

3P | COLECCIÓN DIRIGIDA POR JORGE TIZON

MIRANDO ATRÁS PARA SEGUIR AVANZANDO

UNA REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE EL PASADO Y
EL PRESENTE DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

MARCELINO LÓPEZ ÁLVAREZ

Herder

MARCELINO LÓPEZ ÁLVAREZ

MIRANDO ATRÁS PARA
SEGUIR AVANZANDO

UNA REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE
EL PASADO Y EL PRESENTE DE
LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Herder

Diseño de la cubierta: Gabriel Nunes

Edición digital: José Toribio Barba

© 2021, *Marcelino López Álvarez*.

© 2021, Herder Editorial, S.L., Barcelona

ISBN ePub: 978-84-254-4743-3

1.^a edición digital, 2021

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com)

Herder

www.herdereditorial.com

A mis cuatro maravillosos y queridos nietos, pese a que su valoración de mi identidad profesional venga siendo más bien discutible. El mayor, Pablo, porque mantiene que aun reconociendo que era médico siempre ha sospechado que lo era «de mentira», dado que no usaba bata. Sospecha acentuada al comprobar que mi título fue expedido por el Gobierno de Franco. El tercero, Baz, porque aunque reconoce también que efectivamente soy médico, considera que lo mío es ocuparme de «arreglar cabezas», probablemente «utilizando algún tubito que me permitiría explorar el cerebro» de la gente. Y los otros dos, Daniel y Leo, porque no parece que mi profesión actual o pasada forme parte de los aspectos de su abuelo que les merecen alguna atención. Aunque hoy por hoy los temas del libro quedan lejos de sus preocupaciones, se enmarcan, para mí, en un intento de contribuir a hacer un mundo más habitable como contexto también para su futuro.

Al lector familiarizado con los ámbitos de las ciencias humanas y sociales no hará falta recordarle el tremendo impacto académico que han tenido en los últimos lustros el relativismo ético y cultural, el nihilismo epistemológico y el desapoderado asalto a los valores de objetividad epistémica, claridad y probidad conceptuales y rigor empírico. En el mejor de los casos, el vendaval posmodernista en las disciplinas humanísticas significa solo un despilfarro de parte de los recursos públicos destinados a alimentar estudios superiores de humanidades y ciencias sociales. En el peor, el desbaratamiento de talentos jóvenes y la esterilización oscurantista de la investigación social. Lo cierto es que buena parte de la responsabilidad no recae sobre los incautos científicos sociales y humanistas consumidores de pseudoproductos filosóficos, sino sobre los pseudofilósofos generadores de esos productos. [...]

«Incautos» en dos sentidos. Incautos filosóficamente: consumidores incipientes e ingenuos de mala literatura filosófica. Pero también incautos históricamente, «nacidos ayer». El relativismo extremo y el todo vale no es un invento posmodernista de los *fast thinkers* mediáticos de nuestros días; fue una de las bases «culturales» del fascismo europeo del primer tercio del siglo xx.

ANTONI DOMÈNECH, 1997

Supongo que es tentador, si la única herramienta que tienes es un martillo, tratar cualquier cosa como si fuera un
clavo.

ABRAHAM HAROLD MASLOW, 1966

ÍNDICE

[PRÓLOGO *Jorge L. Tizón*](#)

[INTRODUCCIÓN](#)

- [Presentación](#)
- [Por qué y en qué medida revisar el pasado](#)
- [El contenido del libro](#)
- [Nota final sobre citas, referencias, estilo y agradecimientos](#)

[1. ALGUNAS BASES FILOSÓFICAS NECESARIAS PARA SITUAR EL ANÁLISIS](#)

- [La utilidad de la filosofía](#)
- [Algunas posiciones filosóficas que considero relevantes](#)
- [Comentarios adicionales](#)
- [Las consecuencias en salud mental](#)

[2. ALGUNAS REFERENCIAS DE TERMINOLOGÍA](#)

- [La importancia de los nombres](#)
- [Términos y expresiones que requieren algún tipo de aclaración](#)

[3. ALGUNAS CONSECUENCIAS GENERALES DE LA INTEGRACIÓN](#)

- [Una integración histórica relevante](#)
- [Repercusiones de carácter general](#)
- [El interés de la Atención Primaria de Salud](#)

[4. EL DESARROLLO DE LA EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD MENTAL](#)

- [La epidemiología, ciencia social de base de la salud pública](#)
- [El modelo de David Goldberg y Peter Huxley](#)
- [La información epidemiológica sobre la esquizofrenia y los modelos de vulnerabilidad](#)

[5. LOS AVATARES DE LA PSICO\(PATO\)LOGÍA](#)

- [La psico\(pato\)logía y la salud mental](#)
- [Una visión desde el ámbito sanitario](#)
- [Un desarrollo histórico más bien decepcionante](#)
- [Líneas generales para una psico\(pato\)logía «biopsicosocial»](#)
- [Consideraciones sobre el diagnóstico](#)

6. LA FARMACOLOGÍA Y EL «REDUCCIONISMO BIOLÓGICO»

- [Fármacos, integración en el ámbito sanitario y reduccionismo biomédico](#)
- [Las limitaciones de los fármacos](#)
- [La inadecuación del reduccionismo biomédico](#)
- [El interés de la investigación biológica no reduccionista](#)

7. LA DENOMINADA «ATENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA»

- [Un tema controvertido no siempre valorado racionalmente](#)
- [La evaluación de intervenciones, programas y servicios](#)
- [Una visión razonable de la «evidencia» como guía para la intervención clínica](#)
- [Algunos debates en mi opinión mal planteados](#)

8. CIENCIAS SOCIALES Y SALUD MENTAL: ¿ENFOQUES ALTERNATIVOS O COMPLEMENTARIOS?

- [Introducción](#)
- [De qué hablamos cuando hablamos de «ciencias sociales»](#)
- [La aportación de las ciencias sociales en salud mental](#)
- [A modo de conclusión](#)

9. LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL

- [Algo más que una alternativa organizativa](#)
- [La crítica al hospital psiquiátrico y el desarrollo de sistemas comunitarios de atención](#)
- [Una definición general y sus implicaciones y desarrollos concretos](#)

10. LA DENOMINADA «ANTIPSIQUIATRÍA»

- [Recordar la historia para no repetirla inútilmente](#)
- [A qué llamamos «antipsiquiatría»](#)
- [La antipsiquiatría clásica anglosajona](#)
- [La errónea adscripción de Psichiatria Democratica](#)
- [El «renacimiento» actual de la antipsiquiatría](#)

11. «LA» REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

- [Un tema multifacético bajo una expresión equívocamente unitaria](#)
- [El origen y desarrollo de la denominada «rehabilitación psicosocial»](#)
- [La pluralidad de sentidos de uso de la expresión dentro de la atención comunitaria](#)
- [Programas, servicios y profesionales](#)

12. LOS MOVIMIENTOS ASOCIATIVOS DE PERSONAS IMPLICADAS Y ALGUNOS TEMAS RELACIONADOS CON ELLOS

- [Un fenómeno social polivalente y en auge](#)
- [Las asociaciones de familiares](#)
- [El movimiento de personas con TMG](#)
- [Algunas repercusiones conceptuales y políticas de los movimientos asociativos](#)
- [La «recuperación» como objetivo y como proceso](#)
- [El «empoderamiento»](#)
- [Los derechos humanos y las personas con TMG](#)

13. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

- [Una evolución importante pero insuficiente](#)
- [El desarrollo parcial y heterogéneo del proceso](#)
- [Los grandes temas pendientes](#)

14. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANDALUZA

- [Un poco de historia](#)
- [Los resultados del proceso \(«luces» y «sombras»\)](#)
- [Un balance general y algunas perspectivas](#)

A MODO DE CONCLUSIÓN: HACIA UN FUTURO DESEABLE Y POSIBLE

- [Del pasado al futuro: una llamada a la acción responsable](#)
- [Un resumen como punto de partida](#)
- [Un futuro deseable y posible](#)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LA EVOLUCIÓN DE LA «REFORMA PSIQUIÁTRICA»: MIRANDO ATRÁS SIN IRA

Jorge L. Tizón

El nuevo trabajo que el lector tiene entre sus manos es el número 32 de la colección 3P (*Psicopatología y Psicoterapia de las Psicosis*). Nos complace especialmente incluirlo en nuestra colección porque, como su título indica, constituye una mirada atrás a la reciente historia de los cuidados (el «tratamiento») de las psicosis, pero no con un objetivo meramente histórico, sino con el objetivo declarado, desde el título, de seguir avanzando en los cambios necesarios.

En efecto, como el lector puede comprobar, Marcelino López Álvarez presenta en su obra la historia y todo lo relacionado con los intentos de mejorar la vida y los cuidados de los pacientes y sus allegados, de las poblaciones con psicosis y trastornos mentales graves, centrándose directamente en España. Y esto tiene especial importancia, incluso para otras latitudes y medios, porque, indudablemente, España es uno de los países (tal vez junto con Italia y Finlandia) en los que los intentos de reforma de tales sistemas han sido más activos (y conflictivos) en estos últimos decenios.¹⁻⁴

La historia crítica de las diferentes «reformas psiquiátricas» es un tema que nos ha interesado desde el principio de la colección, pues el tratamiento de las psicosis depende en gran medida de las coyunturas sociales y culturales y de sus instituciones, amén de las condiciones tecnológicas: la interacción entre todas esas instancias proporciona la base para las organizaciones sociales, las «estructuras cuidantes» de los sujetos con trastornos mentales graves (TMG). No todos los errores cometidos en el tratamiento, como parte de la ayuda a las personas que

sufren las psicosis y a sus allegados, tienen que ver con atrasos tecnológicos, es decir, con el atraso de nuestras tecnologías biológicas o psicológicas. Algunos tienen que ver con otros condicionantes, como, por supuesto, los socioculturales, que dentro de la colección 3P han intentado ilustrar los libros de John Read *et al.*^{5,6} o los de Brian Martindale *et al.*;² pero también con condicionantes organizativos, sociales y políticos. En este sentido, podríamos entender el trabajo del doctor López Álvarez como la concreción, para el caso español, de las perspectivas internacionales que presentaba Benedetto Saraceno.⁷ Por eso explora en estas páginas la coyuntura institucional, administrativa e ideológica en la cual se han dado las reformas en nuestro país, con la particularidad de que, gracias a la participación y actividad directa del propio López Álvarez en esos avatares, también incluye elementos vivenciales y experienciales, aunque se trate de vivencias en la organización de la asistencia más que en la asistencia misma. Es una perspectiva que, como habrá notado el seguidor de nuestra colección, hemos intentado ilustrar con otras publicaciones,^{8-10,1-4} aunque también hayamos considerado de suma utilidad las aproximaciones más directamente experienciales, en ocasiones «en primera persona», como en el caso de Paul Williams,¹¹ Murray Jackson y Jeanne Magagna,¹² Anthony P. Morrison *et al.*,¹³ Vamik Volkan,¹⁴ Klaus Gauger...¹⁵

Otra diferencia entre la perspectiva de Marcelino López Álvarez y las de esos otros volúmenes de la colección 3P radica en que este libro trata directamente el tema de la organización y gestión de los servicios de salud mental, y en especial de los dedicados a las personas con psicosis y sus familias. Un asunto que, desde luego, no es baladí para el bienestar de dichas personas, para la aplicación de las técnicas concretas, ni para el bienestar de la organización social, tal como hemos defendido en numerosas ocasiones.^{2,8-10}

Y es que seguimos teniendo grandes problemas, lagunas y diatribas no solo en los cuidados clínicos (y no digamos preventivos) de estos trastornos y estos sufrimientos, sino también en los modelos, organizaciones e instituciones sociales que se dedican a su cuidado. De ahí que reflexionar sobre cómo se han modificado o «reformado», y en concreto sobre cómo se fue haciendo realidad esa aspiración de cambio del sistema de atención a la salud mental en la España de finales del franquismo y la Transición, así como durante el desarrollo de la democracia y la crisis de económica de 2008 (continuada por la de 2019), sea una tarea que nos parezca de gran interés no solo psiquiátrico, sino social. Diríamos más: es imprescindible realizarla e igual de imprescindible mirar atrás para seguir avanzando. No podremos avanzar, y menos en el ámbito sociocultural del cuidado de las psicosis, si no nos atrevemos a mirar atrás, a escudriñar nuestros últimos intentos, fracasos, errores y desvaríos, incluso a nivel organizativo y de modelos. Ese debe ser un objetivo ineludible de nuestras revisiones históricas, máxime en un contexto internacional de amenaza a la democracia y de crisis ecológica y humanitaria.¹⁶

Marcelino López Álvarez ha dedicado gran parte de su vida laboral a la planificación y gerencia de instituciones y planes dedicados a la prevención secundaria y terciaria de las psicosis, tarea especialmente ímproba y difícil en nuestro país, que desde hace decenios es uno de los que menos invierten en toda Europa en recursos sociales y psicosociales para la población. Desde al menos 1984 ha sido diseñador o director de programas, evaluación e investigación: primero en el IASAM (Instituto Andaluz de Salud Mental), luego en el SAS (Servicio Andaluz de Salud) y finalmente en la FAISEM (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental), probablemente la fundación pionera —y una de las más

importantes de la Península— en dedicarse a ese tema de la integración de las personas con TMG. De ahí que sus aportaciones no solo sean las propias de un psiquiatra¹ o un profesional *psi* preocupado por el estigma y la integración de quienes padecen trastornos mentales severos en nuestra sociedad multicultural y supuestamente democrática, sino que poseen el valor añadido de que proceden de haber vivido día a día los avatares y conflictos que ese trabajo depara en nuestra sociedad librecambista.²

Por eso nos ha interesado su enfoque a la hora de tratar los temas expuestos en el libro, que, desde luego, son clave en el ámbito de esos cuidados y, en general, de la atención comunitaria a la salud mental. Como puede comprobar el lector, el mismo índice resulta una excelente síntesis, en parte teórica, en parte histórica y casi siempre polémica, de gran parte de los asuntos que se han debatido en la atención psiquiátrica en nuestro país tras la larga noche del franquismo.

Consecuente con su objetivo, así como con la tesonería que siempre lo caracterizó, Marcelino López Álvarez³ se atreve al menos a plantear, y en ocasiones rotular, gran parte de los temas vinculados con la reforma de los cuidados psiquiátricos en nuestro país. Y lo hace desde una perspectiva personal, aunque ampliamente compartida, enraizada en el marco de la salud pública, con el principio consecuente de que la atención prioritaria en salud mental ha de dirigirse hacia los TMG, sus familias y sus grupos sociales y, por tanto, teniendo muy en cuenta los trastornos mentales graves y las psicosis, el tipo de pacientes y ciudadanos a los que ha dedicado durante decenios sus capacidades organizativas. Por eso los temas que trata y las discusiones y diatribas que desvela son fundamentales para reconducir la atención social a las psicosis en nuestro país y en este siglo. Su lectura y estudio deberían representar una introducción obligada para toda persona que desee investigar a nivel social o psicosocial o que quiera

prepararse para la asistencia psiquiátrica, psicológica o social (psiquiatría, psicología y sociología de la salud, sociología en general, profesionales de la salud o de servicios sociales, etc.), así como para cualquier profesional o gerente de salud mental u otras profesiones o voluntariados asistenciales y del «tercer sector».

De acuerdo con su historia, y con los largos y penosos esfuerzos que en nuestro país ha costado la aún parcial «reforma psiquiátrica» (una forma de hablar de los cambios en la atención a la psicopatología en las sociedades actuales o, al menos, una manera de nombrar algunos de esos cambios), Marcelino López Álvarez nos situará y nos dará su visión particular de las consecuencias que para la atención y sus modelos han supuesto las diversas decisiones históricas: comenzando con la integración de los cuidados de la salud mental dentro de las ciencias y tecnologías de la salud y, de un modo pragmático, dentro de los sistemas de salud (o como un subsistema dentro de los sistemas sanitarios). Desde luego, se trata de una integración por la que hemos luchado durante más de cincuenta años,^{18,19,10,16} pero que no deja de tener, desde una óptica actual, sus sombras e inconvenientes.

El doctor López Álvarez defiende la importancia de las perspectivas médicas de la psicopatología de los trastornos mentales graves. Habitualmente habla de la «enfermedad mental» más que del «trastorno mental» o del «sufrimiento psicológico». A pesar de ello, sin embargo, discute directamente el papel de los psicofármacos en esos cuidados y el reduccionismo biologista con el que aquellos suelen utilizarse, enseñarse y difundirse. Se trata de un tema que en la colección 3P ha sido abordado desde otras perspectivas, como ocurre, por ejemplo, con los libros de Joanna Moncrieff,²⁰ Richard P. Bentall²¹ o las compilaciones de John Read *et al.*^{5,6} No obstante, Marcelino López Álvarez intenta ir más allá, al analizar la base epistemológica de dicho reduccionismo, en la línea de las críticas al mismo

como sustento de la medicalización de nuestras sociedades.^{22,16}

Otra cuestión de obligada lectura es la del papel que ha desempeñado la utilización del movimiento científico de la «atención basada en pruebas» (ABP),⁴ a menudo empleada en contra de muchos intentos renovadores y no para perfilar y delimitar los elementos probados de las alternativas asistenciales o preventivas propuestas. Sin embargo, podría habernos ayudado a replantear nuestro concepto (científico) o noción (ideológica) de «atención comunitaria»¹⁶ y sus aciertos y fracasos en nuestra historia reciente. En consecuencia, esto lleva a nuestro autor a un necesario reenfoque y a una reubicación de las aportaciones de la «antipsiquiatría», así como de su influencia y permanencia, un trabajo que algunos tan solo habíamos iniciado en los primeros momentos de su difusión.²³ Pero, además, lo conduce a recordar la importancia de la rehabilitación psicosocial para estas poblaciones y a replantear el propio movimiento internacional sobre la *recuperación*. Así, resultan especialmente originales sus argumentos en torno a los fenómenos asociativos comunitarios y no profesionales, algo que suele faltar en muchas de las publicaciones relacionadas con este tema.²⁴

Otro de los enfoques destacables del doctor López Álvarez se refiere al valor de la psicopatología y a la importancia de una psicopatología como disciplina científica para justificar (en el sentido teórico, ético y práctico) las perspectivas teóricas, técnicas y organizativas que propongamos. De este modo, se atreve a reflexionar y a orientar sobre los diversos tipos de psicopatología e igualmente, al considerar esta como una disciplina necesaria, a plantear cómo algunas psicopatologías van directamente en contra de la atención comunitaria a la salud mental (una cuestión más en la que coincidimos, tanto para las psicosis^{24,25} como para toda la psicopatología

y tanto general como especial).¹⁶ Asimismo concordamos en la necesidad de una psicopatología enfocada como disciplina científica y técnica, que favorezca el desarrollo de las tecnologías asistenciales basadas en la comunidad y sus relaciones sociales e individuales, pero sustentada por la investigación y las pruebas empíricas, como cualquier otra práctica tecnológica. Al fin y al cabo, la psicopatología no es sino el estudio de los sufrimientos psicológicos humanos, si bien no en términos de «ciencia pura» o, por el contrario, en los meramente descriptivos, sino con un trasfondo tecnológico (en el sentido de Miguel A. Quintanilla):²⁶ para decidir cuáles pueden y deben recibir ayuda biopsicosocial profesional en una sociedad y una cultura concreta. Ni todos los sufrimientos humanos entran en la psicopatología, ni todos son abordables desde perspectivas profesionales, ni cada cultura y cada sociedad tienen las mismas delimitaciones de lo «abordable» y lo «no abordable», es decir, del abanico de la «psicopatología aplicada» (las tecnologías y técnicas asistenciales de la psiquiatría y la salud mental).¹⁶ Aunque todo esto no solo sea cosa de profesionales, algo en lo que también coincidimos profundamente con el autor.

Como hemos dicho, en este libro la revisión de aspectos, conflictos e historias clave no constituye una mera forma de ajustar cuentas o una revisión histórica, sino que a Marcelino López Álvarez le sirve de base para apuntar su perspectiva de la necesidad de continuar las reformas. Como consecuencia, a pesar de ser un tema profusamente discutido y tratado entre nosotros, se atreve sin embargo a proporcionarnos un catálogo pormenorizado de las reformas y trabajos a emprender con el fin de «relanzar la reforma psiquiátrica» (lo que en otro lugar hemos reflejado como la necesidad de lanzar la *cuarta reforma psiquiátrica*).¹⁰ Su intención explícita consiste en proporcionar un conjunto de hitos para el camino futuro.

Todo especialista en cualquier orientación de la psicopatología y la práctica psicosocial y psiquiátrica tendría que estudiar ese conjunto de temas y lo que ha pasado con ellos en nuestro país y en Europa en los últimos decenios. Como diríamos recordando a Sigmund Freud, *lo que no se recuerda y elabora, se repite*,¹⁴ y de repeticiones de errores y desviaciones biólogos, sociólogos o psicólogos está llena la historia que alberga los intentos de cambiar nuestra comprensión y atención a las personas con psicosis y sus allegados en nuestras sociedades.^{8-10,5-6,21,29,30}

Como he mencionado con anterioridad, me une al autor de este volumen una larga historia de coincidencias en estudios, análisis, trabajos y planificaciones. A pesar de estar realizados y enfocados desde distancias teóricas, técnicas, organizativas e incluso geográficas considerables, a veces desde y para «otras voces, otros ámbitos», casi siempre han discurrido por direcciones concurrentes, si no colaborativas.⁵ Por eso hoy podemos seguir pensando del mismo modo acerca de preocupaciones comunes, tales como la importancia de una psicopatología que merezca tal título para cualquier técnica o práctica de los servicios comunitarios de atención a las diversidades psicosociales, tanto individuales como sociales y organizativas.

Un valor añadido del trabajo de López Álvarez, que tal vez algunos lectores no apreciarán suficientemente en su justo valor, es su insistente y denodado intento de desenmascarar la palabrería, el charlatanismo y el panglosismo que a menudo han invadido e invaden las publicaciones y los discursos de la «izquierda psiquiátrica». Se trata de sesgos que han acabado «empastelando» las posturas y los discursos de algunos colectivos defensores, propagadores e incluso teorizadores de la reforma psiquiátrica, y de las reformas acometidas en estos años o de las que se proponen para el futuro. Con creciente

preocupación vemos ese futuro amenazado por la tenaza deletérea de dos fuerzas confluyentes: desde el bando del inmovilismo, la reacción o el biologismo (no siempre coincidentes, aunque estrechamente interrelacionados), mediante el desarrollo de programas y teorías que no pueden contradecir la necesidad de la ACSM,⁶ pero que la envuelven y desvirtúan en una mera charlatanería, en algunos casos cercana al *bullshit*; ¹⁷ ² desde los «reformistas», por los mitos y las desviaciones de una cierta izquierda culturalista y relativista. En nuestros días y ámbitos, el relativismo ético y cultural, el culturalismo, el panglosismo y el nihilismo epistemológico han asaltado no solo las redes, los medios de «comunicación» y las universidades, sino también los centros «pensantes» de una parte de la izquierda «alternativa», tendiendo a expresarse con sus habituales correlatos de verbalismo, desprecio por los valores de claridad conceptual y lingüística, de rigor teórico y de la actualización epistemológica.

A menudo se identifica ese maremágnum ideológico, lingüístico y ético como «el pensamiento de izquierdas», la «psiquiatría alternativa», la «pospsiquiatría» o el futuro de la reforma psiquiátrica. Pero, en realidad, conforman unas pobres alforjas que, desde luego, tendrán poco valor alimenticio para el pensamiento y los cambios de los futuros años. Unos años que se presentan erizados de problemas y con el rampante poderío de la primera rama de la tenaza (mal llamada *neoliberal*, cuando en realidad es solo *librecambista* y especulativa). Sin embargo, el relativismo cultural, el nihilismo intelectual y el desprecio por la objetividad no representan un descubrimiento posmodernista de los *fast thinkers* y blogueros mediáticos de nuestros días. Con frecuencia han sido y son empleados desde «la otra orilla» y, probablemente, conforman uno de los elementos iniciales clave del *fascinismo* y, por tanto, del *ur-fascismo* (o fascismo nuclear, según Eco)³¹ y de cada

adaptación del autoritarismo antidemocrático y del antipensamiento.

Esto es aún más importante porque, cuando hablamos de *cuarta reforma psiquiátrica*, y/o de las insuficiencias de la *tercera*, debemos hacerlo teniendo en cuenta todos los niveles: epistemológico, teórico, técnico, práctico-clínico y práctico-organizativo. Y hoy en día hemos de reconocer diferencias y disensiones en todos esos ámbitos, no solo entre los «no reformistas», dominados en la actualidad por el pensamiento biologista, la medicalización y el empirismo, sino también en la orilla de las supuestas alternativas.⁸

Como recordaba en mi colaboración en el volumen de Mark Hardcastle *et al.*,⁸ nuestra Ley General de Sanidad ha sido un buen exponente de la «tercera reforma», a finales del siglo xx. Su «línea estratégica» más popular fue la abolición de los manicomios o grandes instituciones psiquiátricas de internamiento: de casas de asilo y refugio habían llegado a convertirse nuevamente en lugares para disociar, ocultar y aumentar la marginación. Empero, la creación de nuevos servicios comunitarios en sustitución de esas instituciones ha tenido un desarrollo desigual y, además, cada vez menos *comunitario*, es decir, menos integrador de las capacidades preventivas y curativas de las relaciones y las redes sociales, los núcleos vivenciales naturales de la población. Es otro dato que nos impulsó hace años a pensar en la necesidad de una nueva «reforma psiquiátrica» o, más exactamente, en una nueva «reforma de la atención a la salud mental».

En el caso de la atención a los pacientes con psicosis, por ejemplo, hoy sabemos que, por las características de los servicios de salud occidentales, el primer contacto de los pacientes afectados con los profesionales de la atención a la salud mental suele realizarse ante la aparición de los síntomas y trastornos psicosociales de lo que llamamos «primer episodio» o «primer brote».²⁵ Pero también sabemos que cuando esos pacientes son detectados por las

redes sanitarias de nuestros «avanzados países» ¡llevan entre uno y cinco años padeciendo y mostrando síntomas y conflictos psicóticos, y al menos otros tantos años con síntomas más inespecíficos!^{32-36,25} Es evidente que, en nuestras sociedades tecnológicas, ahí tropezamos con un profundo escotoma o pozo negro, una grave tendencia a disociar tales manifestaciones de forma que no sabemos reconocerlas precozmente, aunque ya poseamos datos probados de que la evolución de tales sufrimientos y trastornos es mucho mejor si se realiza un enfoque de sus cuidados precoz e integral,^{2,5,6,24,25,36} en particular, si son tratados antes de que estructuren su delusión o su delirio y se marginen a nivel biopsicosocial de la sociedad y de sus propios allegados. Sabemos también de la importancia crucial de una atención lo suficientemente precoz como para cuidar a estos sujetos y sus familias incluso en los momentos clínicamente inespecíficos que hemos llamado *menores altamente vulnerables*.^{24,25,16,36}

Tal vez resulte urgente reflexionar ya acerca de una nueva «reforma a fondo», y no solo para los pacientes con psicosis: el sobrediagnóstico y sobretratamiento de la «depresión»; el aventurerismo ya no solo antipsicológico, sino también antineurológico ampliamente desplegado para el tratamiento con psicofármacos durante años de millones de niños del «primer mundo», en particular con derivados anfetamínicos, psicoestimulantes y neurolépticos; la medicalización y psiquiatrización masiva de los procesos de duelo y ante las pérdidas afectivas; la creación y la recreación de novísimas «enfermedades psiquiátricas», siempre con una base genética segura, pero igualmente evanescente,^{6,21,38} son otros muchos ejemplos y ámbitos que hacen pensar en la necesidad de tal reforma. Incluso en países y lugares como el nuestro, en los que la «tercera reforma» no ha llegado a desarrollarse completamente.

Como recordábamos,¹⁰ hoy sabemos que esa nueva reforma de la asistencia psiquiátrica deberá tener en cuenta tratamientos con más componentes que los estrictamente biológicos, e instituciones asistenciales mucho más diferenciadas que los meros servicios de psiquiatría hospitalarios y los supuestamente comunitarios dedicados a expender fármacos al por mayor. Pero, por otra parte, si no queremos que esa nueva reforma fracase debido a unos exorbitantes e insostenibles costes para nuestras sociedades (fundamentalmente farmacológicos), habrá de incluir la revalorización de los cuidados realizados por los propios núcleos vivenciales naturales de la población (familia, allegados, amigos, vecinos, etc.) y de su red social (organizaciones de usuarios, de familiares, recreativas, asociativas, culturales y de enseñanza, deportivas, religiosas, ideológicas, etc.). En ese sentido, el gran reto para los profesionales de la salud y la salud mental del siglo XXI consistirá en ser capaces de integrar cuidados diferentes de los estrictamente médico-biológicos y, al tiempo, en ser capaces de apoyar e integrar las capacidades cuidantes de esas «redes sociales» («carnales» e informatizadas), es decir, de la amplia variedad de relaciones humanas y de relaciones sociales.

Para orientarse en esos conflictos y diatribas, una ventaja del enfoque del doctor López Álvarez reside en que no desdeña los temas teóricos, incluso filosóficos, al contrario que algunos profesionales supuestamente «empíricos» y «ateoréticos». Y lo hace sin recurrir a o escudarse en un nuevo panglosismo y verbalismo, sino como un intento de ser directo (en ocasiones, tal vez demasiado). No obstante, esas condiciones de su lenguaje (comunicabilidad y verificabilidad-falsabilidad) son las dos primeras para establecer un discurso como científico,⁹ una preocupación que siempre ha resultado fundamental tanto para López Álvarez como para su maestro en estas lides, Miguel Ángel Quintanilla.^{26,27} En consecuencia, el doctor López Álvarez es

sumamente crítico con la asistencia psiquiátrica tradicional, a la que denomina «reduccionismo biomédico»,¹⁰ si bien siempre evita y denuncia a menudo las críticas simplistas o teóricamente inconsistentes. Aunque el simplismo teórico y técnico se presente o se oculte tras un lenguaje «de izquierdas» y «a la moda», dentro del túnel del relativismo ético y cultural, el culturalismo, el panglosismo, el desprecio de la objetividad y el nihilismo epistemológico, algunos pensamos que nos lleva a seguros callejones sin salida, cuando no a la lenidad con el «desmantelamiento» de muchos de los logros asistenciales y rehabilitadores de estos decenios.

Por eso resulta fundamental destacar que la perspectiva de Marcelino López Álvarez está basada en conceder gran importancia a la epistemología, a la epidemiología y a la salud pública (tres anomalías entre nuestros psiquiatras y nuestros teóricos de la asistencia). De ahí que, en cuanto a la organización de los sistemas de atención a proponer y desarrollar, sobresalga su enfoque de la atención comunitaria en salud mental con un fuerte componente de rehabilitación, al igual que su apuesta por crear y difundir redes de servicios sanitarios, sociales, laborales y educativos, cuya actuación esté fundamentada en la cooperación entre equipos multiprofesionales y organizaciones sociales, en especial las que agrupan a usuarios y familiares.

Es una idea que remarcamos en los prólogos a los libros sobre el «diálogo abierto» (*Open Dialogue*) publicados en esta colección.^{3,4} Para los difusores de ese movimiento asistencial de origen escandinavo, «no existen familias multiproblemáticas, sino familias multiservicios». Incluso nos atrevimos a matizar ese aserto para los países del sur de Europa con nuestro principio de que «no se trata tanto de familias multiproblemáticas, sino de servicios multiproblemáticos y desintegrados».³⁹

En ese sentido, la «salud mental comunitaria» (SMC) debería ser entendida, también en línea con Saraceno,⁷ en tanto que un proceso *top-down*, global-local, con ideas científicas y técnicas probadas, impulsadas, creadas y desarrolladas desde abajo, aunque recogidas, protegidas y planificadas «desde arriba», a nivel gubernamental y estatal. Y al tiempo, propuestas y difundidas con esperanza, confianza y acción y, por tanto, con solidaridad y actividad social, pero sin que esas emociones y actividades sociales necesarias en los grupos transformadores sean tan fuertes que conviertan ideas y propuestas tan solo en meras ideologías. Debemos entender la SMC como una forma de integrar y desarrollar los factores de protección o contención de una sociedad dada para el beneficio de la salud mental de su población (o para el máximo bienestar emocional posible de sus poblaciones). Por lo tanto, tratará de implicar lo biopsicosocial (teórico, técnico y práctico) en todos los niveles de la salud (entendida también a nivel biopsicosocial): organizaciones sanitarias, de salud mental, sociales, comunitarias, medios de comunicación, administración, tecnologías de la información y la comunicación (TIC), etc. Y, desde luego, tanto en la promoción de la salud y prevención primaria como en la prevención secundaria, terciaria y cuaternaria. Ha de implicar, pues, trabajos renovadores autogestionados a nivel local, pero también un trabajo de reforma y renovación no solo local, sino estatal. Y ha de integrar planes y organizaciones estatales que puedan ser aceptados y desarrollados a nivel local basándose en movimientos democráticos y, por lo tanto, en la confianza de la población en sus gestores.

Por eso a menudo hablamos no de «atención comunitaria a la salud mental», sino de *atención comunitarista* a la salud mental, con el fin de hacer hincapié en la importancia de la participación de la comunidad y sus núcleos vivenciales naturales, tanto en las propias realidades y

planes de asistencia como en la profundización en la democracia y, por extensión, en la acción política. También para diferenciarnos, por un lado, de las propuestas *tecnocráticas* de la salud mental, que en realidad constituyen un mero ropaje lingüístico del inmovilismo, el biologismo y la involución y no tienen en cuenta el componente político-ideológico de la reforma y la necesaria participación de la comunidad; y por otro lado, para diferenciarnos asimismo de supuestas alternativas envueltas en el verbalismo y la antiobjetividad, que, en apariencia, suelen estar basadas en los movimientos sociales y, por tanto, en la participación, pero no tienen en cuenta los conocimientos científicos ni la importancia de la investigación o el control social y administrativo. Algo especialmente grave hoy, cuando poseemos numerosos estudios, datos y pruebas sobre qué hacer en cada uno de los múltiples niveles de actuación.⁷ Tenemos datos y pruebas que podríamos utilizar para las terapias individuales o grupales, para los modelos de organizaciones locales de los servicios y la comunicación en red entre ellos, así como para la organización de los servicios estatales y, más allá, de los planes globales de salud y salud mental y las necesarias normativas legales y presupuestos macroeconómicos que las apoyen.

Ese es el conjunto que hay que articular; no basta con invocaciones mágicas a la comunidad ni exorcizaciones aparatosamente irreverentes del «Dios Mercado». Necesitamos de los clínicos comunitarios y de los gestores que sean democráticamente comprometidos tanto como competentes. Pero eso no se logra sin la participación activa de la comunidad y, por lo tanto, ni hay ni puede haber «salud mental comunitaria» (SMC) en una sociedad que no transite hacia cotas mayores de democracia, hacia una democracia (más) real. De ahí el término *comunitarismo*, que quiere subrayar que la vía para la atención real a la salud mental de la población ha de tener

en cuenta la participación de esta y sus «núcleos vivenciales naturales».

Marcelino López Álvarez lo sentencia de otra forma, apelando a Antonio Gramsci:⁴⁰ llevar hasta el final la reforma psiquiátrica significa ser capaces de articular un auténtico «bloque histórico» que incluya lo común de las perspectivas de profesionales, familiares y usuarios y permita influir positivamente en los niveles políticos y político-administrativos, así como en la población general. El 15M había replanteado también esa perspectiva, y no solo a nivel de lenguaje: se trata de una de las condiciones de existencia de la *democracia real*.

Referencias

1. Turpeinen-Saari, P., *Adolescencia, creatividad y psicosis*, Barcelona, Herder, 2006.
2. Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. y Margison, F. (eds.), *Psicosis. Efectividad de las aproximaciones psicológicas*, Barcelona, Herder, 2009.
3. Seikkula, J. y Arnkil, T.E., *Encuentros terapéuticos en la red social*, Barcelona, Herder, 2016.
4. Seikkula, J. y Arnkil, T.E., *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Respetando la alteridad en el momento presente*, Barcelona, Herder, 2019.
5. Read, J., Mosher, L. y Bentall, R. (eds.), *Modelos de la locura*, Barcelona, Herder, 2006.
6. Read, J. y Dillon, J. (comps.), *Modelos de locura II*, Barcelona, Herder, 2016.
7. Saraceno, B., *Discurso global, sufrimientos locales: Análisis crítico del Movimiento por la salud mental global*, Barcelona, Herder, 2018.
8. Hardcastle, M., Kennard, D., Grandison, S. y Fagin, L. (eds.), *Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria. Relatos de usuarios del servicio, cuidadores y profesionales*, Barcelona, Herder, 2009.
9. Cherro, M.A., «Breve reseña sobre las vicisitudes de la internación en Latinoamérica. La Quinta del Reloj», en M. Hardcastle, D. Kennard, S. Grandison y L. Fagin (eds.), *Experiencias en la atención psiquiátrica*

hospitalaria. Relatos de usuarios del servicio, cuidadores y profesionales, Barcelona, Herder, pp. 55-89, 2009.

10. Tizón, J.L., «Medio siglo de asistencia psiquiátrica. Acerca del relativo éxito y el relativo fracaso de la última reforma de la atención social a las psicosis», en M. Hardcastle, D. Kennard, S. Grandison y L. Fagin (eds.), *Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria. Relatos de usuarios del servicio, cuidadores y profesionales*, Barcelona, Herder, pp. 25-55, 2009.
11. Williams, P., *El quinto principio. Experiencias en el límite*, Barcelona, Herder, 2014.
12. Jackson, M. y Magagna, J. (eds.), *Creatividad y estados psicóticos en personalidades excepcionales*, Barcelona, Herder, 2016.
13. Morrison, A.P., Renton, J.C., French, P. y Bentall, R., *¿Crees que estás loco? Piénsalo dos veces*, Barcelona, Herder, 2011.
14. Volkan, V., *Aspirante a asesino. Un estudio clínico*, Barcelona, Herder, 2019.
15. Gauger, K., *Mi esquizofrenia*, Barcelona, Herder, 2019.
16. Tizón, J.L., *Apuntes para una Psicopatología basada en la Relación. Variaciones psicopatológicas, vol. 1: Psicopatología General*, Barcelona, Herder, 2018.
17. Bergstrom, C.T. y Jevin, J.D., *Contra la charlatanería*, Madrid, Capitán Swing, 2021.
18. Tizón, J.L., «Aproximación al análisis de la demanda en las consultas de Neuropsiquiatría de Zona del insalud. La psiquiatría para inmigrantes asalariados en las zonas industrializadas del Estado español», *Psiquis* 4(5), pp. 23-33, 1984.
19. Tizón, J.L., *Apuntes para una Psicología Basada en la Relación*. Madrid: Selene (séptima edición), 1982/2019.
20. Moncrieff, J., *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*, Barcelona, Herder, 2013.
21. Bentall, R., *Medicalizando la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?*, Barcelona, Herder, 2012.
22. Tizón, J.L., *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*, Barcelona, Ariel, 1978.
23. Tizón, J.L., «El discurso antipsiquiátrico. Fenomenología - Psiquiatría - Contracultura», *Teorema, Revista de Lógica y Filosofía de la Ciencia* 7, pp. 5-34, 1972.
24. Tizón, J.L., *Familia y psicosis*, Barcelona, Herder, 2014.
25. Tizón, J.L., *Entender las psicosis. Hacia un enfoque integrador*, Barcelona, Herder, 2013.
26. Quintanilla, M.A., *Tecnología. Un enfoque filosófico*, Madrid, Fundesco, 1989.
27. Quintanilla, M.A., *A favor de la razón*, Madrid, Taurus, 1992.
28. Freud, S., «Recordar, repetir y reelaborar», en *Obras Completas*, vol. XII: *Nuevos consejos sobre la técnica analítica II*, Buenos Aires, Amorrortu, 1914.
29. Fuller, P., *Sobrevivir, existir o vivir. La terapia en cada fase de la psicosis grave*, Barcelona, Herder, 2015.

30. Tizón, J.L., «Avanzando hacia formas de ayuda a las psicosis más integrales (y democráticas)», prólogo a P. Fuller, *Sobrevivir, existir, vivir. La terapia en cada fase de la psicosis grave*, Barcelona, Herder, pp. 15-25, 2015.
31. Eco, U., *Contra el fascismo*, Barcelona, Lumen, 2018.
32. Alanen, Y.O., *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*, Londres, Karnac, 1999 [trad. cast.: *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*, Madrid, Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2004].
33. Edwards, J. y McGorry, P., *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención*, Madrid, Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2004.
34. Cullberg, J., *Psicosis. Una perspectiva integradora*, Madrid, Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2006.
35. Johannessen, J.O., Martindale, B. y Cullberg, J., *Evolución de las psicosis. Diferentes fases, diferentes tratamientos*, Barcelona, Herder, 2008.
36. Tizón, J.L., *Apuntes para una Psicopatología basada en la Relación. Variaciones psicopatológicas*, vol. 4: *Las relaciones paranoides, la desintegración psicótica y la inestabilidad emocional «límite»*, Barcelona, Herder, 2020.
37. Tizón, J.L., «La (buena) investigación empírica como ayuda para la psicoterapia y el psicoanálisis», prólogo a J.A. Castillo-Garayoa y J. Mercadal Rotger (comps.), *Psicoterapia psicoanalítica: investigación y clínica, implicaciones recíprocas*, Barcelona, Herder, pp. 17-41, 2020.
38. Tizón, J.L., «Ideología genetista y ciencia. Desenfoques y sesgos que es preciso corregir», prólogo a J. Joseph, *Esquizofrenia y genética. El final de la ilusión*, Barcelona, Herder, pp. 13-50, 2021.
39. Tizón, J.L., «La importancia del diálogo democrático para la integración social, familiar y personal», prólogo a J. Seikkula y T.E. Arnkil, *Diálogos terapéuticos en las redes sociales*, Barcelona, Herder, pp. 11-26, 2016.
40. Gramsci, A., *El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1920, 1971.

[1](#) Y sociólogo, en el caso de Marcelino López Álvarez.

[2](#) Una sociedad supuestamente orientada por una economía *social* de mercado, pero en la cual el calificativo «social», y más en el cuidado de las psicosis y los TMG, cada vez corre más peligro de convertirse en mera charlatanería, cuando no en puro sustento del *bullshit*.¹⁷

[3](#) Puedo dar fe de su a veces arriesgada participación en las Comisiones Políticas de Estudiantes de Base —una derivación del Sindicato Democrático de Estudiantes— durante el franquismo, e incluso en otras organizaciones que

suponían aún mayor riesgo, como poco, para su carrera y sus posibilidades profesionales.

[4](#) Atención Basada en Pruebas (ABP), que suele traducirse como —y reducirse a— la expresión Medicina Basada en la Evidencia (MBE), en una muestra ya incluso lingüística del poder del reduccionismo biologista y la medicalización de nuestras sociedades.

[5](#) Con todo, hay un posible conflicto de intereses que debo elucidar: a Marcelino López Álvarez también me unió en tiempos lejanos una cierta historia universitaria común y la participación mutua en los conflictos estudiantiles en alguna universidad de provincias de las más movidas del tardofranquismo, así como una disposición a poner en juego muchas cosas, incluso el futuro de nuestras carreras universitarias, por la ruptura democrática.

[6](#) ACSM (Atención Comunitaria a la Salud Mental), que a menudo se usa como equivalente de la ASMC (Atención a la Salud Mental Comunitaria).

[7](#) Que han servido, por ejemplo, para llamar «atención comunitaria» y apelar a la «atención comunitaria a la salud mental» a «reformas» que mantenían los grandes hospitales psiquiátricos y servicios de urgencias psiquiátricas rancieramente biologistas; o que miraban hacia otro lado ante el desmantelamiento más o menos profundo de las redes de atención psicológica para niños, el de la prevención en salud mental, el del apoyo de salud mental a la Atención Primaria de Salud (APS) o el desmantelamiento incluso de la propia APS, encuadrado todo ello dentro de planes y decretos que pomposamente se adscriben a la línea y terminología de la «Atención Comunitaria» (AC).

[8](#) Una desviación que afecta incluso a modelos y prácticas de la investigación en psicología y psiquiatría, como he intentado señalar recientemente.^{37,38}

[9](#) A las que suelo añadir las condiciones de *apofántico* (es decir, susceptible de dirimirse en verdad o falsedad) y no contradictorio con el discurso y los avances de otras ciencias.^{22,16}

[10](#) Y nosotros, «reduccionismo biologista», «medicalización», «*Big Pharma*» y/o «psiquiatría biocomercial».

INTRODUCCIÓN

La historia de los últimos 50 años de la Psiquiatría muestra que periódicamente «aparece» en el debate disciplinar, así como en la cultura de los trabajadores, una subdisciplina, una tecnología o simplemente una palabra que enciende el interés, congrega a los profesionales y determina el surgimiento de escuelas o de simples grupos de adeptos.

BENEDETTO SARACENO, 1995

Ciclos de esperanza y desesperanza han caracterizado la política de la salud mental alrededor de los últimos 200 años. Esfuerzos heroicos por reestructurar completos sistemas de atención fueron seguidos por retiradas resignadas cuando las políticas fracasaron ante las complejas realidades de las enfermedades mentales crónicas.

JOEL BRASLOW, 2013

Presentación

El origen «formal» de este trabajo es el Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría - Profesionales de Salud Mental (en adelante AEN), celebrado en Córdoba en junio de 2018. El lema del Congreso, «aprender del pasado, construir el futuro», sitúa el texto que sigue, surgido específicamente en la conferencia inaugural que le da título, y presenta el conjunto de ideas que desarrollaré a continuación de manera más extensa y justificada. Pero también allí fue patente la existencia de un conjunto de posiciones, críticas con la tradicional visión de lo que luego denominaré «reduccionismo biomédico», aunque, en mi

opinión, escasamente fundadas en lo teórico, erróneas por su simplismo y escaso conocimiento de aspectos importantes de la evolución de la atención en salud mental y de desastrosas consecuencias prácticas.

Consecuencias estas que afectarían, si mi valoración es correcta, tanto al empeño de ayudar a personas con graves problemas de salud mental como al de ofrecer una alternativa creíble, teórica y técnica al reduccionismo biologicista cuyo rechazo compartimos distintas personas del campo de lo que denominamos «salud mental».

Yo estoy convencido, al igual que quienes parten de esas posiciones críticas y muchos otros compañeros y compañeras, mayoritariamente agrupados también en la AEN, de que es necesario hacer frente a las visiones teóricas y técnicas de lo que, pese a nuestros esfuerzos, sigue siendo el tipo de práctica predominante en la atención en salud mental en la mayoría de los territorios de este país y de muchos otros. Reducir la visión de la situación de muchas personas con problemas de salud mental a la aplicación de una etiqueta diagnóstica pretendidamente explicativa de sus problemas, presuntamente derivados de imprecisas alteraciones cerebrales escasamente conocidas cuando no meramente supuestas, y pretender ayudarlas mediante la mera exploración abstracta de unos síntomas genéricos, cuya agrupación permite un diagnóstico de manual y la aplicación subsiguiente de uno o varios fármacos, no puede ser lo que, en términos profesionales y humanos, ofrezcamos a la población desde los servicios de salud mental.

Pero la alternativa tampoco puede ser la renuncia, escasamente fundamentada, al bagaje de conocimientos teóricos y técnicos penosamente acumulados a lo largo de muchos años de pretender ayudar a dichas personas. Y, sin embargo, eso es lo que, en mi opinión, ofrecen hoy algunos movimientos, formalmente críticos y alternativos al reduccionismo biomédico, desde curiosas alianzas entre

profesionales de la salud mental y sectores formalmente radicales de los movimientos asociativos de personas directamente afectadas, y con posiciones que, como veremos más adelante, recuerdan mucho, en el contenido y —me temo— en los resultados esperables, a algunas de la antigua «antipsiquiatría».

Aunque el congreso de Córdoba sirvió de marco para mi «toma de conciencia» (en la preparación de la conferencia y en el contacto con algunas personas de posicionamientos «críticos», así como con compañeros y compañeras de la asociación), lo cierto es que ese conjunto de ideas viene gestándose desde hace tiempo y adquiriendo protagonismo, en lugares como la AEN, debido, entre otras razones, a una mezcla de benevolencia, perplejidad y quizá un cierto «pasotismo» de muchos de sus miembros activos. Y creo que callarse ante las mismas, pensando que la juventud es y debe ser así, crítica, aunque algo «alocada», y que el futuro irá limando los aspectos más disparatados de algunas formulaciones que incluso se autocalifican de «delirantes»,¹ es un error que puede acarrear serias consecuencias para las nuevas generaciones profesionales y, en especial, para las personas que van a recibir sus servicios.

En efecto, decepcionados ante lo que las tendencias de las distintas profesiones «psi» aún dominantes les ofrecen, puede resultar atractivo para multitud de profesionales apuntarse a estas «nuevas» tendencias, con la sensación, siempre euforizante, de protagonizar o al menos participar precisamente en un nuevo «movimiento revolucionario». De modo paralelo, para algunos líderes de los movimientos asociativos resulta igualmente atractivo y puede que personalmente útil, al menos durante algún tiempo, construirse una identidad alternativa a la de persona enferma, encontrando argumentos en una lectura apresurada de las versiones más radicales del modelo social de discapacidad, sobre todo si se trata de personas