

El riesgo de la contrarreforma *

M. DESVIAT

Psiquiatra

Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Madrid

Resumen

Se comentan los cambios, los logros y las insuficiencias de la reforma psiquiátrica en el contexto de la situación actual, señalando la amenaza del nuevo orden económico mundial para su desarrollo y sus repercusiones en la psiquiatría: auge del biologicismo, primacía de la industria farmacéutica, retirada de la acción comunitaria.

Palabras clave: Reforma psiquiátrica. Psiquiatría y salud mental. Reestructuración psiquiátrica en Brasil.

réforme psychiatrique dans le contexte de la situation actuelle en indiquant la menace du nouvel ordre économique mondial pour son développement et ses répercussions dans la psychiatrie: essor du biologicisme, primauté de l'industrie pharmaceutique, retrait de l'action communautaire.

Mots clés: Réforme psychiatrique. Psychiatrie et santé mentale. Restructuration psychiatrique au Brésil.

Summary

The risk of counter-reform. Comment is offered on the changes to and shortcomings of psychiatric reform in the present situation, pointing to the threat to its development from the new world economic order and the repercussions in psychiatry: the rise of biologicism, the power of the drugs industry, the withdrawal of community action.

Key words: Psychiatric reform. Psychiatric and mental health. Psychiatric restructuring in Brazil.

Riassunto

Il rischio della controriforma. Si commentano i cambi, i risultati e le insufficienze della riforma psichiatrica nel contesto della situazione attuale, indicando la minaccia del nuovo ordine economico mondiale per il suo sviluppo e le sue ripercussioni nella psichiatría: auge del biologicismo, primato dell'industria farmaceutica, ritirata dall'azione comunitaria.

Parole chiave: Riforma psichiatrica. Psichiatría e salute mentale. Ristrutturazione psichiatrica in Brasile.

Résumé

Le risque de la contre0réforme. Sont abordés les changements, les réussites et les insuffisances de la

“¿Por qué el lector deberá prestar atención a una crisis más, a otro clamor por recursos y una serie más de problemas? Pensamos que lo deberá hacer porque los problemas tratados ponen en juego y están más cercanos que ningún otro a la condición humana; porque esos problemas impiden nuestro pleno desarrollo como personas y porque el relativo silencio que los rodea es vergonzoso mientras pueda hacerse algo para resolverlos”.

* Este artículo es una versión del epílogo de la edición portuguesa de mi libro *La Reforma Psiquiátrica* (Madrid: Dor; 1994) traducido por la Editora de la Escuela Nacional de Salud Pública de Brasil (FIOCRUZ).

Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A, 1997¹

Situar la salud mental hoy, su actualidad y sus perspectivas, nos obliga a detenernos en nuestro presente histórico, en nuestro modelo de sociedad. Al menos en ese modelo que la llamada globalización está imponiendo en nuestras sociedades. En este presente huero y desmemoriado, que predica el fin de las grandes ideas –justicia, igualdad, progreso–, la pérdida de los ideales socialmente movilizados, hay que reivindicar la historia, ese saber de uno mismo y de los otros, del pasado que nos sostiene. Pensamos, con Fernando Colina, que con el diagnóstico comienza la clínica, nuestro quehacer como terapeutas no concluye como a muchos hoy pudiera parecer². Y con Fernando Savater que el cuidado ético del mundo consiste en asumir con todas sus implicaciones la esencial igualdad de los hombres³. Pero el cuidado ético y, por consiguiente, la clínica, sólo puede hacerse desde la dignidad y la humanidad. El cuidado, la defensa de los derechos humanos, la protección de los sujetos más frágiles, el respeto a las diferencias, a los excluidos, al otro, al extranjero, no es un acto benéfico, no es un privilegio del poder del dinero o de la política. Nadie tiene el poder ni el privilegio de dar nada a nadie, todo el mundo tiene todos los derechos, dijo hace tiempo Jean Paul Sartre, en el prólogo a un libro en otro tiempo famoso, *Los condenados de la tierra*, de un psiquiatra argelino, Franz Fanon, en plena lucha anticolonial. Sin dignidad la humanidad se deshumaniza, no entiende del cuerpo y sus afectos, es pura animalidad⁴.

La dignidad y el coraje de una sociedad se miden por el modo como acoge la marginación y la locura⁵.

La idea de higiene mental, de salud mental, surge con el siglo, de una modernidad ilustrada que cree en el progreso, en sociedades más igualitarias y más justas. La idea de reforma psiquiátrica se inicia tras la II Guerra Mundial, en tiempos de mayor sensibilidad social, de mayor respeto por las diferencias y por las minorías tras el holocausto. En momentos de reconstrucción del lazo social.

La manera como cada sociedad afronta la enfermedad, la invalidez y el cuidado van a diferenciar los movimientos de reforma. El tipo de sistema sanitario, su forma de organización y grado de cobertura, condicionan el modelo de atención a la salud y, por tanto, de los servicios de salud mental. En un sistema sanitario como el de EEUU, caro e insolidario –la enfermedad y la incapacidad son una responsabilidad individual–, las experiencias de psiquiatría comunitaria no pueden pasar de tentativas piloto con reducidos grupos marginales y no debe extrañarnos que la desinstitucionalización adquiriera, salvo en unos pocos Estados, características “salvajes”, ya que los pacientes crónicos externados incrementaron el ya alto número de pobres

abandonados a su suerte.

No me cansaré de repetir que no hay atención comunitaria sin un Estado social, como no hay cuidado ético sin dignidad ni humanidad.

Una atención comunitaria exige un sistema de salud universal y equitativo, descentralizado y participativo, lo que ha venido denominándose Sistema Nacional de Salud, como el que contempla la ley de salud brasileña de 1988. O la Ley General de Sanidad española de 1986 (otra cosa es hasta dónde se han cumplido). La organización unitaria de los servicios y la integración de los tres niveles clásicos de atención, de la educación para la salud a la rehabilitación, con una financiación fundamentalmente pública, que permita la toma a cargo de las poblaciones y no sólo del sujeto enfermo, es condición de posibilidad para una salud comunitaria.

La búsqueda de alternativas al manicomio introduce el segundo factor de diferenciación de los diferentes modelos, pues, o bien se pretende su transformación en una institución terapéutica, caso de la psicoterapia institucional o la comunidad terapéutica; o bien se plantea su cierre como condición de posibilidad de la reforma, caso de la psiquiatría en el territorio de Italia o la desinstitucionalización en EEUU, la reforma en España o en Brasil.

Logros e insuficiencias de las reformas

Ha pasado poco más de medio siglo del inicio del movimiento de reforma psiquiátrica, cuando en plena ocupación alemana de Francia, Tosquelles, exiliado republicano español, organiza una experiencia de radical transformación del manicomio de Saint-Alban, o de cuando Bion y Maxwell Jones establecen las primeras comunidades terapéuticas; treinta y cinco años se cumplieron el pasado mes de junio, de la toma a cargo del manicomio de Gorizia por Franco Basaglia, momento inaugural de la reforma antiinstitucional italiana. Pocos años después visitó España, junto con Giovanni Gervis y otros líderes del movimiento de Psiquiatría Democrática, como lo hicieron Roger Gentis o Félix Guattari, apoyando los grupos de contestación psiquiátrica, aquella Coordinadora Psiquiátrica de los últimos años de la dictadura del general Franco. En EEUU, son los años del *New Deal*, en los que se aprueba el Acta Kennedy, que impulsa la psiquiatría comunitaria norteamericana. Aparecen las comunas antipsiquiátricas en el Reino Unido de la mano de la Philadelphia Association, fundada por Ronald Laing, punto de encuentro del movimiento contracultural inglés de los

años sesenta: se desdibujan en el imaginario social los límites entre la razón y la sinrazón. Han transcurrido cinco décadas desde las primeras reformas y las ideas precursoras han dado paso a grandes procesos de transformación de la asistencia psiquiátrica en el mundo y a un importante cambio de la imagen, de la idea que de la enfermedad mental tienen los políticos, los gestores, los profesionales y los ciudadanos en general.

Y ha cambiado por la fuerza de los hechos. Muchos hospitales psiquiátricos han cerrado sus puertas, se han creado estructuras alternativas que atienden los problemas de salud mental en la comunidad; los programas de rehabilitación y soporte social han logrado hacer frente a la vieja y nueva cronicidad. Las autoridades, tantas veces ambiguas, preocupadas por ancestrales fantasmas y sus repercusiones electorales: la supuesta peligrosidad del enfermo mental, la criminalización de los externados, los *homeless*, la mendicidad violenta o simplemente el miedo a encarecer los costos de la atención a la salud mental, han terminado, en buena parte de los países, por aceptar la necesidad social del cambio y generalmente han sacado beneficios políticos por ello.

Hoy ya no se trata de demostrar la inutilidad técnica o social del manicomio, pues éste se ha convertido en un residuo molesto, casi vergonzante, aunque todavía persista en la mayoría de las regiones.

Hoy el riesgo para el desarrollo de una psiquiatría pública alternativa, como para la sanidad pública en su conjunto, viene, por una parte, de la crisis de su soporte principal: las prestaciones sanitarias, sociales y comunitarias del llamado estado del bienestar y, por otra, de la evolución farmacodependiente y rudimentariamente biológica de la psiquiatría.

En los últimos años el mundo se precipita en rápidos cambios. La globalización de la economía, el gran aumento del desempleo, el incremento de la exclusión social, entre otros factores, parecen remitirnos a un acelerado cambio en los modos de producción, con modificaciones profundas en las formas de vida: de la familia, del trabajo, del ocio y una erosión continua de los derechos fundamentales de la persona. Nuevo orden planetario donde la riqueza está aún más concentrada, mientras que el tejido social básico empieza a desintegrarse, como señala Juan Luis Cebrián: “las viejas leyes, estructuras, normas y planteamientos, resultan completamente inadecuados para la vida en la nueva economía”. Y aún no se conocen otros que los sustituyan⁶.

Esta incertidumbre, esta ausencia de respuestas estructurales golpea el “estado del bienestar”, ese logro del capitalismo socialdemócrata en mor de una mejor convivencia social, y está llevando al poder en todo el

mundo a gobiernos, importa poco su color político, dispuestos a reducir la presencia pública, a recortar el entramado de prestaciones: educación, sanidad, pensiones, vivienda. O al menos a redefinir la llamada “cesta básica”, el catálogo de prestaciones universales, con el pretexto de reducir la deuda pública y generar empleo. Recortes que ponen en peligro la universalidad y la equidad de las prestaciones sociosanitarias y, especialmente, la atención a las poblaciones más frágiles, a esos inútiles sociales de los que habla Robert Castel en su libro: *La metamorfosis de la cuestión social*⁷, en los países más avanzados, y a condicionar el tipo de desarrollo de los países pobres.

Las consecuencias las podemos ver en EEUU, en sus más de 50 millones de personas sin ninguna cobertura sanitaria, y en la gran precariedad de otras prestaciones sociales (un modelo sanitario calificado por Milton Terris de *non-system*⁸, y que lleva a la iniquidad usando palabras de un editorial de la conocida revista de la American Psychiatric Association *Psychiatric Services*⁹).

Hay que preguntarse si en esta situación –y cómo no mirar al Banco Mundial, y a otros generadores de opinión–, se mantendrá la política desinstitucionalizadora y de soportes sociales y comunitarios en la atención a la salud mental o las fuerzas conservadoras, explotando los miedos colectivos conseguirán construir viejas instituciones en las nuevas estructuras.

Psiquiatría versus salud mental

Pero también hay una crítica sobre el modelo comunitario, sobre su eficiencia. En psiquiatría, en salud mental, hay una derechización de las respuestas técnicas, una vuelta a la neuropsiquiatría (no en vano los años 90 fueron declarados en los EEUU la “década del cerebro”). El exagerado aumento del precio de los medicamentos –con la financiación masiva por la industria farmacéutica de investigaciones, congresos, publicaciones– tiene algo que ver con ello.

Surge un debate sobre la eficiencia del modelo de atención construido en las últimas décadas, basado en estudios que sostienen que no se han conseguido mejorar las patologías más graves y, sin embargo, se han distraído recursos hacia patologías menores o simples “problemas de la existencia”^{10,11}.

Se alzan voces airadas solicitando el divorcio entre la salud mental –concepto ambiguo que exige continuas matizaciones– y la psiquiatría. Autoridades y líderes de opinión que defienden una vuelta a la psiquiatría neuropsiquiátrica, con una práctica claramente diferenciada de las acciones de salud mental, relegadas para

psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. El discurso antropológico, necesariamente social, de las especialidades de la salud mental, empieza a ser sustituido por indicadores biológicos o por recorridos fotónicos –que nos evaden de mirar lo que somos incapaces de ver, en palabras de Fernández Liria¹²–; la psicopatología se reduce a un consenso clasificatorio *prêt-à-porter*.

Hay aún otro tipo de crítica que tiene que ver con incumplimientos de los modelos comunitarios, la escasez en todas partes de recursos alternativos, la persistencia del hospital psiquiátrico, con la ausencia de redes sociosanitarias completas que puedan invertir la ley del cuidado inverso, aportando más recursos a los grupos más frágiles para garantizar la discriminación positiva –es decir, la equidad– y la continuidad de cuidados –es decir, la eficacia.

La salud mental amenazada

Sea una patología menor, “malestares de la existencia” o esos síntomas mínimos persistentes de los que habla la literatura francesa; sean los trastornos mayores que tantas veces se prolongan de por vida; sea consecuencia de la miseria o de los hábitos de vida, de la exclusión social o de la paranoia de los dirigentes, la cuestión es que la enfermedad mental constituye una de las epidemias de la civilización moderna, junto con los accidentes, el suicidio y la violencia. “Los problemas mentales, sociales y de conducta están provocando una crisis sin precedentes que amenaza la estabilidad política y económica y conspira contra la humanidad de decenas de millones de personas”, afirman en un estudio realizado para Naciones Unidas un equipo de profesionales de la Universidad de Harvard (*Salud Mental en el Mundo: Problemas y Prioridades en los Países de Baja Renta*). Los autores consideran que la situación presente empeorará en los próximos años como resultado de la desmedida ola de violencia que aflige África, Asia y América Latina y el crecimiento de la población, especialmente en los países en desarrollo¹³.

Tampoco parece que la perspectiva sea mucho mejor en el llamado primer mundo, donde los estudios epidemiológicos muestran que cerca del 30% de sus habitantes han padecido algún episodio de enfermedad mental a lo largo de su vida¹⁴. Prevalencia de trastornos mentales con importantes repercusiones sociales y económicas, tanto por los años de vida perdidos por discapacidad –el Banco Mundial sitúa en primer lugar la enfermedad mental en este indicador, antes que el cáncer y las enfermedades cardiovasculares– como por el costo que representan.

La Organización Mundial de la Salud estima un aumento considerable de las enfermedades mentales, tanto en los países de bajos ingresos como en Europa Occidental y América del Norte, debido al envejecimiento de la población, al estilo de vida y a la proporción cada vez mayor de personas que se hallan expuestas a situaciones psicosociales adversas. El paro prolongado, formas de vida aislada tras el debilitamiento de los lazos familiares y sociales, la movilidad social y geográfica, situaciones de exclusión social (inmigrantes, sin techo, marginales), aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad mental. Situaciones de riesgo que se unen al rápido crecimiento de los casos de SIDA –con los trastornos psicológicos asociados– y, sobre todo, a la imparable adopción por gente muy joven de patrones de conducta lesivos para la salud, especialmente el abuso de drogas y el alcohol, la conducción peligrosa de vehículos, el gusto por el riesgo y la violencia. En Europa, el vertiginoso desmoronamiento de los regímenes políticos del Este, y las dificultades en el proceso de transición a una economía de mercado de estos países, han empujado a situaciones extremas a amplios grupos de la población con violaciones masivas de los derechos humanos –desplazamientos forzosos, guerras terribles, empobrecimiento de la mayoría de la población–, de incalculables consecuencias para la salud mental de las personas afectadas (en salud general, ha supuesto un descenso de la media europea de la esperanza de vida. Hacia 1970, la diferencia entre la esperanza de vida en la Unión Europea y en los países del Este era de 2,5 años; en 1995 se sitúa en 11 años)¹⁵.

La atención a la salud mental, tan amenazada por diversos factores adversos, va a exigir una oferta amplia de servicios sanitarios y sociales –en psiquiatría la actuación no se agota con la intervención clínica– si pretende ser eficaz. Abierto a comienzos de nuestra década el debate en Europa sobre selección de prioridades en la asistencia sanitaria, el límite de las prestaciones, algunos grupos de expertos recomiendan a los gobiernos que protejan legalmente la calidad de la atención de los enfermos mentales, en previsión de los posibles efectos adversos de la competencia reguladora.

Es una ironía que ahora que tenemos la experiencia que nos puede guiar en los procesos futuros de desinstitutionalización, escribe Leona L. Bachrach¹⁶, en el reemplazo de los hospitales psiquiátricos por dispositivos ambulatorios alternativos, nos encontremos con que los cuidados para enfermos mentales no son sólo una cuestión de conciencia social y de conocimiento profesionales. Se trata también, desgraciadamente, de una cuestión política y de elección de prioridades. El idea-

lismo de los años 60, con una financiación aparentemente sin límites, ha sido reemplazado, al menos temporalmente, por el criterio de reducción de costes.

El papel de la ciudadanía: el ejemplo de Brasil

La reforma de las instituciones psiquiátricas, de las formas de atender las enfermedades mentales, la llamada reestructuración psiquiátrica, se ha convertido en Brasil, en estos últimos años, en un amplio movimiento de reformas técnicas: cierre de los manicomios, creación de recursos más eficientes, pero, sobre todo, y he ahí su originalidad, un amplio movimiento social en defensa de los derechos humanos de los “locos de todo género” (expresión del Código Penal Brasileño), de los excluidos de la razón y de la ciudadanía.

Abordaje colectivo de la locura y, por tanto, de lo diferente (*de perto, ninguém es normal*^a, reza uno de los eslóganes del movimiento), empezado en un discurso solidario, en la restauración del lazo social.

En diciembre pasado, los coordinadores *estaduales* (estatales) de salud mental, en su análisis de la situación de la asistencia psiquiátrica en Brasil (diciembre de 1997)¹⁷, señalaban, como su mayor éxito, la disminución de camas psiquiátricas en todo el país, sin causar ningún tipo de falta de asistencia, el incremento de recursos comunitarios alternativos y de acciones socio-sanitarias encaminadas a la reinserción social de los pacientes deshospitalizados. Reconociendo el papel desempeñado en la mejora de la calidad asistencial los decretos y normas ministeriales propiciados por Coordinación en Salud Mental del Ministerio (estos decretos incluyen las posibilidades de financiación, medidas éticas, como la prohibición de habitaciones de aislamiento (*celdas fortes*), o la inviolabilidad de la correspondencia, PT224, 1992; normas para la atención ambulatoria y hospitalaria con especificación de plantilla mínima y acciones, como grupos y visitas domiciliarias, o actividades de promoción de la salud mental).

Las preguntas sobre el futuro se centraban en el mantenimiento de un modelo mixto, híbrido, en tanto que no se ha completado la descentralización de recursos, la municipalización, manteniéndose competencias municipales, estatales y federales y en el tipo de modelo sanitario general que al final adoptará el país. La influencia neoliberal, tan en boga, presiona para reducir las prestaciones públicas e incrementar los conciertos a los servicios comunitarios, acreditando centros de atención psicosocial (CAPS) y núcleos de atención social (NAPS) privados en todo el entramado sanitario^b.

Pero en Brasil, como en España, este crecimiento de recursos materiales y humanos se hizo en tiempos esperanzados socialmente, en momentos de grandes cambios, de consolidación democrática. El movimiento de salud mental, “los mentaleiros”, trascendieron el marco profesional para promover cambios más profundos en la sociedad, en las relaciones de la ciudadanía. Portavoces, de alguna manera, de los excluidos, los profesionales de lo psíquico se unieron con familiares y usuarios para reclamar la integración de los márgenes, de los diferentes. Una dimensión mucho más limitada en Europa, donde la reforma psiquiátrica se impregnó de política social, de política sanitaria, pero donde la amplitud del movimiento se redujo al marco sanitario y cercano, y la participación ciudadana a la movilización de familiares (en España, las asociaciones de pacientes empiezan a formarse ahora).

Sensibilidad social que favoreció un voluntarismo importante los primeros años de estas reformas y que ahora, estabilizado el proceso, se vuelve contra sus protagonistas, que no pudieron encontrar respuesta a tanta ilusión en los siempre modestos resultados. En España, la ausencia de una carrera profesional bien estructurada, de incentivos profesionales y económicos para los diferentes tramos de responsabilidad, está quemando a los líderes de antaño y dificultando su reemplazo. La cultura de la *reforma* tiene que impregnar a los profesionales más jóvenes, a veces seducidos por el discurso más fácil y fructífero del fármaco y el SPECT.

En España, interesadas peleas interoficios –psicólogos versus psiquiatras– o interescuelas –modelo médico versus modelo social–, el resurgimiento de un sindicalismo gremialista profundamente reaccionario en las organizaciones de clase –que atrinchera el sector servicios y buena parte del sector de auxiliares de enfermería en posiciones conservadoras–, el menor compromiso de los líderes asociativos debido al cansancio biológico de los pioneros y su incapacidad, en muchas ocasiones, para organizar el relevo, el cambio de mentalidad política, donde la utopía social –esa herencia sesentaiochesca, tan presente en el grupo generacional hecho a la profesión en torno a los años setenta–, ha sido sustituida por el rentabilismo, donde la ausencia de referencias universales –fin del marxismo, de la fe en el progreso y en la historia– ha dado paso a una desconfianza social y a un refugio en la privacidad. Malos tiempos, sin duda, para un trabajo que precisa del lazo social.

^a De cerca, nadie es normal.

^b Los CAPS y los NAPS son centros alternativos al manicomio, inspirados en los centros psicosociales de Trieste, con camas y actividades ambulatorias y de centros de día.

No es de extrañar que sea en las actividades más comunitarias, cuando la comunidad pasa a ser un factor implicado en el origen y solución de los problemas, como es el caso en el ámbito de salud mental (y en los aspectos preventivos y de promoción de la salud), donde, como señala A. Fernández Liria¹⁸, se manifiesten más las carencias de la reforma psiquiátrica española.

Por otra parte, y a pesar de que ha habido cambios positivos sustanciales en la idea de la enfermedad mental y de los servicios psiquiátricos, el incremento de la paranoia social en la Europa convergente –xenofóbica protección de la reciente ciudadanía europea, de su nivel y calidad de vida, frente a los más de 10 millones de trabajadores extranjeros y su potencial incremento–, aumenta la intolerancia, el desprecio a las minorías, a todo tipo de extranjerías.

El movimiento de reforma psiquiátrica, desinstitucionalizador y comunitario, vuelve a ser sospechoso en los forjadores de opinión: de nuevo la prensa, la prensa no canallasca, escarba en la supuesta peligrosidad del enfermo mental, culpa a los románticos y utópicos *reformadores* de la violencia callejera, de las violaciones; los “sin techo” se convierten otra vez en enfermos peligrosos. De nuevo se camufla la marginación social, la existencia de un paro estructural, los graves problemas del alcoholismo y del tráfico de drogas, en la supuesta peligrosidad del enfermo mental, en la política de puertas abiertas, en el cierre de los manicomios. Hay una derechización en la forma de mirar la vida pública en los medios de información tradicionalmente liberales, hasta progresistas.

Decía Alain Touraine que estaba llegando el momento de que los gobiernos y la opinión pública se cuestionen de forma prioritaria las condiciones para un cambio de modelo económico que permita combinar el dinamismo a la americana con la política social que los europeos, con razón, quieren conservar¹⁹.

La cuestión es, como escriben André Gorz y Jacques Robin, que “la radicalidad de los cambios que se prevén debe conjugarse con la modesta voluntad de evitar que un mundo se vea sumergido en la barbarie antes de que otro tenga tiempo de nacer”. Hay que imponer reglas y límites a la competitividad, haciendo que los intercambios sirvan al desarrollo social y al ecológico de un planeta solidario²⁰.

La sociedad del mañana va a estar condicionada por la propuesta de protección de la salud y de cuidado ético que hoy estamos elaborando. En verdad, el problema no es descifrar los patrones de las enfermedades mentales del próximo futuro, la cuestión es adelantar qué lazos sociales, qué valores, qué cultura, qué tipo de hombre se está, estamos hoy, proyectando. La cuestión es si podremos romper el maleficio del que hablara Albert Camus: los hombres mueren y no son felices²¹.

A modo de inventario y de propuesta

Es un hecho la disminución de las camas manicomiales, la pérdida de vigencia del hospital psiquiátrico y cierta consolidación de una cultura de la reforma psiquiátrica: mayor aceptación del trastorno mental como una enfermedad más, mayor integración de los sistemas de cuidado en la sanidad general. Como lo es también el desarrollo de técnicas específicas de atención a la cronicidad discapacitante: los programas de rehabilitación, prácticamente inexistentes a principio de los ochenta –fueron una de las carencias importantes de las primeras reformas–, se han desarrollado mucho desde entonces, formalizando herramientas eficaces frente a la cronicidad psicótica.

Pero se mantienen deficiencias notables tales como la desigualdad por países, por regiones y aun dentro de las grandes regiones, en la implantación de las redes en todos los países. Cuando se habla de la reforma psiquiátrica italiana, nos referimos a un modelo que ha cambiado una legislación (la Ley 180, de 1977, que suprime el manicomio) y a unos principios desinstitucionalizadores pero, al final, no todas las regiones de Italia han completado los proyectos de reforma. Y lo mismo sucede en todos los países. En España lo señalaba el Informe del Defensor del Pueblo de 1992, haciendo ver la ausencia de recursos en algunas regiones o la pervivencia como recurso hegemónico del manicomio en otras. Y la carencia es mucho mayor allí donde se enlazan las necesidades sanitarias y sociales: los pacientes crónicos discapacitados. Entre las grandes cuestiones pendientes está la introducción de criterios de calidad subjetiva de vida en los servicios de salud mental y el desarrollo de mecanismos y protocolos que garanticen la ética de las prácticas y los derechos de los pacientes y sus allegados.

Entre los grandes riesgos futuros está la propia definición de la práctica, de la psiquiatría y de las otras disciplinas de la salud mental. La reforma psiquiátrica dejó de lado, prácticamente en todos los lugares, la universidad, demasiado conservadora y endogámica. El frente de la reforma psiquiátrica fue la asistencia. En la docencia, sólo la formación de especialistas ligada a la asistencia (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermería y otros estamentos del cuidado). Ahora, en tiempos más conservadores, allí donde refluye el movimiento reformador, la universidad –con su clasismo y lejanía de los problemas reales de la asistencia–, emerge más allá de su enroque provisional invadiendo el mundo de la asistencia, incorporando en parte, y desnaturalizan-

do, el discurso de la reforma. Una universidad que ha hecho alianza con la empresa farmacéutica, gracias a la endeblez de los presupuestos públicos para docencia e investigación. Una alianza tan apropiada a nuestro momento histórico, al triunfo de un modelo cognitivo donde importa menos el conocimiento, el saber acerca de las cosas como su uso eficaz, su manejo. Una propedéutica global, un vademécum universal y certero para cada trastorno. Todo es química: desde el sentimiento al juego, y todo tiene su píldora eficaz.

Por último, está el cansancio. En los medios profesionales de Europa y América del Norte, se impone el síndrome del profesional quemado, el llamado *burn-out*. Es un síndrome, como la anorexia y la bulimia, propio de sociedades opulentas, obesas. Que se introduce, en el mejor de los casos, ante las dificultades de cambiar las cosas, de llevar a mejor término la reforma. Pero, sobre todo, al comprobar la dureza de la tarea psiquiátrica. Al comprobar que la actuación terapéutica es, cuando menos, incierta. Que buena parte de nuestros pacientes nos acompañan de por vida. Su cronicidad nos impregna. En buena parte de ellos nos reconocemos. Sus pequeñas miserias, fobias, miedos, angustias, vicisitudes vitales son los nuestros: los que difícilmente sobrellevamos (con análisis personal o sin él). La sociedad nos exige no sólo controlar la locura, el acto psicótico imprevisible, sino los remedios eficaces para el malestar cotidiano. Nos exige, una vez más, hacer frente a sus males: toxicomanía, delincuencia. Psiquiatrizar el mal: violadores, torturadores, psicópatas: ya no existe la legión extranjera, los equipos expedicionarios, la exportación de los criminales que no conocen la culpa a países colonizados, en defensa del orden occidental. El síndrome del quemado, el asalto de la industria a la conciencia de los profesionales, el predominio de una universidad conservadora y la incertidumbre política, he aquí algunos retos para el futuro de la reforma.

Y aquí es donde puede desempeñar un papel importante el movimiento brasileño de reforma psiquiátrica. No hace mucho escribí en el epílogo de un libro de Paulo Amarante, *Loucos pela vida*: “La originalidad brasileña está en la forma de integrar en el discurso ciudadano, en el consciente social, el entramado de actuaciones que debe conllevar un programa comunitario, y en la forma de inventar fórmulas nuevas de atención desde la participación”^c. La importancia de la reforma que se está realizando en Brasil se halla en la movilización de un amplio y activo colectivo, militante en el campo social, que busca crear nuevas experiencias para transformar la vida (y no sólo la asistencia psiquiátrica). *Muito pouco seria possível fazer sem que as formas de vida fossem modificadas.*²²

Bibliografía

1. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud mental en el mundo. OPS, 1997
2. Colina F. Clínica e historia. *Psiquiatría pública* 1998;10(4):207-209.
3. Savater F. *Invitación a la ética*. Barcelona: Anagrama; 1995.
4. Fanon F. *Los condenados de la tierra*. México: FCE; 1963.
5. Pereña F. Valor del acto en la discapacidad. *Psiquiatría Pública*, 1998;10(5):275-275.
6. Cebrián JL. *La red*. Madrid: Tauros; 1998.
7. Castel R. *Les metamorphose de la question social*. París: Fayard; 1995.
8. Terris M. *The health System of the United States. II Seminar on Comparative Health Systems Analysis School of Health*. Madrid, Spain. March 8, 1991.
9. Burns T. *Case Management. Two Nations Still Divided*. *Psychiatric Services* 1996;47(8):793.
10. Hansson L, Öiesvold T, Göstas G et al. *The Nordic comparative study on sectorized psychiatry I. Treated point prevalence and characteristics of the psychiatric services*. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:41-47.
11. *L'Observateur en santé mentale*. *Bulletin du CRE-FMSM*, 1996;12.
12. Fernández Liria A. *La nueva desmedicalización de la psiquiatría*. *Psiquiatría Pública* 1998;10(2):81-82.
13. Desjarlais R et al. *Salud mental en el mundo*. Washington: OPS/OMS; 1997.
14. Desviat M et al. *Movilidad psiquiátrica en población general en Leganés y Pinto (Madrid). Uso de servicios de salud mental y actitudes de la población hacia la salud mental*. *Psiquiatría Pública* 1997;9(5):315-323.
15. OMS. *La santé en Europa*. Copenhague: Organization mondiale de la santé. *Série européenne*, 1997;83.
16. Bachrach LL. *L'état des hôpitaux psychiatriques publiques aux Etats Unis en 1996*. *Santé Mentale au Québec* 1997;22(2):33-52.
17. *Ata da reuniao do colegiado de coordenadores estaduais de saúde mental COSDAM realizada nos dias 4 e 5 de dezembro de 1997 em Brasilia-DF*.
18. Fernández Liria A, Diéguez Porres M. *La reforma psiquiátrica en España: aspectos diferenciales*. *Revista de Administración Sanitaria* 1998;2(5):86-101.
19. Tourain A. *Diario El País*. Jueves 12 febrero 1998; n° 650.
20. Gorz A, Robin J. *Forjar otro porvenir*. *El País*, martes 15 octubre 1996.
21. Desviat M. *Crisis mundial en la salud mental*. En: *La salud mental en el mundo*. Cuadernos Técnicos 1. Madrid: AEN; 1996.
22. Amarante P. *Loucos pela vida*. Río de Janeiro: ENSP; 1995.

^c Hay experiencias ejemplares en este sentido, como la atención a la cronicidad por campesinos voluntarios asesorados por el equipo del Centro de Salud Mental de Bagé, en las pedanías de su territorio, en el sur gaucho, un original programa de seguimiento a psicóticos crónicos; o la utilización de camas sin diferenciar en los hospitales generales, en San Lorenzo o Río Grande; o la búsqueda de una atención integrada en la salud general, con una orientación de salud pública, en algunos barrios de São Paulo; o la experiencia triestina de Santos o de Campinas.