

**DE MEDICOS DE LOCOS A MEDICOS  
DE CUERDOS. LA TRANSICION  
DEL MANICOMIO AL GABINETE  
EN LA PSIQUIATRIA DE ANTEGUERRA  
(1890-1939)**

**Josep M. Comelles**

Una ponencia reciente de José Luis Peset (1990) (1) que analiza el tránsito ideológico entre la psiquiatría hospitalaria del XIX a la psiquiatría de gabinete del XX, y con cuyas tesis estoy sustancialmente de acuerdo, deja de lado, voluntariamente, el análisis del tránsito entre una práctica psiquiátrica que estuvo centrada hegemónicamente en el manicomio hasta la década de los cincuenta del siglo XX y la emergencia, desde finales del XIX, de un nuevo modelo de práctica basada en la atención a pacientes ambulatorios y que, con el correr de los años, se ha convertido en el eje de la atención a las enfermedades psíquicas.

En este tránsito, que tiene que ver tanto o más con las prácticas que con la teoría o doctrina psiquiátrica, no puede hablarse estrictamente de sustitución de un modelo de práctica por otra, sino más bien de relaciones de complementariedad entre ellas, de hegemonía relativa de la una en relación a la otra. Ambos aspectos no parecen ser la consecuencia de la evolución de la propia disciplina sino de los ajustes históricos que la psiquiatría y los

psiquiatras han llevado a cabo en contextos sociohistóricos y políticos distintos.

Mi propósito en este artículo es tratar de analizar la emergencia de la práctica psiquiátrica ambulatoria o de gabinete, tras un período inicial en que ésta estaba centrada mayoritariamente en la hospitalización de los pacientes psíquicos, para señalar sus implicaciones ideológicas, corporativas y profesionales y sus consecuencias en el desarrollo de la teoría y la *praxis* de los psiquiatras. Para mí, la emergencia de ese nuevo modelo de práctica no puede buscarse exclusivamente en la influencia de la neurología o del psicoanálisis. Implica considerar a ambas como instrumentos para legitimar una modificación en la estrategia corporativa de los psiquiatras hasta entonces decantados exclusivamente en el control de redes institucionales particularmente sólidas. Esa modificación tendría que ver con el fracaso de su opción institucional, el manicomio moral, y su aislamiento corporativo en relación a los médicos que les impedía hacer frente a la reconversión de las instituciones en un contexto de evolución profunda de los propios hospitales generales. Probablemente, en ese cambio hubieron de influir notablemente la pésima imagen que los psiquiatras de manicomio adquieren ante los sectores ilustrados y aun sobre los no ilustrados de la población (2).

## 1. *La atipicidad de la práctica psiquiátrica decimonónica*

### 1.1. *Psiquiatría y Medicina en la construcción del estado contemporáneo*

La intervención política de los médicos durante la Ilustración y el tránsito del Antiguo Régimen al estado liberal capitalista se refirió, en lo esencial, a la definición y puesta en práctica de políticas higiénicas de carácter general y en la definición y propuesta de gestión de los colectivos de población caracterizados como alienados. Si la primera respondía a las necesidades derivadas de la lucha contra la mortalidad (Foucault y otros, 1979), la segunda debe percibirse vinculada al papel fundamental que juega el concepto de alienación en el contexto de la construcción jurídica de un estado que se fundamenta en las nociones de igualdad y de racionalidad (3). Lo prueba la urgencia con que se aborda el problema pese a que el número de alienados en los países occidentales era irrisorio en relación al conjunto de la población (4).

El papel de experto atribuido al médico (y por tanto al alienista) no alteró su *statu quo* profesional. El médico de finales del XVIII y del XIX continúa teniendo como objetivo profesional la atención individualizada a los enfermos que constituían su *modus vivendi* (5). El único cambio progresivo se refería a una mayor presencia en el hospital que adquiere el papel de espacio fundamental para la formación y la reproducción de profesionales bajo criterios científicos (6).

Los médicos asumen la ciencia contemporánea, imponen o negocian con los distintos estados el monopolio jurídico-administrativo sobre la gestión de la salud de los ciudadanos, pero no modifican su práctica sustancialmente en relación a la que sostenían durante el Antiguo Régimen. Al modelo de práctica que así se define lo llamaré *modelo médico clásico* (7), y su lógica se basa en trabajo no asalariado en hospitales en los que el médico obtiene formación continuada, investiga especies morbosas, engendra nuevos profesionales, legitima su tarea como colectivo y se prestigia individualmente; y práctica remunerada con pacientes privados en el domicilio de éstos y más tarde en su gabinete (8). Su desarrollo implicaba deslindar el objeto y los sujetos de la práctica médica. Hasta entonces el objeto había sido una concepción positiva de la enfermedad (aunque no necesariamente establecida según códigos científicos), y los sujetos eran aquellos pacientes que podían pagar sus servicios, lo cual reducía dramáticamente su clientela puesto que concurría con otros profesionales y con las prácticas de autoatención que eran hegemónicas.

La ampliación sólo podía proceder del monopolio legal sobre la atención en salud, en definitiva incorporar algunos profesionales (9), luchar contra los demás, caracterizados como intrusos (10), y descalificar la autoatención considerada desde entonces un conjunto de prácticas tenidas por irracionales y supersticiosas. Para todo ello era necesario el aval de la administración, puesto que tal monopolio era la consecuencia de la necesidad del estado por legitimar racionalmente su práctica, y la de la corporación médica por situarse en condiciones de crecimiento, desarrollo e influencia política. Atribuye a los médicos el control teórico de la salud de toda la población, y les sitúa en condiciones de ejercer sin concurrencia como peritos en todas aquellas conductas que los médicos caracterizan como enfermedades.

Aceptar la inclusión de trastornos de la conducta como enfermedades, significaba atribuirse la detección y gestión de los comportamientos que pueden caracterizarse de irracionales en una sociedad basada en la razón, y resolver, por añadidura, una contradicción fundamental de la nueva so-

ciudad. En efecto, en una sociedad basada en la razón y el ejercicio de la racionalidad, la irracionalidad debía ser regulada so pena de introducir inseguridad en el edificio jurídico-político. Dicho de otra manera, un estado de la razón únicamente puede ponerse en pie con un dispositivo preciso y efectivo de categorización de la sinrazón. Son razones jurídico-políticas y no sanitarias las que implican la medicalización de la alienación: se trata de definir quiénes son los alienados, identificarlos y devolverlos a una ciudadanía completa (11).

Asumido el carácter morboso de la irracionalidad y presumiendo su condición de forma transitoria de suspensión de los derechos ciudadanos, la gestión de la locura deviene un problema prioritario a pesar de afectar a un número muy limitado de personas. Pero haciéndolo sitúa a los alienistas en una posición excéntrica en relación con el *modelo médico clásico*.

En efecto, hemos visto como éste se estructura adecuando algunos aspectos de su práctica formativa, pero sin una solución de continuidad en relación a la estructura de su relación con los pacientes y sus redes sociales (12). Cambia algo la posición del médico en el hospital, pero no como una ruptura; a ojos de la población, no cambia el significado del hospital (13), si no es porque se especializa progresivamente (14).

Dentro de este proceso de especialización, alienados, reclusos situados indiferenciadamente en hospitales, cárceles u hospicios, planteaban un problema distinto de gestión (15). El gesto mítico de Pinel señala un corte revolucionario: el hospicio de locos debe ser una institución especializada, pero diseñada según criterios técnicos que pretenden precisamente que sea terapéutica (16) y que es, para el psiquiatra, el espacio natural de su práctica profesional (17). El tránsito del loco y del psiquiatra al manicomio moral es una revolución en el modelo hegemónico de práctica médica, no sólo porque supone institucionalizar un hospital terapéutico; también porque supone el primer intento de jerarquización hospitalaria, un siglo antes que los hospitales generales (18).

Pero el gesto de Pinel y, sobre todo, el diseño del tratamiento moral sitúan a los psiquiatras ante una disyuntiva: aceptar la nueva forma de tratamiento institucional significa no sólo rechazar la reclusión carcelaria sino afirmar la superioridad de la práctica institucional frente a la alternativa que supone la gestión familiar en la línea de Gheel (19), y separarse del modelo de práctica hegemónica en la medicina de su tiempo (20).

A principios del XIX, los alienistas, como ha demostrado Rothman (1971), pudieron escoger entre ambas. Eligieron el manicomio porque éste

representaba una ruptura más a fondo, se ajustaba mejor a la necesidad jurídica de asegurar la distancia entre la razón y la sinrazón y les permitía un papel corporativo de mayor entidad al situarse al frente de unas instituciones poderosas (21). Inevitablemente, esta opción significa seguir con el manicomio moral y acentuar la disociación entre la *ciencia especial* y la medicina que se ratifica con un discurso terapéutico autónomo respecto de ésta.

### 1.2. *La legitimación social de la medicina y de la psiquiatría*

En el modelo médico clásico, el *locus* de la práctica era la cabecera del enfermo. El hospital era un teatro de observación con enfermos para observar y experimentar y cadáveres para diseccionar. La clientela del médico en ambos lugares era distinta. Hemos visto en otro lugar (Comelles 1989) cómo la legitimación de la práctica médica moderna obedecía a procesos complejos en los que adquiría una importancia fundamental la distancia que se establecía entre quienes se habían apropiado de los saberes escritos y de quienes manejaban exclusivamente la palabra como base de su práctica. Pero no habíamos destacado suficientemente cómo, junto al manejo de la escritura, el médico decimonónico va haciendo del hospital un espacio institucional que se confunde con él mismo y que emerge como una garantía de su conocimiento. Pero esa conversión es lenta y no empezará a definirse plenamente entre la población hasta fines del XIX, y sobre todo durante la primera mitad del XX, cuando la transformación de la cirugía lo convierte en un espacio de curación (22).

Paradójicamente, mientras los médicos necesitan casi siglo y medio para instrumentalizar plenamente el hospital en ese sentido, los alienistas disponen de él durante el primer tercio del XIX: el espacio para su práctica y para la producción de teoría se confunden en el manicomio (*madhouse*, o *asylum*) (23), hasta tal punto que no se concibe la práctica ni la formación fuera de él, y ello exige que sea un espacio abierto a todas las clases sociales (24), pero en el que la legitimación del alienista como tal no sigue las pautas de la del médico (25). En el manicomio, el alienista legitima a partir de su autoría en el diseño institucional. [Pi i Molist (1859) insiste en que en el manicomio la mente creadora es la del médico y la ejecutora la del arquitecto]. Y como el diseño de la institución representa la racionalización del proyecto terapéutico, alienista y edificio se articulan simbióticamente y justifican su significado. Por todo ello el alienista y la alienación tienen un

significado distinto al de la medicina desde el punto de vista de la lógica política y administrativa, y se hallan más próximos al significado de la criminología, de la pedagogía especial o de la antropología que a la medicina en general (26).

Desde un punto de vista corporativo, el psiquiatra se distancia fuertemente del médico. El modelo «moral» es un modelo sociológico, reformista y, al menos *a priori*, optimista en relación a la curación y reinserción, atribuye al psiquiatra un papel relativamente poco activo en el proceso asistencial. Es su presencia *in situ* y su actuación sobre el enfermo la que interviene en la terapéutica y exige que el alienista viva en el espacio de la alienación. Como los manicomios, por razones de costos, suelen construirse alejados de los centros urbanos, ello implica un cierto grado de ostracismo para los médicos, y dio lugar a su precoz funcionarización (27), a ser empleados formalmente o ser ellos mismos los propietarios explotadores de los rendimientos de sus clínicas. El poder de los psiquiatras en el manicomio era importante porque gestionaban patrimonios considerables y disponían de grandes masas de enfermos para su tarea de formación (28); pero a cambio, su alejamiento de los centros de poder les restaba influencia corporativa (29).

#### *El fracaso del modelo moral*

La crisis del modelo moral es compleja y tiene distintas lecturas. Según Lantéri-Laura (1974) una de las razones era su anacronismo: sus fundamentos ideológicos pueden hallarse en el sensualismo de Condillac, los proyectos teóricos se pueden datar entre 1820 y 1850, pero su construcción masiva no se inicia hasta 1840-50 y no finaliza hasta pasada la Primera Guerra Mundial. Este anacronismo es fundamental para entender cómo cuando se construyen, los alienistas ya no creen en su potencialidad terapéutica (Pí i Molist 1859) (30).

Aceptar la continuidad de la construcción bajo un modelo obsoleto, significaba aceptar tasas elevadas de incurabilidad y de cronicidad, que si no eran funcionales con el reformismo, si lo eran en la perspectiva del mantenimiento económico de las instituciones (31). El custodialismo, por tanto es funcional con las necesidades formativas y de reproducción de los alienistas, que necesitan sujetos de observación a largo plazo, pero implican inevitablemente ceder, a medio plazo, el control a los admi-

nistradores. Ante el fracaso de la promesa terapéutica del tratamiento moral y aceptado el manicomio como un espacio de reclusión custodial, inevitablemente, las administraciones han de tomar la iniciativa de gestión (32).

El custodialismo habría tenido como consecuencia, a medio plazo, el cuestionamiento de la posición social de los psiquiatras al presentarles ante opinión pública y juristas como avaladores de las prácticas de represión y los horrores en los manicomios decimonónicos (Scull 1979:164-186; Comelles 1988:87-101). Es una trampa de la que no pueden escapar. Al haber construido un espacio específico para el tratamiento de una categoría específica, la construcción de la disciplina, su formación y su reproducción y su imagen social dependieron exclusivamente de esas instituciones, que a fines de siglo ya no controlaban y que se limitaban a legitimar con su presencia ya que no disponían de otra alternativa para llevar a cabo su proyecto profesional. Como su imagen y la de las instituciones se deterioraba, cualquier alternativa significaba reformar profundamente las instituciones recuperando su hegemonía en las mismas, o liberarse de ellas.

A mediados del XIX, se produjeron intentos por romper ese círculo vicioso. Haussmann, que iniciara su carrera como administrador del manicomio de Auxerre (Yonne), pensó en establecer un modelo jerárquico de instituciones psiquiátricas que combinase centros para la detección precoz de casos agudos (*Sainte-Anne* en París), y que actuasen como cúpula de la pirámide asistencial. Tal política es consecuente con el significado sociopolítico de la ciencia especial, en tanto que ofrece un punto avanzado en la detección precoz y el control de la enfermedad psíquica, pero además, desde el punto de vista corporativo, ofrece a los alienistas un lugar en el sol de la gran ciudad: un premio a una carrera (33).

El precoz triunfo corporativo de los psiquiatras del XIX y su rápida institucionalización conllevaban los gérmenes de la crisis: el alejamiento de los centros de decisión, enterrarse en vida en manicomios de provincias alejados de los centros urbanos, la consciencia de la falta de perspectivas de futuro como guardianes y custodios de enfermos y la imposibilidad de desarrollar un modelo de práctica semejante a la de sus colegas médicos, lo cual les alejaba cada vez más de ellos, y les identificaba como «médicos de locos» de los que más valía estar distante.

Aunque los alienistas nunca dejaron de ser médicos, como lo prueba su entronque intelectual con los desarrollos de la medicina clínica y experi-

mental, a fines de siglo el grado de disociación de la práctica de la medicina con la de la ciencia especial era importante, y su imagen social mala.

Romperla significaba tres cambios en su modelo de práctica: resituarla en el marco de la práctica médica convencional, desarrollar un espacio de práctica fuera del manicomio y remedicalizar el manicomio según este modelo. El primero fue consecuencia de la neurología, el segundo del psicoanálisis y de las políticas de descentralización en el tratamiento precoz de ciertas enfermedades somáticas (la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual), y lo último empezó a conseguirse con el *shock* insulínico pero hubo de esperar el desarrollo de la psicofarmacología durante los años cincuenta.

## 2. Del modelo clásico al modelo hospitalario

### 2.1. Los orígenes del modelo hospitalario

El modelo médico clásico quedó definido como un modelo particularmente apto para implantar un modo de práctica esencialmente extrahospitalaria, en la que era necesaria una continuidad con el modo de relación entre médico, enfermo y red social que procedía del Antiguo Régimen.

Sus límites se pusieron de manifiesto en el último tercio del siglo XIX en la medida en que el desarrollo de la cirugía, del brazo de la antisepsia, asepsia y anestesia, exigieron no sólo una redefinición del hospital como institución terapéutica, sino también un nuevo modelo de formación técnica para los profesionales, en la que el aprendizaje de las disciplinas fundamentales debía llevarse a cabo rigurosamente (34). Este tránsito coincide con las reivindicaciones de sistemas mutuales o estatales de protección ante la enfermedad y los accidentes laborales, con cambios en la práctica médica en un sentido fuertemente intervencionista, con la transformación del significado sociopolítico de la gestión de la salud (35).

En la mayor parte de países supuso legislación relativa a la acción social y sanitaria, embriones de sistemas de seguridad social, acciones sectoriales como la lucha antituberculosa o legislación relativa al control sanitario de alimentos y medicamentos. Supone un mayor intervencionismo del Estado e induce en el campo de la gestión sanitaria un cambio conceptual como es la noción de red de asistencia y la tendencia hacia modelos de tratamiento integral. Puede ser percibida como un replanteamiento de las políticas de

control social y la sustitución de las formas duras, custodiales y centralizadas por técnicas blandas de intervención, no custodiales y descentralizadas (36). El personal sanitario se convierte en agente de detección e intervención; el aparato institucional se diseña para intervenir sobre amplias masas de población y da lugar a nuevas relaciones entre profesionales y profanos.

El nuevo modelo de práctica centra los procesos asistenciales en torno al hospital, limitando los itinerarios fuera de él, y modifica en ellos la posición de los profesionales. La relación dialéctica entre médico, paciente y red social característica del modelo clásico, que daba lugar a negociación entre pacientes, profanos y profesionales, queda sustituida por una relación unidireccional y jerarquizada del profesional sobre el paciente, que suele excluir a la red social. El nuevo hospital oculta al paciente de su red, y consagra la apropiación por parte del médico de la gestión de salud y del proceso asistencial. El modelo hospitalario recupera la simbiosis entre el alienista y su manicomio cuando ésta está, precisamente, cuestionada.

## 2.2. *La remedicalización de los psiquiatras*

Si comparamos la estructura del *modelo hospitalario* con el modelo moral sostenido por los psiquiatras durante el XIX podemos llegar a la conclusión de que los médicos adoptan de los psiquiatras los principios que estos empiezan a cuestionar porque les alejan de ellos. Distintos autores, entre nosotros Cid, han puesto de manifiesto las evidentes influencias de la arquitectura psiquiátrica sobre la hospitalaria, pero no se ha destacado suficientemente cómo lo que los médicos implantan en el hospital general no es sino el viejo proyecto ilustrado del manicomio moral, con la única diferencia, pero fundamental, de que si la teoría moral colocaba al psiquiatra en una posición de director-dios-rey absoluto con escasas precisiones sobre su papel, el médico hospitalario se sitúa en la cúpula a partir del control específico y monopolístico sobre un conjunto de técnicas y de saberes.

Desde la perspectiva del Estado el modelo hospitalario no plantea una intervención de conjunto sobre la población, sino sólo de las crisis (37). Se adecúa a procesos morbosos que impliquen intervenciones quirúrgicas o a patologías agudas o subagudas que impliquen internamiento, pero es muy poco funcional sobre la patología leve y sobre las enfermeda-

des crónicas, sobre aquellos trastornos en los que no puede asumir una gestión continuada y larga. Sin embargo, esas contradicciones pueden ser asumidas en la medida en que, en una etapa inicial, se revelan eficaces para la resolución de las demandas sociales de gestión de la salud: es decir, de los accidentes de trabajo, o las heridas de guerra en ejércitos de conscriptos, o la gestión de las enfermedades crónicas cuyo paradigma es la tuberculosis. En todos los casos, por tanto, enfermedades que son gestionadas de modo individualizado, no mediante intervenciones preventivas difusas y colectivas.

### 2.3. *El descubrimiento de la Neurología*

Los cambios en la medicina tuvieron una influencia considerable en los alienistas. El fundamental, o al menos más aparente, fue el desarrollo de la neurología que permitía a los psiquiatras alinearse con sus colegas desde distintas perspectivas: la primera de ellas ofreciendo a los psiquiatras un modelo de base biológica, y por tanto «médico», a la racionalización de la incurabilidad y que permitía la individualización de los casos. El segundo, transformando el modelo de formación de los alienistas, permitiéndoles desarrollar nuevos espacios de formación y reproducción —el laboratorio, el hospital general— comunes a la medicina, e introduciendo en una práctica hasta entonces basada en la mirada y la palabra, el corte histológico, el microscopio, la autopsia y la parafernalia correspondiente común asimismo a la formación de los médicos convencionales (38). En tercer lugar, ofreciendo al psiquiatra la posibilidad de emplear lo que es probablemente la quintaesencia de la formación clínica: la exploración neurológica, un auténtico arte desde el punto de vista de su ejercicio correcto y que exige, por añadidura, una formación anatómica y fisiológica muy importante (39). Finalmente, el instrumento neurológico permite trasladar la práctica del alienista, fuera del manicomio, al gabinete particular, a la clínica privada, al hospital.

Para mí, el principal es este último punto. Para el alienista de finales del XIX, el manicomio es una institución que le recluye y con la que debe convivir a pesar suyo. El escepticismo terapéutico conducía a tratar de volver a legitimar alternativas basadas en retrasar el ingreso o evitarlo, empleando para ello dos instrumentos: el primero la noción de detección precoz mediante la aplicación de procedimientos clínicos (no había otros) de indaga-

ción; el segundo, volviendo la mirada hacia opciones alternativas de gestión como la familiar (40).

El modelo neurológico permite también desarrollar una práctica psiquiátrica dentro del modelo clásico y especializado y a partir de ella implantar reformas profundas en los manicomios, no tanto para mejorar las tasas de curabilidad de los internados o incrementar la rotación de camas, sino como un medio de recuperar la hegemonía en ellos, someter a las administraciones (41), y disponer de medios humanos y de sujetos de observación con los que participar en los avances científicos de su tiempo. No debemos olvidar que la experimentación de laboratorio se basaba en buena parte en necropsias, cuya mejor fuente eran manicomios con tasas de mortalidad altas (42).

Con la remodelación de los manicomios hasta la Segunda Guerra Mundial no se modificaron los fundamentos de custodialismo, pero el manicomio recuperó para sí ciertas prerrogativas que parecían ser patrimonio exclusivo de los hospitales generales. Me refiero a la implantación de una serie de terapéuticas «técnicas», como fueron el *shock* cardiazólico, el *shock* insulínico y la piretoterapia.

La importancia de estas tres técnicas, y especialmente de la segunda, no reside en su eficacia, ni en sus fundamentos científicos, como mínimo discutibles, sino en que introducían en el manicomio modelos de práctica hasta entonces privativos de los hospitales generales (43). El más significativo fue, sin duda alguna, el *shock* insulínico que exigía en la práctica instalar en las instituciones una estructura técnica comparable a la de un hospital general y que anticipa, guardando las distancias, lo que serán veinte años más tarde las U.V.I.S. Implicaba disponer de equipamiento sofisticado y sobre todo la organización de equipos profesionales con un nivel de adiestramiento mayor al que tenían tradicionalmente los psiquiatras (44).

Desde el punto de vista corporativo, el modelo neurológico y la medicalización de los psiquiátricos condujeron a una aproximación de los psiquiatras a los médicos y a un bandazo teórico desde posiciones «sociológicas» en terapéutica a un modelo claramente biologicista que podía asentarse en la práctica interna hospitalaria. Es en este contexto en el que deben entenderse las esperanzas que se pondrían, tras la Segunda Guerra Mundial, en el empleo del ECT, de la neurocirugía y más tarde de los neurolépticos y los antidepresivos (45). Pero esta es otra historia, ya que simultáneamente al asentamiento institucional del modelo biomédico en psi-

quiatría, otras variables habían influido para modificar la práctica no institucional.

#### 2.4. *El descubrimiento de la práctica no institucional*

El cambio más sustancial en la práctica psiquiátrica no vino empero de las modificaciones en el modelo institucional. El custodialismo ha sido una constante en la práctica hospitalaria hasta fines del siglo XX, y los intentos de reforma que se proponen en ella desde 1945 hasta la actualidad se basan en luchar contra él. No es siquiera el modelo neurológico el eje de la transformación de la práctica no institucional, ya que éste, hasta bien entrado el siglo XX, es un instrumento esencialmente diagnóstico y que en la mayor parte de los casos se limita a legitimar el custodialismo al aceptar implícita, o explícitamente, la irreversibilidad de los trastornos neurológicos. Por tanto, la Neurología permite desarrollar un aparato diagnóstico extrainstitucional pero en los estrictos límites de unas patologías que no permiten ir más allá de categorías relativamente limitadas de la población, y en consecuencia ni permiten una ampliación exponencial de la clientela potencial, ni siquiera permiten modificar la imagen popular de un psiquiatra vinculado a la demencia-locura, que efectúa diagnósticos por exclusión y que está fuertemente vinculado a un modelo de hospital que no sólo no mejora su imagen sino que en muchos aspectos la empeora (46).

El cambio cualitativo en la práctica psiquiátrica hubo de venir necesariamente de otros ámbitos. Si atendemos a la investigación disponible, fueron el psicoanálisis y, posteriormente, el desarrollo de formas de intervención ambulatoria que inducían una consideración distinta de la etiología de los trastornos del comportamiento.

La influencia del psicoanálisis tiene para mí como consecuencia fundamental el romper la coraza categorial de la psiquiatría decimonónica. Abrir las puertas a la idea según la cual el trastorno psíquico está en todos nosotros, y desinstitucionalizar su tratamiento, al menos en lo que se refiere a lo que algunos han llamado la «psiquiatría ligera». En segundo lugar, el psicoanálisis define un modelo de práctica ritualizado y muy específico que rompe con la imagen de la práctica institucionalizada del tratamiento moral, y con el modelo clínico característico de la práctica médica clásica. No es que el psicoanálisis invente un modelo nuevo de práctica, sino que legitima de nuevo la «cura de hablar» que había caracterizado la práctica

propia de curanderos y médicos antes del modelo clásico. En esta ritualización el psicoanálisis introduce elementos que pueden conectar muy bien con una nueva percepción de la imagen del psiquiatra: la semipenumbra de la sala, el diván, la interpretación de los sueños generan un ambiente de referencias esotéricas en tanto son elementos estructurales de no pocos rituales abreactivos en la cultura occidental; desde el ritual de la confesión en los países católicos, a los de las experiencias espiritistas, o simplemente a la larga tradición de adivinación del futuro a través de los sueños. A ello aún habría que añadir la existencia de un metalenguaje con ribetes no menos esotéricos.

Sin embargo, salvo en el caso de Francia (vg. Castel 1971), los Estados Unidos (Castel y otros 1979) y la República Argentina (Vezzetti 1985, 1989), no parece que en la mayor parte de países la práctica psicoanalítica y sus derivados hayan sido centrales en la estructuración corporativa y profesional de la psiquiatría (47). No obstante, el psicoanálisis sí tiene importancia en el modelo de la imagen de la psiquiatría de gabinete, en la medida en que los medios de comunicación social enfatizan ciertas dimensiones del mismo (48).

Hasta la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, los cambios en el espectro de los trastornos psiquiátricos parecen todavía dominados por la práctica institucional (49). Pero esa tendencia decreciente es un proceso muy lento, que no se acelera más que hasta la desinstitucionalización de la postguerra y tiene que ver con la indefinición del papel de la psiquiatría institucional en el contexto sociopolítico de antes de la guerra (50). Vale la pena destacar que en ese contexto, las experiencias que se instalan prefigurando lo que serán las intervenciones comunitarias de postguerra son sobre todo experiencias piloto derivadas por un lado de los éxitos en los modelos de gestión de la tuberculosis, y de la penetración entre los psiquiatras de ideas reformistas vinculadas a la emergencia de las ideas sobre Higiene Mental (51).

Antes de 1939, esas ideas vienen catalizadas por demandas derivadas de la gestión de problemas sociales vinculados a la criminología. Explican la influencia de las ideas eugenésicas y la necesidad de avanzar en la detección precoz de las conductas criminales o del retraso mental. En ambos casos, los instrumentos descentralizados de detección: el dispensario, el psicodiagnóstico y la psicotécnica no implican una ruptura con la ideología biomédica dominante, sino aprovechar esta última para acrecentar la imagen de eficacia de la profesión.

### *Conclusiones*

Si tenemos en cuenta la evolución de la psiquiatría entre 1890 y 1940, este período representa una etapa de transición entre la psiquiatría moral del XIX y la psiquiatría comunitaria que caracterizará el desarrollo del Estado del Bienestar, tras la Segunda Guerra Mundial. En ese período se produce una transición aparentemente más influida por razones corporativas que científico-técnicas hacia la medicina, la cual creo que debe contemplarse como un fenómeno complejo y contradictorio en la medida en que parece como si los psiquiatras busquen cobijo incorporándose a un grupo de presión políticamente poderoso y muy conservador, y por otra parte inician experiencias de desinstitucionalización que favorecen la naturaleza específica de la psiquiatría y contribuyen a recuperar en su estructura ritual modelos de práctica que la medicina clínica tendía a excluir.

En otros planos esas contradicciones son todavía más patentes: se propugnan políticas de higiene mental que implican una recuperación de criterios sociológicos en psiquiatría, y simultáneamente crece espectacularmente el número de internados crónicos y a perpetuidad por encima de las tasas del XIX. Ese crecimiento sólo puede explicarse por la gestión externa de una serie de trastornos que en el XIX se internaban, y que son sustituidos en el XX por la división de la clientela psiquiátrica en dos bloques bien diferenciados, aquéllos que reciben la calificación de psiquiatría dura y aquéllos que quedan, definitivamente, como el patrimonio de la gestión no institucional.

Para terminar, el caso de España se sitúa en una posición particularmente interesante, especialmente por la emergencia de un evidente dualismo entre la psiquiatría clínica que se practica en Madrid y sus zonas de influencia y el importante desarrollo de la doctrina comunitaria en la Cataluña de preguerra, por mor de las necesidades de replantear la práctica asistencial en una zona en la que la crisis del custodialismo era muy evidente.

Soy consciente que los apuntes que aquí he propuesto distan mucho de constituir un análisis pormenorizado del problema y ello por distintas razones, entre las cuales, y no la menor, la de que penetrar el tema topa con obstáculos importantes de carácter técnico y metodológico. La experiencia de Grob, trabajando sobre correspondencia manuscrita, abre perspectivas interesantes, pero un análisis profundo de ese tránsito implica ir más allá, especialmente en casos como el de España en el que se producen fenómenos muy atípicos en relación a los desarrollos de otros países, y no es

el menor el que la patología psiquiátrica leve o «ligera», siga siendo gestionada en nuestro país en el ámbito de la atención primaria pública o privada o en base a paraprofesionales o profesionales situados al margen del sistema.

## NOTAS

(1) Esta ponencia fue presentada en una sesión del Congreso Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría en 1990. En aquel momento me pareció oportuno enfocar la problemática del tránsito desde la perspectiva de los cambios en las prácticas. Aquel texto ha sufrido dos profundas revisiones: una, tras el congreso en el que se benefició de no pocas sugerencias de José Luis Peset, Rafael Huertas García Alejo y Eduardo Balbo. La segunda, durante 1991, a partir de las sugerencias propuestas por Agustín Albarracín.

(2) Esta perspectiva ha sido en parte desarrollada por CASTEL (1971), en relación con el psicoanálisis en Francia, y por CASTEL y otros (1980) sobre el psicoanálisis y el papel de la psiquiatría en Estados Unidos. Sin embargo, el mejor análisis de ese tránsito, o mejor de sus fundamentos, es probablemente un reciente estudio de GERALD GROB (1985), basado en la correspondencia privada de una serie de prominentes psiquiatras norteamericanos entre 1890 y 1940. En lo que hacer referencia a España propuse una interpretación esquemática sobre este tránsito (COMELLES 1988: 103-110), pero falta todavía un estudio de conjunto que quizás debería hacerse siguiendo las pautas trazadas por Grob (*op cit*).

(3) Ver GAUCHET Y SWAIN (1980) y COMELLES (1981). En un sistema político basado en la libertad individual para contratar, el único límite es estar en sus cabales. Ello exige al experto.

(4) En España se estiman unos 1.600 en 1797 (Censo de Floridablanca), y en Francia hacia 1815 eran unos 15.000. CASTEL (1976) destacó cómo el número de alienados no justificaba un tal interés político si se tiene en cuenta que otras categorías de marginados representaban centenares de miles de personas.

(5) Vale la pena destacar que la presencia de médicos en hospitales había de ser remunerada sistemáticamente y daba lugar a frecuentes conflictos con los ayuntamientos y los patronatos de los que dependían. En los hospitales locales era necesario a menudo que los ediles exigiesen la presencia de médicos y que estos se resistiesen. A partir de finales del XVIII la situación comienza a cambiar en una medida en que los médicos se ven atribuir ciertas prerrogativas relativas al control de las instituciones, antes en manos de los administradores (Cfr. COMELLES, DAURA, ARNAU y MARTÍN (1991).

(6) FOUCAULT y cols. (1979) han explorado muy certeramente la intervención de los médicos en el diseño y gestión hospitalarias. Hay que destacar que lo hacen a partir de su condición de expertos en la gestión de las epidemias, en la medida en que el hospital general es percibido como un foco de miasmas y de mortalidad. Esta última no sólo interna sino también como foco epidémico. THALAMY (1979) precisa los términos de la medicalización; con todo ésta no suponía realmente una medicalización del cuidar sino sobre todo criterios para discernir los criterios de internamiento. Tienen que ver con la eclosión de

instituciones especializadas en distintos tipos de atención. Ver también COMELLES, DAURA, ARNAU y MARTÍN (1991).

(7) Una formulación más explícita del mismo está en COMELLES (1992). El *modelo médico clásico* es uno de los *ideal types* dentro de lo que MENÉNDEZ (1978) caracteriza como *modelo médico hegemónico* y que se refiere fundamentalmente al modelo de práctica que ajusta la gestión médica de la salud a la evolución del estado contemporáneo.

(8) La instauración de este modelo no fue inmediata. Es un proceso cuyas bases iniciales se sitúan probablemente a mediados del siglo XVIII pero que se configura progresivamente durante el siglo XIX, en la medida en que los distintos estados pueden apoyar legislativamente la implantación de su monopolio (Ver COMELLES 1992).

(9) Me refiero, evidentemente, a los cirujanos y a los practicantes que, a lo largo del XIX, ven reconocerse un estatuto de profesionales de la sanidad.

(10) En España, ésta ya había sido una de las funciones del Protomedicato.

(11) Ver a ese respecto GAUCHET y SWAIN (1980).

(12) De ahí que la historiografía médica pueda trazar una línea continua en la relación médico-enfermo desde la Grecia clásica (ver, por ejemplo LAIN ENTRALGO 1984) y que ese modelo de práctica pueda sustentar, todavía a fines del siglo XX, la imagen ideal de tal práctica para muchos profesionales.

(13) Hay que distinguir entre un incipiente proceso de medicalización que puede datarse entre los siglos XVII y XIX, y la franca medicalización del hospital, entendida como un período de hegemonía de los médicos que no puede datarse correctamente más que en el primer tercio del siglo XX y que culmina con la jerarquización hospitalaria realizada, en la mayoría de las sociedades occidentales, tras la Segunda Guerra Mundial. Para una perspectiva de conjunto de este tránsito en Estados Unidos puede verse LONG y GOLDEN (1989), para Francia STEUDLER (1974), y para España resultan útiles SALMÓN, GARCÍA BALLESTER y otros (1990) y COMELLES, DAURA, ARNAU y MARTÍN (1991).

(14) La creación de las Casas de Misericordia durante el XVI había dado lugar a un primer intento de especialización. Su papel durante las pestes del XVII lo reforzó, pero no es sino durante el XIX cuando los hospitales adquieren el carácter de instituciones de y para enfermos (Cfr. COMELLES y otros 1991).

(15) Es cierto que desde el siglo XV se documentan departamentos especializados en dementes, pero su número es limitado. Sólo durante el XVII-XVIII empiezan a construirse instituciones privadas especializadas en dementes (PARRY-JONES 1972).

(16) El hospital general *terapéutico* habrá de esperar, prácticamente, al desarrollo de las innovaciones quirúrgicas a finales del XIX (Ver LONG y GOLDEN 1989). No hay una teoría directamente terapéutica en la doctrina hospitalaria del XVIII-XIX, si no es una mejora de las condiciones de habitabilidad de las instituciones, y las estrategias preventivas relacionadas con el diseño institucional. Si se considera que las únicas terapéuticas curativas hasta el XVIII son los milagros realizados en santuarios, la institución psiquiátrica es la primera institución en la historia, desde los hospitales bizantinos, en tener como objetivo la curación de la enfermedad. Ver MILLER (1985), COMELLES y otros (1991).

(17) Lo cual justifica plenamente el que el psiquiatra de hospital sea un asalariado, funcionario o no, y que se le exija la residencia en la propia institución. No tiene comparación posible con la relación de voluntariado que se establece entre el hospital general y el médico.

(18) Esta jerarquización está presente en la literatura sobre el tratamiento moral de una manera sistemática. Por regla general me remitiré al estudio de éste que hiciera EMILI PÍ I MOLIST (1859). Su *Proyecto Médico-razonado* es el mejor y el más detallado de los proyectos de su género producidos en España.

(19) La peregrinación a Gheel fue constante en los psiquiatras del XIX. Sobre la gestión familiar puede verse ROTHMAN (1971:1-56) en donde se percibe el caso de una sociedad colonial con poca infraestructura institucional antes de la independencia y ALVAREZ-URÍA (1984) para el caso de España en el que se discute en un contexto con una larga y rica tradición institucional que entonces se hallaba en crisis. Sobre Gheel véase también PARRY-JONES (1981) y HUERTAS GARCÍA ALEJO (1988).

(20) Tanto los clásicos del XIX, como la mayor parte de los psiquiatras de antes de 1920 ejercían la medicina. Según testimonios (VALENCIANO 1976), tal práctica a domicilio o en el despacho era muy poco psiquiátrica y muy médica. Giné y Partagás era catedrático de Cirugía y atendía enfermos al margen de su papel de psiquiatra en la Nueva Belen (Ver RODRÍGUEZ MÉNDEZ (1903).

(21) Sobre el poder vinculado a las instituciones véase CASTEL (1976); ALVAREZ-URÍA (1984), y sobre todo, ROTHMAN (1971:130-154) y GROB (1985:1-18;230-265), en donde retoma materiales de su tesis sobre el *Worcester State Hospital* de Massachussets. Véase también SCULL (1979:125 y ss.) haciendo referencia al caso británico. En (1988:49-101) he tratado de fundamentar la privatización de la psiquiatría catalana precisamente como un intento corporativo de reforzar el papel político de los psiquiatras en el Estado español.

(22) Un intento de periodización de este proceso en España lo hemos realizado en un estudio reciente de un hospital local en el cual pueden apreciarse con mayor detalle las expectativas que el hospital adquiere para los profesionales, para la población y para las administraciones, en este caso la local (COMELLES y otros 1991).

(23) Los nombres *manicomio* o *frenopático* se eligen como apelativos de modernidad frente a otros nombres que retrotraen al pasado, como son los de hospicio o el propio de hospital.

(24) Precisamente esta apertura al conjunto de las clases sociales es la que mayores contradicciones ofrece en los diseños de manicomios morales (Ver LAMARCHE-VADEL y PRÉLI 1978, COMELLES 1981, 1988). Al manicomio va el pobre, el intelectual (SADE, GERARD DE NERVAL, OSCAR WILDE, etc...), y personas de clase media o alta (ver PERCEVAL 1978). Pí i Molist fue un encarnizado enemigo de la construcción de clínicas para la clase alta, porque consideraba que fuera del manicomio moral no había lugar para la curación (1859).

(25) La mayor parte de los alienistas del XIX sostenían independientemente de su tarea como psiquiatras una práctica médica general: Giné i Partagás fue dermatólogo y cirujano. Desde el punto de vista económico y de influencia política era una situación más adecuada. Giné fue Decano de la Facultad de Medicina de Barcelona, pero en tanto cirujano.

(26) Ver a ese respecto CASTEL (1976). Obsérvese que en torno a la asistencia psiquiátrica los estados legislan más precozmente (España 1822, Francia 1838) que en relación a la sanidad en general o a la educación. La importancia de la psiquiatría en el edificio jurídico la pone de manifiesto su papel en el peritaje médico-legal que se convierte en un campo de controversia y de disputas sobre la hegemonía entre alienistas y juristas. Sobre estas

relaciones ver PESET Y PESET (1975), PESET (1984). Sobre la controversia en España ver COMELLES (1988).

(27) En Francia se realizó relativamente pronto (CASTEL 1976) y en España se convirtió en la reivindicación profesional por excelencia hasta 1931 (COMELLES 1988). En los Estados Unidos la cuota de poder de los *medical superintendents* llegó a ser notable (ROTHMAN 1971). En cambio, durante este mismo período la hegemonía en los hospitales corresponde a lo que se ha llamado *modelo doméstico*, es decir un modelo de organización en el que los administradores dejan el control de la institución al personal de cuidar: monjas o enfermeras laicas (Ver LONG y GOLDEN 1989, COMELLES y otros 1991).

(28) Vale la pena destacar que un grado de institucionalización como el de los médicos de los hospitales psiquiátricos no se alcanza sino mucho más tarde en los hospitales generales. En gran medida la jerarquización de los hospitales modernos viene prefigurada por la organización interna de los manicomios morales. Ver por ejemplo la minuciosa regulación de las relaciones entre los alienistas y el personal tal y como se establece en PÍ I MOLIST (1859), o en general en los Reglamentos oficiales de funcionamiento de los manicomios decimonónicos.

(29) Este es un fenómeno particularmente visible en España. GINÉ Y PARTAGÁS (1903) se hacía eco de ello en el *Primer Certamen Frenopático*, que tuvo lugar en Barcelona en 1883.

(30) Las cifras que maneja GROB (1985:12-17), para Estados Unidos son menos concluyentes en ese sentido que las de Pí i Molist. Ciertamente Grob se refiere a una relación fluida entre el manicomio y la *almshouse* en el que ésta recoge los casos más «crónicos», pero aun así destaca cómo una proporción muy elevada de enfermos efectúan estancias menores a un año: entre un 40 y un 50% de los casos (1985:12). Tendencia que no se invierte más que hacia 1910. Estimo que las razones pueden ser complejas pero apunto un par: la primera es que en el XIX se siguen hospitalizando un número elevado de crisis de agitación psicomotriz de carácter histérico o neurótico (no se olviden los casos de Charcot en la Salpêtrière), y que progresivamente, en la medida en que cambian sus perspectivas de gestión van siendo sustituidos por internados con trastornos neurológicos o psíquicos irreversibles que conducen a largos internamientos. A señalar que en España los Decretos de internamiento de 1885 consagran precozmente ese otro modelo como consecuencia de la inexistencia de una red efectiva paralela de derivación de esos enfermos.

(31) De nuevo hay una discrepancia entre los datos de GROB (1985:12 y ss) y los europeos, en donde hallamos clara casuística de retención de enfermos en las instituciones (LANTÉRI-LAURA 1974, LAMARCHE-VADEL y PRÉLI 1978, COMELLES 1988). Entiendo que la razón hay que buscarla en el modelo de financiación de las instituciones basado en enfermos/día, y en la falta de influencia en Europa de los grupos de presión de carácter filantrópico. A destacar cómo en los países anglosajones su influencia era importante para hacer frente a eventuales excesos.

(32) En estas condiciones no es de extrañar que los alienistas aparezcan ante los legisladores como los legitimadores de las prácticas de exclusión, o como simples títeres en manos de las administraciones. Véase por ejemplo en España la polémica en relación a Sant Boi a fines del XIX (GALCERAN 1889). El tránsito hacia la hegemonía de los administradores está muy bien analizado por ROTHMAN (1971:265-295) y en SCULL (1979:213 y ss).

(33) *Sainte-Anne* se concibe como una institución en la que intervendrían los más importantes alienistas y, cómo no, es percibida como una institución vinculada a la formación (LAMARCHE-VADEL y PRÉLI 1978).

(34) Es el papel que ejerce en el campo de la formación el *Flexner Report* norteamericano, que fue muy bien acogido por los psiquiatras (GROB 1985), o el que ejerce Cajal en España.

(35) Y que supuso cambios fundamentales en la economía de las instituciones: en la medida en que entra en crisis el modelo caritativo-benéfico y se va transitando hacia un modelo de financiación basado en estancias/día (Ver COMELLES y otros 1991).

(36) Un excelente análisis de este tránsito está en CASTEL y otros (1979), y MURARD y FURQUET (1975), en lo que hace referencia a la asistencia psiquiátrica. La mayor parte de estudios sobre este tránsito han sido efectuados en torno a la problemática psiquiátrica o penitenciaria (MELOSSI y PAVARINI 1981), quizás porque ambas reflejan con mayor precisión la crisis de los modelos custodiales de atención, y su sustitución por procedimientos más comprensivos.

(37) La noción de grupo de riesgo tan de moda en la actualidad es una auténtica tradición sanitaria. Piensen por ejemplo en las intervenciones sobre los focos endémicos de ciertas enfermedades infecciosas: ETS, lepra, tuberculosis. Durante el apogeo del *Welfare State* no resultaba ideológicamente sostenible tal noción, y se maquillaba con un planteamiento más universal. En la actualidad el problema parece consistir en cómo decir «donde dije digo, digo Diego».

(38) Véase GROB (1985:11-17). En España supuso cambios fundamentales en la formación. Véase al respecto la serie de testimonios y estudios sobre los psiquiatras españoles de preguerra (VALENCIANO 1976, GONZÁLEZ CAJAL 1989), o las referencias de PESET (1990). La distancia entre la formación de Pí i Molist o Giné i Partagás y la de Lafora o Achúcarro es enorme.

(39) En otro lugar (1989) he destacado la importancia del ritual en la anamnesis y la exploración clínica, y del pronóstico en la génesis del *status* social del médico del modelo clásico. Para mí, el prestigio de la práctica médica en ese modelo no se medía por la expectativa terapéutica que ofrecía como por su precisión diagnóstica y su capacidad pronóstica (adivinatoria) respecto al desenlace de la enfermedad, o respecto a su ulterior evolución.

(40) A destacar como desde principios de siglo los alienistas catalanes, prisioneros de una importante red de instituciones, proponen procedimientos de descentralización y detección precoz. De ahí el desarrollo del psicodiagnóstico en los años 20 y de la comarcalización en los treinta (COMELLES 1988).

(41) Me remito como ejemplo al plan de Oscar Torras y F. J. Xercaviñs para reformar el Instituto Mental de la Santa Cruz y sustituir el modelo moral por un modelo medicalizado. La propuesta fundamental en ese proyecto es sustituir los movimientos de enfermos de pabellón a pabellón característicos del tratamiento moral, por un modelo de clasificación estático por grupos nosológicos y categorías sociales (sexo, pensionistas, beneficencia, jurídicos).

(42) En el Instituto Mental, por ejemplo, existieron hasta hace poco colecciones de cerebros guardados en formol característicos de los distintos procesos degenerativos. Este tipo de investigación prosiguió en la institución hasta los primeros cincuenta. La mayor par-

te de las leucotomías y lobectomías, tuvieron como sujetos experimentales los internados. GROB (1985:16-18) corrobora ese mismo planteamiento.

(43) La fascinación de los psiquiatras en torno a esas técnicas queda perfectamente reflejada en su correspondencia (GROB 1985:102-137). En España puede verse, por ejemplo, TORRAS (1961) tratando de justificar ciento cincuenta leucotomías experimentales realizadas en el Instituto Mental entre 1945-50.

(44) Es muy significativo que los dos únicos premios Nobel atribuidos a psiquiatras o emparentados fuesen los de Wagner-Jauregg y Egas Moniz.

(45) Aun hoy, para muchos psiquiatras clínicos la refutación de las posturas psicodinámicas o comunitarias vienen precisamente de las alternativas «científicas» que ofrecen los psicofármacos o las técnicas de modificación de la conducta, consideradas como «palabrería».

(46) GROB (1985:11 y ss) deja muy claro que la cima del custodialismo no se da en el XIX, sino en el XX. Recuérdese que la cifra máxima de internados en Estados Unidos se alcanza alrededor de 1945, y que es el temor a su crecimiento exponencial, con las inversiones que acarrea en construcción y mantenimiento, lo que explica la búsqueda de alternativas desinstitucionalizadoras, diez años antes de la aparición de los psicofármacos. En torno a su aparición la población internada había disminuido. En España el *timing* es distinto precisamente porque la ideología del estado franquista favorece una opción psiquiátrica monolíticamente biologicista y que jamás se plantea la desinstitucionalización. Las cifras de internados se mantienen en España relativamente estables entre 1945-50 y la década de los ochenta en que van disminuyendo (en parte por la sobremortalidad de una población de internados muy envejecida).

(47) En España y pese al interés de los psiquiatras de antes de la guerra, su peso ha sido mínimo hasta muy recientemente. Las razones son complejas y han sido discutidas en distintos lugares. GROB (1985) señala que en la propia Norteamérica y hasta 1945, el psicoanálisis no fue un fenómeno masivo entre los psiquiatras clínicos, y que probablemente su impacto fue proporcionalmente mayor en la población.

(48) Y en ese sentido sería muy interesante analizar la presentación de los psiquiatras en el cine clásico americano de los cuarenta y de los cincuenta. Vale la pena apuntar que coexisten dos subgéneros en el mismo: uno que se refiere al manicomio con ribetes siniestros, otro que plantea los intentos de modificación de la vida institucional, ambientado en general en clínicas privadas, a partir de la implantación de modelos psicoanalíticos.

(49) GROB (1985:11) señala que en 1895 prácticamente todos los profesionales estaban en hospitales, mientras que en 1956 sólo permanecían en ellos apenas un 17% de psiquiatras.

(50) Esta indefinición nacería de las contradicciones entre el kraepelinismo dominante y la necesidad de desarrollar modelos desinstitucionalizados amplios. Esas contradicciones se ilustran muy bien en España en el conflicto entre Mira y los psiquiatras catalanes y la psiquiatría madrileña. COMELLES (1988:131-156). RENDUELES (1989:147-156).

(51) Un caso ejemplar son los proyectos de comarcalización de la asistencia psiquiátrica en Cataluña, durante el período de hegemonía anarquista en Cataluña (1988:143-149). Los primeros experimentos franceses se dieron también durante un contexto tan explosivo como la ocupación alemana de Francia. [Ver TOSQUELLES en MURARD y FURQUET (1975: 81 y ss.)].

## BIBLIOGRAFIA

- ALVÁREZ URÍA, F. (1984): *Miserables y locos*. Barcelona, Tusquets.
- CASTEL, R. (1971): *Le psychanalisme*. París, U.G.E.
- (1976): *L'Ordre Psychiatrique. L'Age d'Or de l'Aliénisme*. París, Minuit.
- CASTEL, R.; CASTEL, F. y LOVEL, A. (1980): *La Sociedad Psiquiátrica Avanzada*. Barcelona, Anagrama.
- COMELLES, J. M. (1980): «La necesidad del Otro: Sobre las relaciones entre Antropología y Psiquiatría». *Revista Dpto. Psiquiatría de Barcelona* 8(2):149-170.
- (1981): *El Proceso de Institucionalización en las Sociedades Complejas*. Tesis de Doctorado. Barcelona, Universidad de Barcelona.
- (1988): *La Razón y la Sinrazón. Asistencia Psiquiátrica y Desarrollo del Estado en España*. Barcelona, PPU.
- (1992): «La Utopía de la Atención Integral de Salud. Revisiones en Salud Pública, 3». Barcelona, Masson.
- COMELLES, J. M.; DAURA, A.; ARNAU, M. y MARTÍN E. (1991): *L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*. Valls, Institut d'Estudis Vallencs.
- FOUCAULT, M. (comp.) (1979): *Les Machines à Guérir. Aux Origines de l'Hôpital Moderne*. Bruselas, Atelier Pierre Madarga.
- GAUCHET, M. y SWAIN, G. (1980): *La Pratique de l'Esprit Humain*. París, Gallimard.
- GALCERAN, A. (1885): *Ejecutoria en favor del manicomio de San Baudilio de Llobregat*. Barcelona, Casa de Caridad.
- GINÉ I PARTAGAS, J. (1903): *Obra escogida*. Barcelona, Tipografía la Académica.
- GONZÁLEZ CAJAL, J. (1989): «Algunos datos sobre la Psiquiatría que vivió Lafora». *Revista de la A.E.N.* 9(28):101-112.
- GROB, G. (1985): *The Inner World of American Psychiatry*. New Brunswick, Rutgers University Press.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1988): «La Comunidad de Gheel: una alternativa de Asistencia Psiquiátrica en el siglo XIX». *Revista de la A.E.N.* 8(25):257-266.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1983): *La Relación Médico-Enfermo*. Madrid, Alianza.
- LAMARCHE-VADEL, G. y PRÉLI, G. (1978): *L'Asile*. París, Recherches.
- LANTÉRI-LAURA, G. (1974): «La Chronicité dans la Psychiatrie Française Moderne». *Annales E.S.C.* 27(3):548-568.
- LONG, D. y GOLDEN, J. (1989): *The American General Hospital. Communities and Social Contexts*. Cornell, Cornell University Press.
- MENÉNDEZ, E. (1985): «Saber médico y saber popular». *Estudios sociológicos (México)* 3(8):263-296.
- MILLER, T. (1985): *The Birth of the hospital in the Byzantine Empire*. Baltimore, John Hopkins.
- MURARD, L. y FURQUET, F. (1975): *Histoire de la Psychiatrie de Secteur*. París, Recherches.
- PARRY-JONES, W. (1972): *The Trade in Lunacy*. Londres, Routledge & Kegan, Paul.
- (1981): «The model of the Gheel Lunatic Colony and its influence on the Nineteenth-Century Asylum system in Britain». En: Scull, Andrew (comp): *Madhouses, Mad-doctors and Mad-men*. Londres, Athlone Press.

- PERCEVAL, J. (1978): *La Locura de un Gentleman*. Buenos Aires, Carlos Lohlé.
- PESET, J. (1984): *Ciencia y marginación: negros, locos y criminales*. Barcelona, Crítica.
- (1990): *Entre el gabinete y el manicomio. Reflexiones sobre la Psiquiatría Española de fin de siglo*. Ponencia. Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, Mimeografiado.
- PESET, J. L. y PESET, M. (1975): *Lombroso y la Escuela Positivista Italiana*. Madrid, C.S.I.C.
- PI I MOLIST, E. (1859): *Proyecto Médico Razonado para la Construcción del Manicomio de la Santa Cruz*. Barcelona, Imprenta de Tomas Gorchs.
- RENDUELES, G. (1989): *El manuscrito encontrado en Ciempozuelos*. Madrid, Ediciones La Piqueta.
- RODRIGUEZ MÉNDEZ, R. (1903): «Prólogo apologético». En: Giné y Partagás, Juan: *Obra Escogida*. Barcelona, Tipografía la Académica.
- ROTHMAN, D. (1971): *The Discovery of Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*. Boston, Little Brown.
- SALMÓN, F.; GARCÍA BALLESTER, L. y ARRIZABÁLAGA, J. (1990): *La Casa de Salud Valdecilla. Origen y Antecedentes*. Santander, Universidad de Cantabria / Asamblea Regional de Cantabria.
- SCULL, A. (1979): *Museums of Madness*. Harmondsworth, Penguin.
- THALAMY, A. (1979): «La médicalisation de l'hôpital», pp.:31-38. En: Foucault (comp): *Les machines à guérir*.
- VALENCIANO GAYA, L. (1976): *El Doctor Lafora y su Epoca*. Madrid, Morata.
- VEZZETTI, H. (1985): *La locura en Argentina*. Buenos Aires, Paidós.
- (1989): *Freud en Buenos Aires (1910-1939)*. Buenos Aires, Puntosur.