento*, con predominio de este último como era de esperar.

El *discurso de enfermedad* se presenta en un *nivel racional*, de aquello que es para las y los usuarios la «enfermedad mental». No obstante, el *discurso de sufrimiento* predomina y se visibiliza en el conjunto discursivo cuando las y los usuarios se refieren a sus *experiencias o vivencias* con la enfermedad. Así, las creencias o cogniciones (nivel racional), pero sobre todo las vivencias (nivel emocional o expresivo-valorativo) de las y los usuarios conforman el *contexto micro* de la presente categoría discursiva.

El *discurso de enfermedad* se presenta de forma explícita e implícita en usuarios articulado en torno a los tópicos de la «incurabilidad» y de la «aceptación del tratamiento farmacológico como algo inevitable»:

«yo no le veo solución...yo pa mí es la peor enfermedad que hay...y lo peor tratada que está...¿yo qué sé!, porque como no reaccionan bien... le hicieron el electroencefalograma también <...> dice que no, que daba bien»... Que no, que no puede dejar la medicación, pues:: ¿qué vamos a hacer?»

(MERCEDES)

«yo creo que es que la enfermedad es lenta, de los que caen se recuperan muy pocos. Porque de todos los que yo conozco, se han recuperado por no decir ¡ninguno! Que les cuesta mucho trabajo... Se recuperan pocos... Lo que pasa es que esta enfermedad como ya te he dicho antes, no es que la vesícula está mal y que se puede quitar, esto es que la cabeza tiene mal arreglo»

(JACINTO)

«yo la enfermedad a lo mejor la tenía desde pequeña...como un tipo de nervios en la cabeza, en el cerebro que te da como un trastorno mental... me vio un psiquiatra y me puso el encefalograma y me dijo que me iba todo bien, no me diagnosticaron

ná <...> bueno me diagnosticaron la enfermedad, la esquizofrenia, que es lo que padecía pero ya está [...] tenemos que pincharnos, tenemos nuestro tratamiento médico»

(PATRICIA)

«o sea, una pastilla al día y una inyección al mes, esa es la medicación mínima que puedo tomar. Si tomo menos de eso ya caigo malo... pero él [*refiriéndose al psiquiatra*] lo que quería era ponerme cada día menos,irme quitando y yo le dije que no, que no me quitara... lo llevo bien, no es mucho tampoco»

(JACOBO)

Por su parte, el *discurso de sufrimiento* se articula en torno a los tópicos de las «vivencias personales con la enfermedad o sufrimientos que esta genera», sobre los «efectos secundarios del tratamiento farmacológico» y sobre «el sentimiento de exclusión» presente en todos ellos.

Las «vivencias personales» de las y los usuarios son vivencias de sufrimiento, de múltiples sufrimientos, pero mientras para los familiares son todas ellas vivencias de intranquilidad y angustia que repercuten en sus hábitos cotidianos ahora modificados:

«pero ¡esto!, esto de no razonar y:: ¡eso es lo peor que hay!...mi madre estuvo enferma y pasamos mucho, sufrimos mucho pero de distinta manera...pero esto es que no se deja llevar a ningún sitio...eso es para estar conviviendo con ella para saberlo»

(MERCEDES)

«es:: un quitavidas como yo digo, porque ese sueño que yo tenía tan plácido ya no lo conozco... Sí, y esa tranquilidad que se tenía antes pues ya no se tiene...»

(JACINTO)

para los pacientes el sufrimiento se traduce en malestar existencial que puede ser difícil de definir:

«tengo altibajos, un poco más triste, más depresiva, más flojilla, más decaída, pero otros días me encuentro perfectamente, puedo hacer una vida normal... te cuesta hacer las cosas, te cuesta hablar con alguien, te sientes más retenida, no sé cómo decirlo... no te puedes expresar cómo eres, eso. No te puedes expresar cómo eres, sí, sí, eso es, sí... los enfermos mentales somos más tímidos, somos muy tímidos, yo por lo menos soy tímida»

(PATRICIA)

«los enfermos tienen sus limitaciones... que tienes tus limitaciones. Aparte de que no estás nunca cien por cien, pues te notas un poco fuera de lugar, te notas un poco

marginado... Pues nada que:: pues la esquizofrenia pues:: es una cosa dura ¿no? y hay mucha gente que la suma a la locura, *esquizofrenia-loco* y entonces pues <...> te sienta mal»

(RAÚL)

«Me sentía que no tenía raciocinio <...> entonces no sabía, hacía una cosa y no sabía si estaba bien o mal... Siempre estaba pensando en palabras...y pensaba muchas clases de palabras...En fin, que me venían esos pensamientos...lo dulce y lo amargo, lo contrario <...> que me venía eso a la cabeza y luego iba y se me quitaba <...> y eso sufría yo bastante en esos momentos

¿No los querías tener?

No los quería tener, no... [y] yo no he ido por la calle diciéndoselo a nadie...si se lo contaba al médico...a los amigos más allegados y eso...a mi familia tampoco se lo he contado porque me daba vergüenza contarles esas cosas»

(JACOBO)

Si bien en los discursos de usuarios aparecen referencias abundantes sobre la experiencia de sufrimiento, resulta sin embargo llamativa la ausencia de referencias a la «salud mental», apareciendo con nitidez en solo dos de los discursos:

«estar sano sería lo ideal para mí <...> estar trabajando, tener una pareja, un hijo o una hija, estar en la sociedad y querer subir en el trabajo»

(RAÚL)

«tener salud mental es vivir feliz y por ejemplo, tener ánimos para trabajar, relacionarse bien con la gente, enterarse de una conversación, hablar también correctamente ... en fin, ser feliz...»

(JACOBO)

Los «efectos secundarios del tratamiento farmacológico», especialmente la *inactividad*, aparece con fuerza como tópico en el discurso del sufrimiento, calificándose como el principal problema de la enfermedad y generándose a su alrededor un cierto discurso de resistencia:

«desde que empezaron las inyecciones, empezó a acostarse: *que estoy muy mala, que estoy muy mala* y a acostarse. Se levantaba, se fumaba un cigarro, se acostaba y así...»

(MERCEDES)

«hacer cualquier cosa es que les cuesta un infierno...yo no sé si será el medicamento, si será que lo arrastra la enfermedad...A trancas y barrancas se afeita, sí <...>

pero que le cuesta mucho trabajo todo <...> yo creo que el medicamento lo tiene muy alicaído»

(JACINTO)

«Me da mucho sueño, hay días que me da por dormir mucho y me duele la cabeza, a veces de dormir ¡claro! <...> hay días que me levanto muy floja, con dolor de cabeza, que no tengo ganas de hacer ná <...> pero hay que hacer las cosas ¡a ver!»

(PATRICIA)

«Y ese medicamento pues me deja algunas lagunas <...> la tensión me la baja por los suelos y luego no te acuerdas, o sea, que tienes lagunas. Yo se lo achaco al medicamento...y me va bien, lo que pasa es que lo sufro en mis carnes...Te tomas las pastillas y luego por la noche dices: bueno, ahora que estoy empezando a abrir los ojos y que tengo que tomar otra vez... ¡cómo no te vas a encontrar bien si no tienes fuerzas para rechistar!»

(RAÚL)

«El único problema que tengo es eso, ya te lo he dicho, la falta de ánimo...  
¿A qué crees que se debe esa falta de ánimo?»

Pues yo creo que es de la medicación, que te quita, te quita los ánimos...»

(JACOBO)

El «desamparo y la angustia» o la «relativa tranquilidad» en los familiares, así como la «resignación» en los pacientes, definen el tópico de *cómo se sienten* en el momento actual los usuarios y sus expectativas, teniendo en cuenta su experiencia con la enfermedad:

«yo me eché a llorar pensando en el día de mañana...¡claro! las cosas están muy bien puestas, muy bien arreglao para que a ella no le falte <...> y ¡en fin!, pero claro, la cosa es dónde se va a situar <...> eso es el problema»

(MERCEDES)

«Y es lo que le digo: *que nosotros no vamos a estar toda la vida...* Yo estoy contento dentro de lo que hay porque él tiene su paga <...> eso sirve de tranquilidad también»

(JACINTO)

«Yo hubiera hecho una vida como todas, hubiera tenido una casa y unos hijos ... pero al estar yo así... Yo no me siento menos que otro pero muchas veces te pones muy triste, te sienta mal que te digan eso, que tú vives tu vida lo mejor que puedes y te dicen esas cosas y te sientes un poco ridícula...»

(PATRICIA)

«Pero yo, ilusiones ahora mismo ¿qué ilusión tengo?. Ir al fútbol, venir con los amigos y echar una charla<...> o sea, que yo prácticamente, yo ilusiones no tengo ahora mismo, no tengo muchas, la verdad <...> y eso pues día tras otro te merma, te va mermando y te va::»

(RAÚL)

Como podemos observar, el carácter ideológico de la presente categoría se evidencia en varios ámbitos del discurso de la enfermedad y del discurso del sufrimiento. En primer lugar –como decimos– las escasas referencias a la «salud mental» posiciona a los usuarios en una realidad parcial de la enfermedad o el sufrimiento que aparece detallada y mostrada con claridad, pero una realidad que implícitamente invisibiliza otros modos posibles –aunque marginales– de estar en la misma experiencia:

«me siento más bien enfermo <...> lo que pasa que la vida también pasa y los años pasan y tienes más experiencia y a lo mejor con la enfermedad se puede ser feliz también»

(JACOBO)

Por otra parte, el recurso a la noción de *enfermedad*, legitimada por el «poder psiquiátrico» (Foucault 2005) y su permanente comparación con distintas enfermedades físicas aunque sea para diferenciarla de ellas, hace que la *experiencia* en cuestión esté orbitando constantemente en el discurso de la enfermedad mental, reforzándose esta idea por sus referencias a los órganos corporales (la cabeza o el cerebro), al margen de las evidencias concretas.

Asimismo, el recurso a la primera o tercera persona del plural o sus tiempos verbales correspondientes («tenemos que pincharnos», «tengo que tomar una pastilla», «los que caen», «los que yo conozco», «los enfermos tienen sus limitaciones...que tienes tus limitaciones»...) está presente en los discursos de usuarios, identificando la pertenencia grupal como «enfermos mentales» diferenciados en su identidad social de aquellos que no lo son, lo que contribuye a construir la diferencia y a reforzar de esta manera su carácter ideológico.

Finalmente, la *exclusión* representa el último tópico que caracteriza el discurso del sufrimiento en las y los usuarios y constituye –como ocurre en el discurso de informantes clave– *un tópico de transición* que da paso a la categoría *exclusión* versus *integración* que pasamos a analizar.

### 3.1.3.2. *Exclusión* versus *integración*

Los discursos de usuarios son discursos que enfatizan distintos aspectos de la exclusión, a costa de un discurso de integración peculiar, cuya presencia marginal lo hace menos visible y con menos fuerza.

El discurso de exclusión se articula en torno a distintos tópicos, a saber, la «crítica a la exclusión social» que padecen las y los usuarios del sistema especialmente desde los medios de comunicación, la «autoexclusión» y la «exclusión implícita desde el propio SASM».

Se ha afirmado que «el individuo estigmatizado se define a sí mismo como igual a cualquier otro ser humano, mientras que, al mismo tiempo, es definido por él mismo y por quienes lo rodean como un individuo marginal» (Goffman 2003: 129) y así es como lo encontramos ideológicamente polarizado en los discursos de usuarios, en un proceso al que contribuye la sociedad y los medios de comunicación, ejerciéndose una exclusión efectiva que sufren no solo los enfermos mentales, sino también sus familias:

«PERO TE RECHAZAN, TE RECHAZAN...A VECES ES LAMENTABLE, SÍ, SÍ <...> TE VEN COMO UN BICHO RARO ¿NO? MUCHAS VECES...somos normales, somos personas normales que podemos estar con todo el mundo...»

(PATRICIA)

«no los tratan como deben tratarlas, les tiran como que son personas que están locas y:: <...> si dicen cualquier tontería, para reírse y:: ella misma se da cuenta y dice *si es que salgo y se ríen de mí...*»

(MERCEDES)

«es que aquí la palabra que existía entonces, hace 24 años <...> *está loco, está loco* <...> y hay un poco de temor. Lo vemos claro, sí <...> hay un poco de temor...[*La sociedad*] no los ve muy bien...no los conocen mucho y al mismo tiempo tampoco quiere conocerlos... pero que jamás ha sucedido nada, ¡ea! que como se oyen tantas cosas por la televisión...tenían que tener un trato normal, como los demás, pero parece ser que sí, que hay un trato especial»

(JACINTO)

«Y que la gente la enfermedad mental le da mucho yuyu...como tiene la vista esta de los programas de televisión. Y ya nombran la palabra *esquizofrenia*...la sociedad es como ver un poco un árbol caído y hacen leña....la sociedad es dura»

(RAÚL)

«La sociedad hasta que no le toca la china a ellos, no se preocupan del problema <...> y te marginan y te dicen loco y cosas...también como se ven casos en la televisión de gente que está malamente de los nervios...»

¿Qué te parecen esas noticias?

¡Hombre! están malamente, son:: están malamente pero que eso les pasa a los que no están locos también»

(JACOBO)

En estas circunstancias, la «autoexclusión» constituye una manera frecuente de afrontar la exclusión social generalizada, probablemente como forma de buscar un buen ajuste social en un proceso que –en el sentido de Szasz (2001)– podemos denominar de *asunción de un rol adscrito*, el de *enfermo mental estabilizado*, que no ponga a prueba los límites de la aceptación social y a la vez, que sirva para prevenir el sufrimiento de sentirse –de hecho– marginado, consintiendo en «una aceptación fantasma que proporciona el fundamento de una normalidad fantasma» (Goffman 2003: 144):

«Me he sentido mal, acoplejado y marginado, un poco marginado. Pero bueno marginado más bien es por nosotros, uno se margina también y aparte ya te jubilas y eso ya te margina»

(RAÚL)

«Pero luego se ha ido encerrando, encerrando y eso ya ni tanto ni tan poco...»

(JACINTO)

«Si yo estoy aquí metida de día y de noche y salgo a comprar por aquí <...> subir por ahí no subo desde hace años, hace años que no subo. Desde que está así, yo no puedo salir»

(MERCEDES)

Como vemos, la aceptación y la justificación de la situación de exclusión que sufren los propios enfermos o sus familias queda patente en la estrategia argumentativa que justifica su exclusión (la jubilación en Raúl o la relación de dependencia establecida entre madre e hija en Mercedes) y ello, mediante el *topos de la carga o lastrado*, estrategia que legitima cualquier acción que tienda a disminuir esa carga o lastrado que en este caso supone la exclusión.

Por su parte, la exclusión de los usuarios generada desde el propio SASM es peculiar en cuanto que los usuarios vinculan ésta a la imagen de los propios dispositivos y a las sobrecargadas agendas de las y los profesionales. Pero más allá de esto, habría que entender la exclusión desde el SASM como una exclusión que tiene que ver con la propia gestión del mismo, el cuál en el esfuerzo de atender a la gran demanda convertida ahora en atención especializada, es incapaz de cubrir las necesidades más básicas de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Así, frente a las necesidades expresadas por los usuarios de mayor frecuencia de consulta y trato con los profesionales de los dispositivos, nos encontramos con un sistema que actúa de barrera a través de la baja periodicidad en las citas. Como decimos, la agenda sobrecargada de

las y los profesionales y el recurso a la medicación como forma principal de atención y contención de la demanda, es percibida por los usuarios como una barrera que excluye de hecho y agravia comparativamente a los usuarios con problemas graves del resto de usuarios:

«Y lo que no quiere saber nadie ná de ná <...> muchas campañas, muchas tonterías, mucho hablar y luego a la hora de la verdad <...> NO HAY AMPARO NINGUNO [...] que no:: <...> que no pueda dejar la medicación, pues:: ¡qué vamos a hacer!»

(MERCEDES)

«yo creo que el medicamento también lo tiene muy alicaído  
*¿y eso lo habeis consultado con el psiquiatra, lo del medicamento?*

Sí, dice que sí, también agacha mucho <...> será para tenerlos más controlados...y como yo digo todo no se arregla nada más que con medicamentos, porque al final es una consulta. Llegas allí *¿qué pasa Roberto?, ¿cómo vas? <...> de esta forma, de esta y esta*. Ya ellos empiezan a hacerle preguntas...bueno pues te vamos a rebajar o te vamos a aumentar, ya está. Ahí está todo, en las pastillas <...> y tenía que haber otros campos»

(JACINTO)

«sí, me revisan el tratamiento y habla conmigo el psicólogo, el psiquiatra y ya está, es un diálogo entre él y yo <...> una consulta, es tipo consulta»

(PATRICIA)

«no hay comunicación entre los familiares <...> entre los familiares y los, por ejemplo, los médicos <...> yo no veo que haya, porque te dan una cita cada tres meses <...> pero que yo siempre he tenido las puertas abiertas para ir cuando estaba malo, que eso es muy importante. Cuando estás malo tienes que ir y si hay alguien que te dice::, no te hace falta casi ni pastillas, te atiende, te dice *bueno pues esto*, te da un buen consejo después de eso y ya está, con eso simplemente

*¿Hablar?*

Hablar simplemente, simplemente, simplemente»

(RAÚL)

«yo valoro que es correcto [*el sistema*], pero que podían hacer más cosas, por ejemplo más psicólogos y más atención de psicología <...> de psicólogos y:: más a menudo <...> no pasar tanto tiempo en las citas»

(JACOBO)

Como vemos, aunque tímido aparece un discurso de resistencia centrado en la insuficiencia de los recursos y en los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, aunque éste último está sujeto a una cierta paradoja. Es decir, se cuestionan los efectos indeseables de la medicación pero no se cuestiona más allá de esto, aceptándose el mismo acríticamente o incluso con resignación, como una muestra de la aceptación incondicional del conocimiento legitimado al respecto, es decir, la toma de la medicación es un presupuesto tácito incuestionable por provenir prescriptivamente de unos profesionales.

Por su parte, el discurso de integración que encontramos en los usuarios es asimismo peculiar, pues está vinculado desde su perspectiva a la presencia de formas institucionales que actúen como mediadoras de la integración efectiva del enfermo mental, sean estas «la familia», «las asociaciones», «las actividades específicas pensadas para enfermos mentales» o «la propia medicación mejorada»:

«yo por mí, creo mejor que estén en sus casas...pero que estén atendidos <...> por enfermeras, por asociaciones que hay que se dedican a ayudar a los enfermos..»

(MERCEDES)

«yo veo muy bien la asociación, hacemos juegos, reuniones, hablamos con la psicóloga...NOS LLEVAMOS TODOS MUY BIEN, MUY BIEN, nos llevamos muy bien... salimos a pasear, algún día nos llevan a tomar un café ... hacemos excursiones...»

(PATRICIA)

«que tuviera una actividad, que tuviera una actividad y darle apoyo...

*¿te refieres a trabajo?*

Sí, alguno <...> trabajo pero no muy fuerte, ¡una actividad! la que fuera y apoyo. Apoyo durante las:: incluso en el trabajo, darle ánimo <...> pero sobre todo tener una actividad y apoyo»

(RAÚL)

«Lo único que yo le echo pegas es a la medicación <...> que podía mejorarse y sacar cosas nuevas que te curaran del todo <...> es la medicación lo que veo yo el problema que tiene la sanidad <...> y la falta de atención a psicólogos y todo eso...»

(JACOBO)

Como vemos, el carácter ideológico de estas afirmaciones está presente en el empleo de la primera y la tercera personas del plural que los confirma en su pertenencia e identidad grupal como usuarios, compartiendo intereses y necesida-

des. Pero además, dicho carácter se evidencia de manera más sutil en su referencia a «otras formas de integración».

En los discursos de usuarios existe, aunque tímido o marginal, un discurso de integración que se muestra como *añoranza de normalidad*:

«estar sano sería lo ideal para mí <...> estar trabajando, tener una pareja, un hijo o una hija, estar en la sociedad y querer subir en el trabajo»

(RAÚL)

«Yo hubiera hecho una vida como todas, hubiera tenido una casa, unos hijos...»

(PATRICIA)

una normalidad a la que sin duda las asociaciones han contribuido (Ariño y San Pío 2007) actuando como mecanismo primario de aproximación a esa experiencia normalizada de la vida desde el otro lado que representa el individuo estigmatizado, el enfermo mental.

Sin embargo, no se puede pasar por alto el hecho de que las instituciones o formas institucionales como la familia («en casa pero atendidas por enfermeras o por asociaciones»), las asociaciones («hacemos juegos», «salimos a pasear», «nos llevan a tomar un café»...) la medicación o los trabajos especiales («trabajo pero no muy fuerte»...) no hacen una normalización al uso, pues recordemos que estamos hablando de personas estigmatizadas como «enfermos y enfermas mentales» y que esas formas institucionales representan también unos intereses, los intereses de la población no estigmatizada. Por ello, hay que contemplar la posibilidad de que más que integración lo que produzcan estas «otras formas de integración» sea una mayor desigualdad, al sugerir que ese espacio específico (el domicilio, la asociación...) sea el «lugar» apropiado para el enfermo mental, su pequeño universo al que quedar reducido, aunque desde la posición inconsistente de cuáles sean sus mejores intereses, como usuarios-pacientes, es decir, sin conciencia de exclusión.

### 3.1.3.3. *El otro deslegitimado versus el otro legitimado*

Las categorías discursivas «*exclusión versus integración*» y «otro deslegitimado *versus* otro legitimado», conectan sutilmente a través de la idea de «aceptación», un concepto que para Goffman (2003) constituye el rasgo central que caracteriza la situación vital de la persona estigmatizada. De esta manera, las personas que rodean al enfermo mental estigmatizado «no logran brindarle el respeto y la consideración que los aspectos no contaminados de su identidad social habían hecho prever y que él había previsto recibir» (Goffman 2003: 19), haciéndose eco del rechazo y asumiendo en cierto modo el rol asignado como persona diferente cuyas percepciones y nece-

sidades acaban siendo subsidiarias de las percepciones y necesidades de los demás, de aquellas personas que representan el poder legitimado social y profesionalmente.

En los discursos de usuarios, el posicionamiento discursivo con el otro *legitimado* resulta marginal frente a una postura predominante de *el otro deslegitimado*. Este último, escasamente centrado en la necesidad o prescindibilidad del diagnóstico psiquiátrico, se articula fuertemente en torno al tópico de las *relaciones interpersonales*, especialmente de las relaciones familiares, aunque también de las relaciones que tienen lugar en el contexto de la práctica clínica profesional.

Aunque con excepciones, las relaciones interpersonales o el trato personal que se evidencia entre los pacientes y sus cuidadores, sean estos la propia familia o los y las profesionales, aparecen con un matiz muy característico de *trato infantil o de minoría de edad* que se dispensa a los usuarios-pacientes, de manera que sus percepciones, experiencias o necesidades quedan implícitamente cuestionadas frente a aquello *que debe ser* o aquello *que tiene sentido*, encarnado en el criterio normativo que representan profesionales y familiares.

Para quienes cuidan, determinados aspectos de la relación con sus hijos enfermos, de trato de *minoría de edad*, resulta al menos necesario como forma de protegerlos de lo que ellos perciben como peligros potenciales:

«venía muy bien, dormía bien, comía bien, jamás decía tonterías...ahora está aquí y *dame un cigarro y dame un cigarro* y esa es ahora la rabieta que le veo yo, es el tabaco <...> y ¡a ver!.....por la mañana se despierta *mamá despiértate* <...> y yo como que estoy durmiendo y hago así.-porque a mí no me gusta quedarme en la cama mucho rato, pero aguanto mientras puedo porque mientras está acostá [llora] no está pidiendo tabaco....además yo tampoco quiero que lleve dinero, porque si es que yo pudiera darle a ella los dineros <....> porque es que cuando tenga dinero no me lo va a dar y lo va a echar en tabaco. Por eso, ella tenía guardado no sé si eran :: ea, pues tenía 2 de 50, tenía 1 de 20, 2 de 10 <...> ella lo ha ido juntando en su santo y:: se lo he quitado porque dice que teniendo dinero compra el tabaco que quiere....y todo lo que le pueda evitar se lo tengo que evitar»

(MERCEDES)

«en la cuenta suya había unos días que ha sacado hasta dos o tres veces de la cartilla...como siga igual digo *...vamos a hacer otra cosa, para que pueda sacar tienes tú que venir con él* <...> y ya sí, de esa fecha ya no ha vuelto a sacar»

(JACINTO)

«ella [*la madre*] siempre ha querido tenerme a su lado, y no me::, no es que no me deje hacer las cosas pero siempre me ha tenío un poco más sujeta y más inhibi-

da ahora ya parece que me deja más salir y entrar::, hablar con la gente, me deja, pero sí:: que antes me ha tenido un poco retenida»

(PATRICIA)

Si bien este *rol de minoría de edad* es asumido por algunos pacientes:

«nosotros es que normalmente la mayoría somos personas de dependencia, hacia la madre, hacia el padre, hacia la hermana, hacia alguien»

(RAÚL)

existe también en los pacientes un discurso de resistencia que cuestiona estas formas sobreprotectoras de relación y reivindica para ellos sus propias necesidades de relación con los demás, independientemente de los estándares sociales:

«nos ven como si estuviéramos locos, como si fuéramos niños chicos y no nos dejan, y no nos quieren, se puede decir que no nos quieren, yo creo que sí, NO NOS QUIEREN, NO, NO»

(PATRICIA)

«Luego también, nosotros, particularmente yo, muchas veces no soy muy comunicativo y voy a mi bola y:: entonces pues no me gusta mucha relación ¿no? <...> y hay días que no tienes ganas de relacionarte, te cuesta trabajo y entonces pues::, pues no sé <...> te dice el médico, dice ¡que es un problema mío que no me comunico mucho!»

(RAÚL)

En cuanto a las relaciones que se establecen en los dispositivos asistenciales, en general éstas son vistas y calificadas por las y los usuarios como buenas, cordiales o correctas:

«me gusta el trato que me tienen, son amables, son muy amables, son amables y cordiales, son cordiales, gente cordial»

(PATRICIA)

«El trato era bueno y correcto y eran simpáticos y eso, pero siempre hay algunos que son diferentes»

(JACOBO)

«Estoy contento porque allí en salud mental nos tratan muy bien, muy bien»

(JACINTO)

Sin embargo, la experiencia de *sentirse legitimado* en las relaciones resulta una experiencia más profunda y satisfactoria que aparece marginalmente en uno de

los discursos al hablar de uno de los dispositivos en el que el trato deferente que dispensan las y los profesionales resulta excepcionalmente positivo:

«¡hombre!, allí hay pues agrado, aunque parezca mentira hay agrado, hay simpatía, hay atención <...> ¡yo qué sé!. Yo cuando empecé allí digo: *¿esto qué es? si esto no es posible <...> que si las muchachas, esta, la otra <...> buenos días, buenos días, vamos a esto, vamos a lo otro <...>* ¡jo! Si esto pone bueno a cualquiera, ese agrado, esa simpatía. El otro, por otro lado *que cuando estés::, que hables conmigo que::, pues claro yo vi aquello, acostumbrado a lo que era, a lo que es la:: psiquiatría...*»

(RAÚL)

Como vemos, también en esta categoría se evidencia el carácter ideológico de los discursos, no solo en el uso de la primera y tercera personas del plural, lo que confirma las identidades sociales de los enfermos mentales diferenciándolos de quienes no lo están, sino en otros aspectos más sutiles. Nos referimos a la predominancia discursiva de *el otro deslegitimado* y a la sobreprotección a que da lugar, sin que en ningún momento exista o se evidencie la necesidad de justificar –por parte de quienes así se conducen– ese carácter de las relaciones *desde el poder* con el usuario-paciente.

Los discursos de usuarias y usuarios son discursos que reflejan desde la vivencia en primera persona la situación de desigualdad hacia la enfermedad y los enfermos mentales que reconoce el discurso profesional y experto y que además recoge el III Plan Andaluz de Salud (2003) como una de sus prioridades. Como decimos, la vivencia en primera persona de tantas y tan fuertes desigualdades, se muestra en los discursos bajo un sentimiento de incredulidad e incluso de desesperanza sobre aquello que es un derecho consagrado por la norma (el derecho a la salud) pero de hecho, altamente deficitario en la vida cotidiana de las personas que sufren por problemas mentales.

En los discursos de usuarios encontramos un proceso de construcción peculiar sobre el conocimiento existente acerca del SASM (Berger y Luckmann 1994). Esta peculiaridad le viene por una parte, del discurso profesional dominante (discurso de la enfermedad) presente como algo propio y asumido acríticamente, junto con los valores que acompañan a dicho discurso y, el reconocimiento o legitimación de la praxis que dicho discurso consagra. Pero por otra parte, el discurso de usuarios es esencialmente un discurso de sufrimiento, lo que le hace especial y le dota de ese carácter subjetivo e intersubjetivo (Berger y Luckmann 1994) propio de los discursos contruidos y comunicados socialmente. Por tanto, como elementos de influencia, los discursos profesionales se reproducen en los discursos de usuarios, transmitiendo el mismo orden que ellos representan. Y aunque el discurso de sufrimiento tiene gran fuerza en este grupo de protagonistas, no posee sin embargo la capacidad suficiente

para cuestionar el conocimiento legitimado sobre «enfermedad mental», reduciéndose a ese carácter de «conocimiento subyugado» del que hablara Foucault (1980)<sup>164</sup>.

Esta falta de cuestionamiento crítico del discurso ajeno asumido como propio constituye en sí mismo su carácter ideológico (Van Dijk 2003) y legitima en ello todas las instituciones nacidas al amparo de la reforma en el llamado «modelo de atención comunitaria». No obstante, resulta altamente paradójica la legitimación recibida por parte del discurso de usuarios al sistema comunitario, teniendo en cuenta que ese mismo sistema<sup>165</sup> es generador de parte de su sufrimiento. Nos referimos a que ese sistema es generador de un tipo de relación (usuarios-profesionales) que inhibe la reciprocidad de los encuentros construyendo y reforzando un poder psiquiátrico previsto para el diagnóstico y el tratamiento descontextualizado (Basaglia 1972; Cooper 1978), impidiendo la comprensión auténtica del marco existencial de la persona que sufre (Laing 1974) y perpetuando los problemas relacionales causantes del sufrimiento (Cooper 1978), que no *la enfermedad* (Szasz 2001). Un sistema, el SASM que no solo no comprende el sufrimiento existencial de las personas a las que dice servir, sino que invisibiliza las formas peculiares en que algunas personas enfrentan su sufrimiento, una invisibilización, eso sí que sirve a la legitimación progresiva de un modelo economicista presente cada vez con más fuerza en nuestro sistema.

---

<sup>164</sup> Citado en Geekie (2006).

<sup>165</sup> Nos referimos específicamente al «sistema», independientemente de la identificación que cada profesional pueda tener con el mismo.

## 4. Conclusiones

De considerar los objetivos de nuestra investigación, el marco teórico de partida y la metodología del análisis crítico de los discursos de las y los entrevistados llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Los discursos de las y los protagonistas de nuestra investigación, a saber, informantes clave, profesionales (enfermeras/os y facultativos/as) y usuarios (pacientes y familiares), son discursos relativos al conocimiento institucionalizado del Sistema de Atención a la Salud Mental (SASM) en la provincia de Jaén y son discursos *relevantes* sobre aquello que es la atención a la salud mental en la provincia durante el tiempo considerado en nuestra investigación, desde el inicio de la desinstitucionalización psiquiátrica en 1981 hasta la actualidad. Para comprender los discursos es preciso atender al contexto de su producción, no solo su contexto inmediato sino el contexto más remoto, societal, cultural y profesional heredado de los años 50 del pasado siglo XX. El conocimiento sobre la atención a la salud y la enfermedad mental que encontramos, es un conocimiento construido y en construcción permanente como muestran la evolución de los mismos, los cuales adoptan en algunos términos posturas radicalmente contrapuestas, pero todos ellos posicionados «con el modelo comunitario» y «frente al saber y a la cultura manicomial de décadas pasadas». Es decir, el conocimiento sobre salud y enfermedad mental explorado es un conocimiento histórico, dialéctico y como tal producto humano, un conocimiento reflexivo.

2. La cultura social y profesional en torno al sistema de atención a la salud mental en la provincia de Jaén en el momento actual está caracterizada por un potente *discurso de la enfermedad* que se constituye en discurso legitimado y legítimo, profesional y socialmente, frente a un *discurso marginal de sufrimiento*, que actúa como discurso de resistencia frente a dicho discurso legitimado. Esta polarización discursiva conforma la categoría de análisis *enfermedad versus sufrimiento*.

3. La legitimación existente y mayoritaria en torno al discurso de la enfermedad que encontramos en nuestro análisis en el momento actual, es posible

entenderla teniendo presente el proceso de legitimación producido durante todo el siglo XIX en torno al conocimiento psiquiátrico como un campo más del conocimiento médico, a la influencia de la escuela alemana de Heidelberg en la práctica psiquiátrica provincial y al apoyo de un proceso de vulgarización del conocimiento alienista fomentado en las primeras décadas del siglo XX y alentado, en última instancia, por el modelo epidemiológico de las enfermedades que promoviera la Organización Mundial de la Salud en los años 70, un modelo nuevamente reforzado hoy por las políticas sanitarias europeas y de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, la legitimación del discurso de la enfermedad ha de entenderse apelando a la ausencia de cuestionamiento crítico por parte de los grupos de poder (gestores y profesionales) y de no-poder (usuarios y usuarias) en torno a la epistemología psiquiátrica y a la práctica a que da lugar. De ello se deriva la fuerza de un discurso, el de la enfermedad, difícilmente cuestionable y marginalmente cuestionado, profesional y socialmente. Los discursos analizados desvelan así un posicionamiento mayoritariamente biologicista de la salud y la enfermedad mental (informantes clave, profesionales y usuarios), con connotaciones economicistas en algunos de los discursos de gestores y profesionales y, otro posicionamiento minoritario o marginal que contempla con mirada crítica la salud y la enfermedad mental.

4. El *discurso de la enfermedad* se articula en los tópicos de «cronicidad», «organicidad» e «incurabilidad» además de, como «fallo o anomalía» de lo que es o se considera normal en el ser humano. El *discurso del sufrimiento* aparece como un discurso fuertemente resistente articulado en torno a los tópicos de «no-organicidad» y «no-incurabilidad» (informantes clave) y en torno a la idea de «sufrimiento necesariamente contextualizado» (profesionales) o a los múltiples sufrimientos (ante el futuro, ante la inactividad habitual de los usuarios-pacientes o ante el rechazo experimentado) presentes como tópicos en los usuarios. Dentro de esta categoría discursiva, el «estigma» (en informantes clave) y el «rechazo» (en usuarios) constituyen una especie de *tópicos de transición* a la siguiente categoría discursiva *exclusión versus integración*.

5. La categoría discursiva *exclusión versus integración*, se encuentra menos polarizada que la anterior categoría. Por una parte, el discurso de «crítica a la exclusión» está presente en todos los protagonistas, pero además, dicho discurso adopta la forma de la «necesidad de instituciones» y de «ausencia de crítica interna» hacia los valores de una práctica que fomenta la desigualdad (profesionales), e incluso de «autoexclusión» (usuarios). Por su parte, el discurso de integración es un discurso con menos fuerza en las y los protagonistas y aparece enfocado hacia la «prescindibilidad de las instituciones» (informantes clave), hacia la «crítica de los roles tradicionales» (profesionales) y hacia la «añoranza de normalidad» (usuarios).

6. La categoría *otro deslegitimado versus otro legitimado* se posiciona de manera generalizada en una «fuerte implicación con el otro», si bien este posicionamiento adopta dos miradas, a saber, la implicación con el otro desde el paternalismo o bien, la implicación con el otro desde el reconocimiento de su ser específico, inteligible desde su particular contexto.

7. Todos los discursos analizados son «discursos ideologizados» en tanto que son enunciados «desde lugares concretos», desde la identidad colectiva asumida como miembros de grupos sociales concretos y sus proposiciones discursivas, ideológicas en tanto que les identifica en su pertenencia como miembros de un grupo y les diferencia de los demás.

8. El carácter ideológico de los discursos se manifiesta de forma diferente en las y los protagonistas según el grupo de análisis en el que se incluyen. Así, los *discursos de informantes clave* son discursos fuertemente ideologizados en su recurso al empleo de constantes estrategias argumentativas y modalizaciones discursivas. El recurso a deícticos de persona y lugar, ayuda a diferenciar en el discurso a «los otros o lo diferente» y a «nosotros o lo ya conocido o normal». Las posturas discursivas de informantes clave aparecen claramente polarizadas. Así encontramos la postura de «*enfermedad-exclusión-otro deslegitimado*» frente a la de «*sufrimiento-integración-otro legitimado*». La primera de ellas enfatiza los temas relativos a la organicidad e incurabilidad de la enfermedad mental, la opción farmacológica como la vía terapéutica válida y su vocación de futuro en la investigación biomédica, así como la necesidad de control social especialmente a través de la institución familiar, el estigma como problema de difícil resolución y la imprescindibilidad e incuestionabilidad epistemológica del diagnóstico psiquiátrico. En esta postura discursiva queda asimismo oscurecido el tema relativo a la génesis social de la enfermedad mental, es decir, la relación entre el contexto social, económico y familiar y la experiencia de sufrimiento mental. Por su parte, la segunda postura discursiva *sufrimiento-integración-otro legitimado* enfatiza el tema de la no-organicidad y no-cronicidad de la enfermedad mental, señalando a la industria farmacéutica y a sus políticas de beneficios empresariales como origen de toda la concepción organicista. Desde esta postura se enfatiza el carácter histórico y dialéctico de la biografía de las personas que sufren, constituyéndose en discurso de resistencia al criticar el uso simplificador del diagnóstico psiquiátrico habitual que reduce a la categoría de cosa a-histórica y a-dialéctica la experiencia de una persona, con la única finalidad de clasificar o encajar dicha experiencia en una categoría psiquiátrica.

9. Los *discursos de profesionales* son discursos ideologizados en base –fundamentalmente– a los presupuestos implícitos de los que parten sus afirmaciones y su postura discursiva predominante es la de *enfermedad-exclusión-otro deslegitimado*. Dicha postura enfatiza el carácter crónico y orgánico de la enfermedad mental, pero

a la vez reconoce la importancia de las relaciones familiares conflictivas en la génesis de la enfermedad mental-esquizofrenia. La exclusión se traduce en los discursos profesionales como crítica a la exclusión, tanto *externa* (la crítica al rechazo social, profesional o de gestión sobre el mundo de la salud y la enfermedad mental) como *interna* (en el sentido de ausencia de la crítica interna necesaria y deseable por parte del grupo profesional que ejerce en el SASM). Por su parte y, aunque existe un reconocimiento claro del *otro* como persona, se acepta el diagnóstico psiquiátrico al uso como lenguaje común entre profesionales que sin embargo, no alcanza en general el cuestionamiento del diagnóstico psiquiátrico como práctica simplificadora y alienadora de la experiencia del ser humano que sufre. En este sentido, la postura discursiva *sufrimiento-integración-otro legitimado* está presente en los discursos profesionales de manera marginal.

10. Por su parte, los *discursos de usuarios* son también discursos ideologizados, carácter que les viene sobre todo de su recurso al empleo de las formas pronominales en primera y tercera personas del plural, reforzando así su identidad grupal y la diferencia. La postura discursiva presente en dichos discursos es la de *enfermedad/sufrimiento –exclusión– otro deslegitimado*. Existe entre usuarias y usuarios la idea y el anhelo de consideración de la enfermedad mental como una enfermedad más, anhelo que se matiza con los distintos aspectos vivenciales del sufrimiento muy presentes en los discursos (la inactividad generada por el tratamiento farmacológico, la preocupación ante el futuro y el rechazo y exclusión experimentada). Asimismo, dicha categoría se centra en el proceso de autoexclusión generado desde dentro (por las y los usuarios y alentado por el propio SASM) y la intensa añoranza de normalidad que palie el sufrimiento del rechazo. Por su parte, el trato infantil o de minoría de edad experimentado por las personas diagnosticadas y las dificultades relacionales expresadas en los discursos, posicionan esta postura discursiva con *el otro deslegitimado*.

11. El Sistema de Atención a la Salud Mental (SASM) en la provincia de Jaén aparece visibilizado en nuestros discursos como soportado por las «columnas» que representan las «instituciones» nacidas al amparo del proceso desinstitucionalizador que recordemos, comenzó en la provincia de Jaén en 1981. Entre dichas instituciones o dispositivos se encuentra un dispositivo de carácter sanitario con denominación de «hogar» al estilo de los dispositivos sociales, el denominado Hogar de Alta Supervisión, dispositivo de «larga estancia o internamiento» que acoge todavía a antiguos pacientes de Los Prados, pero cuya existencia física no alcanza el estatus de visibilidad administrativa. Las instituciones comunitarias (los dispositivos) aparecen legitimadas en los discursos de las y los protagonistas, sobre todo por comparación al sistema de internamiento o manicomial, cuyo recuerdo permanece intacto en la memoria de la mayoría de protagonistas entrevistados. Sobre la base de las institucio-

nes comunitarias y de su deseabilidad conforme a los valores colectivistas, emerge un modelo de gestión sanitaria, *gerencialista o economicista* cuyo antecedente más inmediato se sitúa en los años 90 con el Informe Abril. Dicho modelo está centrado en la búsqueda de la *eficacia*, la *eficiencia* y la *calidad* y se soporta en la búsqueda de las mejores evidencias disponibles. Los instrumentos o herramientas que hacen posible este modelo de gestión en la práctica clínica son los procesos asistenciales integrados (PAI) que se desarrollan bajo la dirección de las Unidades Clínicas de Gestión, amparados por toda la normativa jurídico-política vigente en Andalucía, en este momento, el II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía (PISMA 2008) y el Decreto 77/2008, de Atención a la Salud Mental en Andalucía.

12. El discurso de la enfermedad, las instituciones o dispositivos comunitarios y toda la normativa jurídico-política que los sostiene se constituyen así en un gran dispositivo de exclusión del *otro*, usuario-enfermo mental. La consideración deslegitimadora del *otro* considerado como sujeto deshistorizado, hace posible la legitimación del diagnóstico psiquiátrico a través de los síntomas y la legitimación del *otro* como «cosa» denominada ahora «Trastorno Mental Grave-Esquizofrenia». Esta visión deslegitimadora del otro invisibiliza las dificultades de la vida, el sufrimiento que generan y los modos o formas como las personas enfrentan las mismas. El modelo del que participa el Sistema de Atención a la Salud Mental (SASM) en la provincia de Jaén está en crisis y así lo indican los discursos de las y los protagonistas que demandan más recursos y especialmente, recursos de tipo laboral que posibiliten la integración plena como «ciudadanos» a aquellas personas etiquetadas como «esquizofrénicas». Asimismo, es necesario reflexionar sobre la demanda y la respuesta que ésta recibe y hacerlo participativamente, puesto que la atención psiquiátrica es un asunto ético del que ni la sociedad ni sus profesionales pueden quedar al margen.

13. Es preciso seguir investigando por conocer con más profundidad la compleja realidad de la salud y la enfermedad mental y hacerlo desde la mirada cualitativa, rescatando los discursos todavía en la sombra y ayudando a abordar las necesidades de la vida diaria de las y los usuarios y de las y los profesionales que les atienden, en un esfuerzo por desplazar el interés o el foco hacia los aspectos más sociales. Es necesario pues, cuestionar el discurso de la simplificación sobre la salud y enfermedad mental que emerge social e institucionalmente y que sirve de base a las políticas de contención del gasto, a la vez que es preciso trabajar y apoyar políticas de corte social respaldadas de sus presupuestos convenientemente visibilizados y, todo ello en un esfuerzo que descansa sobre un concepto «central» del «otro» *como ciudadano*.



## 5. Bibliografía

- Acción comunitaria en materia de salud mental. Disponible en: <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11570b.htm>.
- A.E.N. Comisión de Asistencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Sobre el modelo de asistencia en salud mental. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1985, nº 15, p. 539- 555.
- ALONSO, J. *et al* (The ESEMeD/MHEDEA). Prevalence of mental disorder in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004, Vol. 109, Supplement 420, p. 21-27.
- ALONSO, J. *et al* (The ESEMeD/MHEDEA). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004a, Vol. 109, Supplement 420, p. 47-54.
- ALONSO, Luis Enrique. *La mirada cualitativa en Sociología*. Madrid: Fundamentos, 2003.
- ALONSO, Luis Enrique y FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Carlos J. El imaginario managerial: el discurso de la fluidez en la sociedad económica. Rev. Política y Sociedad, 2006, Vol. 43, nº 2, p. 127-151.
- ÁLVAREZ-GAYOU JURGENSON, Juan Luis. *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós, 2006.
- ÁLVAREZ PELÁEZ, Raquel. Higiene mental, evolucionismo y eugenesia en la España de los años veinte y treinta. En: FUENTENEbro, Filiberto; HUERTAS, Rafael; VALIENTE, Carmen. *Historia de la Psiquiatría en Europa: temas y tendencias*. Madrid: Frenia, 2003, p. 491-514.
- APARICIO BASAURI, Víctor. El declinar de una reforma devaluada. Goze 1999 (junio), Vol. III, nº 6.
- APARICIO BASAURI, Víctor. El escenario de la salud mental; de la atención primaria a la sobrecarga asistencial. Norte de Salud Mental, 2002, Vol. IV, nº 14, p. 35-40.
- APARICIO BASAURI, Víctor y GONZÁLEZ MATEOS, Alfonso. José Luis Montoya Rico (1932-2005). Un pionero de la psiquiatría comunitaria. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005, Vol. XXV, nº 95, Julio/Septiembre, p. 167- 169.

- ARANDA REGULES, José Manuel. La Atención Primaria y la Salud Mental: balance de la reforma. *Hipatia*, 2000, nº 7 (julio).
- ARGENMEYER, C.M. y MATSCHINGER, H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment ? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005, Vol. 111, p. 68-73.
- ARIÑO, Begoña y SAN PÍO, M<sup>a</sup> Jesús. El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. *Revista Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2007, Vol. 7, nº 2, p. 115- 126.
- ARNÁIZ, Ainara y URIARTE, J.J. Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 2006, nº 26, p. 49- 59.
- ASOCIACIÓN ANDALUZA DE NEUROPSIQUIATRÍA (AAN). Informe de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría de seguimiento del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003-2007). Córdoba, 2006.
- AVENDAÑO, Carlos. Neurociencia, neurología y psiquiatría: un encuentro inevitable. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2002, Vol. XXII, nº 83, p. 65- 89.
- BALLERINI, Arnaldo. La paradoja italiana: expansión de la psiquiatría comunitaria y marginación de la psicopatología. *Archivos de Psiquiatría*, 2002, Vol. 65, nº 1, p. 13- 26.
- BASAGLIA, Franco. *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral, 1971.
- BASAGLIA, Franco. Apuntes de psiquiatría institucional. En: BASAGLIA, Franco (coord.). *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* Barcelona: Cuadernos Anagrama, 1972, p. 19-46.
- BASAGLIA, Franco. La asistencia psiquiátrica como problema antiinstitucional. En: BASAGLIA, Franco (coord.). *¿Psiquiatría o ideología de la locura*. Barcelona: Cuadernos Anagrama, 1972a, p. 47-61.
- BASAGLIA, Franco *et al.* *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral, 1975.
- BATESON, Gregory. *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona: Gedisa, 1993.
- BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDRESS, J.F. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1998.
- BEAUCHAMP, Tom L. Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría. En: BLOCH, Sidney; CHODOFF, Paul; GREEN, Sthephen A. (ed). *La ética en psiquiatría*. Madrid, Triacastela, 2001, p. 35- 56.
- BECKER, Thomas *et al.* Provision of services for people with schizophrenia in five Europeans regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, Vol.37, nº 10, p.465-474.
- BELTRÁN, Miguel. *La realidad social*. Madrid: Tecnos, 1991.
- BENTALL, Richard P. Renuncia al concepto de esquizofrenia. Psicología cognitiva de las alucinaciones y los delirios. En: READ, John; MOSHER, Loren R. y BENTALL, Richard P. *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 2006, p. 237- 253.

- BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.
- BRAVO ORTIZ, Mari Fe et al. *Cuaderno Técnico número 4: Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.
- CABEZAS, Antonio et al. *Guía práctica sobre la incapacidad judicial y otras actuaciones en beneficio de las personas con discapacidad*. Jaén: Fundación Jiennense de Tutela, 2006.
- CALSAMIGLIA BLANCAFORT, Helena y TUSÓN VALLS, Amparo. *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel Lingüística, 2007.
- CAPELLÁ, Alfred. La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2001, XXI, nº 79, p. 101-128.
- CAPELLÁ, Alfred. Modelos y paradigmas en salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2001a, nº 80, p. 3-5.
- CARMONA, José et al. Análisis histórico de la reforma psiquiátrica andaluza. En: PÉREZ PÉREZ, Fermín (coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Córdoba: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006, p. 145- 198.
- CASTEL, Robert. De la peligrosidad al riesgo. En: VV.AA. *Materiales de Sociología crítica*. Madrid: La Piqueta, 1986, p. 219-243.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos. La psiquiatría española (1939-1975). En: CASTELLET, J.M. (ed.). *La cultura bajo el franquismo*. Barcelona : Anagrama, 1977, p. 79-129.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos. *Cuarenta años de psiquiatría*. Madrid: Alianza Ed., 1987.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos. Epistemología de la psico(pato)logía: la conducta, la relación sujeto/objeto. En: DESVIAT, Manuel (coord.). *Epistemología y práctica psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990, p. 105- 134.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos. Historia crítica de la psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2007, Vol. XXVII, nº 99, p. 105- 118.
- CODONY, M. et al. Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas Esp Psiquiatr.*, 2007, Vol. 35, Suppl. 2, p. 21- 28.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata, 1978. [Recurso electrónico]. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (CCE y OMS). *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas: Comunidad Europea, 2005. [Recurso electrónico]. Disponible en: <http://www.europa.eu>.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS/EUROPEAN COMMISSION. (CCE). The Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013. [Recurso electrónico]. Disponible en: [http://www.ec.europa.eu/health/ph\\_programme/pgm2008\\_2013\\_en.htm](http://www.ec.europa.eu/health/ph_programme/pgm2008_2013_en.htm).

- CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y EL BIENESTAR SOCIAL. *Las personas con trastornos mentales graves y los medios de comunicación. Recomendaciones para una información no estigmatizante*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2005.
- CONSEJERÍA DE SALUD. *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2001.
- COOPER, David. *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós, 1978.
- CUESTA SÁNCHEZ, Sebastián. La reforma psiquiátrica en Andalucía: familia y movimiento asociativo. *Hipatia*, 2000, nº 7 (julio).
- CHAMIZO DE LA RUBIA, José. Reflexión sobre la reforma psiquiátrica en Andalucía. Ponencia inaugural. En: *Jornadas sobre salud mental*. Jaén: Asociación de Abogados y Enfermos mentales, 2004.
- CHICHARRO, Francisco . La salud mental ante los nuevos modelos de gestión. *Norte de Salud Mental*, 2002, Nº 15, p. 43- 48.
- CHICHARRO, Francisco. Las Contrarreformas Psiquiátricas. *Norte de Salud Mental*, 2003, Nº 17, p. 85- 86.
- CHODOFF, Paul. Mal uso y abuso de la psiquiatría. En: BLOCH, Sidney; CHODOFF, Paul y GREEN, Stephen A. (ed). *La ética en psiquiatría*. Madrid: Triacastela 2001, p. 57-73.
- CHODOFF, Paul. The Medicalization of the Human Condition. *Psychiatric Services*, 2002, nº 53, p. 627-628.
- DE LA MATA RUIZ, Iván y ORTIZ LOBO, Alberto. Industria farmacéutica y psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 2003, nº 86, p.49-71.
- DE LA SOTA, Eduardo y GUIMÓN, José. Evaluación económica de la asistencia psiquiátrica. En: GUIMÓN, José; DE LA SOTA, Eduardo y SARTORIUS, Norman. *La gestión de las intervenciones psiquiátricas*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003, p. 53-65.
- DE LA VIÑA, Pilar. Situación asistencial en Castilla-León. *Norte de Salud Mental*. 2002, Vol. IV, nº 13, p. 125-129.
- DE MIGUEL, Amando. *Sociología del franquismo*. Barcelona: Editorial Euros, 1975.
- DE POTESE MENÉNDEZ, Fabricio; ZUAZO CASTELLANO, Ana Isabel. La salud mental en el siglo XXI. *Mental health in the 21st century*. *Norte de Salud Mental*, 2003, nº 18, p. 9-18.
- DE SALVIA, Doménico. Orígenes, características y evolución de la Reforma Psiquiátrica italiana a partir del año 1978. *Rev Asociación Española Neuropsiquiatría*, 1986, Vol. VI, nº 16, p. 69- 85.
- DEL PINO, Rafael. La reforma psiquiátrica en Andalucía. ¿Un proceso inacabado?. Editorial. *Hipatia*, 2000, nº 7 (jul.).
- DEL RÍO NORIEGA, Francisco (coord.) *Proceso Asistencial Integrado. Trastorno Mental Grave*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2006.
- DECRETO de 3 de julio de 1931, de asistencia a enfermos mentales. En: DUALDE BELTRÁN, Fernando. *El concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las*

- publicaciones psiquiátricas españolas (1939-1975)*. Tesis Doctoral. Valencia: Universitat de Valencia, 2004.
- DECRETO 338/1988, de 20 de diciembre, de Ordenación de la atención a la salud mental en Andalucía.
- DECRETO 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ. *La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz, 1997.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ESPAÑOL. Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid: 1991.
- DELACAMPAGNE, Crithian. *Antipsiquiatría*. Barcelona: Madrágora, 1978.
- DESVIAT, Manuel *et al.* La ruptura de un cierto consenso. En: DESVIAT, Manuel (coord.). *Epistemología y práctica psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990, p. 89-100.
- DESVIAT, Manuel. *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor, 1994.
- DESVIAT, Manuel. ¿Qué fue de la reforma psiquiátrica?. Algunas preguntas y una propuesta. GOZE, 1999, Vol. III, nº 5, p. 9-13.
- DESVIAT, Manuel. El riesgo de la contrarreforma. *Psiquiatría Pública*, 1999a, Vol.11, nº 2, p. 9-15.
- DESVIAT, Manuel. Reducir las enfermedades mentales y los suicidios. Informe SESPAS 2000. Sociedad Española de se Salud Pública y Admnsitración Sanitaria, 2000. [Recurso electrónico]: <http://sespas.org>.
- DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2005.
- DILTHEY, Wilhelm. *Dos escritos sobre hermenéutica: el surgimiento de la hermenéutica y los esbozos para una crítica de la razón histórica*. Madrid: Ediciones Istmo, 2000.
- DUALDE BELTRÁN, Fernando. *El concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas (1939- 1975)*. Tesis Doctoral. Valencia: Universitat de València, 2004.
- DUEÑAS ABRIL, Carlos. Algunas reflexiones sobre los avatares de la reforma psiquiátrica andaluza. Relevancia del problema de salud mental en Andalucía. *Hipatia*, 2000, nº 7 (julio).
- DURÁN, M<sup>a</sup> Ángeles. Los costes invisibles de las enfermedades mentales. GOZE, 2000, Vol. III, nº 10, p. 11- 20.
- ESPINO GRANADO, Antonio *et al.* Estado actual de la asistencia psiquiátrica en España. *Papeles del Psicólogo*, 1984, nº 15. [Recurso electrónico]. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=174>.
- ESPINO GRANADO, Antonio. La especialidad de psiquiatría en España. El sistema MIR. En: GARCÍA, José; ESPINO, Antonio y LARA, Ladislao. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998, p. 289- 309.

- ESPINO GRANADO, Antonio. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2002, Vol. XXII, nº 81, p. 39- 61.
- ESPINO, Antonio y OLABARRÍA, Begoña (coord.). *La formación de los profesionales de salud mental en España*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003.
- ESPINOSA, Helena y MÁLAGA, Hernán. *Promoción de salud. Cómo construir vida saludable*. Buenos Aires: Panamericana, 2001. [Recurso electrónico]. En <http://www.books.google.es/books>.
- Estrategia Sanitaria de la Comunidad Europea, de 16 de mayo de 2000. Disponible en: <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11563.htm>.
- Estrategia Sanitaria de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- EUROPEAN UNION and WORLD HEALTH ORGANIZATION (EU y W.H.O.). European Union High-Level Conference: "Together for mental health and wellbeing". European Pact for Mental Health and Well-being. Brussels, 12-13 June 2008.
- FAIRCLOUGH, Norman y WODAK, Ruth (1997). Análisis crítico del discurso. En: VAN DIJK, Teun A. (comp.). *El discurso como interacción social*. Barcelona: Gedisa, 2000, Vol. 2, p. 367- 401.
- FAIRCLOUGH, Norman y GRAHAM, Phil. Marx as a critical Discourse Analyst: The genesis of a critical method and its relevance to the critique of global capital. *Estudios de Sociolingüística* 2002; 3(1), p. 185-229.
- F.A.I.S.E.M. Memoria 2005. [Recurso electrónico]. Disponible en <http://www.faisem.es>
- F.A.I.S.E.M. *Plan de Calidad 2006-2010*. Sevilla: Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
- FERNÁNDEZ LIRIA, Alberto. La reforma inacabada. Conferencia. En: 1º Congreso Virtual de Psiquiatría, 2000. [Recurso electrónico]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso\\_old/mesas/mesa48/conferencias/48\\_ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a.htm)
- FERNÁNDEZ LIRIA, Alberto. De las psicopatologías críticas a la crítica de la psicopatología. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2000, Vol. XXI, nº 80, p. 57-69.
- FERNÁNDEZ LIRIA, Alberto. Documentos: Una nueva estrategia para la atención a la salud mental. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2007.
- FERREIRÓS, Carlos-Eloy. *Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario*. Madrid: CERMI, 2007.
- FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Carlos Jesús. *El discurso del management: tiempo y narración*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2007.
- FERRER DUFOL, Carmen. *La reforma psiquiátrica en Italia. Objetivos y resultados*. Tesis Doctoral. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 1985.
- FOUCAULT, Michel. Por qué hay que estudiar el poder: la cuestión del sujeto. En: VV.AA. *Materiales de Sociología crítica*. Madrid: La Piqueta, 1986, p. 25-36.

- FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*, vol. 1. y 2. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa, 2003.
- FOUCAULT, Michel. *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal, 2005.
- FREUD, Sigmund. *El malestar en la cultura*. Madrid: Alianza, 1978.
- FRÍAS OSUNA, Antonio (coord.). *Enfermería Comunitaria*. Barcelona: Masson, 2000.
- FRÍAS OSUNA, Antonio (coord.). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Barcelona: Masson, 2000a.
- GALLO VALLEJO, Francisco. Servicios de Salud Mental en Andalucía. *Hipatia*, 2000, nº 7 (julio).
- GARCÍA, José. La cuestión de la desinstitucionalización y de la reforma psiquiátrica en Asturias: cinco años de evolución (1983-1987). *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 1988, Vol. VIII, nº 27, p. 723- 749.
- GARCÍA, José. Análisis de la reforma y de la desinstitucionalización psiquiátrica en España. Conferencia. En: 1º Congreso Virtual de Psiquiatría, 2000. [Recurso electrónico]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48\\_ci\\_a2.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a2.htm)
- GARCÍA, José y VÁZQUEZ-BARQUERO, José Luis. Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Esp Psiquiatr*, 1999, vol 27, nº 5, p. 281- 291.
- GARCÍA, Ramón. Ideología de la locura y locuras de la ideología. En: BASAGLIA, Franco. *¿Psiquiatría o ideología de la locura?*. Barcelona: Cuadernos Anagrama, 1972.
- GARCÍA CALVENTE, M<sup>a</sup> del Mar; MATEO RODRÍGUEZ, Isabel y GIL GARCÍA, Eugenia. Métodos de de investigación cualitativa en Salud Pública. En: MARTÍNEZ, F; J. ANTÓ, JM; MARSET, P y BOLUMAR , F. (ed.). *Salud Pública*. 2ª edición. Barcelona: McGraw Hill-Interamericana, 2009.
- GARCÍA GONZÁLEZ, José y ESPINO GRANADO, Antonio. Antecedentes y ordenación político-administrativa de la reforma psiquiátrica. En: GARCÍA, José; ESPINO, Antonio y LARA, Ladislao. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998, p. 3-23.
- GARCÍA LABORDA, Ana. Situación actual de la especialidad de Enfermería en Salud Mental. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2006, Vol. XXVI, nº 98, p. 399-405.
- GARCÍA SÁNCHEZ, Adelaida. Los servicios psiquiátricos provinciales antes de la construcción del Sanatorio “Los Prados” (1850-1950). Jaén: Boletín Instituto de Estudios Giennenses, 2005, nº 191, p. 349- 392.
- GARCÍA SÁNCHEZ, Adelaida. La organización de la Beneficencia en la provincia de Jaén en el Siglo XIX: 1822-1852. Jaén: Instituto de Estudios Giennenses, 2007.
- GARRIDO, Marco *et al.* *Atlas de Salud Mental de Andalucía 2005*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía, RIRAG-SMD y PSICOST, 2006.

- GEEKIE, Jim. Escuchar las voces que oímos. En: READ, John; MOSHER, Loren R. y BENTALL, Richard P. *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 2006, p. 181-195.
- GIL, F.P. y LUDERER, H.J. The psychiatric reform in Spain. *Psychiatrische Praxis*, 2000, Vol. 27, nº 8, p. 378- 382.
- GIL-GARCÍA, Eugenia. *Anorexia y Bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas*. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada, 2005.
- GIL-GARCÍA, Eugenia. La creación de la categoría clínica: Trastorno de la conducta alimentaria. *Norte de Salud Mental*, 2006, Vol. VI, nº 25, p. 71-76.
- GIL-GARCÍA, Eugenia. *Otra mirada a la anorexia. Aproximación feminista a los discursos médicos y de las mujeres diagnosticadas*. Granada: Feminae, 2007.
- GIMENO RIERA, J; ESCALAS REAL, J. y TORRAS, O. Creación de un cuerpo de alienistas (1926). *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2000, nº 75, p. 175-176.
- GINER, José. Conclusiones del taller sobre «la reforma psiquiátrica no concluída». Sevilla, 23-24 abril de 1998. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, Vol. XVIII, nº 68, p. 780- 782.
- GOFFMAN, Erving. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
- GÓMEZ DE HITTA, José Luis. *Formas jurídicas de la organización sanitaria*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2000.
- GONZÁLEZ ÁLVAREZ, Onésimo. Sobre la reforma psiquiátrica en Andalucía. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1988, Vol VIII, nº 26, p.515- 522.
- GONZÁLEZ ÁLVAREZ, Onésimo. ¿Tiene sentido la incapacitación de los enfermos mentales?. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2006, Vol. XXVI, nº 98, p. 407- 415.
- GONZÁLEZ CABRERA, Antonio *et al.* La reforma de los servicios de salud mental en la provincia de Albacete. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1987, Vol. VII, nº 22, p. 469- 477.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. *Informe sobre la asistencia psiquiátrica española*. Madrid: Cuadernos para el diálogo, 1974.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. *La asistencia psiquiátrica en España*. Madrid: Miguel Castellote, 1975.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. *La locura y los derechos humanos*. Madrid: Zero, 1978.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. *Teoría y práctica del hospital de día*. Madrid: Fundamentos, 1982.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. *Treinta años de psiquiatría en España: 1956-1986*. Madrid: Libertarias, 1987.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. *Historia de la locura en España. Del Reformismo del Siglo XIX al franquismo. Vol III*. Madrid: Temas de Hoy, 1996.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. *Memoria de un manicomio*. Madrid: Libertarias, 1989.

- GONZÁLEZ DURO, Enrique. De la Psiquiatría a la salud Mental. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000, Vol. XX, nº 74, p. 249- 260.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento. Revista «El rayo que no cesa», 2002. [Recurso electrónico]. Disponible en: <http://www.alteaediciones.com/t32.htm>.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. Ponencia: “De la reforma psiquiátrica al 2005: Año Andaluz de la Salud Mental”. En: *V Jornadas de Salud Mental* Asociación APAEM. Jaén, 2005.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique. Entrevista. Jaén, 2005a.
- GONZÁLEZ SANZ, L. *et al.* Una aportación a la evaluación del funcionamiento del modelo asistencial de «Salud Mental en Atención Primaria de Salud». *Psiquis*, 1994, Vol. 15, nº 4, p. 191- 196.
- GUALTERO, Rubén; TUREK, Leonardo. Salud mental: encuesta a los médicos de atención primaria. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999, Vol. XIX, nº 70, p. 225- 234.
- GUILLÉN, V. *et al.* Evolution of attitudes of the population towards the mental patient. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 2007, Vol. 35, nº 5, p. 323- 335.
- GUIMÓN, José *et al.* Grupo de Trabajo de la OMS sobre “evaluación en salud mental”. Reflexiones tras una experiencia de tres años. *The European Journal of Psychiatry* (ed. español), 2002, Vol. 16, nº 4. [Recurso electrónico]. Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php>.
- GUIMÓN, José. El estado actual de la asistencia psiquiátrica. En: GUIMÓN, José; DE LA SOTA, Eduardo; SARTORIUS, Norman. *La Gestión de las intervenciones psiquiátricas*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003, p. 23- 44.
- GUIMÓN, José (2003a). Planificación de las intervenciones comunitarias. En: GUIMÓN, José; DE LA SOTA, Eduardo; SARTORIUS, Norman. *La Gestión de las intervenciones psiquiátricas*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003, p. 45- 52.
- GUIMÓN, José. Necesidad de modificar la enseñanza de salud mental para los médicos. *Psiquis*, 2004, Vol. 25, nº 3, p. 122- 127. Disponible en: [http://www.psiquis.com/art/04\\_25\\_n03\\_A04.pdf](http://www.psiquis.com/art/04_25_n03_A04.pdf).
- GUINEA, Ricardo. Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998, nº 65. [Recurso electrónico]. Disponible en: [http://www.pulso.com/aen/72\\_65.htm](http://www.pulso.com/aen/72_65.htm)
- GUINEA, Ricardo. Breve recorrido por la historia de la rehabilitación psicosocial en España. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2007, Vol.7, nº 2, p.135- 145.
- GUTIÉRREZ AGUILERA, Carlos. Psiquiatría en la provincia de Jaén. Consideraciones previas al estudio de un mapa psiquiátrico de nuestra provincia. *Seminario Médico*, 1953, Vol 1, nº 1, p. 56- 77.
- GUTIÉRREZ AGUILERA, Carlos. Sobre un caso de esclerosis tuberosa. *Seminario Médico*, 1967, Vol. 1, nº 1, p. 105- 119.

- GUTIÉRREZ AGUILERA, Carlos. Reflexiones en torno a una modernización de nuestro servicio y de la asistencia Psiquiátrica Provincial. Seminario Médico, 1970, nº 31, p. 11- 48.
- GUTIÉRREZ AGUILERA, Carlos. La psiquiatría de Jaén. Apuntes históricos de nuestra asistencia psiquiátrica provincial desde principios del siglo XX. Seminario Médico, 1978, nº 38, p. 79- 125.
- GUTIÉRREZ HIGUERAS, Juan Pedro. Sanatorio Neuropsiquiátrico de Los Prados de la Beneficencia Provincial de Jaén. Memoria sobre las obras y funcionamiento durante el quinquenio 1949-1953. Jaén: Instituto de Estudios Giennenses, 1954.
- GUTIÉRREZ HIGUERAS, Juan P. Informe sobre la asistencia hospitalaria en la provincia de Jaén y planificación del nuevo hospital general. Seminario Médico, 1965, Vol X, nº 26, p. 7-66.
- HACKING, Ian. *¿La construcción social de qué?*. Barcelona: Paidós, 2001.
- HELWIG, Paul. *Caracteriología*. Barcelona: Herder, 1969.
- HERNÁNDEZ-AGUADO, Ildefonso y FERNÁNDEZ-CANO, Paloma. Políticas de salud y salud pública. Gaceta Sanitaria, 2007, Vol. 21, nº 4, p. 280- 281.
- HERNÁNDEZ MONSALVE, Mariano. El psiquiatra y sus circunstancias en el nuevo mercado del psicofármaco. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1998, Vol. XVIII, nº 68, p. 729- 733.
- HERNÁNDEZ-PADILLA, María. *La atención a la salud mental en Jaén desde la Reforma Psiquiátrica y su análisis a través de los discursos de sus protagonistas*. Tesis de Doctorado. Jaén: Universidad de Jaén, 2008.
- HERNÁNDEZ-PADILLA, María. La creación del manicomio de Jaén: reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica. Norte de Salud Mental, 2009, nº 33, p. 87-93.
- HORWITZ, Ernst y TEN HORN, Sineke. Reforma psiquiátrica en Asturias (España). ¿Qué pasa con los enfermos desinstitucionalizados? Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990, Vol. X, nº 34, p. 419- 431.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. *Del manicomio a la salud mental*. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1992.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. *Neoliberalismo y políticas de salud*. Barcelona: El Viejo Topo, 1999.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué?. Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. Rev. Frenia, 2001, Vol. I, nº 1, p. 9-36.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. Prólogo a la obra de LEURET, François. *El tratamiento moral de la locura*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001a.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española del siglo XIX. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 2002, Vol. 2, nº 2, p. 92- 106.

- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. *Lafora, Vallejo-Nágera, Garma. Los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis*. Madrid: Nívola Editores, 2002a.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. *Organizar y persuadir*. Madrid: Frenia, 2002b.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael. *El Siglo de la Clínica*. Zaragoza: Novalia, 2005.
- HUIZING, Evelyn *et al.* Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en salud mental en Andalucía. *Rev Presencia*, 2005, Vol.1, nº 1. Disponible en [http://www.index-f.com/presencia/n1/13\\_articulo.php](http://www.index-f.com/presencia/n1/13_articulo.php).
- IASAM. *Situación jurídica de los pacientes psiquiátricos andaluces*. Informe Técnico nº 1. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, 1985.
- IASAM. *Bases para la reforma psiquiátrica en Andalucía*. Informe Técnico nº 2. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, 1986.
- IASAM. Informes (1987). La reforma psiquiátrica en Andalucía. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1987, Vol. VIII, nº 26, p.471- 513.
- ILLICH, Ivan. *Némesis Médica*. Obras reunidas. México: Fondo Cultura Económica, 2006, p. 531- 763.
- INCHAUSPE ARÓSTEGUI; DE POTESTAD MENÉNDEZ, Fabricio y PÉREZ MONTOTO, J. La reforma psiquiátrica en Navarra, 1986-1991. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1993, Vol. XIII, nº 44, p. 35- 51.
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En: *Rev. Asoc Esp Neuropsiq*, 1985, Vol. 5, nº 13, p.204- 222.
- Informe y Recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 1991.
- INGLOTT, Rafael. La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental. 1999, Vol. XIX, nº 70, p. 209- 233.
- IRANZO AMATRIAÍN, Juan Manuel y BLANCO MERLO, José Rubén. *Sociología del conocimiento científico*. Pamplona: Centro de Investigaciones Sociológicas y Universidad Pública de Navarra (Nafarroako Unibertsitate Publikoa), 1999.
- IRIGOYEN, Juan. *La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica*. Granada: Universidad de Granada, 1996.
- IRIGOYEN, Juan. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. *Revista Comunidad*, 2004, nº 7, p. 73-79. [Recurso electrónico]. Disponible en: [http://pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/7/documentos\\_perspectiva.pdf](http://pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/7/documentos_perspectiva.pdf).
- IRIGOYEN, Juan. La reinención de los pacientes (“el cliente siempre tiene razón”). *Rev. Salud2000*, 2007, nº 113, p.20- 25.
- JÄGER, Siegfried. Discurso y conocimiento: aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y del análisis de dispositivos (2001). En: WODAK, Ruth y MEYER, Michael (comp.). *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa, 2003 (abril).
- JÄNZARIK, Werner. *Temas y tendencias de la psiquiatría alemana*. Madrid: Triacastela, 2001.

- JANÉ-LLOPIS, Eva y ANDERSON, Peter. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen, 2005. [Recurso electrónico]. Disponible en: <http://www.imhpa.net>.
- JONES, Maxwell. *Psiquiatría Social*. Buenos Aires: Editorial Escuela, 1962.
- KARAM, Tanius. Una introducción al estudio del discurso y al análisis del discurso. *Global Media Journal*, 2005; Vol. 2, nº 3. [Recurso electrónico]. Disponible en: [http://www.gmje.mty.iteesm.mx/articulos3/articulo\\_5.html](http://www.gmje.mty.iteesm.mx/articulos3/articulo_5.html).
- KISNERMAN, Natalio. Ética, ¿para qué?. En: KISNERMAN, Natalio (comp.). *Ética, ¿un discurso o una práctica social?*. Buenos Aires, Paidós, 2001, p. 107- 121.
- KRIPPENDORFF, Klaus. *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós, 1990.
- KUHN, Thomas S. *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo Cultura Económica, 1982.
- LAFUENTE LÁZARO, Sonia *et al.* Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. *Rev Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2007, Vol. XXVII, nº 100, p. 319- 331.
- LAING, Ronald D. *El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: Fondo Cultura Económica, 1974.
- LAMO DE ESPINOSA, Emilio. *La sociedad reflexiva. Sujeto y objeto del conocimiento sociológico*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2001.
- LANTÉRI- LAURA, Georges. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastela, 2001.
- LATIESA, Margarita. Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas. En: GARCÍA FERRANDO, Manuel; IBÁÑEZ, Jesús y ALVIRA, Francisco. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza editorial, 2005, p. 409- 443.
- LEY 180/78 de 13 de mayo sobre asistencia y tratamiento sanitario voluntario y obligatorio. En: DUALDE BELTRÁN, Fernando. *El concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas (1939- 1975)*. Tesis Doctoral. Valencia: Universitat de València, 2004.
- LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- LEY 2/1988 de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía.
- LEY 15/1997 de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
- LEY 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- LEURET, François. *El tratamiento moral de la locura*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001. (Ed. Original de 1840).
- LINCOLN, Y. y GUBA, E. *Naturalistic inquiri*. California: Sage, 1985.
- LINK, Bruce G. y PHELAN, Jo C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 2001, Vol. 27, p. 363- 385.

- LÓPEZ, Marcelino *et al.* Un programa para la supresión de los hospitales psiquiátricos públicos de Andalucía (1985-1995). En: GARCÍA, José; ESPINO, Antonio y LARA, Ladislao. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998, p. 101- 116.
- LÓPEZ ÁLVAREZ, Marcelino y LAVIANA CUETOS, Margarita. Los servicios de salud mental como apoyo a la integración laboral. En: GARCÍA, José; ESPINO, Antonio y LARA, Ladislao. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998, p. 253-260.
- LÓPEZ, Marcelino; ÁLVAREZ, Francisco y LAVIANA, Margarita. Empresas sociales y rehabilitación. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, Vol. XVIII, nº 68, p. 735- 747.
- LÓPEZ ÁLVAREZ, Marcelino. Luces y sombras de la reforma psiquiátrica Andaluza. *Hipatia*, 2000, nº 7 (julio).
- LÓPEZ, Marcelino *et al.* Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 2004, Vol. 24, nº 89, p. 31-65.
- LÓPEZ, Marcelino *et al.* Sobre el estigma y los medios de comunicación de masas, 2005. [Recurso electrónico]. Disponible en: [www.faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/Infopsy\\_stigma\\_español\\_pdf](http://www.faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/Infopsy_stigma_español_pdf)
- LÓPEZ ALONSO, Sergio; HUIZING, Evelyn y LACIDA BARO, Manuela. *Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2004.
- LÓPEZ ÁLVAREZ, Marcelino y LAVIANA CUETOS, Margarita. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas para el debate desde Andalucía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 2007, Vol. XXVII, nº 99, p. 187- 223.
- LÓPEZ, Marcelino *et al.* La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2008, Vol. XXVIII, nº 101, p. 43-83.
- LÓPEZ CASANOVAS, G. Organizational innovations and health care decentralization: a perspective from Spain. *Health Econ Policy Law*, 2007, Vol. 2: p. 223- 232.
- LÓPEZ PARDO, Andrés y PÉREZ PÉREZ, M<sup>a</sup> Luisa. La relación entre salud mental y medios de comunicación. En: *Jornada sobre salud mental y medios de comunicación*. Granada, Junta de Andalucía, 2006.
- MAESTRO BARÓN, Juan Carlos y JIMÉNEZ ESTÉVEZ, Juan Francisco. Nuevas respuestas a las necesidades de hospitalización prolongada. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2004, Vol. 4, nº 2, p. 175- 194.
- MAINETTI, José Alberto. La medicalización de la vida. *Electroneurobiología*, 2006, Vol. 14, nº 3, p. 71- 89. Disponible en: <http://electroneurobio.secyt.gov.ar/index2.htm>
- MARCH CERDÁ, Joan Carles *et al.* Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*, 1999, nº 13, p. 312- 319.

- MARQUÉS ANDRÉS, Susana. Pruebas huidizas: ¿tenemos evidencias las enfermeras de salud mental?. Evidentia 2005, Vol.2, nº 4. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/106articulo.php>.
- MÁRKEZ, Iñaki. Rehabilitación y salud mental comunitaria: aún es posible. GOZE, 2000, Vol. 3, nº 10.
- MÁRKEZ, Iñaki *et al.* *Atención Comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV.* Vizcaya: Ararteko/Defensor del Pueblo Vasco, 2000.
- MÁRKEZ, Iñaki. Norte en la Salud Mental. Rev. Norte en Salud Mental, 2001, Vol. IV, nº 11, p. 7-8.
- MÁRKEZ, Iñaki. *El bilbaíno Ángel Garma (1904-1993), fundador del psicoanálisis argentino.* Bilbao: BBK, 2005.
- MÁRQUEZ, Soledad y MENEU, Ricard. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Editorial. Gestión Clínica y Sanitaria, 2003, Vol. 5, nº 2, p. 47- 52.
- MARQUÍNEZ BASCONES, Fernando. Salud mental y reforma psiquiátrica para Euskadi. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1987, Vol. VII, nº 22, p. 461- 468.
- MARTÍN ZURIMENDI, José. Prioridades en salud mental y asistencia psiquiátrica. GOZE, 1999, Vol. III, nº 6, p. 37- 44.
- MARTÍNEZ AZURMENDI, Oscar. ¿Tiene sentido en el siglo XXI defender el modelo asistencial comunitario en salud mental?. Norte de Salud Mental, 2002, Vol. IV, nº 14, p. 9- 10.
- MARTÍNEZ AZURMENDI, Oscar. Coordinación con atención primaria: una visión posibilista. Norte de Salud Mental., 2002a, Vol. IV, nº 13, p. 83- 91.
- MARTÍNEZ MIGUÉLEZ, Miguel. *Ciencia y arte en la metodología cualitativa.* Sevilla: Trillas, 2006.
- MATEU, M.P. y CUADRA, A.R. The stigma mental health bears. A challenge for the 21<sup>st</sup> century. Rev Enferm.,2007, Vol. 30, nº 11, p. 21- 28.
- MEERSOHN, Cynthia. Introducción a Teun Van Dijk: Análisis del discurso. Cinta de Moebio. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, 2007. [Recurso electrónico]. Disponible en: [www.moebio.uchile.cl/24/meersohn.htm](http://www.moebio.uchile.cl/24/meersohn.htm).
- MENÉNDEZ OSORIO, Federico. Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. Rev Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría, 2005, nº 95, p.69- 81.
- MEZZINA, Roberto. El recorrido subjetivo del usuario. Norte de Salud Mental., 2002, Vol. IV, nº 13, p. 47-54.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- MOLINA GARCÍA, Sebastián *et al.* *I Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 203-2007.* Sevilla: Junta de Andalucía, 2004.

- MONTOYA RICO, José Luis. Informe sobre los servicios psiquiátricos de la Diputación Provincial de Jaén (Plan Montoya). Jaén: Archivo de la Diputación Provincial (Diciembre de 1980). Leg. 6544/59.
- MOREL, Pierre y QUÉTEL, Claude. Las terapéuticas de la alienación mental en el siglo XIX. En: POSTEL, Jacques y QUÉTEL, Claude (coord.). *Nueva Historia de la Psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 299- 310.
- MORENO KÜSTNER, B; TORRES GONZÁLEZ, F; GODOY GARCÍA, JF. Evaluación de servicios de salud mental en el ámbito de la atención comunitaria.. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2002, Vol. 30, nº 4, p.253-258.
- MORIN, Edgar. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa Editorial, 2007.
- MORSE, Janice. Emerger de los datos. En: MORSE, Janice (coord.). *Asuntos críticos en metodología cualitativa*. Alicante, Universidad de Alicante, 2003, p. 53- 76.
- MUNÁRRIZ, M; SANJUAN, J. Una experiencia de la reforma psiquiátrica italiana: el servicio psiquiátrico territorial de Verona-Sur. *Anales de Psiquiatría (An Psiquiatría)*, 1986, Vol II, nº 1, p. 36- 44.
- NOVELLA, Enric J. Theoretical accounts on deinstitutionalization and the reform of the mental health services: a critical review. *Med Health Care and Philos*, 2008, nº 11, p. 303- 314
- Reglamento para el Manicomio Provincial de Jaén. Leg. 3134/40. Jaén, 1936.
- Reglamento de Régimen Interior del Sanatorio Neuropsiquiátrico de “Los Prados”. Jaén: Diputación Provincial de Jaén, 1956. Archivo Diputación Provincial de Jaén. Leg. 92/10.
- OBSERVATORIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Informe de situación de Salud Mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
- OJEDA, César. *La tercera etapa. Ensayos críticos sobre psiquiatría contemporánea*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 2003.
- OLABARRÍA GONZÁLEZ, Begoña. La formación especializada en psicología clínica: el PIR. En: GARCÍA, José; ESPINO, Antonio y LARA, Ladislao. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998, p. 311- 330.
- OLIVA-MORENO, J. *et al.* The costs of schizophrenia in Spain. *Eur J Health Econom.*, 2006, nº 7: 182- 188.
- O.M.S. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: Organización Mundial de la Salud, 1986.
- O.M.S. *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
- O.M.S. *Atlas. Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001a.
- O.M.S. VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Bangkok: Organización Mundial de la Salud, 2005a.

- O.M.S. *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005b.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre Salud en el Mundo 2006. Colaboremos por la salud*. [Recurso electrónico]. Disponible en [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf).
- ORDEN de 7 de junio de 2002, de la Consejería de Salud por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía.
- ORTÍ, Alfonso. En el margen del centro: la formación de la perspectiva sociológica crítica de la generación de 1956. *Rev Española de Sociología*, 2001; Disponible en: <http://fes-web.org/publicaciones/res/archivos/res01/09.pdf>.
- ORTIZ LOBO, Alberto y DE LA MATA RUIZ, Iván. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos*, 2004, Vol. 2, nº 1, p. 15- 22.
- PALMA RODRÍGUEZ, Fermín. Juan Pedro Gutiérrez Higuera (1901-1978). *Seminario Médico*, 1999, Vol. 51, Número Especial, p. 66- 112.
- PALOMINO MORAL, Pedro (coord.). *La Escuela de Enfermería de la Universidad de Jaén, 50 años enseñando a cuidar (1954-2004)*. Jaén: Universidad de Jaén, 2006.
- PATTON, M.Q. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousands Oaks, Sage Publications, 2001.
- PÉREZ HERNÁNDEZ, Rosa *et al.* *Cuidarte. Un estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2007.
- PÉREZ HERNÁNDEZ, Rosa M<sup>a</sup>. Conferencia: El papel de los profesionales sanitarios en los cuidados a la dependencia. Jaén: Universidad de Jaén, 2007.
- PÉREZ PÉREZ, Fermín (coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Córdoba: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006.
- PÉREZ ROMERO, Carmen (coord.). *La atención a la salud mental en Andalucía: presente y futuro*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2004.
- PÉREZ PÉREZ, Fermín. Relato histórico. En: PÉREZ PÉREZ, Fermín (coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006, p. 25-72.
- POLIT, Denise S. y HUNGLER, Bernadette P. *Investigación científica en Ciencias de la Salud*. México: McGraw-Hill Interamericana, 2003.
- POPE, C. Y MAYS, N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995, 311 (6996), p. 42- 45.
- PRIEBE, S. *et al.* Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ*, 2005, Vol. 330, p. 123- 126. [Recurso electrónico]. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/bmj.38296.611215.AE/DC1>
- Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública 2003-2008. Disponible en: <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11503b.htm>.

- QUÉTEL, Claude. La vida cotidiana en un asilo para alienados a finales del siglo XIX. En: POSTEL, Jacques y QUÉTEL, Claude. *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 311- 316.
- READ, John. Historia de la locura. En: READ, John; MOSHER, Loren S.; BENTALL, Richard P. (ed). *Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Barcelona: Herder: 2006, p. 11- 24.
- READ, John (2006a). ¿Existe la esquizofrenia?. En: READ, John; MOSHER, Loren R. y BENTALL, Richard P. (ed.). *Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Barcelona: Herder, 2006, p. 51-66.
- READ, John y HASLAM, Nick. La opinión pública dice: Pasan cosas malas que pueden hacer que perdamos el juicio. En: READ, John; MOSHER, Loren R. y BENTALL, Richard P. (ed.). *Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Barcelona: Herder, 2006, p. 165- 179.
- READ, John; SEYMOUR, Fred y MOSHER, Loren R. Familias infelices. En: READ, John; MOSHER, Loren R. y BENTALL, Richard P. *Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Barcelona: Herder, 2006, p.307-326.
- READ, John; MOSHER, Loren S. y BENTALL, Richard P. La esquizofrenia no es una enfermedad. En: READ, John; MOSHER, Loren S.; BENTALL, Richard P. (ed). *Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Barcelona: Herder: 2006, p. 3- 9.
- REAL DECRETO 137/1984, de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud.
- REAL DECRETO 63/1995, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud.
- Reglamento para el Manicomio Provincial de Jaén (1936). Jaén: Archivo de la Diputación Provincial de Jaén. Leg. 3134/40.
- REICH, Walter. El diagnóstico psiquiátrico como problema ético. En: BLOCH, Sidney; CHODOFF, Paul; GREEN, Sthephen A. (ed). *La ética en psiquiatría*. Madrid, Triacastela, 2001, p. 189- 216.
- RENDUELES OLMEDO, Guillermo y FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, César. La práctica psiquiátrica como eslabón perdido de la medicina social. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990, p. 147- 177.
- RESOLUCIÓN del Consejo de Europa, de 18 de noviembre de 1999, sobre la promoción de la salud mental (2000/C 86/01)
- RETOLAZA, Ander. Salud Mental y atención primaria. Algunos porqués. Norte de Salud Mental, 2002, nº 15, p. 9-12.
- RETOLAZA, Ander. La psicopatología insustancial en la era del DSM y la CIE-10. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, 2002a, Vol. XXII, nº 82, p. 67- 73.
- RETOLAZA, Ander; CABRERA, Asunción y TERRADILLOS, Marisa. Tras dos décadas de la reforma: ¿dónde estamos?. En: PÉREZ PÉREZ, Fermín (coord.). *Dos décadas tras*

- la reforma psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006, p. 199- 233.
- RIGOL, Assumpta. ¿Qué hacer contra el estigma asociado a trastorno mental?. Revista Presencia, 2006, Vol.2, nº 4. [Recurso Electrónico]. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n4/55articulo.php>
- RIVAS GUERRERO, Fabio. La psicosis en la comunidad y el espacio sociosanitario: Nuevos retos y nuevos protagonistas para la vieja reforma psiquiátrica. Rev Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003, Vol. XXII, nº 85, p. 59- 73.
- RITZER, George. *Teoría sociológica contemporánea*. Madrid: Mc-Graw-Hill, 1993.
- RIVERO CUADRADO, Agustín (coord.). *Análisis y desarrollo de los GDR's en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
- RODRÍGUEZ CEBERIO, Marcelo. *La segregación social de la locura. La desinstitutionalización psiquiátrica como alternativa de cambio: el paradigma de Trieste*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1995.
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, Gregorio; GIL FLORES, Javier; GARCÍA JIMÉNEZ, Eduardo. *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Aljibe, 1999.
- ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota y MAURI, Diana. Desinstitutionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados). Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1987, Vol. VII, nº 21, p. 165- 187.
- RUIZ OLABUÉNAGA, Jose Ignacio. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1996.
- RUIZ RUIZ, Manuel. Reflexión general sobre la asistencia psiquiátrica andaluza. Folia Neuropsiquiátrica, 1996, nº 31, p. 169- 186.
- SALAZAR, Isabel. El modelo gallego de atención a la salud mental. Goze, 2000, Vol. III, nº 9.
- SALVADOR, Isabel et al. *El Observatorio de Salud Mental: análisis de los recursos de salud mental en España*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003.
- SALVADOR, Isabel (coord.). *El Observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005*. Valladolid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2007.
- SALVADOR-CARULLA, Luis et al. ¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional. Psiquiatría.com, 1998, Vol. II, nº 3. [Recurso electrónico]. Disponible en [http://psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/artic\\_4.htm](http://psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/artic_4.htm).
- SALVADOR-CARULLA, Luis et al. Assessment instruments: standarization of the european Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2000, Vol.102 (Suppl. 405): 24- 32.
- SALVADOR-CARULLA, Luis et al. La salud mental en España: cien años en el país de las maravillas. Informe SESPAS 2002. [Recurso electrónico]. Disponible en: <http://sespas.es/informe2002/cap15.pdf>

- SALVADOR- CARULLA, Luis *et al.* La salud mental en España: El Informe SESPAS 2002. En: GUIMÓN, José *et al.* *La gestión de las intervenciones psiquiátricas*. Bilbao, Universidad de Deusto, 2003, p.179- 203.
- SALVADOR-CARULLA, Luis. Comentario. La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura pendiente?. *Gaceta Sanitaria*, 2007, Vol. 21, nº 4, p. 314- 315.
- SÁNCHEZ, Ana-Esther. La evaluación en salud mental. La evaluación como evolución. *Rev. Norte de Salud Mental*, 2002, Vol. IV, nº 13, p. 107- 112.
- SÁNCHEZ-CARO, Jesús y SÁNCHEZ-CARO, Javier. *El consentimiento informado en psiquiatría*. Madrid: Díaz de Santos, 2003.
- SANDÍN ESTEBAN, Mari Paz. *Investigación cualitativa en educación*. Fundamentos y tradiciones. Madrid: McGraw-Hill, 2003.
- SANTANDER, Fernando *et al.* Bioética y psiquiatría. En: SANTANDER, Fernando (coord.). *Ética y praxis psiquiátrica*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000, p. 19- 40.
- SARACENO, Benedetto y CALDAS DE ALMEIDA, JM. 2001, año especial para la salud mental en el mundo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2001, Vol.9, nº 4, p. 209- 210.
- SARACENO, Benedetto y FUNK, Michelle. *Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
- SARACENO, Benedetto. *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. México: Pax, 2003. [Recurso electrónico]. Disponible en: <http://books.google.es>
- SARACENO, Benedetto. La ciudadanía como forma de tolerancia. *Revista Átopos*, 2004, vol.2, nº 1; p. 5- 14.
- SCHÜTZ, Alfred. *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Paidós, 1993.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. *III Plan Andaluz de Salud 2003-2008*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2003.
- SICRAS, Antoni *et al.* Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gaceta Sanitaria*, 2007, Vol 21, nº 4, p. 306- 313.
- SILVA OMER, Omer. El análisis del discurso según Van Dijk y los estudios de la comunicación. *Rev Razón y Palabra*, 2002, abril-mayo, nº 26. [Recurso electrónico]. Disponible en: [www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n26/osilva.html](http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n26/osilva.html).
- SOFAER, S. Qualitative methods: wath are they and why use them? *Health Services Research* 1999, nº 34, p. 1101- 1118.
- SZASZ, Thomas. *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- TAYLOR, SJ. y BOGDAN, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós, 1986.
- TEN HORN, Sineke. Nuevas tendencias en la investigación en salud mental. *Recent trends in mental health research*. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2004, nº 90, p. 167- 176.

- TOMOV, T. Mental Health reforms in Eastern Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, Vol. 104, Supl. 410, p. 21- 26.
- TORRES GONZÁLEZ, Francisco; MORENO KÜSTNER, B. y GODOY GARCÍA, J. Evaluación de servicios de salud mental en el ámbito de la atención comunitaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2002, Vol. 30, nº 4, p. 253- 258.
- Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea. Título XIII: Sobre Salud Pública. Disponible en: <http://europa.eu/eur-lex/es/treaties/selected/livre235.html>.
- TUSÓN, Amparo. El análisis de la conversación: entre la estructura y el sentido. *Estudios de Sociolingüística* 2002; 3 (1), p. 133-153.
- TUSÓN, Amparo. *Análisis de la conversación*. Barcelona: Ariel Prácticum, 2003.
- VALMISA GÓMEZ DE LARA, Eulalio. *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2008.
- VALLESPÍ, Ana. Algunas reflexiones sobre la situación actual del desarrollo de la rehabilitación psicosocial y los programas de atención a la enfermedad mental grave en el estado. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2007, Vol.7, nº 2, p.105- 113.
- VAN DIJK, Teun A. Análisis crítico del discurso. Cátedra UNESCO 1994. [Recurso electrónico]. Disponible en: [http://www.geocities.com/estudiscurso/vandijk\\_acd.html?200714](http://www.geocities.com/estudiscurso/vandijk_acd.html?200714).
- VAN DIJK, Teun A. Discurso, poder y discriminación. Cátedra UNESCO, 1994a. [Recurso electrónico]. Disponible en: [http://www.geocities.com/estudiscurso/vandijk\\_dpd.html?200714](http://www.geocities.com/estudiscurso/vandijk_dpd.html?200714).
- VAN DIJK, Teun A. Estructura discursiva y cognición social. Cátedra UNESCO, 1994b. [Recurso electrónico]. Disponible en: [http://www.geocities.com/estudiscurso/vandijk\\_edcs.html?200714](http://www.geocities.com/estudiscurso/vandijk_edcs.html?200714).
- VAN DIJK, Teun A. Análisis del discurso ideológico. *Comunicación y Política*, 1996, p. 15-43. [Recurso electrónico]. Disponible en: <http://www.discursos.org/oldarticles/>
- VAN DIJK, Teun A. (1997a). El estudio del discurso. En: VAN DIJK, Teun A. (comp.). *El discurso como estructura y proceso. Estudios sobre el discurso I*. Barcelona: Gedisa, 2003, p. 21- 65.
- VAN DIJK, Teun A. (1997b). El discurso como interacción en la sociedad. En: VAN DIJK, Teun A. (comp.). *El discurso como interacción social. Estudios sobre el discurso II*. Barcelona: Gedisa, 2000, p. 19- 65.
- VAN DIJK, Teun A. *Texto y contexto. Semántica y pragmática del discurso*. Madrid: Cátedra, 1998.
- VAN DIJK, Teun A. (2001). La multidisciplinariedad del análisis crítico del discurso: un alegato en favor de la diversidad. En: WODAK, Ruth y MEYER, Michael. *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa, 2003, p. 143- 177.
- VAN DIJK, Teun A. y Athenea Digital. El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. *Athenea Digital*, 2001a, nº 1, p. 18-24. [Recurso electrónico]. Disponible en <http://blues.uab.es/athenea/num1/vandijk.pdf>.

- VAN DIJK, Teun A. *Ideología y discurso. Una introducción multidisciplinaria*. Barcelona: Ariel, 2003.
- VAN DIJK, Teun A. Ideología y análisis del discurso. Utopía y praxis latinoamericana, 2005, nº 29, p. 9-36.
- VAN DIJK, Teun A. Semántica del discurso e ideología. *Rev Discurso y Sociedad*, 2008; Vol 2 (1), p. 201- 261.
- VARO, José R. La reforma psiquiátrica en Navarra: 20 años después. *Anales del Sist. Sanit. Navarra*, 2007, vol 30, nº 1, p.75- 87.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, Jose Luis y GARCÍA, José. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1999, Vol. 249, nº 3, p.128- 135.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, Jose Luis y GARCÍA, José. Deinstitutionalisation and psychiatric reform in Spain. *European Psychiatry*, 2000, Vol. 15, Suppl.2, p.294s-294s.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, José Luis; GARCÍA, José y TORRES GONZÁLEZ, Francisco. Spanish Psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 104 (Supl. 410), p. 89- 95.
- WEBWER, Max. *La acción social: ensayos metodológicos*. Barcelona: Ediciones Península, 1984.
- WHAL, O.F. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*, 1999, Vol. 25, nº 3, p. 467- 478.
- VILLAGRÁN, José M. La crítica de la psicopatología solo tiene sentido desde la psicopatología crítica. *Rev. Asociación española de Neuropsiquiatría*, 2002, Vol. XXII, nº 82, p. 75- 85.
- VILLARROEL, Víctor G.. Del manicomio a la inseguridad. *Rev. Entorno Social*, 2001. [Recurso electrónico]. Disponible en: <http://www.entornosocial.es/document/r39.html>.
- W.H.O. *Report of the international pilot study of schizophrenia*. Vol.1. Geneva: World Health Organization, 1973.
- W.H.O. *European Ministerial Conference on Mental Health "Facing the challenges, building solutions"*. Helsinki: World Health Organization, 2005.
- WODAK, Ruth (2001). De qué trata el análisis crítico del discurso (ACD). Resumen de su historia, sus conceptos fundamentales y sus desarrollos. En: WODAK, Ruth y MEYER, Michael. *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa, 2003, p. 17- 34.
- WODAK, Ruth. (2001a). El enfoque histórico del discurso. En: WODAK, Ruth y MEYER, Michel. *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa, 2003, p. 101- 141.
- WORLD FEDERATION OF MENTAL HEALTH (WFMH). Día Mundial de la salud Mental 2006: Enfermedades mentales y suicidio, 2006. [Recurso electrónico]. Disponible en: <http://www.wfmh.org>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Atlas Nurses in Mental Health 2007*. Geneva: World Health Organization, 2007.

ZUAZO, Jose Ignacio. Sobre la Psiquiatría, la salud mental, el C.S.M. y asuntos de ese tipo...  
Norte de Salud Mental, 2001, Vol. IV, n° 11,p. 29- 36.

ZUAZU, Ana Isabel y DE POTESAD, Fabricio. Las crisis existenciales del nuevo siglo. Norte  
de Salud Mental, 2002, Vol. IV, n° 14, p. 11- 20.

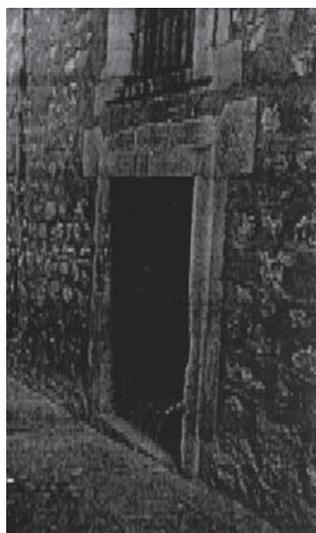
## Anexo fotográfico



Portada del Antiguo Hospital San Juan de Dios (Fuente: Gutiérrez Aguilera 1978).



Portada actual del Hospital San Juan de Dios.



Callejón de Santa Úrsula, en fachada opuesta a la entrada principal del Hospital San Juan de Dios (Fuente: Gutiérrez Aguilera 1978).



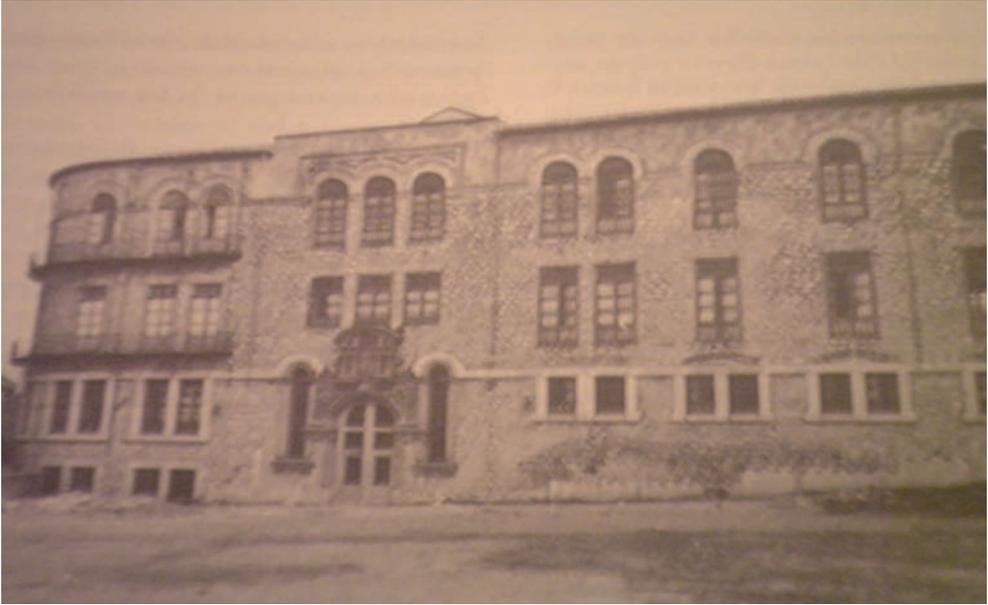
Vista actual del Callejón de Santa Úrsula.



Vista actual del patio interior del Hospital San Juan de Dios.



Vista actual de la Capilla del Hospital San Juan de Dios.



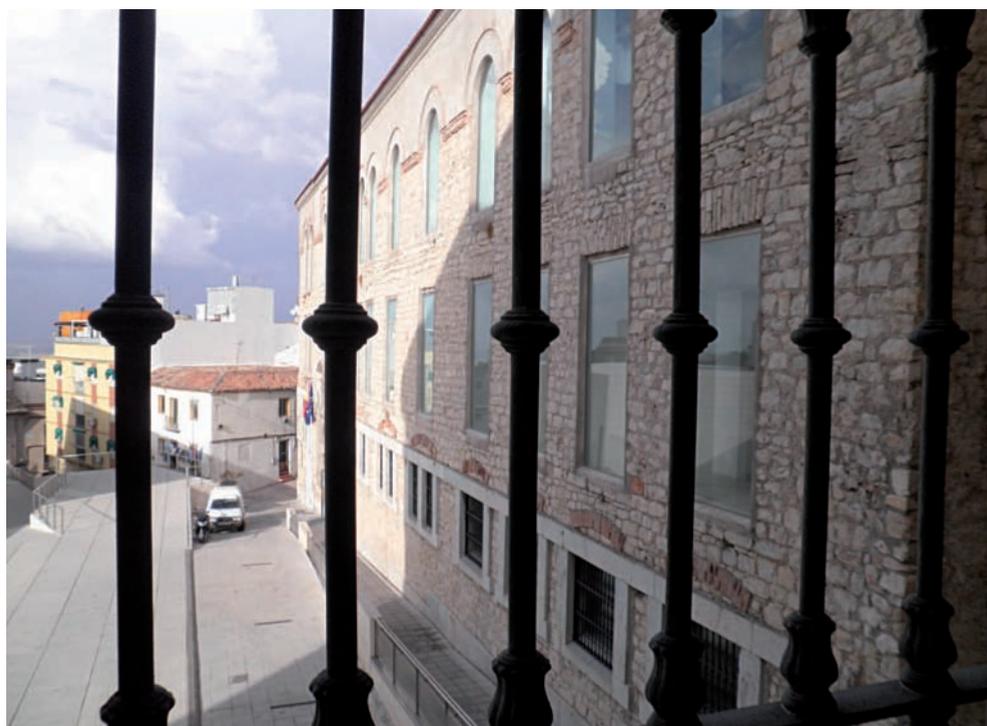
Pabellón de la Dictadura, de 1926 (Fuente: Palma 1999).



Patio interior del Pabellón de la Dictadura (Fuente: Palma 1999).



Vista actual del Pabellón de la Dictadura convertido hoy en Albergue Municipal.



Vista actual del Pabellón de la Dictadura desde el interior del Hospital San Juan de Dios.



Sala de San Lorenzo que acogió a enfermos mentales varones y, celdas de aislamiento al fondo en el Antiguo Hospital San Juan de Dios (Fuente: Gutiérrez Aguilera 1978).



Convento de las Bernardas, que acogió a los varones enfermos mentales desde 1936 a 1943 (Fuente: Gutiérrez Aguilera 1978).



Convento de las Descalzas, que acogió durante la Guerra Civil a las mujeres enfermas mentales (Fuente: Gutiérrez Aguilera 1978).



Entrada al recinto de Los Prados (al fondo) en 1953, hoy entrada al Hospital Neurotraumatológico (Fuente: Palma 1999).



Fachada principal de Los Prados, en obras (Fuente: Gutiérrez Higuera 1954).



Vista de la fachada principal de Los Prados, ya desmantelado el manicomio (primavera 2006).



Vista actual del patio de verano del desaparecido manicomio (primavera 2006).



Sanatorio Neuropsiquiátrico Los Prados (Fuente: Gutiérrez Higuera 1954).



Vista aérea de Los Prados recién terminadas las obras (Fuente: Gutiérrez Aguilera 1978).



Juan Pedro Gutiérrez Higuera (Fuente: Palma 1999).



Personal de Los Prados. En la fila inferior, sentado y el cuarto desde la izquierda, Juan Pedro Gutiérrez Higuera (Fuente: Gutiérrez Higuera 1954).



Comedor de mujeres en Los Prados (Fuente: Gutiérrez Higuera 1954).



Dormitorio colonia de mujeres en Los Prados (Fuente: Gutiérrez Higuera 1954).



Lavadero de mujeres, en Los Prados (Fuente: Gutiérrez Higuera 1954).



Sala de Curas en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, *coord.* 2006).



Toma de presión arterial a paciente en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, *coord.* 2006).



Extracción de sangre en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, *coord.* 2006).



Alimentación por sonda en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, *coord.* 2006).



Preparación para Rayos X en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, coord. 2006).



Electrochoque en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, coord. 2006).



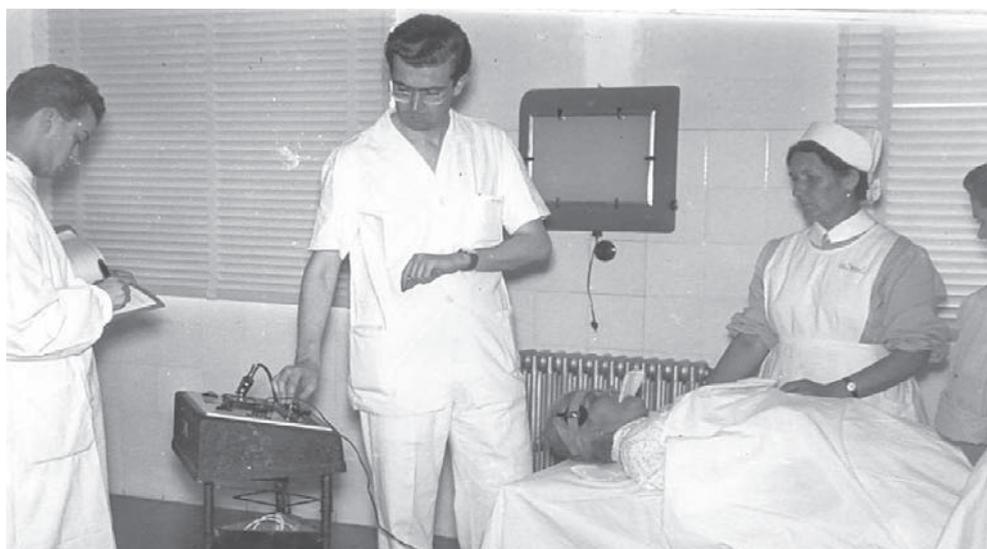
Inducción de coma insulínico en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, *coord.* 2006).



Taller de costura para mujeres en Los Prados (Fuente: Gutiérrez Higuera 1954).



Cura de herida por ántrax en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, *coord.* 2006).



Práctica de la electronarcosis en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, *coord.* 2006).



Electrochoque con curare en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, *coord.* 2006).



Sala para práctica de baños en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, *coord.* 2006).



“Terapia de Kraepelin” o práctica de la sábana mojada en Los Prados (Fuente: Palomino Moral, coord. 2006).



Visita a Los Prados de Kurt Schneider (a la derecha), Catedrático de Psiquiatría y Director de la *Psychiatrische Universitäts Klinik de Heidelberg*, junto a Juan Pedro Gutiérrez Higuera (segundo por la izquierda) y otros colegas psiquiatras de Jaén y Granada y sus respectivas parejas (Fuente: Palma 1999).



De izquierda a derecha: Ramón Sarró Burbano, Juan Pedro Gutiérrez Higuera, Antonio Vallejo Nágera y Carlos Castilla del Pino , en la *I Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría* en Madrid y mayo de 1958 (Fuente: Palma 1999).



*I Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría* en Madrid y mayo de 1958 (Fuente: Palma 1999).



Fachada lateral de Los Prados, ya desmantelado el manicomio (primavera 2006).



Interior de Los Prados, ya desmantelado el manicomio (primavera 2006).



Lavabos y zona de aseo del Pabellón Mujeres, ya desmantelado el manicomio (primavera 2006).



Realizada desde la ducha hacia el sanitario en un espacio ausente de barreras, ya desmantelado el manicomio (primavera 2006).



Amplio espacio para las duchas frente al sanitario, ya desmantelado el manicomio (primavera 2006).



Alojamiento de distinguidos con tres estancias (recibidor, alcoba y baño), ya desmantelado el manicomio (primavera 2006).



Vista actual de la Comunidad Terapéutica de la provincia, situada en el recinto del Hospital Neurotraumatológico de Jaén, junto al servicio de Urgencias.



Comunidad Terapéutica de Jaén. Al fondo, el Hospital Neurotraumatológico.



Vista actual del Hogar de Alta Supervisión (HAS), que acoge a antiguos pacientes de Los Prados tras la desinstitucionalización.



Vista actual del Hogar de Alta Supervisión (HAS), que acoge a antiguos pacientes de Los Prados tras la desinstitucionalización.

# Índice de cuadros, gráficos y tablas

	<u>Página</u>
Cuadro 1. El construccionismo en su aportación al estudio de la salud mental	72
Gráfico 1. Total de profesionales en CSM, CSM-IJ, Hospitalización y Rehabilitación, por 100.000 habitantes . . . . .	42
Gráfico 2. Recursos de salud mental en Andalucía y sus provincias. . . . .	60
Gráfico 3. Recursos humanos de salud mental en Andalucía, 1984-2007 . . .	60
Gráfico 4. Programas sociales de FAISEM en Andalucía y sus provincias. . .	61
Gráfico 5. Jaén. Profesionales en dispositivos de salud mental de primer, segundo y tercer nivel . . . . .	64
Tabla 1. Recursos Sanitarios de atención a la salud mental en la provincia de Jaén . . . . .	62
Tabla 2. Jaén. Recursos humanos de salud mental en los ESMD de la provincia, por grupos profesionales . . . . .	63
Tabla 3. Jaén. Recursos humanos de salud mental en dispositivos de primer, segundo y tercer nivel . . . . .	64
Tabla 4. Recursos de salud mental en España, Andalucía y Jaén. Datos comparativos . . . . .	65
Tabla 5. Perfil de personas entrevistadas. . . . .	99



# Índice

	Página
INTRODUCCIÓN.....	9
1. EL CONTEXTO HISTÓRICO EN LA COMPRESIÓN DE LA REALIDAD «SALUD MENTAL» .....	15
1.1. El contexto histórico de la desinstitucionalización en la provincia de Jaén.....	17
1.2. Marco jurídico-político y experiencias de reforma como contexto para la experiencia de Jaén.....	34
1.2.1. Experiencias de reforma: dificultades y propuestas .....	40
1.3. Recursos de salud mental en la provincia de Jaén .....	58
2. APROXIMACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA EN INVESTIGACIÓN SOCIAL SOBRE SALUD MENTAL .....	67
2.1. Aproximación teórica: construccionismo y pensamiento crítico ....	67
2.1.1. Construcción de la realidad «salud mental» .....	68
2.1.2. El pensamiento crítico en su aportación al estudio de de la «salud mental» .....	72
2.1.3. El concepto «salud mental»: distintas miradas .....	78
2.1.3.1. <i>La salud mental desde la perspectiva biologicista</i> ....	80
2.1.3.2. <i>La salud mental desde el pensamiento antipsiquiátrico</i> .....	81
2.1.3.3. <i>La salud mental desde el management</i> .....	85
2.2. Aproximación metodológica: el enfoque cualitativo.....	90
2.2.1. Hermenéutica y fenomenología como herramienta de indagación de la realidad «salud mental» .....	92
2.2.2. El Análisis Crítico del Discurso.....	94

	Página
2.2.3. Fuentes orales en el acceso a los discursos de salud mental: la entrevista en profundidad . . . . .	97
2.2.4. El proceso de análisis . . . . .	101
2.2.5. Limitaciones de la investigación . . . . .	104
3. LOS DISCURSOS SOBRE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE JAÉN. . . . .	105
3.1. <i>Poder y desigualdad</i> en la articulación discursiva de la salud y la enfermedad mental: «Discurso legítimo» y «Discurso de usuarios»	105
3.1.1. El discurso de informantes clave como dimensión histórica y como contexto discursivo común . . . . .	108
3.1.1.1. <i>Enfermedad versus sufrimiento</i> . . . . .	114
3.1.1.2. <i>Exclusión versus integración</i> . . . . .	123
3.1.1.3. <i>El otro deslegitimado versus el otro legitimado</i> . . . . .	131
3.1.2. El «discurso legítimo» de las y los profesionales sobre el sistema de atención a la salud mental . . . . .	138
3.1.2.1. <i>Enfermedad versus sufrimiento</i> . . . . .	138
3.1.2.2. <i>Exclusión versus integración</i> . . . . .	142
3.1.2.3. <i>El otro deslegitimado versus el otro legitimado</i> . . . . .	148
3.1.3. El «discurso de usuarias y usuarios» sobre el sistema de atención a la salud mental. . . . .	157
3.1.3.1. <i>Enfermedad versus sufrimiento</i> . . . . .	157
3.1.3.2. <i>Exclusión versus integración</i> . . . . .	161
3.1.3.3. <i>El otro deslegitimado versus el otro legitimado</i> . . . . .	166
4. CONCLUSIONES . . . . .	171
5. BIBLIOGRAFÍA . . . . .	177
ANEXO FOTOGRÁFICO . . . . .	199
ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICOS Y TABLAS. . . . .	223





