



FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

LA LÓGICA DE LA LOCURA

Análisis de la institución psiquiátrica en clave de educación social

TRABAJO FIN DE GRADO
EN EDUCACIÓN SOCIAL

AUTOR: MARCOS LIRIA FERNÁNDEZ

TUTORA: MARÍA CRUZ TEJEDOR MARDOMINGO

Palencia, 24 de junio de 2022



Dedicado a una pequeña gran mujer.

“Se celebraba una fiesta de los judíos, y Jesús subió a Jerusalén. Hay en Jerusalén, cerca de la Puerta de las Ovejas, una piscina llamada en hebreo Bethesda. Tiene ésta cinco pórticos, y bajo los pórticos yacía una multitud de enfermos, ciegos, cojos, tullidos y paralíticos. Todos esperaban que el agua se agitara, porque un ángel del Señor bajaba de vez en cuando y removía el agua; y el primero que se metía después de agitarse el agua quedaba sano de cualquier enfermedad que tuviese.

Había allí un hombre que hacía treinta y ocho años que estaba enfermo. Jesús lo vio tendido, y cuando se enteró del mucho tiempo que estaba allí, le dijo: «¿Quieres sanar?» El enfermo le contestó: «Señor, no tengo a nadie que me meta en la piscina cuando se agita el agua, y mientras yo trato de ir, ya se ha metido otro.» Jesús le dijo: «Levántate, toma tu camilla y anda.» Al instante el hombre quedó sano, tomó su camilla y empezó a caminar.” (Juan 5, 1-8)

Nota: Mientras finalizaba este trabajo falleció un paciente con el que tenía buena relación y que estaba felizmente institucionalizado. Siempre tuve la duda de si él comprendería este trabajo. A ti también va dedicado este trabajo, amigo.

RESUMEN

Se ha debatido mucho a lo largo de la historia sobre la institución psiquiátrica y el problema de marginación y vulneración de derechos que plantea el encerramiento en el enfermo mental. A lo largo de este tiempo, se han ido planteando alternativas que, si bien no obtenían el reconocimiento en su época, sí que sirvieron para ir tomando poco a poco una conciencia acerca del problema y plantear la base de lo que serían en el futuro las grandes reformas en el ámbito de la salud mental. Sin embargo, cuando estos planes estratégicos surgieron la profesión de la educación social no estaba aún del todo formulada.

Este hecho obliga a esta profesión a analizar y comprender toda la complejidad del problema social y estructural que acompaña a la institución psiquiátrica. Sólo realizando este estudio se podrá estar en disposición de hacer una adecuada crítica social, plantear propuestas de cambio transformadoras y preguntarse cuál debería ser el papel que debe tomar la educación social en este contexto. En el ámbito sociosanitario, nunca se debe perder de vista que la persona es el centro de la misión. Por tanto, no se trata sólo de cuidar y mantener a la persona, sino de intervenir y acompañarle en su proceso tanto a nivel educativo como social para lograr en lo posible el cambio de las circunstancias que le oprimen, devolviéndole la libertad que nunca debería de haber perdido.

Palabras clave: Salud Mental, Institución psiquiátrica, Basaglia, Atención comunitaria, Desinstitucionalización, Exclusión social, Rehabilitación psicosocial, Educación social.

ABSTRACT

There has been a lot of debate throughout history about the psychiatric institution and the problem of marginalization and violation of rights that confinement poses of the mentally ill. Throughout this time, alternatives have been proposed that, although they did not obtain recognition at the time, they did serve to gradually become aware of the problem and lay the foundation for what would be in the future the major reforms in the field of mental health. However, when these strategic plans emerged, the profession of social education was not yet fully formulated.

This fact forces this profession to analyse and understand all the complexity of the social and structural problem that accompanies the psychiatric institution. Only by carrying out this study will it be possible to be able to make an adequate social critique, propose proposals for transformative change and ask what role social education should

play in this context. In the socio-health field, we must never lose sight of the fact that the person is the centre of the mission. Therefore, it is not just a matter of caring for and maintaining the person, but of intervene and accompanying him in his process both at an educational and social level to achieve as far as possible the change of the circumstances that oppress him, giving him back the freedom that he should have never lost.

Key words: Mental health, Psychiatric institution, Basaglia, Community care, deinstitutionalization, social exclusion, Psychosocial rehabilitation, Social education.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS / HIPOTESIS	7
DESARROLLO DEL TEMA	9
1. Marco histórico	9
1.1. El origen de la institución psiquiátrica	9
1.2. Toma de conciencia, la psiquiatría puesta en cuestión.....	10
1.3. Alternativas propuestas a lo largo de la historia.....	12
2. La propuesta de Basaglia	15
2.1. Biografía e influencia.	15
2.2. Experiencias en Gorizia y Trieste	16
2.3. La desinstitucionalización. Pensamiento y práctica.....	18
2.4. Contradicciones experimentadas en el proceso.....	20
3. La reforma de la salud mental en España	21
3.1. La reforma psiquiátrica	21
3.2. El concepto de enfermedad mental y de discapacidad.....	23
3.3. La atención comunitaria	25
3.4. Una reforma inacabada.....	27
4. El papel de la educación social en este contexto	28
4.1. El perfil del Educador social.....	28
4.2. El papel del educador en la rehabilitación psicosocial	30
4.3. Una propuesta pedagógica.....	33
CONSIDERACIONES FINALES	37
BIBLIOGRAFÍA	42

INTRODUCCIÓN

El ámbito de los hospitales psiquiátricos ha generado históricamente mucho debate. Se trata de instituciones totales a las que históricamente se les ha encomendado la tarea de velar por el control y cuidado de los pacientes con trastornos asociados a la salud mental. En general, se trata de un colectivo altamente vulnerado y estigmatizado por el significado y la percepción que desde la sociedad se tiene de la enfermedad mental. La dificultad de hacer frente a las circunstancias desde las familias y el poco apoyo que la sociedad ofrece a la complejidad del problema, pone en la complicada tesitura de enviar a estas personas a instituciones donde su comportamiento pueda ser mejor aceptado y controlado.

En la actualidad, pensamos que por diversos motivos políticos y sociales parece que todo el debate que se planteó y las soluciones que se propusieron en su momento han quedado de alguna forma estancadas. Los grandes perjudicados de ello terminan siendo los usuarios de estos centros que, sin comprender del todo la razón, ven como cada día su situación de exclusión es más olvidada. Existe bastante desinformación en la ciudadanía al respecto, ya que durante mucho tiempo los gobiernos han tendido a enmascarar los números y revestir la verdadera situación del problema. Cuestionamientos humanistas sobre la psiquiatría y la institucionalización que se hicieron en décadas anteriores han quedado desplazadas de esta forma por una visión mucho más conservadora y materialista del problema.

El presente trabajo tiene por tanto como objeto realizar un análisis, reflexión e investigación sobre el problema social y político que se encuentra detrás de las instituciones psiquiátricas, las dificultades que plantea su solución y cuál podrían ser los aportes de la educación social para propiciar un cambio en la situación de estas personas tan vulneradas. De este modo, se busca un doble objetivo: por un lado, generar un marco teórico que sirva para recuperar el debate social que plantea la marginación y exclusión de este grupo tan vulnerado; por otro lado, preguntarnos en que medida la educación social como profesión y práctica tiene algo que aportar en la transformación de todo el contexto social que afecta a la institución psiquiátrica.

Para ello, en primer lugar, analizaremos el origen de las instituciones psiquiátricas, el debate que se generó desde sus inicios, las alternativas que se fueron planteando con el tiempo y que sin embargo no llegaron a mover la conciencia ciudadana hasta mediado el siglo XX. Después nos centraremos en la experiencia desinstitucionalizadora que se llevó a cabo en Italia en un hospital psiquiátrico liderada por su propio director y

un pequeño equipo de colaboradores. Este hecho fue tan innovador que acaparó las miradas de la psiquiatría mundial y fue fuente de inspiración para reformas futuras.

Después de analizar este caso paradigmático, nos adentraremos en el problema de la salud mental en España: el contexto en el que se formuló la reforma, cuestiones éticas sobre la enfermedad mental y la discapacidad, y el objetivo compartido de lograr una atención más comunitaria. Tras este recorrido, presentaremos el perfil del educador social, veremos cómo su práctica encaja en la demanda de servicios y atención comunitaria que implica la reforma, y se planteará finalmente una propuesta pedagógica de intervención dentro del hospital psiquiátrico. Para concluir el trabajo haremos una reflexión personal acerca de los problemas planteados, proponiendo líneas transformadoras que puedan ser investigadas por otros con más profundidad.

JUSTIFICACIÓN

La problemática del enfermo mental en el psiquiátrico me causó conmoción desde el mismo instante en que la conocí. Desde ese momento, nunca dejé de preguntarme si aquella forma de proceder era intrínseca al problema y por tanto de alguna forma inevitable o si por el contrario se podían encontrar otros modos de actuar. En cierto modo se me planteaba en mi interior el símil de las residencias de ancianos donde la persona mayor es dejada al cuidado de otras personas ante la imposibilidad de la familia de encontrar una opción mejor. De ahí vino mi vocación hospitalaria y mi resolución de ayudar en aquello que me fuera posible. Hay por tanto en este trabajo un componente inequívocamente emocional.

El tema además me resulta interesante dado que, en los últimos años, he compatibilizado mis estudios realizando prácticas, conviviendo y relacionándome con pacientes internos en un hospital psiquiátrico. Ha sido gracias a las conversaciones con estos pacientes, escuchando sus opiniones, intentando entender sus estados de ánimo cambiantes, sus preocupaciones y alegrías, sumado a la observación y comprensión del quehacer de sus profesionales y la interiorización de los beneficios y de los límites del modo de trabajo de la institución, como he ido descubriendo las posibilidades e inconvenientes que este sistema plantea desde un enfoque educativo que busca ante todo el desarrollo de la persona.

Después de realizar y promover varias experiencias de trabajo con el paciente relacionadas con la educación social, percibí que el rol educativo no encajaba del todo con las líneas que se plantean desde el hospital psiquiátrico a no ser que vaya orientado a educar a la persona en la dirección de adecuación a la norma, sin llegar a cuestionarla.

Ante este descubrimiento surgió en mí un interrogante que ya no podía quitarme de la cabeza, ¿se estaba apostando verdaderamente en estos centros por la rehabilitación de la persona o hay una cierta sensación de que el enfermo es incurable?

Para la elaboración del trabajo por se ha recurrido a diversa documentación escrita sobre el tema. Parte de las fuentes primarias pertenecen a la época en la que la psiquiatría entró en un mayor cuestionamiento, otras son más actuales y hacen retrospectiva sobre las alternativas y planes de reforma que se han ido llevando a cabo desde entonces. Otras fuentes secundarias, como artículos y libro,s han sido utilizadas para profundizar más en el concepto de atención comunitaria, el modelo de intervención social y la función del educador social. Mi propia experiencia práctica me ha permitido contrastar todas estas fuentes y comprender mejor el alcance y limitaciones de estas.

De esta forma, la fundamentación de este trabajo parte de tres pilares importantes: mi formación como educador social, mi vocación hospitalaria junto con mi práctica diaria en un hospital psiquiátrico; y el interrogante que me cuestiona y me invita a indagar en las fuentes sobre el origen del problema de la institución psiquiátrica, sus posibles alternativas y el estado actual de la cuestión. Estoy convencido que la educación social puede aportar nuevas ideas. Quizá sea necesario distanciarse un poco del quehacer diario del hospital para ver el problema con una mejor perspectiva, que permita analizar mejor cual es el verdadero papel de ayuda al que estamos llamados a realizar.

OBJETIVOS / HIPOTESIS

El objetivo principal por tanto del siguiente trabajo será determinar cuál debe ser el posicionamiento de la educación social, tanto en el plano teórico como práctico, en el contexto actual de gran vulnerabilidad en el que se encuentran los enfermos mentales internos en instituciones psiquiátricas. Para alcanzar este objetivo se realizará como hemos dicho un análisis, reflexión e investigación sobre el origen y la función de la institución psiquiátrica para después comprender mejor cual es el rol al que está llamado el profesional de la educación social y que propuestas y consideraciones puede aportar al respecto.

A pesar de no ser un trabajo propiamente de investigación, el estudio sí que nace de plantear una hipótesis de partida: la institución psiquiátrica por su propia constitución, rutina y formas de trabajo no podrá ser nunca rehabilitadora a menos que apueste claramente por el desarrollo de la persona. Este cambio de paradigma debe surgir desde los propios protagonistas internos y externos a la institución: profesionales, directivos, gobernantes, pacientes, familiares, asociaciones y ciudadanos. La figura del educador

social puede ser clave en este proceso, tanto en el análisis del contexto social, como en la práctica educativa y social que promueve el cambio.

Al plantear una hipótesis de partida el trabajo podría haber sido enfocado de una forma diferente. En vez de realizar un análisis del problema a partir de las lecturas sobre el tema, se podía haber diseñado una investigación participativa reuniendo a los diferentes colectivos que incluye la institución y recabar su propia opinión sobre el tema. Esta línea, a pesar de ser muy interesante, se ha descartado porque plantea un problema. Es necesario contar con el apoyo incondicional de la institución para que la información recabada tenga de verdad un aporte científico. A lo largo del trabajo veremos con más detalle la dificultad intrínseca que tiene realizar este tipo de investigación en este ámbito.

DESARROLLO DEL TEMA

1. Marco histórico

1.1. El origen de la institución psiquiátrica

Las grandes instituciones psiquiátricas surgieron a partir de la segunda mitad del siglo XVIII. Con el pensamiento clásico llegó la separación de las pasiones y las emociones de la razón. El pensamiento de Montaigne y Descartes defendía que si un hombre no era capaz de dudar y de pensar sobre su propia existencia entonces quedaba de alguna forma exiliado del derecho a encontrar la verdad y por tanto imposibilitado para usar la palabra en el espacio público. De esta forma, las personas que se dejaban llevar por las pasiones eran consideradas como animales peligrosos. Esto justificaba que fuesen internados y atendidos, quedando así sin libertad y autonomía. Se mezclaba por un lado una necesidad de reprimir su comportamiento inadecuado, y por otro lado una motivación caritativa de querer ayudarles (Foucault, 2015; Peredo, 2018).

Por otro lado, el pensamiento clásico vino acompañado de una nueva forma de entender la economía y el modelo de trabajo. Un capitalismo de producción donde la lógica era trabajar mucho y consumir poco. A ojos de Weber es difícil comprender como el hombre llegó a aceptar un modo de existir que rompía radicalmente con la cadena natural de la motivación humana. Personas que hasta entonces habían estado más preocupadas por la salvación de su alma, comienzan ahora a poner más el énfasis en el trabajo terrenal. A su vez, personas preocupadas más por intereses terrenales renuncian a disfrutar del bienestar producido en búsqueda de un mayor interés. Para Marx fue el poder el que determinó esta alienación absurda, para Weber fue el sentido del deber de estas personas religiosas las que les hizo aceptar unas premisas que derivaron en “una secularizada jaula de hierro”. Es posible que ambas ideas se complementen (Alastuey, 2001).

El resultado fue una alienación de la persona con el sentido de su existir y la aparición de nuevos conflictos sociales y emocionales. Múltiples personas, debido a las condiciones de trabajo se vieron abocadas a vivir en los márgenes de las ciudades viviendo de la incertidumbre. (Castel, 2014). Es en esa época cuando surge la necesidad de crear espacios de internamiento como hospitales, casas correccionales o casas de trabajo forzado, para dar cobijo a los pobres, en cualquier estado que se encontrasen, ya sean válidos o inválidos, enfermos o convalecientes, curables o incurables. No se hacía por tanto distinción entre locura, crimen y pobreza, lo que se condenaba era la ociosidad. Se buscaba a través de este planteamiento moral resolver el problema civil y

social de la miseria en las ciudades. Con el tiempo, esta disposición sería aprovechada para disponer de una gran mano de obra barata (Foucault, 2015).

Con la declaración de los derechos del hombre y la constitución francesa se debería haber puesto fin de algún modo al encierro. Sin embargo, surge entonces la idea de que la institución psiquiátrica en realidad es un modo terapéutico donde aislar a los enfermos del mundo perturbador y poder así distraer su locura (Desviat, 2020). Por otro lado, estaba en la mesa el debate sobre el gran coste económico que recaería en el Estado si se hacía cargo de la asistencia hasta ahora en manos de la Iglesia. Las decisiones que cada país tomó en estas cuestiones determinarían de alguna manera el devenir de su propio modelo asistencial. El criterio que se buscaba en estos manicomios solía ser el del “tratamiento moral” y el *non-restraint*, es decir tratar de entrar en razón al paciente en un entorno agradable sin poner demasiadas restricciones. La realidad en cambio dejaba mucho que desear (Fernández y Ortega, 2017).

Hasta bien entrado el s. XX, prácticamente todas las instituciones psiquiátricas a nivel mundial prácticamente llevaban a cabo las mismas prácticas con los pacientes. Sin embargo, la esperanza en la curación del enfermo era muy remota. El sistema social de la época producía una masificación de los asilos, a la vez que se iba abriendo paso una visión organicista de la enfermedad, donde el trastorno se comprendía más como una lesión orgánica biológica que se podía identificar a partir de la observación de los síntomas. Desde ese momento el manicomio tendrá una serie de funciones bien claras: la primera médica - terapéutica pero muy cuestionada; la segunda, una función social, como refugio de pobres y necesitados de tutela; la tercera, la protección de la sociedad frente a los que están sin razón (Desviat, 2020).

1.2. Toma de conciencia, la psiquiatría puesta en cuestión

Aunque las instituciones psiquiátricas fueron puestas en cuestión desde el primer momento en que se crearon, durante siglos no hubo grandes propuestas que presentaran una alternativa al internamiento y al tipo de tratamiento que se daba en ellos. Las primeras experiencias destacables que se propusieron fueron como hemos dicho a comienzos del s. XIX, con Pinel, Esquirol y Conelly, donde se planteó el denominado “tratamiento moral” y el de *non-restraint*, que consideraban, como premisa primordial, que los locos poseían aún vestigios de razón a los que se debía apelar para ‘curar su enfermedad’ (Basaglia, 1972; Foucault, 2015).

Sin embargo, no sería hasta el comienzo de la II guerra mundial cuando el problema comienza a causar de verdad gran conmoción en la población. El aumento de los

trastornos motivados por la guerra y la necesidad de dar una pronta respuesta hace que se busque una mayor eficacia de la rehabilitación de la persona. En realidad, el problema de la locura siempre ha estado relacionado con la productividad y la eficacia. Durante mucho tiempo el psiquiátrico no preocupó a los gobernantes debido a que la labor era resuelta gracias a la facilidad de encontrar una masa de fuerza-trabajo barata que se ocupase de ellos, a pesar de que no garantizara el resultado de rehabilitación deseado. A medida que los costos del hospital psiquiátrico empezaron a ser notorios entonces es cuando el sistema capitalista se replantea su existencia en términos de eficacia (Basaglia, 2020).

Con este objetivo comienzan a realizarse investigaciones sociales sobre el asunto, no se trataba ya de buscar recursos y técnicas adecuadas, sino más bien de redefinir la propia estructura del psiquiátrico y encontrar nuevas relaciones humanas que fuesen más funcionales (Basaglia, 2020). Estas investigaciones vendrán propiciadas en los años 50 por el crecimiento económico, la llegada del estado del bienestar y la aparición de la psicofarmacología, que surge a partir del descubrimiento de los efectos de “alerta mental” del LSD y la clorpromazina (Martínez, 2002). El descubrimiento de los fármacos abre una nueva forma de atención al paciente donde ya no es tan necesaria la contención sino buscar el equilibrio de fármacos que mantenga al paciente controlado sin que los efectos secundarios le lleguen a afectar demasiado.

Para lograr estos objetivos, eran los propios psiquiatras quienes experimentaban con fármacos para intentar comprender mejor los síntomas de la locura, e incluso se realizaban experimentos sociológicos como los descritos por Caudill (1966) y Goffman, en los que una persona externa se internaba de forma anónima dentro de la institución para observar al enfermo desde dentro. Goffman (1994) sería el primero en poner el dedo en la llaga, al gozar de la oportunidad de plasmar todas sus observaciones sin ningún tipo de censura en su libro “Internados”.

Goffman nombra en el libro, las características singulares que hacen de un psiquiátrico una institución total donde las personas están aisladas de la sociedad, obligadas a vivir juntas en un mismo lugar y siguiendo siempre unas rutinas marcadas por una autoridad. Además, describe con acierto como el camino al internamiento le lleva a la persona a recorrer una carrera moral que estigmatiza, despersonaliza y objetiviza al individuo. Una institución que en principio había sido pensada para sanar y rehabilitar al paciente, en realidad lo que conseguía era ampliar el problema y terminar por cronificarlo. En esta carrera moral el propio paciente va interiorizando el concepto de enfermo incurable con el que se le etiqueta y termina comportándose como tal.

Como consecuencia de estos estudios surge entre los años 60 y 70 la antipsiquiatría. En una época de grandes movimientos transversales, en reivindicación de derechos de grupos minoritarios y vulnerados, numerosos profesionales de la psiquiatría mundial, entre los que destacan David Cooper, Ronald Laing y Thomas Szasz, empiezan a cuestionar el concepto de enfermedad mental y los conocimientos y recursos que tiene la psiquiatría para poder sanarla. Al mismo tiempo, iba surgiendo una psiquiatría más humanitaria influida por la fenomenología y la percepción de las cosas, que ponía más el énfasis en los factores sociales como determinantes de la enfermedad, marcando así una clara relación entre precariedad y trastorno psiquiátrico. (Basaglia, 1972).

Todas este fenómeno crítico y sus demandas fueron en parte recogidas por asociaciones profesionales, organizaciones internacionales y organismos de la salud. En 1983, el Informe DAES de Naciones Unidas recogió el derecho y libertad de las personas con enfermedad mental, llegando incluso a poner en cuestión el significado del concepto en sí, denunciando por un lado la precariedad y escasez de recursos empleados y por otro la ausencia de cuidados comunitarios. A partir de aquí comienza todo un movimiento por la defensa en la dignificación de estas personas y la necesidad de su integración en la vida comunitaria que sin embargo no siempre ha terminado obteniendo la respuesta adecuada (Martínez, 2002).

1.3. Alternativas propuestas a lo largo de la historia

Hasta la llegada de reformas en salud mental de gran calado se plantearon diferentes alternativas que si bien fueron experimentales y de alguna forma encontraron la oposición y el rechazo de la sociedad de su época, con el tiempo se demostró que estaban abriendo nuevas direcciones en la dignificación en el trato del enfermo mental:

- El tratamiento moral

Con Pinel y Esquirol nace a finales del siglo XVIII una psiquiatría que pretende por primera vez tratar al alienado como un ser humano, devolviéndosele de alguna forma su posibilidad de existir, aunque sea todavía como incapaz y loco (Foucault, 2015). Por primera vez los médicos se interesan por conocer al loco conviviendo con él e intentar crearse una idea de cuál sería el mejor modo de intervenir. Dicha teoría proponía que las pasiones eran el origen de la locura, por tanto, para hacer entrar en razón al loco era necesario apelar al interior de la persona. Esquirol dio un paso más allá, planteó que los buenos tratos y el tratamiento moral eran insuficiente y se hacía necesario que el enfermo experimentara una sacudida moral para resquebrajar su pensamiento mórbido (Vázquez y Camacho, 2010).

Otra experiencia interesante es la de la comunidad de Gheel, donde se trató de dar al paciente una libertad completa superando incluso la práctica del non-restraint promovida por Conolly, procurando al paciente buen alimento, alojamiento propio aireado y prohibiendo en todo lo posible el maltrato. Partían de la premisa de que "Para moralizar es necesario colocar a las gentes en una posición material que les permita escuchar la voz de su conciencia". De lo que se trataba por tanto en esta experiencia era evitar en lo posible la exclusión del paciente, y privilegiar su reinserción (Huertas, 1988)

- La psicoterapia institucional

Si bien Freud hizo grandes aportes teóricos a la psiquiatría mediante el psicoanálisis, estuvo siempre muy alejado del mundo del manicomio. Sería más adelante en plena invasión Nazi de Francia donde un español exiliado, Francesc Tosquelles, pondría en práctica sus conocimientos en el Hospital de Saint-Alban. Para Francesc, la política y la psiquiatría tenían una misma meta, lograr una verdadera libertad de la persona consiguiendo desocupar la mente. Basaría su metodología en las tesis de Simon, que defendía que el trabajo daba lucidez al enfermo, y en las de Lacan, que veía la enfermedad desde un punto de vista más social y menos organicista que el de Freud. Así la propuesta de Tosquelles era ofrecer a los pacientes un gran abanico de actividades que favoreciese su proceso terapéutico (Robcis, 2016).

Los profesionales debían dejar a un lado el trato duro con el paciente y dar en lo posible libertad de acción, no se trataba del simple "laissez-faire" sino de que fuesen lo más independientes posibles. A decir verdad, esta idea ya tenía su origen en las experiencias de Pinel y el "tratamiento moral", sin embargo, según Simón el ofrecer trabajo no era una mera distracción para el paciente sino una forma de responsabilizarles y confiar en ellos. Para Tosquelles, no se trataba de trabajar para aliviar síntomas sino una forma conjunta entre trabajadores y pacientes de curar la propia institución. La locura no era solo un problema personal sino al mismo tiempo un tema social y su solución por tanto requería repensar también la misma institución (Robcis, 2016).

- La comunidad terapéutica

Su origen proviene de las experiencias que se desarrollaron en Inglaterra también en plena II Guerra mundial. Maxwell Jones descubre en el hospital Mill Hill, en los suburbios del Londres, que los problemas colectivos exigen respuestas colectivas. Se debe favorecer la cooperación y la ayuda mutua dando la palabra a los enfermos, ya que de esta forma las personas obtienen un gran apoyo entre sí. Según palabras de Jones "La

solución que ofrece la Comunidad Terapéutica es la libre discusión de la totalidad de las circunstancias por todos los comprometidos en ella, sin distinción alguna de títulos académicos, administrativos o jerárquicos” (González, 2010, p. 322). En paralelo a esta experiencia, en el Hospital Militar de Northfield se buscaba la pronta recuperación de los soldados afectados de “neurosis de guerra”. El tratamiento trataba de incrementar la moral y la disciplina recalcando la importancia del deber individual hacia la comunidad y el fomento de la participación en reuniones de grupo (Azumendi, 2007).

Con el tiempo, este tipo de experiencias han tenido más aplicación en el contexto de las adicciones. Según Durand-Dassier (1974), el verdadero problema del adicto no es la desintoxicación sino la resocialización y desde ese enfoque es como esta terapia disciplinaria parece funcionar. En estos centros todos conocen su problema y luchan de forma cohesionada por el mismo objetivo, por lo que la relación de ayuda entre ellos resulta beneficiosa en el programa. Su capacidad no está mermada por fármacos y son ellos los que mejor conocen su problema y su sufrimiento. Se crea una vida comunitaria sin roles, ni jerarquías que facilita su autogestión. La entrada es voluntaria y esto les responsabiliza a que las cosas se hagan bien ante la presión del grupo. En estas comunidades las rutinas están muy marcadas, se carece de vida privada y no hay momentos para estar solos. El proceso suele tener una duración de dos años.

- La antipsiquiatría

Este movimiento parte de la crítica al sistema asilar, buscando su ruptura hacia ámbitos de libertad, sin violencia y represión. Tiene gran influencia en la fenomenología existencial de Sartre según el cual “la enfermedad mental es la salida que el organismo libre, en su unidad total, inventa para poder vivir una situación no vivible” (Desviat, 2006, p.10). La antipsiquiatría también se basaba en las teorías de Winnicott sobre el apego materno y su importancia en la integración y la gestación del mundo interno original y personal del niño. El enfermo mental es un ser inseguro, que no logra superar la dialéctica entre el acto libre, y el compromiso. Se encuentra dividido sin cesar contra sí mismo, roto, condenado (Desviat, 2006; Huertas, 2021).

Pero la antipsiquiatría no se quedó en un pensamiento, sino que tuvo también su praxis. David Cooper, inspirado en el modelo de comunidad terapéutica, realizó su primer experimento en un pabellón del hospital psiquiátrico de Londres, denominado Villa 21. Separó algunos pacientes jóvenes de aquellos que llevaban un considerable tiempo encerrados y les trató según una terapia basada en la familia, favoreciendo una dinámica grupal que les diera mayor libertad y flexibilidad. Posteriormente Cooper y Laing, realizaron otros experimentos comunitarios como el de Kingsley Hall en los que

se permitía a los enfermos realizar su propio viaje interior de liberación y autodescubrimiento junto con otras personas siendo el terapeuta un mero acompañante. Sin embargo, estas experiencias no lograron romper la dinámica institucional, y la idea del loco como un ser doblemente alienado (Desviat, 2006; Huertas, 2021).

2. La propuesta de Basaglia

En la década de los 70 surge en Italia una experiencia que pronto centra el foco de todas las miradas de la psiquiatría. El responsable de ello es Franco Basaglia, director de un psiquiátrico público, y el pequeño equipo fiel que le sigue. A continuación, siguiendo a Foot (2014) nos acercaremos a esta figura: su vida, su personalidad, su trabajo y las fuentes que influyeron en él. Conoceremos también gracias a los escritos que nos dejó, “¿Qué es la psiquiatría?” de 1967 y sobre todo “La institución negada” de 1968, su pensamiento acerca de la experiencia en el hospital de Gorizia y su modo de proceder ante los conflictos que se le iban presentando. Además, quedaron recogidas las conferencias que realizó en Brasil en 1979, donde se percibe una reflexión más madura acerca del problema tras conseguir llevar a cabo con éxito la desinstitutionalización del hospital de Trieste.

2.1. Biografía e influencia.

Franco Basaglia, nació en Venecia en 1924 en una familia acomodada. En 1943 comenzó sus estudios de medicina en la prestigiosa universidad de Padua. Aunque más tarde confesó que escogió esos estudios sin mucha convicción, fue un gran estudiante. Su etapa universitaria coincidió con el conflicto de la segunda guerra mundial, donde se significaría tomando un papel participativo como antifascista y miembro de la resistencia. A causa de ello fue denunciado, arrestado y encarcelado durante 6 meses en prisión. Después de la guerra se significó brevemente con el partido socialista pero ya no se unió nunca más a un partido político.

A pesar de estos años de años de guerra y su tiempo en prisión, consiguió terminar los estudios a los 25 años y dedicó los siguientes 10 años a estudiar filosofía y psiquiatría. Compaginó sus estudios con el trabajo en una clínica psiquiátrica, sin embargo, parecía más interesado en el plano ideológico que en las prácticas de cuidado de salud mental. Terminó especializándose en enfermedades nerviosas y mentales. Parecía que su futuro estaba destinado a llevar una brillante carrera universitaria, sin embargo, posiblemente por su forma original de ser, se le aconsejó que hiciera carrera fuera de la universidad.

En ese momento, le surgió la posibilidad de trabajar como director de un asilo en Gorizia de 500 internos, muy similar a otros existentes en otras partes de Europa. Trabajar en un asilo en aquella época era visto por los psiquiatras como una vía muerta. Sin embargo, Basaglia aceptó el trabajo. En realidad, Basaglia no era un solitario, contaba con amigos e influencias. Las bases filosóficas y políticas que obtuvo en Padua le sirvieron para autoafirmarse y darle un enfoque propio a la administración del asilo. Fue director del asilo de Gorizia entre 1961 y 1968. Los dos siguientes años compaginó su labor con un asilo en Parma y después desde 1971 a 1979 se hizo cargo, de nuevo como director, del asilo de Trieste con 1200 internos.

Allí realizó la gran hazaña de lograr el cierre de la institución psiquiátrica reinsertando a todos los pacientes dentro de la comunidad. Ese año le llamaron para hacerse cargo de los servicios de salud mental de la provincia de Lazio con sede en Roma. Lamentablemente, enfermó a causa de un tumor cerebral y murió en 1980 a la edad de 56 años. Previamente a su muerte en 1978, gracias al esfuerzo de su equipo, se consiguió aprobar en el parlamento Italiano la Ley 180, también llamada la ley Basaglia. Esta ley constituiría la base de la reforma italiana en los cuidados en la salud mental y llevaba consigo la determinación del cierre progresivo de todos los hospitales psiquiátricos favoreciendo la integración de los enfermos en la comunidad. Su mujer y sus compañeros velaron en las décadas siguientes para que este proceso se hiciera realidad a pesar de las dificultades.

Basaglia era una persona muy carismática, alto, de buena apariencia. Ponía mucho empeño en su trabajo, y aunque le gustaba hablar y discutir los temas era difícil que no se saliese con la suya. A pesar de ser en ocasiones autoritario, sabía de la importancia de trabajar colectivamente formando un equipo. De este modo ejercía un liderazgo muy grande en el equipo defendiendo una causa en la que tenía firmes convicciones. Si bien era ambicioso en el trabajo y le gustaban los halagos, su interés no estaba puesto en el dinero. Fue una figura que creaba simpatías en aquella época del 68, pero también recelos en aquellos que se oponían a sus planteamientos, tachándole de irresponsable. Empatizaba bien con los pacientes, aunque también en esto hubo excepciones.

2.2. Experiencias en Gorizia y Trieste

Al aceptar el puesto de director de Gorizia su familia tenía que trasladarse y él enfrentarse a una realidad que le traía malos recuerdos de su estancia en prisión. Su gran motivación era por tanto trabajar por cambiar completamente la cruda realidad que se encontró en el asilo. No tenía ningún plan, sino la idea clara de que aquello debía de

cambiar. Como hemos dicho el puesto de director de un psiquiátrico en aquella época era considerado profesionalmente como un punto muerto. Así que de alguna forma hizo de esto una ventaja, nadie esperaba nada de él, no tenía que rendir cuentas y el resto de la ciudadanía tardaría años en darse cuenta de lo que estaba sucediendo (Foot, 2014).

El hecho de que Basaglia experimentara la cárcel en su juventud es un dato muy relevante para entender toda su iniciativa. Existen distintos estilos de experiencia y de conocimiento acerca de la vida, se pueden entender las cosas bien desde dentro, bien desde fuera (Lipman, 2015). Basaglia, al igual que otras personas como San Juan de Dios o Viktor Frankl, experimentaron en sus vidas un trato similar al del internamiento psiquiátrico. Esta forma distinta de experimentar los lleva a entender la medicina y el cuidado de una forma diferente a como lo veían los profesionales de su tiempo (Frankl, 2015; Sánchez, 1996). Aquellos que no han tenido esta experiencia, en cambio tratan de entender la vida desde fuera, de ahí parte la crítica de Basaglia hacia una medicina que trata de alcanzar los conocimientos estudiando al hombre muerto o los síntomas del hombre enfermo (Basaglia, 2020).

Desde el principio Basaglia se dio cuenta que la situación del psiquiátrico era del todo inmoral. El espacio de Gorizia a pesar de ser un entorno de jardines y animado por los cantos de los pájaros, escondía tras los muros y los edificios la vida triste y gris de estos enfermos sin libertad (Basaglia, 2020). Cuando él se hizo cargo del hospital, ya circulaban los escritos de Foucault y Goffman, este último de hecho fue traducido al italiano en 1969 por su mujer (Foot, 2014). Estas influencias y su propia experiencia le llevaron a la radical determinación de cambiar las condiciones de los pacientes, quitándoles las sujeciones y abriendo poco a poco los pabellones. Para ello fue creando un equipo afín a sus ideas en el que a su lado siempre estaba su mujer. Se buscaba siempre que las decisiones fuesen consensuadas en equipo, discutiéndolas y hablándolas, pero su liderazgo era tal que o bien lograba convencer o al final acababa por imponer su criterio ante las resistencias (Basaglia, 2020).

Si bien Basaglia buscaba el cambio ante todo en la práctica, sus ideas tenían una fuerte inspiración filosófica y política. Sus primeras influencias llegaron de la fenomenología existencialista de Husserl y Sastre, después se adentró en la fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty, con la visión del otro como semejante, más tarde vendrían los escritos de Foucault y Goffman sobre la locura y la institución, que depararían en el posterior movimiento de la antipsiquiatría, donde sería Laing la figura más destacada para él. En su práctica, tuvo gran repercusión la

experiencia de Maxwell Jones en las comunidades terapéuticas (Codato, 2014). Todo este pensamiento desembocó en una crítica a la institución psiquiátrica como mecanismo donde se esconde una opresión hacia la persona en términos únicamente productivos, que termina por objetivarla.

2.3. La desinstitucionalización. Pensamiento y práctica

Basaglia (1972) se da cuenta desde el principio que el psiquiátrico se convierte en el último refugio cuando a la persona le falla la situación económica familiar y la cohesión de grupo, esto convierte a las clases bajas en un grupo especialmente vulnerable, aunque excepcionalmente también pueden darse casos en familias convencionales con cierto estatus socioeconómico. Si bien reconocía que detrás de una enfermedad mental hay una serie causas multifactoriales, en el fondo lo que se daba era todo un problema social y era ahí donde de verdad había que intervenir. Rechazaba la práctica de una medicina psiquiátrica que solo buscaba el paliativo de una sintomatología. Por eso su pensamiento supera la esfera psiquiátrica y entra en lo social, critica la neutralidad científica y tiende a la transformación mediante la acción social.

El hospital de Gorizia fue progresivamente abriéndose, se dejaron de aplicar medios de contención y se fue abriendo un pabellón tras otro, siempre con la aprobación del equipo. Costaba sacarles de su apatía, pero poco a poco se iban recuperando espacios, se aceptaban visitas a los enfermos, se compartía cafetería, había labores llevadas solo por los pacientes y otras que hacían en colaboraban con el equipo de profesionales. Influida por la comunidad terapéutica de Maxwell Jones, se marcó como objetivo que la vida cotidiana del internado no debía estar regulada por una inteligencia médica sino por las propias decisiones que tomaran los pacientes. Para ello era necesario, por un lado, que dispusieran de múltiples alternativas para poder elegir durante el día y por otro apostar por dar la voz a los pacientes a través de asambleas diarias en las que el propio paciente decidiría libremente si tomar parte o no.

Estas asambleas no eran consideradas en sí como una psicoterapia de grupo, sino como una dinámica donde se le daba la alternativa al paciente de participar, ser protagonista, tomar la voz y contrastarla con las opiniones del resto de sus compañeros. En estas reuniones podía participar el equipo médico, pero al igual que los pacientes su participación era voluntaria. En parte era una actividad organizada y en parte era espontánea. Al equiparar pacientes y profesionales tampoco se trataba de crear “una realidad artificial” pues sabía que los internos siempre tendrían un rol social muy diferente al ser tratados como enfermos. Lo que realmente se buscaba era poner entre

paréntesis la enfermedad, quitarle la etiqueta de enfermo y considerarle sencillamente como lo que es, una “persona”.

A pesar de las reticencias del equipo, según se iban abriendo los pabellones, se iban dando cuenta que la mayor parte de los temores eran infundados. El paciente no se comportaba de modo peligroso y las tareas y los roles de los profesionales iban teniendo que cambiar poco a poco. De una actividad puramente asistencial, pasaban primero a un papel más de vigilante y controlador, para después demandárseles una mayor iniciativa en el trato con el paciente, charlar con ellos, observarlos, recoger sus necesidades y resolver en parte su problema. Sin embargo, los propios profesionales reconocían no se encontraban capacitados del todo para adaptarse a este cambio de rol.

Del mismo modo se iba buscando la rehabilitación del paciente, empezando por aquellos considerados como menos peligrosos y más cercanos a la curación para pasar poco a poco a los casos más difíciles. Inicialmente los resultados fueron muy motivantes y esperanzadores, pero, al igual que con los pabellones, con el tiempo se encontraron con la dificultad y la frustración al constatar los enfermos de larga estancia requerían un mayor esfuerzo. El problema no era tanto su enfermedad sino el modo de integración de la persona en una sociedad capitalista que le había rechazado y marginado por improductivo. Se replanteaba entonces el problema del trabajo. Si hasta entonces los psiquiátricos habían trabajado siempre la ergoterapia como algo meramente terapéutico, en Gorizia desde el principio se le había considerado también positivo por ser un espacio que propiciaba relaciones. Sin embargo, se dieron cuenta que tenía una relevancia mayor si se enfocaba el trabajo hacia la cualificación de la persona de cara a una futura integración en el mundo laboral.

Otro objetivo primordial del equipo era cambiar la relación del equipo médico con el paciente, una relación siempre vista como un desequilibrio de poder y dominación de aquel que posee los conocimientos sobre aquel que no puede adoptar más posición que la de sumisión. En estas relaciones se suelen encubrir defectos y abusos que no concuerdan con lo debería ser una adecuada ética profesional. Los enfermos terminan viendo al profesional como el superior que decide lo que se debe hacer y lo que no, y al que no les queda otra opción que plegarse. Al evitar el rol técnico se pretendía acercarse más a la persona y generar así una nueva situación. Tratar de no objetivarlo, dejar de tratarlo como una cosa y más como una persona. El paternalismo al fin y al cabo solo llevaba a la regresión del paciente. Era necesario negar tanto el papel autoritario del profesional como el papel del buen enfermo, servicial y dócil.

2.4. Contradicciones experimentadas en el proceso

A pesar de todos estos esfuerzos los pacientes seguían considerando que siempre había dos bandos. Este es el riesgo de querer perfeccionar internamente una institución psiquiátrica y tender a considerarla como una comunidad terapéutica. El paciente nunca deja de sentir su inferioridad al saber que el profesional, al acabar su jornada, sale al exterior y él se queda. Para que los profesionales llegasen a comprender correctamente esta situación sería necesaria todo un trabajo de socioterapia. Es a partir de aquí que Basaglia considera que hay tal número de contradicciones en la institución que la única solución adecuada es terminar negándola de forma global (Basaglia, 1972).

A medida que en Gorizia el equipo de Basaglia iba liberando pabellones y realizando cambios buscando la apertura de la institución, empezaron a aparecer toda una serie de contradicciones internas y externas. Basaglia (1972) en su libro enumera una por una estas y nos comienza a dar una idea del problema social latente que hay detrás de todo ello:

- El poder de la autoridad. Para poder lograr el objetivo de cambiar la institución y los mecanismos de poder y violencia que el profesional ejercía sin darse cuenta sobre el paciente, era necesario que el propio equipo directivo ejerciera su propia autoridad. Basaglia siempre comentaba que no se trataba de vencer sino de convencer, pero en Gorizia en determinados momentos se ve que, ante la oposición de un sector de trabajadores por no querer avanzar hacia el cambio, no tiene más remedio que asumir sus propias responsabilidades como director. Una revolución, al fin y al cabo, dice parafraseando a Engels, es ciertamente la cosa más autoritaria que existe.
- La negación de la norma no es suficiente, ya que cuando se tratan de eliminar las reglas, siempre aparecen casos en los que los pacientes cometen infracciones y los profesionales deben intervenir. Se vuelve entonces de nuevo a la discusión en el equipo, en cuanto al modo de reaccionar, si es necesaria una norma, una vigilancia, o un castigo.
- A medida que los pacientes hospitalizados adquieren libertades dentro del centro se van haciendo más conscientes de su diferencia con el mundo exterior. Al ver que no gozan de todo derecho y que tampoco son responsables de sus actos constatan que no son considerados del todo personas.
- Los propios profesionales, como grupo con roles, intereses, motivaciones y problemas específicos pueden chocar con el movimiento "humanitario" iniciado por el equipo directivo. Esta dirección les crea un conflicto, donde la contradicción está

en cómo ser libres luchando por sus intereses sin caer en la dependencia de lo que es la institución. En cierto modo este conflicto está también presente en los pacientes, sin embargo, estos no están capacitados para enfrentarse a un problema de tal calibre sin ayuda.

- La tentación de pensar desde el equipo que un paciente estaría mejor si se le trasladara a otra unidad más restrictiva porque sus actos están fuera de lo normal. Esto en realidad sería un camino de mayor regresión y exclusión. Si de lo que se trata es de buscar la rehabilitación se ha de poner el foco siempre en comprender el problema que hay detrás.
- La diferenciación de grupos de agudos y crónicos se materializa en una propia exclusión entre pacientes. Se sienten diferentes unos de otros y en cierto modo a nivel adquisitivo lo son. Existen connotaciones negativas y prefieren no mezclarse.
- Los médicos están en una relación de dominio al prescribir la medicación al paciente. Es una posición de poder y no de consejo. La medicación no solo sirve para eliminar la ansiedad del paciente sino también la propia del profesional. Los fármacos tienen muchas contraindicaciones y efectos secundarios de los que los pacientes se quejan. Atender estas cuestiones es necesario, pero ¿puede aceptar la autoridad médica que un paciente acepte tomar o no cierta medicación? Posibilitar el rechazo abre el riesgo de tener consecuencias, sin embargo, esto no implica que se deba renunciar por completo a aceptar esta responsabilidad como alternativa.
- A pesar de los esfuerzos que se hagan en el interior de la institución están siempre las contradicciones externas. La sociedad sigue excluyendo allí a las personas. El interno, con el tiempo, termina aceptando la institucionalización. Se da cuenta de que es mejor vivir libre en la institución, aunque sea dependiente de ella, que reincorporarse en una sociedad represiva en la que no encontrará trabajo y sus propios familiares le rechazarán.

3. La reforma de la salud mental en España

3.1. La reforma psiquiátrica

Todas las reformas de los países más avanzados de los años 60 y 70 se plantearon la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad. En EE. UU el plan impulsado por Kennedy parecía ir en la buena dirección. Sin embargo, el hecho de que pusieran más hincapié en la prevención que en la rehabilitación, la insolidaridad de su sistema sanitario y la crisis de 1973 terminaron por transformar el proceso de

desinstitucionalización en una deshospitalización de enfermos, de los cuáles muchos terminarían en las calles. Francia, aunque consideraría la atención comunitaria como eje de su asistencia, mantendría la psicoterapia institucional combinándola con una política del sector. Reino Unido e Italia, apostarían por la sustitución de las instituciones psiquiátricas por alternativas comunitarias. El primero partiría de la ventaja de un servicio de salud de altas prestaciones, mientras que Italia se apoyaría en el modelo de psiquiatría democrática establecida en la ley 180 (Desviat, 2006, 2020).

España históricamente siempre estuvo a la cola en cuanto a la creación de asilos públicos. El primero que se construyó fue el de Leganés en el año 1852. Años después, por Real Decreto se estableció que fuesen las Diputaciones las que asumiesen la responsabilidad de hacerse cargo de la atención sanitaria a la ciudadanía. Esta decisión creaba tensiones ya que las diputaciones no tenían dinero más que para paliar las dificultades administrativas de estos centros. En 1875 se estableció que los manicomios privados quedasen obligados a auxiliar a la asistencia pública mediante el pago concertado. Más adelante, fueron las propias Diputaciones las que terminaron solicitando a las órdenes religiosas el hacerse cargo de los manicomios (Fernández y Ortega, 2017).

Durante buena parte del siglo XX. Estas órdenes lograban una gestión económica eficaz a base de: limosnas, aceptación de internos pensionistas con un trato distintivo, y el esfuerzo y trabajo de una mano de obra barata sin ánimo de lucro (Fernández y Ortega, 2017). Los gobiernos y diputaciones durante la dictadura de Franco se favorecían de esta situación, de manera que el debate surgido a mitad del siglo XX a nivel mundial y las luchas por lograr la transformación de los manicomios no tuvieron grandes repercusiones en España. No sería hasta después de la transición con el resurgir de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) cuando se pone de nuevo el debate encima de la mesa (Desviat, 2020).

Con el nuevo gobierno de izquierdas se van realizando diferentes ensayos de reforma, pero no sería hasta el año 1986 cuando se plasmó definitivamente una ley dentro del marco de la sanidad con el compromiso por realizar una reforma en la salud mental. El hecho de que la reforma se hiciese tan tarde iba a permitir conocer y corregir los errores y problemas de las reformas que se habían hecho antes en otros países (Huertas, 2021). Según Desviat (2020), el hecho de que la mayor parte de los grandes hospitales psiquiátricos estuviesen en manos de órdenes religiosas concertadas por las diputaciones parecía facilitar la reforma. Y es que aquí hay que aclarar, que los planes estratégicos de los gobiernos siempre estuvieron encaminados a solucionar el problema

de la institución psiquiátrica en la sanidad pública sin tener en cuenta ni el sector privado ni en el tercer sector.

El objetivo de la reforma se basaba en un modelo de atención comunitaria que trataría de cerrar progresivamente las instituciones psiquiátricas, creando a su vez los servicios comunitarios necesarios para trabajar la prevención y la rehabilitación buscando la coordinación con la seguridad social (Huertas, 2021). Este modelo se vertebraría en una serie de principios (Desviat, 2010):

- la integración de todos los servicios en una red única conectada con la atención primaria,
- el desplazamiento del eje de atención hacia los equipos comunitarios,
- la definición de equipos multidisciplinares,
- la comunidad como partícipe en el proceso de planificación-programación y como generadora de recursos,
- la aceptación de los propios criterios de salud pública en el nuevo modelo de atención psiquiátrica.

Tres conceptos fueron clave en las reformas de todos los países: la zonificación o regionalización de los servicios de atención; la creación de un sistema comunitario que apoya la asistencia primaria mediante una buena comunicación en Red, poniendo atención en la prevención, creando dispositivos residenciales intermedios multidisciplinares y dando prioridad de camas hospitalarias para agudos frente a los de larga estancia; el aseguramiento de la continuidad de cuidados de las personas dentro del ámbito comunitario (Desviat, 2020; Salvador-Carulla et al., 2020).

3.2. El concepto de enfermedad mental y de discapacidad.

Antes de hablar de rehabilitación es importante primero tener claros los conceptos de enfermedad y de discapacidad. Como ya hemos visto no hay una postura clara al respecto. Se dice que salud es la ausencia de enfermedad por lo que el problema entonces recae en definir que es enfermedad mental. Los propios especialistas difieren: unos piensan que las enfermedades están en lo corporal y lo demás son alteraciones de la conducta; otros consideran que el enfermo es realmente aquel que se ha rebelado contra el sistema alienante en el que vivimos; otros que enfermo es aquel que va al médico. Frente a esta diversidad, López Ibor reivindica que ni es el espíritu el que enferma, ni tampoco el cuerpo, sino que lo que enferma es el hombre y todo su complejo de sus manifestaciones. Por eso el camino de la psiquiatría es tan difícil porque requiere

un conocimiento global de la persona tanto en su contexto histórico, biográfico como en su contexto transversal y ambiental (Martínez, 2002).

Al revisar el concepto de la discapacidad, se ponen en cuestión temas como la igualdad, la justicia social, la marginación, la opresión, la participación y cada vez se hace más necesario incorporar la propia percepción de la persona. La OMS en 1980 determinó que era necesario tener en cuenta no solo la enfermedad sino las consecuencias que tiene esta en todos los aspectos de la vida. De esta forma estableció la siguiente secuencia: La deficiencia como pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; La discapacidad como restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad; La minusvalía como aquella situación que provoca desventaja en el desempeño de un determinado rol en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales (Rodríguez, 2004).

La institución psiquiátrica ha estado tradicionalmente formada por tres grandes colectivos: Enfermos con trastorno mental grave, discapacitados, y adicciones, a los que se suele incluir en algunos casos el colectivo de psicogeriatría, enfermos que terminan siendo totalmente dependientes, lo que denota como los casos pasan a ser definitivos en estas instituciones. Durante mucho tiempo se ha considerado que dar cobijo, asistencia, ropa y cuidados a estos colectivos era una muestra de la preocupación por su vulnerabilidad. Sin embargo, este modelo en el s. XXI es a todas luces inapropiado si se quiere de verdad dignificar a la persona, darle autonomía e incluirla en la comunidad (de Empleo, Sociales y Oportunidades, 2011).

Las personas con problemas de salud mental ciertamente presentan ciertas dificultades que les sitúan en una posición de alto riesgo de exclusión social. Estas dificultades suelen plantearse tanto en el plano cognitivo, como en un déficit de habilidades sociales que les dificultan una correcta relación con su entorno de trabajo, la familia, las amistades y en general en la participación social. Esto a la larga termina siendo un problema tanto para las personas que están a su cargo por la falta de ayudas y de apoyo, como para la sociedad que en cierto modo les encuentra molestos desde el punto de vista productivo. Al final terminan decidiendo que lo mejor es que estén en una institución psiquiátrica donde su problema terminará por cronificarse (Lezcano, 2006).

Tradicionalmente en la medicina, el médico ha tomado siempre las decisiones sobre el enfermo sin necesidad de informarle ni de pedir autorización. Esta condición de paternalismo ha ido con el tiempo corrigiéndose gracias al desarrollo de una ética profesional. El problema en la salud mental es que la persona no siempre es consciente de su enfermedad. Para recibir el tratamiento antes es necesario incapacitar a la

persona. De esta forma sus derechos quedan trasladados a un tutor que a su vez los delega al centro de internamiento. Una vez internado el paciente cae en ese paternalismo en el que todos sus derechos como paciente están en entredicho amparándose en su incapacidad de comprender las cosas. La contradicción está en que la incapacidad adopta aquí un carácter absoluto cuando en realidad la OMS la define de forma específica como hemos visto. Además, la ley contempla que esta incompetencia de la persona debe ser siempre de carácter temporal y por tanto con posibilidad de revertirse (Martínez, 2002).

3.3. La atención comunitaria

El modelo médico tradicionalmente ha considerado la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad que requiere de cuidados médicos. El modelo social, en cambio, considera que la discapacidad no es meramente un atributo de la persona, sino que el problema se debe a una complejidad de condiciones creadas por el contexto y el entorno social, y por tanto es más un problema de políticas y de actitudes sociales el conseguir la rehabilitación de estas personas en la sociedad. Actualmente se busca la integración de estos dos modelos opuestos y se habla de un enfoque “biopsicosocial” que recoge las diferentes perspectivas biológica, individual y social de la salud (Rodríguez, 2004).

Para dar una asistencia integral a la persona, la reforma psiquiátrica española apostó, al igual que en el resto de los países, por un sistema de atención comunitaria. Este sistema, para ser efectivo, debe ser dotado de un conjunto de dispositivos, recursos y profesionales coordinados con los servicios sociales, dimensionado de manera que se pueda atender eficazmente a las necesidades y requerimientos de la población (Salvador-Carulla et al., 2020). La atención comunitaria tiene aspectos organizativos y funcionales diferentes en cada país, pero en general se articula en torno a cuatro rasgos básicos: (López, 2020)

- a) Un enfoque de salud pública con compromiso poblacional y territorial, perspectiva epidemiológica e integración activa en las dinámicas sociales generales.
- b) Una filosofía de rehabilitación, enfatizando el funcionamiento social y la autonomía, más allá de los síntomas y las enfermedades, y desarrollando una atención integral, desde la promoción de la salud a la inclusión social y la ciudadanía, pasando por el tratamiento y la rehabilitación.

- c) La organización de la atención en redes coordinadas de servicios sanitarios y sociales, accesibles, adaptables a las necesidades personales y mayoritariamente situadas en los contextos de vida de la gente.
- d) Y el desarrollo de sus actuaciones mediante el trabajo en equipo y la participación de profesionales, personas afectadas, familias y personas cercanas, así como organizaciones sociales más generales. (pp. 35-36)

Como hemos comentado cada comunidad establece sus propios planes de atención a la salud mental. En estos planes se indican los recursos y dispositivos que la comunidad plantea que son necesarios para la atención ciudadana. A continuación, se muestran los dispositivos más significativos (Lezcano, 2006; Sobrino y Rodríguez, 2008)

- Unidades de rehabilitación psiquiátrica o también llamadas comunidades terapéuticas para personas con enfermedad mental grave, bien de larga estancia (crónicos), bien de corta estancia (agudos).
- Hospitalización breve
- Hospital de día
- Hospitalización parcial
- Drogodependencia
- Psico geriátricos
- Recursos de atención residencial: Familias, Mini residencias tuteladas, pisos supervisados, pensiones concertadas.
- Recursos de apoyo a la rehabilitación psicosocial, soporte social e integración comunitaria como: los Centros de Rehabilitación Psicosocial de día para personas que viven en sus propios hogares o lo Centros de día de soporte social
- Continuidad de cuidados y atención domiciliaria
- Recursos de ocio y tiempo libre
- Recursos de rehabilitación e integración en el mundo laboral
- Recursos de apoyo a la familia

Estos dispositivos deben estar formados por equipos multidisciplinares. Es el propio plan estratégico de salud mental de cada comunidad el que establece datos orientativos sobre el número de dispositivos adecuados para cada territorio, el número de plazas por centros y las categorías profesionales que deben tener. El perfil de estos profesionales va desde lo más sanitario hasta lo más social: médico, enfermero, psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta, terapeuta, educador, trabajador social, auxiliar, sin olvidar todos aquellos profesionales relacionados con los servicios de gestión, administración y mantenimiento (Lezcano, 2006).

El objetivo perseguido por este sistema de atención comunitaria es el de conseguir en la medida de lo posible una mayor autonomía a las personas con problemas de salud mental y lograr su mantenimiento en la relación con la comunidad permitiéndoles desenvolverse en entorno social amigable de la forma más independiente y normalizada posible (Lezcano, 2006).

3.4. Una reforma inacabada.

La rehabilitación comunitaria que planteaba la OMS no era un concepto nuevo, sino que se inscribía ya en las propuestas del Estado del Bienestar. Un modelo ecológico en el que las necesidades de salud de una población debían de estar en relación con su territorio y hacerse predecibles y controlables actuando sobre el ambiente: la familia, el trabajo, el barrio, la comunidad. Consistía en una protección social del Estado en respuesta a los desequilibrios que planteaba el capitalismo y una forma de sustituir la ayuda que recaía en los grupos primarios más desfavorecidos. Sin embargo, la ideología del yo libre y la economía liberal irían minando poco a poco el concepto comunitario, de forma que al proceso de desinstitucionalización le acompañaba el de desprotección social pública (Huertas, 2021).

En España la descentralización del Estado y la cesión de la administración de la sanidad a las comunidades autónomas hizo que la respuesta a la salud mental se desarrollara de forma desigual, no siempre al mismo ritmo y con planteamientos diferentes. Por tanto, nunca existió un consenso en la nomenclatura de los dispositivos y recursos, ni tampoco un sistema de información centralizada que permitiera registrar todos los recursos de los que se disponía (López et al., 2006). La falta de implementación de los recursos, su escasez o la mala planificación en su puesta en desarrollo han sido uno de los lastres para la reforma psiquiátrica (Sobrino y Rodríguez, 2008).

A comienzos de este siglo, la AEN tomó la iniciativa de recabar esta valiosa información y poner en marcha todo un Observatorio de Salud Mental que permitiera conocer el estado y la evolución de los servicios de cada comunidad. Entre 2004 el Ministerio de sanidad creó una comisión para establecer un plan estratégico donde se incluía a las asociaciones y sociedades españolas de la psiquiatría. Se logró establecer el mapa de 8 comunidades autónomas, sin embargo, después de la revisión del 2011, este empuje decayó y en el 2016 el nuevo gobierno rechazó la posibilidad de renovar la Estrategia de Salud Mental por carecer de un análisis real y completo de la situación y de las necesidades requeridas (Salvador-Carulla, et Al., 2020).

La realidad, es que asistimos más que al cierre de hospitales psiquiátricos al cambio de estrategias, cambios de adscripción entre administraciones, cambios de nomenclatura en los servicios prestados, remodelaciones tanto en la construcción como en lo funcional que maquillan el servicio prestado. A todo esto, se suma la escasez y poca calidad de la información que se tiene sobre estos dispositivos. Los datos del Observatorio de la AEN provienen de comunidades autónomas que no tiene en cuenta toda la dimensión de los centros privados y a su vez al cambiar los dispositivos su nomenclatura permite dejar fuera del recuento a poblaciones internas como las de discapacidad (López et al., 2006).

Aunque es verdad que ha habido experiencias desinstitucionalizadoras en diferentes comunidades autónomas como Navarra, Asturias o Andalucía. En la actualidad los Hospitales Psiquiátricos tanto públicos como privados siguen siendo un problema en nuestro país, a pesar de que se haya presentado como un éxito la transformación en algunas comunidades autónomas. Los casos más paradigmáticos de desinstitucionalización fueron los hospitales psiquiátricos de Oviedo y Leganés con diferente resultado. Abordar el problema es complejo dada la diversidad de planes territoriales (López et al., 2006).

Al mismo tiempo no ha habido nunca una coordinación adecuada de los agentes implicados. La atención comunitaria necesita de una amplia red de recursos para asistir a tanto a las personas con problemas de salud mental como su familia. La alta profesionalización y multidisciplinariedad en el actual sistema de salud mental dificulta el trabajo si no hay una buena comunicación y un correcto plan de trabajar en red dirigido por una administración que lo supervise y controle. A pesar de estas insuficiencias la reforma es una realidad que está en marcha y que debemos comprometernos a adaptarla y completarla en función de las necesidades que se requieren (Sobрино y Rodríguez, 2008).

4. El papel de la educación social en este contexto

4.1. El perfil del Educador social

Hay un gran desconcierto en las instituciones psiquiátricas sobre el papel que puede jugar la educación social en ese contexto. Si como hemos visto, los planes estratégicos de salud mental de las comunidades autonómicas están desactualizados y no siguen tampoco unas líneas establecidas a nivel nacional es muy posible que esta figura no sea exigida en los centros de internamiento ya sea por desconocimiento o por

cuestiones puramente económicas. Se hace necesario por tanto dar una correcta definición de la profesión y reivindicar los roles que puede acometer en los diferentes campos.

La Educación Social como profesión surgió en España con la creación de la Diplomatura en Educación Social con el Real Decreto del 10 de octubre de 1991. Sin embargo, su origen provenía ya de la necesidad de la figura del “educador especializado” para resolver los problemas derivados de la crisis Europa de 1945 a consecuencia de la 2ª guerra mundial. Ante la necesidad se lleva a cabo una praxis que con el tiempo acaba resultando en el reconocimiento de una profesión (Sáez, 2012). La Asociación Estatal de Educación Social tratando de delimitar lo que es la profesión de su práctica educativa, define a esta como (ASEDES, 2007):

“El Derecho de la ciudadanía que se concreta en el reconocimiento de una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas [...] posibilitando: La incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social; La promoción cultural y social, entendida como apertura a nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social.” (p. 12)

En este sentido la educación social parte de la conciencia de responsabilidad de dar respuestas a problemas de convivencia social que generan exclusión y marginación buscando un mundo más equitativo. Se entiende por tanto la educación como un derecho de la ciudadanía que busca lograr el pleno desarrollo de la personalidad humana, favoreciendo así la comprensión, la tolerancia y la convivencia social (ASEDES, 2007).

La Educación Social tiene como referentes básicos científicos a la Pedagogía Social, la Psicología, la Sociología, la Antropología y la Filosofía. A partir de este corpus de conocimientos se genera la praxis de la profesión, que consiste, por un lado, actuando en el contexto, planificando programas socioeducativos, orientando en procesos participativos y generando redes para atender personas en el contexto socioeducativo. Por otro lado, desarrollando acciones mediadoras sosteniendo, acompañando y facilitando el encuentro de las personas en determinadas situaciones y contextos. Por último, formando al sujeto permitiéndole “la apropiación de herramientas conceptuales, habilidades técnicas y formas de trato social” adecuadas para facilitar su integración en la red social (ASEDES, 2007).

Gloria Pérez a su vez, entiende la Educación social como la preparación del individuo para la convivencia, trabajando su relación con los demás, fomentando la creación de redes sociales, insertándole en su medio, logrando de este modo el surgimiento de la conciencia social en la persona. Define entonces esta labor como:

Aquella acción sistemática y fundamentada, de soporte, mediación y transferencia que favorece específicamente el desarrollo de la sociabilidad del sujeto a lo largo de toda su vida, circunstancias y contextos, promoviendo su autonomía, integración y participación crítica, constructiva y transformadora en el marco sociocultural que le envuelve, contando en primer lugar, tanto con los propios recursos personales tanto del educador, como del sujeto y, en segundo lugar movilizándolo todos los recursos socioculturales del entorno o creando, al fin, nuevas alternativas (Sáez, 2012, p. 380).

En la educación social, se da una doble dimensión. Por un lado, se requiere la investigación y la generación de conocimiento y por otro lado se necesita una acción social. Si recordamos que la educación social surge ante la necesidad de resolver e iluminar problemas sociales en determinados contextos históricos, comprenderemos que estas dos facetas no van separadas, sino que se complementan ya que “no es posible actuar sin iluminar el camino”. En cuanto a los paradigmas y metodologías que se deben emplear no hay un criterio fijo, sino que ante realidades complejas deben realizarse abordajes plurales que permitan una visión más amplia de la realidad del problema (Sáez, 2012). La relación teoría-praxis se convierte por tanto en dialógica y su metodología pedagógica abarca más el plano informal.

Objetivos que debe buscar:

- El desarrollo de la persona
- La rehabilitación y reintegración de las personas excluidas
- Buscar sinergias con otras profesiones, instituciones, pacientes
- Establecer planes de reinserción laboral, familiar, social
- Verificar o refutar los posibles beneficios
- El cuestionamiento de las políticas de la exclusión social y trabajar por una transformación que implique un verdadero propósito de inclusión

4.2. El papel del educador en la rehabilitación psicosocial

El enfermo mental es un colectivo en alto riesgo de exclusión social. Su enfermedad le coloca en una situación de precariedad con una total ausencia de seguridades:

derechos, familia, empleo, cuidados y asistencia, estabilidad y vivienda. En el fondo la sociedad no los quiere y a sus familias les resulta molesto. Tampoco estas reciben ningún tipo de ayuda, ni apoyos para llevar mejor esta situación. Se trata de pacientes que se les saca de su entorno, con el tiempo pierden sus relaciones sociales y se quedan en la institución como si esta fuese su hogar. Tienen dificultades en la participación social, dificultades cognitivas y de habilidades y una gran dependencia de la familia. Es necesario un plan de formación familiar y social para eliminar prejuicios sociales y comprender mejor al enfermo mental (Lezcano, 2006).

Como hemos ido viendo, si bien todas las reformas apuestan por el objetivo de una rehabilitación psicosocial no siempre han ido en la misma dirección. Así, en Francia desde el punto de vista de una institución psicoterapéutica se apuesta más por actividades y dinámicas efectivas, clásicamente relacionadas con la terapia ocupacional. Cobra relevancia la ergoterapia, donde se utiliza el trabajo en la institución como terapia (jardines, lavandería, carpintería, albañilería, granja, huerto, mantenimiento, manualidades) pero en el fondo este trabajo no tiene en sí un fin integrador más allá de los talleres que se puedan crear exprofeso. Otras medidas integradoras que se trabajan en estos centros funcionan por sí solas gracias al aire de libertad que se respira: las salidas, el ocio, las fiestas, la integración en el entorno.

Entre medias quedan una serie de actividades como el teatro, la colaboración en medios de comunicación, actividades artísticas, charlas y debates, que si bien pueden tener una finalidad terapéutica también tienen un fuerte componente educativo. Pero ¿hay un verdadero interés en que estas actividades puedan generar un pensamiento crítico en el interno? El propio doctor Liberman de la Universidad de California en Los Ángeles, siendo un iniciador de este tipo de rehabilitación psicosocial, reclama en contraposición un tipo de aprendizaje de tipo conductista basado más en refuerzos y castigos (Blasi, 2006). De esta forma el aprendizaje del enfermo es equiparado al entrenamiento de un animal irracional, donde en realidad se establece un mero condicionamiento para que repita o evite conductas simples ante estímulos definidos (del Campo, 2014).

Pero en el paso de la institución a la comunidad hay que decidir donde se gesta la llamada rehabilitación psicosocial y el aprendizaje que llevará al paciente a una correcta reintegración en la sociedad. López (2020) al hablar de modelo de rehabilitación defiende un enfoque integrador donde la filosofía y la estrategia de rehabilitación puedan ser comunes y recuerda experiencias de desinstitucionalización como la de Basaglia donde políticas de humanización y devolución de la dignidad de las personas se

desarrollaron dentro de la institución como paso previo a su “rehabilitación” e inclusión social.

La intervención social comunitaria con personas con enfermedad mental requiere no solo atender su problemática clínico-psiquiátrica, sino también sus dificultades psicosociales y sociales con el fin de evitar su deterioro y exclusión y posibilitar oportunidades reales de rehabilitación e integración en la comunidad (Sobrino y Rodríguez, 2008):

- Rehabilitación de déficits cognitivos
- La psicoeducación
- El entrenamiento de habilidades sociales
- Actividades de la vida diaria
- El autocontrol
- La autoestima
- Educación e intervención psicosocial con familias
- Rehabilitación laboral y empleo con apoyo
- El ocio y el tiempo libre

Como ya hemos indicado, entre las funciones y competencias de la figura del educador social se encuentra la de generar acciones mediadoras. Esta mediación es vital para dar una buena respuesta a las necesidades sociales que se detecten dentro del entorno del paciente como la comunidad, la familia, el trabajo, las asociaciones. La intervención con estas personas y su entorno a veces puede presentar problemáticas comunes, pero en realidad cada caso es particular y la labor de acompañamiento debe ser un continuum (Sobrino y Rodríguez, 2008). Se trata por tanto de un recorrido personal. Todo proceso lleva su tiempo, hay que enseñar también a superar la frustración de querer conseguir las cosas en el momento (Cortina, 2013).

El educador social está capacitado para enseñar a la persona las herramientas para moverse con suficiente autonomía, libertad, responsabilidad, creatividad y juicio crítico como para comprender la realidad que le rodea y tomar las decisiones correctas en las circunstancias que se enfrente a lo largo de su vida. Así, los pilares de esta educación serán aprender a conocer de forma crítica lo que les rodea, aprender a hacer para adaptarse al entorno de trabajo, tomando iniciativas, comprender el cambio y la importancia de la cooperación, y por último el aprender a vivir con los demás, en un mundo donde todos estamos interconectados y las decisiones de unos afectan sobre las de los otros (Delors, 1996).

4.3. Una propuesta pedagógica

Vamos a proponer a continuación un modelo pedagógico que se puede poner en marcha desde la educación social partiendo de experiencias, estudios y metodologías que en realidad ya han sido estudiadas, pero que quizá no se les ha visto el potencial que pueden tener en su conjunto.

Basaglia cuando se hizo cargo del psiquiátrico de Gorizia decidió que aquello debía de ser cambiado por completo. En realidad, no tenía ningún plan específico, más que negar la realidad del sistema de encerramiento. Esta intención fue todo un paso adelante que poco a poco se iría entendiendo por el equipo y por los pacientes, gracias al sistema que se planteó de asambleas diarias donde se daba voz a todas las personas del centro. Esta herramienta, en su momento, parecía carecer de base teórica, sin embargo, se convirtió en la punta de lanza para que su empresa llegara a buen puerto.

Basaglia se dio cuenta que una de las necesidades era cambiar la dinámica de roles que existía en el hospital. En algunas partes de su libro habla de la necesidad de hacer no solo socioterapia con los pacientes, sino aplicarla también a los trabajadores para que estos entendiesen mejor los desequilibrios de poder y la sensación del paciente de que existen dos bandos. Conocía las experiencias del Psicodrama de Jacob Levy Moreno, era consciente de la fuerza que podían tener logrando estimular el pensamiento sobre muchas contradicciones de la vida, aunque confesaba que esta terapia le parecía en cierto modo manipuladora (Basaglia, 2020).

Estas ideas parecen estar muy relacionadas con la pedagogía del oprimido de Freire (2007) donde en el mundo se crean situaciones de opresión y vulneración que solo pueden ser resueltas si tanto el vulnerado es consciente de la opresión que se ejerce sobre él y el opresor se logra verse a sí mismo como lo que es. De esta forma, puede crearse una situación de diálogo para cambiar las relaciones y liberarse de forma conjunta y en comunión de esa realidad de opresión. En las asambleas se creaba de alguna forma ese diálogo y se producía un intercambio de subjetividades.

Emma Ruiz Martín del Campo (2014) hace un interesante aporte acerca de la necesidad de relacionar la subjetividad (el psicoanálisis) y la educación (la pedagogía). Según esta autora el sujeto desde que nace es consciente de su vulnerabilidad, y de su necesidad de amor y encuentro con los otros. Este sentimiento le crea un conflicto entre los impulsos y las constricciones de la cultura. Se hace necesaria por tanto la socialización del sujeto poniendo freno a sus pulsiones mediante las normas de sus progenitores y educadores. Ana Freud resaltaría los problemas que se derivaban de la

reacción ante vivencias internas en el encuentro con los otros. El psicoanálisis pone de alguna forma al descubierto como nos vamos conociendo a nosotros mismos y a los otros en el encuentro y la interacción.

Bernfeld acercaría también la pedagogía al psicoanálisis a partir de su interés en la obra de María Montessori, destacando sobre todo su concepto de "lugar social", que explica la influencia decisiva del contexto en el que el niño nace, crece y se socializa, para su desarrollo como sujeto. Se ponía el acento en los determinantes sociales que operan sobre los sujetos en su desarrollo, ya que estos no llegan al mundo maduros sino que han de progresar a través de interacciones sociales (del Campo, 2014).

Más adelante, sería Maud Mannoni la que siguiendo las teorías de Winnicott y de Lacan, se preguntaría por el lugar que ocupa el discurso colectivo que rodea a los niños y las influencias que éste tiene para determinar su lugar en su comunidad y sus sentimientos. Creó escuelas para apoyar al niño con graves problemas en su desarrollo estableciendo lugares seguros donde el niño se animase a asumir el riesgo de vivir. La crítica a esta línea de acción estaba en la dificultad de poder dar atención a la singularidad de cada sujeto (del Campo, 2014).

Pero esto no debe desanimar al educador. Rogers (1989) abogaba al explicar su proceso terapéutico por una atención centralizada en la persona, estableciendo una relación de igualdad y de empatía con el paciente. Al mismo tiempo, era consciente de que este tipo de terapias podía funcionar perfectamente en la relación de grupos. De hecho, en las jornadas de conferencias que daba era un firme defensor del aprendizaje significativo en las que la participación dialógica de las personas establecía un enriquecimiento de conocimientos con un potencial mayor que el que se podía dar en una conferencia normal entre educador y educandos.

Agüera (2003) a su vez, defiende una educación homeopática donde cada persona es un mundo y hay que comprenderla en su totalidad. El educador debe enseñar primero a cada persona a quererse a sí misma, poniendo empeño en descubrirle a la persona los valores que hay en sí. Para que la persona pueda situarse en un contexto en el que encontrar su propia identidad, es necesario comprender antes sus intereses, sus experiencias, sus valores. Agüera entiende que la misión más importante que tiene el educador además de la educativa es la de conseguir adaptar a la persona de la mejor forma posible a la sociedad que le rodea y en la que vive inmerso en ese momento.

Como dijimos anteriormente es en el roce donde las personas nos vamos reconociendo tal y cómo somos. Vygotsky en sus teorías expone que el desarrollo de

los humanos únicamente puede explicarse en términos de interacción social. El pensamiento en común es el que propicia la no contradicción, ya que las falsas creencias se descubren en grupo. En el aprendizaje, es importante que la persona se vaya haciendo las mismas preguntas que otras personas ya se hicieron otras anteriormente. Así en las relaciones es como se va creando el pensamiento y la persona toma conciencia adecuada de las similitudes y diferencias de las problemáticas. Presenciar la lógica que se crea en un debate desarrollado de forma racional propicia la emulación de esa racionalidad (Lipman, 2015).

Es interesante que el diálogo se desarrolle con el lenguaje propio de los participantes y que en la medida de lo posible se evite el rol del narrador o controlador ya que este siempre conlleva cierta manipulación. Lo mejor para el aprendizaje es ir de lo abstracto a lo concreto por ello, cuando se crea una discusión sobre un tema es interesante descubrir antes cual es el concepto abstracto que está detrás del asunto. Gracias a esto, los participantes enseguida encuentran otros problemas concretos similares al expuesto y pueden enriquecer el debate con las soluciones que se les dio. El objetivo que se pretende es que las propias personas mediante el seguimiento de la discusión se vayan reconfigurando por sí misma, el marco de ideas de manera que concuerde todo lo que sucede. De esta forma el profesional se convierte en una persona más que participa en el grupo con su propia experiencia de vida (Lipman, 2015).

En cierto modo se puede decir, que el pensamiento surge cuando la conducta de una persona se ve bloqueada ante algún problema, ya que entonces surge la frustración por no poder resolverlo con las ideas que tiene. Para salir de este bloqueo el individuo debe interrogarse si no hay dentro de él creencias o presuposiciones que puedan ser erróneas o equivocadas. En la medida que se arriesgue a actuar dejando a un lado esa presunción podrá resolver su problema, una nueva creencia sustituirá la anterior y se reanudará su conducta. En la interacción social podrán surgir paralelismos entre los los diversos problemas planteados y las diferentes formas con que se afrontan (Lipman, 2015).

Todo este marco teórico nos lleva a comprender cómo, en las asambleas promovidas por Basaglia, los propios pacientes a ir expresando sus necesidades y problemas lograsen a través de sus razonamientos, además de ir negando la institución, generar en el grupo de pacientes un pensamiento crítico acerca de su situación en la que se encontraban, a la vez que empezaban a situar mejor en su contexto los pensamientos incorrectos que podrían haberse creado en sus experiencias y vivencias pasadas. Y todo ello era realizado sin la necesidad que estuviesen dirigidas por un rol técnico.

Por todo lo expuesto vemos que la figura del educador puede ser la persona más indicada para generar este tipo de dinámicas tanto en la institución como fuera de ella. Este profesional gracias a su práctica de trabajo informal, está en mayor disposición de interactuar con el paciente, crear esa confianza y empatía y generar espacios donde se encuentre cómodo y respetado sin crear dinámicas de roles diferenciados. El educador puede de esta forma compatibilizar un trato individualizado y centralizado en la persona con una dinámica de grupo como la asamblea donde su labor será más la de acompañante y escucha, si bien está también invitado a participar en ellas como uno más.

CONSIDERACIONES FINALES

Como hemos visto la historia de la locura comienza por un lado con la separación de la razón y de la pasión y con un nuevo sistema económico que produce la alienación del hombre y que lleva consigo un conflicto social y emocional que le hace vulnerable. Esta nueva sociedad que surge tiende a la marginación de lo molesto, sobre todo de aquello que considera improductivo. Queda desde entonces marcada una relación directa entre los trastornos con el problema social, la pobreza y entornos familiares desestructurados. Estas personas son aisladas para que la vida de los demás pueda desarrollarse sin problemas. Se prefiere mirar a otro lado. Los profesionales asumen el rol que les toca y tratan de desempeñarlo sin que les afecte emocionalmente.

Hoy en día, sin embargo, la institución psiquiátrica está puesta en duda como lugar rehabilitador de la persona. El efecto de encerramiento de la persona condiciona más su cronificación que el propio proceso de su enfermedad. La institución más que una ayuda es un instrumento de la sociedad para deshacerse del problema. Muchas familias no están preparadas para sostener a estos pacientes tanto en el plano social, económico como el psicológico y los servicios sociales no son capaces de prevenir a tiempo el problema. Se hace necesario un plan estratégico nacional de salud mental para dar respuesta al problema de una forma integral.

Existe la tentación institucional de pensar que el paciente está allí mejor que en cualquier otro sitio. Están entretenidos con las actividades, excursiones y fiestas que se les prepara con la intención de darles un aliento de libertad y de integración. A su vez se tiende a protegerle de la cruda realidad del mundo exterior. Sin embargo, las experiencias pasadas en busca de la dignificación del enfermo resaltaron además de la importancia de un lugar adecuado para atenderles y ofrecerles actividades para descolonizar la mente, el valor que tiene darles libertad de acción, y el beneficio que se logra en las dinámicas grupales cuando se les da la palabra y se les hace partícipes en de los problemas que les conciernen. El verdadero problema de fondo es la resocialización. La enfermedad se entiende así más como una vía de escape ante la dificultad para enfrentarse a la realidad.

La experiencia de Basaglia, sin ser en sí un modelo a seguir, sí que muestra el camino de lo posible. Para crear la condición, la posibilidad, primero hay que romper el muro, sino te pegas una y otra vez contra él. Las barreras, en cierto modo las ponemos nosotros. Es necesario pues poner entre paréntesis la enfermedad y juntos al mismo nivel comenzar a sanar tanto al paciente como a la sociedad. De esta forma se hace

preciso negar la institución para que la sociedad se convenza de la necesidad de crear a nivel comunitario los recursos adecuados para la reintegración de estas personas. El proceso de negación de la institución psiquiátrica busca así la misma solución que se ha venido dando en otros contextos aparentemente similares como la discapacidad, tanto física como psíquica, donde se han producido grandes adelantos para crear una sociedad sin barreras.

Cabe preguntarse desde donde debe partir la iniciativa de negar la institución. El caso de Basaglia fue particular. Él era el director de una institución psiquiátrica pública además de ser el responsable de los servicios de salud mental de la región. Esto le dio un amplio margen de maniobra en aquella época. Los casos que intentaron emular su acción en España se enfrentaron a la realidad de los conflictos internos y externos, dejando patente la gran dificultad de la tarea. Las instituciones psiquiátricas parecen resistirse a desaparecer en beneficio de otros modelos de atención comunitaria, ponen en duda la posibilidad de rehabilitación de la persona y su reintegración en la sociedad. Entonces, la responsabilidad parece caer en el estado y en la ley, pero la experiencia demuestra que este modo de proceder tampoco es correcto. El liderazgo de una figura como Basaglia es de gran ayuda, pero se necesita el apoyo de todos los actores sociales: políticos, profesionales del centro, familias, asociaciones, pacientes.

Las reformas concernientes a la salud mental se han quedado a medias y ya hemos visto por otras experiencias el peligro que esto puede plantear. Somos conscientes de que el problema de la locura siempre ha estado en relación con la productividad y la eficacia. Las reformas buscaban acercarse a un modelo de atención comunitario haciendo desaparecer progresivamente las instituciones psiquiátricas públicas, pero en el fondo estas reformas estaban formuladas aprovechándose de la circunstancia de que la mayor parte de la población de internos estaba en manos de instituciones privadas religiosas bien en modo de conciertos o a base de pensiones por incapacidad. Un hecho que hace tiempo ha dejado de ser tan eficaz y sostenible como era antes. Esto repercute claramente en el reajuste de plantillas y con ello en el servicio que se presta al paciente. No se presentan informes claros que revelen el problema y termina dándose la tentación de maquillar los datos moviendo pacientes de dispositivos más que rehabilitándolos.

Esto nos lleva al eterno debate entre la sanidad privada y la sanidad pública. En realidad, es un debate ideológico, que viene de lejos cuando la asistencia estaba en manos de la beneficencia. El Estado a pesar de querer hacerse cargo siempre ha chocado con la realidad de que no puede debido al sobre coste que conlleva, por eso cuando plantea la reforma psiquiátrica solo la hace teniendo en cuenta los datos de las

personas internas en instituciones públicas, obviando una planificación que tenga en cuenta la universalidad de la atención sanitaria. Por tanto, hay un interés político oculto en mantener las instituciones psiquiátricas privadas abiertas, ya que les permite derivar allí a un gran número de pacientes. El debate de la sanidad privada y pública es por tanto ficticio, si hablamos de marcarnos como objetivo una atención comunitaria, todos los recursos disponibles deben ser bien recibidos y todos los actores deben estar direccionados a trabajar para conseguir ese logro.

Por otro lado, no se puede ocultar el impacto que el paso de la desinstitucionalización a la atención comunitaria puede producir en el entorno y en la población. Se hace necesario un plan de creación de nuevos recursos y de reubicación y formación del personal de forma que se aproveche su experiencia. Estos cambios siempre generan conflicto de intereses, sin embargo, no se pueden rehuir. La sociedad no puede resistirse a los cambios que buscan la dignificación de la persona. Es necesario un papel de mediación para abordar toda esta problemática, y buscar soluciones conciliadoras en las que todos los actores ganen de alguna forma, sin olvidar que aquí el gran damnificado históricamente ha sido el paciente, que es el supuesto centro de atención.

Un problema social requiere soluciones sociales. El modelo biológico de atención no debería nunca preponderar sobre el social como sucede actualmente en los psiquiátricos. En este sentido la reforma era totalmente necesaria, se puso en marcha y a pesar de quedarse estancada debemos trabajar por ella. Sin embargo, es inconcebible que haya 17 planes diferentes de salud mental, desacoplados en el tiempo y desorganizados en cuanto a estructuras y requisitos profesionales. Si se opta por descentralizar la sanidad, no se entiende que luego haya derivaciones de pacientes de una comunidad a otra. Hace falta un organismo que marque las líneas de acción y unifique todas estas comunidades en una sola red para logra un mismo objetivo. Del mismo modo hay que buscar sinergias entre comunidades más que marcar las diferencias en el modo de asistir.

Hoy en día, gran parte de la población pone en duda que un enfermo mental institucionalizado pueda ser rehabilitado. El camino hoy en día es siempre de una dirección de fuera hacia dentro. Con los enfermos agudos siempre hay alguna esperanza, pero la mayor parte de las veces tras el intento de alta viene la recaída. Este ciclo recuerda un poco al problema de las adicciones y constata que el problema no está en la enfermedad sino en la reintegración en la sociedad. Debería tenerse presente siempre el recorrido de cada persona dentro de sus propios contextos. En la institución todo se reduce a una rutina impuesta y queda todo simplificado a dejarse llevar. En la

ciudad hay mil alternativas a elegir y eso es lo que hace complejo el mundo. Por eso es importante trabajar con ellos antes y después de la reinserción de la sociedad. Es necesario un seguimiento.

El perfil de los Profesionales en cada dispositivo es fijado por el plan estratégico de salud mental de la comunidad. Se opta por implementar equipos multidisciplinarios con una alta especificación profesional. El problema viene cuando el recurso es pequeño o no hay suficiente dinero. Ante esto solo cabe optar por perfiles multivalentes o configurar un adecuado trabajo en red, con la dificultad que esto conlleva. No se puede hablar de intrusismo en estos ámbitos, la misión es compartida y la riqueza debe estar en la compartición de saberes y experiencias. A pesar de todo no debemos agarrarnos a nuestro rol técnico y profesional. Por encima de todo debe estar la empatía hacia la persona y su circunstancia y esto solo se logra abriéndole tu propia debilidad.

El perfil de los Profesionales y el número que debe haber en cada dispositivo por pacientes viene orientado por el plan estratégico de salud mental de la comunidad. Estos planes en el mayor de los casos están desactualizados por lo que no tienen presente las innovaciones en la atención sociosanitaria. La tendencia es pensar que cuanto más cercano sea un dispositivo a la atención comunitaria más interesante es la figura del educador social, obviando de alguna forma el papel que éste podría jugar en la institución psiquiátrica. Si realmente se apostase por la rehabilitación del enfermo institucionalizado la figura del educador social no podría faltar en este entorno. La rehabilitación es todo un recorrido, un camino. Estas personas han perdido el sendero y hay que ayudarles a reencontrarlo. Cuanto más se tienda a pensar que un enfermo crónico es irremediable menos interés se tendrá en la educación, y más se optará por las actividades terapéuticas, de animación y de ocio buscando hacer su vida lo menos sufrible posible.

Para sanar a la persona hay que comprenderlo en su totalidad. Todo el ser está relacionado. No se puede trabajar solo con la cabeza y pensar que todo lo demás está aislado. Los Planes individualizados de rehabilitación que se utilizan en las instituciones se vuelven en la práctica más un documento de auditoría que un plan de trabajo real. La educación debe ser creativa, para poder adaptarse a cada paciente, contextualizando su historia y su compleja personalidad. Los efectos de un largo internamiento junto con la medicación afectan al sentimiento de la persona y al cómo se sitúa ante la vida dificultando su posibilidad de tomar la voz y participar en su propio proceso de rehabilitación. Esta persona debe ir resolviendo sus problemas internos con ayuda

psicológica, pero esto solo podrá hacerlo si el entorno social se le muestra favorable y se le permite mirar un futuro que no le atemorice.

La educación social debe promover siempre procesos transformadores en la sociedad. Hay un camino hacia adelante y otro hacia atrás. En este sentido es necesaria hacer una crítica social, poner voz a los que están siendo vulnerados y plantear alternativas sociales generando encuentros en la ciudadanía posibiliten el cambio futuro. Al mismo tiempo la educación social tiene la responsabilidad de vigilar que estas medidas se estén cumpliendo según lo prometido y evaluar si los resultados van en la dirección de lo esperado. Es una responsabilidad de participación ciudadana que evita que los problemas sociales se enmascaren e invisibilicen en una sociedad capitalista neoliberal como la nuestra. Las líneas de reforma que se plantearon en su día tenían en el horizonte la experiencia de Basaglia, sin embargo, el proceso nunca ha alcanzado esos objetivos transformadores que buscaban la rehabilitación negando tanto las contradicciones internas como externas.

El tiempo de pandemia ha dejado en evidencia a todas las instituciones cerradas. El COVID ha hecho que durante 2 años las instituciones psiquiátricas tuvieran un régimen de encerramiento total, dejando a los trabajadores exhaustos y generando en los pacientes posibles repercusiones en su estado de ánimo. Durante este tiempo, la sociedad impaciente por continuar su propia vida ha dejado olvidada a esta población a su suerte. La atención comunitaria y la ayuda a la reintegración de la persona debe verse como una oportunidad para situar a la sociedad en un grado más alto en la ética de valores. El cómo se hacen las cosas puede cambiarlo todo. Para ello debe oírse la palabra de todos, es necesario un debate social abierto sobre el tema. Toda una investigación participativa, evitando el atrincheramiento de posturas, pues no debemos de olvidar que el centro de nuestra atención es la persona. No hay que temer al cambio, no podemos agarrarnos al pasado, pues nada permanece. Así ha sido siempre en el mundo de la hospitalidad.

“Allí donde esté tu tesoro, estará también tu corazón” (Mt 6,21)

BIBLIOGRAFÍA

- Agüera, I. (2003). *Pedagogía homeopática y creativa*. Narcea
- Alastuey, E. B. (2001). Max Weber o el enigma emocional del origen del capitalismo. *Reis*, 95, 9–36. <https://doi.org/10.2307/40184349>
- ASEDES (2007). Asociación Estatal de Educación Social. Documentos profesionalizadores. Catálogo de funciones y competencias de la educadora y el educador social.
- Azumendi, O. M. (2007). Los experimentos de Northfield y el Memorándum de SH Foulkes. *Norte de Salud mental*, 7(29), 88-93.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barral.
- Basaglia, F. (2020). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico y otros escritos*. Irrecuperables.
- Blasi R. (2006) Entrevista con el Dr. Robert Paul Liberman. (Traducción Mariona Solé) *Rehabilitación Psicosocial*. Vol. 3. Núm. 1. páginas 33-37
- Castel, R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. *Revista internacional de sociología*, 72(1), 15-24.
- Caudill, W. (1966). *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*. Escuela.
- Codato, F. (2014). *Follia, potere e istituzione: genesi del pensiero di Franco Basaglia*. Follia, potere e istituzione, 1-208. Tangram edizione scientifiche.
- Cortina, A. (2014). *¿Para qué sirve realmente la ética?*. Paidós.
- de Empleo D. G., Sociales, A., & de Oportunidades, I. (2011) Informe del grupo de expertos ad hoc sobre la transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria¹, 2. Comisión Europea
- del Campo, E. R. M. (2014) *La investigación de la subjetividad y el complejo campo de la educación. Paisajes de lo educativo desde la investigación*. Universidad de Guadalajara.
- Delors, J. (1996): “Los cuatro pilares de la educación” en *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Santillana/UNESCO. pp. 91-103.

- Desviat, M. (2006). La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Norte de salud mental*, 6(25), 8-14.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263.
- Desviat, M. (2020). La reforma psiquiátrica. La revolución delirante.
- Durand-Dassier, J. (1974). *Psicoterapia sin psicoterapeuta*. Marova.
- Eraso, Y. (2002). El trabajo desde la perspectiva psiquiátrica. Entre el tratamiento moral y el problema de la cronicidad en el manicomio de Oliva de Córdoba en las primeras décadas del siglo XX. *Cuadernos de historia. Serie Economía y sociedad*, (5), 33-63.
- European Social Network (2011). *Salud mental y bienestar en Europa: Un enfoque comunitario centrado en la persona*. Brighton.
- Fernández, F. P., & Ortega, M. P. (2017). La situación de los manicomios de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios a comienzos del siglo XX. Un estudio a través de los Boletines de la Revista Frenopática Española. *Revista de historia de la psicología*, 38(4), 38-52.
- Foot, J. (2014). Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. *Critical and Radical Social Work*, 2 (2), 235-49.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica, I*; traducción de Juan José Utrilla. FCE - Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Herder Editorial.
- Freire, P. (2007). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.
- Goffman E. (1994). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu editores.
- González Álvarez, O. (2010). Consideraciones sobre el "origen alemán de la Comunidad Terapéutica". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 321-323.
- Huertas, R. (1988). La comunidad de Gheel: una alternativa de asistencia psiquiátrica en el siglo XIX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 8(25), 257-266.

- Huertas, R. (2021). Críticas y alternativas en psiquiatría. Los Libros de la Catarata.
- Lezcano F. (2006). Análisis de necesidades de las personas con enfermedad mental grave prolongada en Castilla y León. Universidad de Burgos.
- Lipman, M. (2015). Natasha: aprender a pensar con Vygotsky. Una teoría narrada en clave de ficción. Gedisa.
- López, M. (2020). Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental (II). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 40(137), 33-55.
- López, M., Laviana, M., & García-Cubillana, P. (2006). Los hospitales psiquiátricos en la (s) reforma (s). Notas para orientar una investigación necesaria. Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica. Madrid: AEN, 239-76.
- Martínez, M. (2002). Ética psiquiátrica. Universidad Pontificia Comillas.
- Peredo, S. (2018). LA ESCISIÓN RAZÓN-PASIÓN EN EL PENSAMIENTO POLÍTICO CLÁSICO Y MODERNO. Santiago.
- Robcis, C. (2016). François Tosquelles and the psychiatric revolution in postwar France. Constellations, 23(2), 212-222.
- Rodríguez, C. C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. Auditio, 2(3), 74-77.
- Rogers, C. (1989). El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica. Paidós.
- Sáez, J. (2002). Entrevista a la profesora Gloria Pérez Serrano: Catedrática de Pedagogía Social (UNED, Madrid). Pedagogía social. Revista universitaria, (9), 379-388
- Salvador-Carulla, L., Almeda, N., Álvarez-Gálvez, J., & García-Alonso, C. (2020). En la montaña rusa: breve historia del modelo de atención de salud mental en España. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria, 34, 3-10.
- Sánchez, M. J. (1996). " Kenosis-Diakonia" en el itinerario espiritual de San Juan de Dios. Fundación Juan Ciudad
- Sobrino T. & Rodríguez, A. (2008). Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas. Síntesis.

Vázquez, M. C., & Camacho, J. R. G. (2010). Consideraciones en torno al movimiento alienista y el tratamiento moral de la locura. *Uaricha*, 7(14), 89-104.