

PSIQUIATRÍA CRÍTICA VERSUS CRÍTICA SOCIAL EN ESPAÑA

Benjamín González
(*Universidad de Granada*)

Este artículo analiza algunos de los problemas básicos de la sociología de las profesiones en general y de la profesión psiquiátrica en concreto. Carecemos en España de investigaciones relativas a la profesión psiquiátrica, en un momento en que la sociología de las profesiones ha adquirido un considerable desarrollo. Contamos ya con diversos estudios sobre bastantes profesiones y ocupaciones: arquitectos, jueces, aparejadores, asistentes sociales, economistas, enfermeras, médicos, practicantes, maestros, militares, empresarios, directores generales, científicos y políticos, entre otras. Este cuerpo creciente de conocimiento sociológico nos brinda la oportunidad de poder llevar a cabo comparaciones interprofesionales e intraprofesionales. Así, se ha estudiado la percepción de las distintas ocupaciones, el prestigio profesional, diferencias de movilidad social, pautas de interacción social, aspectos ideológicos, satisfacción profesional, y relaciones interprofesionales, entre otros muchos temas de interés sociológico. El cometido del presente artículo sobre la profesión psiquiátrica española consiste en sugerir áreas necesarias y urgentes de investigación, más bien que ofrecer respuestas a los múltiples interrogantes que vamos a plantear, ya que faltan por el momento presente los datos básicos para realizar un estudio más completo.

El análisis de una profesión en cambio

Existen muy pocos estudios sociológicos sobre los psiquiatras en cuanto profesionales, y la mayoría de los que hay han sido realizados en los Estados Unidos. La profesión psiquiátrica ha recibido poca atención tanto en España¹ como en otros países europeos.² En un momento en que el número de personas que buscan atención psiquiátrica³ y la proporción de enfermos mentales ingresados en instituciones psiquiátricas⁴ han aumentado considerablemente año tras año, los sociólogos europeos no se han interesado por la profesión psiquiátrica como objeto de estudio científico. Por otro lado, en el caso de España, el sector psiquiátrico ha adquirido una mayor importancia dentro del sistema sanitario, debido a que el número de camas dedicado a pacientes mentales está sufriendo un rápido incremento.⁵

Se han escrito en España bastantes artículos y algunos libros para evaluar el estado actual del cuidado psiquiátrico, pero estos trabajos han sido escritos o bien por psiquiatras o por médicos no psiquiatras.⁶ Es

1. Contamos con varios estudios que tratan sobre las relaciones entre psiquiatría y sociedad: Yuste Grijalba (1971), De Miguel (1973), De Miguel y Oltra (1971), Amat (1973) y Esteva (1961), pero no tenemos aún ningún estudio de campo de la profesión.

2. Goldie (1977: 143), por ejemplo, ha señalado que esto se aplica también a Gran Bretaña.

3. Según cálculos de Enrique Muñoz (1970: 30) y de Casco (1975: 174), el número de personas necesitadas de un tratamiento psiquiátrico urgente es aproximadamente de 500.000, para una población de 34 millones. Además, el número de nuevos casos por año es de unos 20.000.

4. La tasa de pacientes mentales internados en establecimientos psiquiátricos en España ha crecido así: en 1859 había 14 por 100.000 habitantes, en 1922, 42; en 1931, 99; en 1960, 108; en 1970, 180; y en 1975, 239. (De Miguel y Oltra, 1971.)

5. El 24 % del número total de camas, *circa* 1970.

6. Véase, por ejemplo, Castilla del Pino (1977), Enrique Muñoz (1970), González Duro (1975 y 1978), Lera (1972), PANAP (1971), Pérez de Ayala (1947), Sanz

sorprendente que los sociólogos no se hayan interesado por el estudio del papel del psiquiatra. ¿Quiénes son? ¿Cuál es su papel social? ¿Cuáles son las consecuencias e implicaciones de su actuación profesional? ¿Cuáles son las pautas que sigue su «carrera»?

De lo que antecede se desprende la necesidad urgente de estudiar al psiquiatra español en cuanto profesional que trabaja en «ambientes» específicos. Además, tal como ya señalamos, nos faltan datos básicos sobre la profesión. Así, por ejemplo, no disponemos de información sobre la estructura de edades, sobre el origen socio-demográfico, intereses, organización, actitudes políticas y estructuras de prestigio e influencia dentro de la profesión. Sabemos muy poco sobre las relaciones entre los psiquiatras y sus pacientes, entre los psiquiatras y organizaciones tales como los hospitales mentales, las salas psiquiátricas y demás.

Dado que se trata de una profesión relativamente pequeña en comparación con otras en las que ha habido catedráticos con bastante influencia política, nos parece interesante hacer, en la medida de lo posible, un estudio sociométrico de la estructura de la profesión. Por este motivo, la investigación debería intentar responder desde un punto de vista sociológico a algunas de las cuestiones desconocidas de esta profesión en España. Estos estudios deberían destacar los contextos sociales de la profesión teniendo en cuenta los procesos profesionales relacionados con la organización e ideologías de la vida profesional y cómo se han desarrollado estos procesos históricamente. Otro aspecto importante se refiere a la configuración de las actividades profesionales por parte de las distintas exigencias culturales y sociales. En relación con esto, habría que considerar los procesos institucionales que afectan tanto a la práctica psiquiátrica como a las pautas de carrera y de socialización dentro de la misma. Habría que considerar, por último, la estructura de las relaciones interprofesionales en las que cada uno de los profesionales está implicado. En el caso de la psiquiatría, el interrogante a contestar implica las relaciones de roles entre los psiquiatras y los paraprofesionales (asistentes sociales, enfermeras psiquiátricas y psicólogos clínicos, entre otros) y entre psiquiatras y médicos.

Los temas sociales y culturales juegan un papel destacado en cualquier análisis de los sistemas sanitarios, pero este papel es aún de mayor transcendencia en el campo de la *salud mental*, debido a que la conducta humana es más compleja en lo referente al funcionamiento psicológico y social de los individuos y de la sociedad misma. Los procesos de etiquetar a

Giménez (1967), Serigó (1969), Ullersperger (1954), Vallejo Nájera (1958), Santo Domingo (1963 y 1965), y López Ibor (1950).

alguien como enfermo mental, la entrada, estancia y alta de las instituciones mentales, la organización de estas instituciones, las relaciones interprofesionales, la interacción entre psiquiatras y pacientes, son todos ellos problemas sometidos al impacto de factores culturales y sociales. En consecuencia, la conceptualización de los problemas de salud mental en meros términos cuantitativos no va a contribuir a una mejora significativa de la asistencia psiquiátrica. El tener en cuenta únicamente las cuestiones relativas a la oferta y demanda de personal y recursos constituye una especificidad fuera de lugar, a menos que se preste especial atención a datos más cualitativos, ideológicos, sociales, culturales e históricos. No queremos decir con esto que los aspectos cuantitativos carezcan de importancia; al contrario, son esenciales para poder entender correctamente el sistema psiquiátrico español.

El perfil del psiquiatra español

Nuestro punto de vista es que los científicos sociales tendrían que prestar atención a una serie de problemas que podrían ser útiles para entender el contexto social de la profesión psiquiátrica. Así, por ejemplo, sabemos muy poco o casi nada sobre la estructura socio-demográfica de la profesión, que incluye lagunas variables básicas cuya comprensión subyace a problemas más complejos y relacionados con pautas vocacionales, de carrera y de práctica. Por otra parte, estas pautas configuran la actividad profesional diaria de los psiquiatras. La clarificación de estas pautas proporciona el marco sociológico básico para análisis más complejos, debido a que variables tales como edad, sexo, estado civil, religiosidad, lugar de desempeño de la profesión, clase social, lugar de nacimiento y demás, son las variables sociales básicas que podemos esperar que influyan en las actitudes y pautas de conducta. Constituyen asimismo el punto de intersección entre la sociedad y la profesión y definen el conjunto de roles típicos del psiquiatra.

Tomando la edad como ejemplo, existen cuestiones relevantes a investigar, dado que la composición por edades de los grupos profesionales sigue siendo un tema de gran importancia sociológica. Así, por ejemplo, podemos constatar que: 1) los médicos en España tienden a ser más viejos que en otros países europeos; y 2) los médicos son relativamente viejos, como promedio: un 37 % tienen 50 ó más años. En Francia, sin embargo, son más jóvenes que en España (28 % tiene 50 ó más años). Evidentemente, la edad se traduce en términos sociológicos en generaciones, lo que implica cohortes de personas, varones y mujeres, que han experimentado crisis so-

ciales, históricas y políticas concretas, así como distintas oportunidades educativas, distintos contactos internacionales y demás. Por otra parte, se dan diferencias significativas en cuanto a la composición por edades de las distintas profesiones, lo que por sí mismo suscita una serie de problemas interesantes.⁷

Como puede suponerse, las pautas de edades varían tanto en función de las distintas profesiones como en función de los distintos países, pero esta variación puede explicarse en términos de dos tipos principales de factores, algunos de los cuales pueden ser inherentes a la profesión como tal, por ejemplo, años de estudios requeridos y dificultad de pasar los exámenes, mientras que otros pueden depender de situaciones externas a la profesión como tal, como es el caso de la composición de edades de la población total.⁸ Además, las distintas profesiones se han desarrollado en distintos momentos y, por supuesto, la práctica de la psiquiatría en España se ha desarrollado recientemente.

La profesión psiquiátrica española ha tenido una evolución rápida en término del número de miembros. En 1956, la tasa de psiquiatras por 100.000 personas era de sólo 2,8, mientras que en 1977 esta cifra era de 5,0. Este incremento indica que cada año nuevos miembros se han ido uniendo a la profesión. Su formación ha tenido lugar a partir de los 1950, fecha en la que en Europa y Estados Unidos se estaban utilizando ya otras técnicas terapéuticas distintas de las biológicas. Cabe esperar, pues, que estas nuevas generaciones utilicen también distintos tipos de terapia. Podemos suponer también que existe un vacío entre los psiquiatras que se formaron en los años de 1930 y aquellos que pertenecen a generaciones más jóvenes. En principio, los primeros son los que ahora están en puestos de poder y de influencia profesional, mientras que los segundos componen la «masa» de la población, debido al gran aumento de profesionales en fechas recientes.

Podemos inferir, a partir de lo dicho, que la composición de edades de la profesión es una variable importante para conocer algunas de las complejidades tanto teóricas como de práctica en el terreno de la psiquiatría. Desde esta perspectiva podemos formular varias hipótesis. Podemos suponer que los psiquiatras, encontrando dificultades en establecerse por

7. En enero de 1975 el porcentaje de arquitectos que tenían 50 o más años era sólo de 17,1 %. Los jueces, por el contrario, son más viejos que los médicos y que los arquitectos. En 1974, el 62,5 % de los jueces tenían 50 o más años.

8. La población española ha envejecido constantemente desde 1900 (Fundación FOESSA, 1975: 3 ss.); este proceso se ha acelerado desde los años 1950 (De Miguel, *et al.*, 1977: 160).

sí mismos como profesionales debido a la presencia de un sistema sanitario público en expansión, puede que hayan entrado en mayor proporción en instituciones públicas. Podríamos destacar, de otra parte, que la expansión reciente de la necesidad y aceptación de los servicios psiquiátricos por parte de la población han propiciado la oportunidad de una práctica privada. Finalmente, aun cuando el número de cátedras de psiquiatría fue pequeño al comienzo, las pautas de carrera académica y la edad tardía del retiro pueden haber llevado a una sobre-representación de la vieja generación en los puestos académicos de más influencia.

Como puede verse, desde un punto de vista sociológico, solamente la variable edad introduce unas delimitaciones importantes dentro de la profesión, pero podemos igualmente esperar que otras variables produzcan diferencias significativas: sexo, clase social, religiosidad y estado civil. Veamos algunos ejemplos del modo en que podemos esperar que estas variables se apliquen en la investigación sociológica. Sabemos que el sexo del terapeuta constituye un problema importante por lo que respecta a la relación entre el terapeuta y el paciente. Algunos pacientes prefieren terapeutas del mismo sexo, mientras que otros los prefieren del sexo opuesto. Por otra parte, los planificadores de la política sanitaria tienen que conocer la composición por sexos del grupo profesional, debido a la importancia de los problemas discriminatorios dentro de las distintas ocupaciones y profesiones en España.⁹

Otra variable de interés desde la perspectiva sociológica es la religiosidad, así como el hecho de que España viene siendo tradicionalmente un país confesionalmente católico. Cabe suponer que dentro del campo de la salud y enfermedad mental los presupuestos filosóficos y religiosos estén relacionados con las concepciones de la enfermedad mental. Asimismo, la orientación religiosa de los psiquiatras sería otra variable importante a tener en cuenta. Además, el personal de las instituciones psiquiátricas (para-profesionales y personal auxiliar) proviene en gran medida de las órdenes religiosas. En consecuencia, los conflictos que encontramos en cualquier sociedad entre el profesional y el personal es muy probable que se solapen en muchos casos con conflictos de actitudes religiosas y estos conflictos es muy probable que afecten a su vez las pautas terapéuticas utilizadas. Deberíamos señalar también que estos profesionales y paraprofesionales actúan sobre la base del carácter religioso de su vocación, más bien que sobre la base de un entrenamiento y títulos profesionales. Es lógico, pues, que estas personas tengan una orientación de tipo custodialista.

9. Ver De Miguel (1977: 97-135), para una formulación empírica de este problema.

Podemos considerar a continuación la relación existente entre lugar de nacimiento y lugar de la práctica profesional. Podemos suscitar en este contexto problemas de desigualdad social, debido a que las discrepancias geográficas entre el número de médicos producidos y retenidos poseen importantes consecuencias para la comunidad (Rushing, 1975: 55-70). La tendencia general es que los psiquiatras, lo mismo que los médicos, buscan aquellos sitios que les proporcionen mejores oportunidades sociales y culturales para sí mismos y para sus familias. Lo más probable es que esta pauta esté enraizada en diferencias comunitarias en educación, ingresos, clase social y urbanización. Así, por ejemplo, los psiquiatras se concentran en las capitales de provincia 7,8 veces más que otras especialidades; y mientras que las capitales de provincia tienen 10 psiquiatras por 100.000 personas, el resto de las zonas tienen sólo 1,3 por 100.000 personas.

Durante las tres últimas décadas la tasa de psiquiatras ha crecido rápidamente y, al mismo tiempo, su distribución ha permanecido inalterada. El mayor incremento de capital sanitario psiquiátrico se ha producido entre 1968 y 1977. Asimismo, ha sido durante los años setenta cuando ha habido un aumento substancial en la tasa de psiquiatras de las distintas regiones españolas. La media nacional pasó de 1,98 en 1958 a 2,87 y 5,00 en 1968 y 1977, respectivamente. A pesar de este considerable aumento, la distribución de los psiquiatras es muy parecida en estos tres años (1958, 1968 y 1977). Mientras que algunas regiones como Castilla la Nueva y Cataluña tienen una tasa de psiquiatras relativamente alta, otras como Andalucía y León tienen una tasa bastante menor. En este sentido, Madrid y Barcelona concentran las tasas más altas de personal psiquiátrico. Cuando se excluyen Madrid y Barcelona de los cálculos, Castilla la Nueva y Cataluña disminuyen su tasa de psiquiatras de 7,65 y 5,18 a 2,79 y 2,89, respectivamente. Esto implica que tanto Madrid como Barcelona (y sobre todo las ciudades) monopolizan la mayoría de los psiquiatras.

A pesar del considerable aumento del personal psiquiátrico en España, debemos tener en cuenta, sin embargo, que se trata de un aumento relativo sólo si lo comparamos con el resto del capital humano sanitario. En este sentido, cabe señalar que existen grandes diferencias regionales en la tasa de psiquiatras por 100 médicos. Así, Extremadura, Aragón y León tienen la tasa más baja, mientras que en otras regiones la distribución es más equitativa. Por otra parte, el cambio producido en las tres últimas décadas ha sido escaso, especialmente entre 1968 y 1977, lo que implica que el considerable aumento producido en números absolutos debe interpretarse con precaución, dado que por término medio el número de psiquiatras por 100 médicos es bastante bajo (2,4 y 3,2 en 1968 y 1977, respectivamente). Además, el aumento del número de pacientes mentales en España es mayor:

que el de otros tipos de pacientes, de tal forma que el personal psiquiátrico debería aumentar en una proporción parecida al aumento de las necesidades.

Señalemos finalmente que los problemas planteados a lo largo de esta sección deberían considerarse en detalle, ya que proporcionan la estructura social básica de la profesión psiquiátrica o de cualquier otra profesión.

Pautas de la carrera

El problema inicial a plantear en este apartado es el del análisis de las motivaciones que hacen que los psiquiatras elijan su especialidad. Esta elección es doble. En primer lugar, ¿por qué deciden estudiar medicina en lugar de otra carrera? En segundo lugar, ¿por qué, una vez que han estudiado medicina deciden estudiar psiquiatría en vez de cualquier otra especialidad médica? Habría que plantear de inmediato otra pregunta: ¿Son las mismas o distintas las variables que explican ambos tipos de decisión? Lo más probable es que ambas decisiones se basen en dos tipos diferentes de motivaciones, debido a que el prestigio social ligado a la medicina y la psiquiatría en cuanto ocupaciones es distinto. En la mayoría de los países la medicina puntúa muy alto, mientras que la psiquiatría puntúa bastante más bajo. Dado que el prestigio social de una ocupación se define a veces en términos del valor de esa ocupación, es muy probable que la psiquiatría puntúe bajo debido a las connotaciones negativas de tipo histórico, social y cultural que impregnan el campo de la enfermedad mental en su totalidad. Entonces, ¿por qué deciden los psiquiatras hacerse psiquiatras? La definición operativa de las motivaciones subyacentes en esta decisión exige un trabajo de campo, estudio que pensamos realizar en breve.

La formación psiquiátrica en España, en cuanto proceso de especialización, está poco estructurada y se han hecho duras críticas al proceso de especialización.¹⁰

El escenario de la psiquiatría

La asistencia psiquiátrica en España incluye un sector privado y un sector público. El sector público comprende la asistencia dispensada por las Diputaciones y los Municipios, mientras que el privado proporciona

10. Ver Pedrosa (1970 y 1975) y *Tribuna Médica* «El Foreign: Un análisis estadístico», 542 (1974).

asistencia psiquiátrica a través de la beneficencia particular, la Iglesia y las instituciones privadas. La importancia del sector privado es considerable: en 1973, el 30,6 % de las camas hospitalarias y el 30,7 % de las psiquiátricas dependían del sector privado. En este sentido cabe destacar los datos del Informe FOESSA 1970; sólo un 31 % de las amas de casa llamarían a un médico del SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad) en caso de que un miembro de su familia se pusiera grave, mientras que el 45 % llamarían a un médico privado (Fundación FOESSA, 1970: 822). Esto se corresponde con el hecho de que el 50 % de todas las amas de casa tenían opiniones bastante negativas sobre el funcionamiento del SOE. Se da, por otra parte, una cierta correlación entre estas opiniones y la conducta consiguiente, ya que el 8 % de las amas de casa tenían simultáneamente un seguro privado y el SOE.

Otra de las características de la asistencia psiquiátrica es su inmovilidad. En términos de tasa de camas por 10.000 habitantes, las cifras son como sigue: 12,0, 12,4 y 12,6 para 1966, 1972 y 1974, respectivamente. El número de hospitales psiquiátricos, de otro lado, disminuyó de 125 en 1966 a 117 en 1973. Asimismo, el porcentaje de camas psiquiátricas pasó en los mismos años del 25 % al 24 %; en consecuencia, el número medio de camas por hospital se elevó de 315 a 366.

La asistencia dispensada a los pacientes debe ser de escasa calidad si tenemos en cuenta que cada psiquiatra tiene que atender 36,9 camas, mientras que cada cirujano atiende sólo 3,6 camas. Algo parecido pasa con el personal psiquiátrico: sólo el 3,2 % de los médicos eran psiquiatras en 1977. Por otra parte, en 1973 el número de camas psiquiátricas era del 24 % del total de camas. Podría pensarse, entonces, que la asistencia psiquiátrica estaría en manos de personal parapsiquiátrico, pero el número de enfermeras psiquiátricas, de asistentes sociales y de psicólogos clínicos es muy bajo: 8,3 enfermeras por 100 camas y 1,1 asistentes sociales. Hay, sin embargo, 42,6 sacerdotes y miembros de órdenes religiosas por 1.000 camas (González Duro, 1974: 8). De entre éstos 2,2 son capellanes; 13,7 tienen títulos profesionales y el resto (26,6) no tienen ningún título profesional. Es interesante señalar también que en 1973 el 26,7 % del total de psiquiatras de las instituciones mentales trabajaban menos de 36 horas a la semana (INE, 1976: 22).

Desde una perspectiva internacional debemos tener en cuenta que España tiene una tasa de admisiones relativamente alta en cuanto a pacientes mentales se refiere si la comparamos con otros países europeos. En 1973, la tasa de admisiones por 100.000 habitantes fue de 13,0 en Portugal y 11,1 en Yugoslavia, mientras que en España fue de 15,8. Además, la tasa de psiquiatras por 100.000 habitantes fue de las más bajas, a

no ser en el caso de Portugal y Yugoslavia. Un indicador bastante bueno del rendimiento de los hospitales psiquiátricos es la duración media de la estancia. Mientras que se ha producido una reducción considerable en muchos países, en España, sin embargo, esta reducción ha sido insignificante: de 263 días en 1965 a 259 en 1973.

En conclusión, es importante destacar la importancia de estas bases estructurales sobre las que los psiquiatras tienen que desempeñar su función profesional diaria: escasez de personal y recursos y dobles estándares de calidad debidos a una dedicación profesional doble (pública y privada).

El enigma de la práctica psiquiátrica española

No conocemos ningún estudio que analice en detalle las pautas de práctica de los psiquiatras españoles, a pesar de que el tema es de primerísima importancia para la salud de los pacientes. Vamos a señalar, a continuación, algunos problemas relacionados con la actividad profesional de los psiquiatras. Estos problemas están condicionados y basados en la sección precedente, ya que el tipo de práctica realizada por el psiquiatra en cuanto profesional está mediatizado por la estructura social del sector psiquiátrico como tal. Uno de los temas más importantes dentro de este contexto es el de la relación entre los psiquiatras y las nuevas profesiones parapsiquiátricas. ¿Cuál es la estructura de poder entre todos estos profesionales? ¿Qué tipo de roles comparten? ¿Cuáles son las pautas de interacción y comunicación? ¿Son distintas estas pautas en el sector público y privado? Otros temas dignos de considerarse son: trabajo en ambientes múltiples, actividades no profesionales y no relacionadas con los pacientes, satisfacción con el trabajo, aspectos económicos de la profesión, contactos profesionales con los colegas, preferencias de sitios para realizar la actividad profesional y el trabajo en equipo.

Psiquiatras y pacientes

La práctica de la psiquiatría es el resultado de varios factores: 1) el contexto institucional y estructural en el que se desenvuelve la labor del psiquiatra; 2) su propia concepción y posición ideológica con respecto a la práctica psiquiátrica; 3) el tipo de pacientes sujetos a su tratamiento, y 4) el concepto que tanto el paciente como su familia tienen sobre el tratamiento. Resulta, sin embargo, difícil aislar estos cuatro factores condicionantes de la práctica psiquiátrica y de las relaciones entre el psiquiatra y el paciente.

El primer tema a tener en cuenta es el de hasta qué punto el tratamiento está definido y dictado por creencias de tipo cultural. Sospechamos que el custodialismo, en cuanto forma de tratar a los pacientes, parte de una creencia basada en concepciones populares de la enfermedad mental. De acuerdo con esta creencia, el «loco» tiene una enfermedad incurable y, en consecuencia, debe ser encerrado en una institución, puesto que representa, en muchos casos, una amenaza y un peligro para la sociedad. Según este punto de vista; si la enfermedad mental es incurable, no tiene sentido intentar ningún tipo de terapia con los enfermos mentales. Este punto de vista organicista ha sido compartido por muchos psiquiatras europeos. En parte, como una consecuencia de esta corriente de pensamiento, se han utilizado las drogas psicotrópicas para mantener tranquilo al paciente mental. Sin embargo, se han producido distintos cambios de procedimientos terapéuticos como resultado de distintas corrientes teóricas en el campo de la psiquiatría, y también como consecuencia de los cambios socio-culturales que se han producido en la sociedad en general.

Desde otro punto de vista, deberíamos considerar también hasta qué punto los terapeutas son agentes que intentan servir los intereses de sus clientes, los intereses de la sociedad (familia, patronos y demás), así como sus propios intereses. Dentro de esta misma perspectiva general, hay otra serie de interrogantes que, al menos en el caso español, están por resolver. Así, ¿cuál es la relación entre el psiquiatra y el paciente? ¿Cuáles son los factores socio-económicos que determinan la aceptación y tratamiento de los pacientes? ¿Cómo se refiere a los pacientes de un terapeuta a otro? ¿Tiene la familia algún papel en el proceso terapéutico? ¿Cuáles son, finalmente, las características económicas, sociales y personales de los pacientes vistos por el psiquiatra?

El psiquiatra como ciudadano/a

Además de su rol profesional, el psiquiatra es un miembro de la comunidad y, en consecuencia, participa en las controversias sociales, económicas y políticas de cada día. Por este motivo, resulta muy valioso, desde el punto de vista sociológico, conocer sus opiniones y reacciones frente a los problemas sociales que están en debate. Por otra parte, es muy probable que sus opiniones y reacciones tengan un impacto directo sobre su actividad profesional. Siguiendo esta línea de razonamiento, habría que estudiar una serie de problemas que se debaten en la actualidad en España, algunos de ellos de carácter médico, y otros de naturaleza más general. Entre los primeros tendríamos, por ejemplo, el control de natalidad, el

aborto, la eutanasia, la antipsiquiatría, el alcoholismo, las drogas. Entre los segundos estarían, entre otros, las autonomías, las relaciones Iglesia-Estado, el papel de las mujeres en la sociedad, las instituciones políticas del país, el cambio político actual, la concepción del sistema social y económico, socialismo *versus* capitalismo.

Conclusión sin conclusión

La idea principal que se puede sacar de este trabajo es que en España carecemos de los datos más importantes para el estudio de la profesión psiquiátrica desde un punto de vista sociológico. La exploración de la mayoría de los problemas aquí planteados no ha sido ni siquiera iniciada. Necesitamos estudios que vayan desde los procesos de socialización y desde las pautas de carrera hasta un análisis sociológico de la profesión en su totalidad. Este análisis debería enfrentarse con los problemas típicos de la práctica profesional dentro de su contexto social. Habría de estudiarse finalmente el lugar de la psiquiatría en la sociedad, así como los cambios socio-económicos y la reciente transformación política del país.

BENJAMÍN GONZÁLEZ

Departamento de Psicología
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Granada
Granada

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amat, E., «Sociogénesis de las enfermedades mentales», *XII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría* (Valladolid, 1973).
- Casco, J., «La asistencia psiquiátrica», pp. 169-180, en T. Álvarez *et al.*, *Cambio social y crisis sanitaria* (Madrid: Ayuso, 1975).
- Castilla del Pino, C., «La psiquiatría española 1939-1975», pp. 79-102, en C. Castilla del Pino *et al.* (comps.), *La cultura bajo el franquismo* (Barcelona: Ediciones de Bolsillo, 1977).
- Enrique Muñoz, Pedro, *Aspectos actuales de la asistencia psiquiátrica* (Madrid: Fondo para la Investigación Económica y Social de las Cajas de Ahorros, 1970).
- Esteve Fabregat, Claudio, «Cultura, sociedad y salud mental», *Revista de la Universidad de Madrid*, 37 (1961): pp. 287-332.
- Fundación FOESSA, *Informe sociológico sobre la situación social de España, 1970* (Madrid: Euramérica, 1970).
- Fundación FOESSA, *Estudios sociológicos sobre la situación social de España, 1975* (Madrid: Euramérica, 1975).
- Gol, Jordi *et al.*, *La sanitat als Països Catalans* (Barcelona: Edicions 62, 1978).
- Goldie, N., «The division of labor among the mental health professions: A negotiated or an imposed order?», pp. 141-164, en M. Stacey *et al.*

- (comps.), *Health and the Division of Labor* (Londres: Croom Helm, 1977).
- González, Benjamín, «Una evaluación crítica del sistema psiquiátrico» pp. 235-262, en Jesús M. de Miguel (comp.), *Planificación y reforma sanitaria* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978), 485 pp.
- González Duro, E., *La asistencia psiquiátrica en España* (Madrid: Castelleto, 1975).
- González Duro, E., *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975* (Madrid: Akal, 1978).
- Lera, Ángel M. de, *Mi viaje alrededor de la locura* (Barcelona: Planeta, 1972).
- López Ibor, J. J., *Los problemas de los enfermos mentales* (Madrid: Labor, 1950).
- Miguel, Amando de, «Psiquiatría y sociedad», *Papers: Revista de Sociología* 1 (1973): pp. 11-36.
- Miguel, Amando de, *La pirámide social española* (Madrid: Ariel, 1977).
- Miguel, Amando de, et al., *Recursos humanos, clases y regiones en España* (Madrid: Edicusa, 1977).
- Miguel, Jesús M. de, *La reforma sanitaria en España* (Madrid: Cambio 16, 1976).
- Miguel, Jesús M. de, *Sociología de la Medicina* (Barcelona: Vicens Vives, 1978).
- Miguel, Jesús M. de, *La sociedad enferma* (Madrid: Akal, 1979).
- Miguel, Jesús M. de, y Benjamín Oltra, «Para una sociología de la salud mental en España», *Revista Española de la Opinión Pública* 24 (1971): pp. 93-112.
- PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica), *Algunos trabajos de epidemiología psiquiátrica realizados en España* (Madrid: PANAP, 1971).
- Pedrosa, César S., «La formación de médicos especialistas», *Cuadernos para el Diálogo*, Extra 46 (mayo 1970): pp. 15-18.
- Pérez de Ayala, T., *La psiquiatría española en el siglo XIX* (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1974).
- Rushing, William A., *Community, Physicians and Inequality* (Lexington, Mass.: Lexington Books, 1975).
- Santo Domingo, J., «La higiene mental y la asistencia psiquiátrica en España: Estado actual y plan ideal», *Archivos de Neurobiología* 1 (1963) y 2 (1965).
- Sanz Giménez, J., *Datos estadísticos de los hospitales psiquiátricos* (Madrid: PANAP, 1967).

- Serigó, Adolfo, *Bases sociales de la asistencia a los enfermos mentales* (Madrid: PANAP, 1969).
- Tribuna Médica, «El Foreign: Análisis estadístico», *Tribuna Médica* 542 (febrero, 1974).
- Ullersperger, J. B., *La historia de la psicología y de la psiquiatría en España* (Madrid: Alhambra, 1954).
- Vallejo Nájera, J. A., «Abandono y desesperanza del enfermo de manicomio», discurso pronunciado en la *Real Academia Nacional de Medicina* (Madrid, 1958).
- Yuste Grijalba, F. J., *Psiquiatría y sociedad* (Barcelona: Pulso, 1971).