XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

Crónica y crítica de una experiencia de resocialización.

Siedl, Alfredo Claudio José.

Cita:

Siedl, Alfredo Claudio José (2008). *Crónica y crítica de una experiencia de resocialización. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-032/480

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/efue/xEa

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

CRÓNICA Y CRÍTICA DE UNA EXPERIENCIA DE RESOCIALIZACIÓN

Siedl, Alfredo Claudio José
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN
Este es el relato de la transformación del Hospital de dementes Santa Isabel, de Leganés (Madrid), en el Instituto Psiquiátrico José Germain, una red variada pero centralizada de centros de salud y de rehabilitación, clubes, viviendas y asociaciones de pacientes y familiares, granjas y hospitales que dan cobertura a cerca de un millón de habitantes. Analizaremos las características y las dificultades de esta experiencia que comenzó en 1986, enfatizando sus procedimientos técnicos, el tipo de sujeto al cual van dirigidos, y el lugar que ocupa en una historia de las reformas de las instituciones totales que comienza con Pinel, se renueva con los avances de los modelos científicos y vuelve a ser radicalmente impugnada por Basaglia. La historia posterior incluirá la creación de dispositivos abiertos e integrados de inserción social; ya desde la propuesta de Trieste se ha pensado en los pisos ciudadanos; en las cooperativas de trabajo de los pacientes. La reforma de Leganés se beneficia de estas experiencias anteriores y se propone tratar de resolver la dificultad más irreductible: la recuperación psíquica del paciente cronificado. Sin embargo, en esta búsqueda encuentra límites que parecían haber quedado atrás.

Palabras clave
Psicología social Institución total

ABSTRACT
CHRONICLE AND CRITICISM OF A RESOCIALIZATION EXPERIENCE
This speech is about the transformation of the Hospital de dementes Santa Isabel (Leganés, Madrid), into the Instituto Psiquiátrico José Germain, a varied but centralized net of health and rehabilitation centres, clubs, buildings, patients and relatives´ associations and hospitals that provides medical assistance to about a million inhabitants. We will analize the characteristics and difficulties of this experience that has started in 1986. We will focus on its technical procedures, the kind of person that it will be directed at and its place in the history of all the institutions´ reforms that starts with Pinel, renews with the breakthroughs of the scientific models and finally is radically challenged by Basaglia. The subsequent history will include the creation of open and integrated mechanisms of socialization. It has been thought about the buildings, the patients´ working cooperatives since Trieste´s proposal. Legane´s reform has been benefited from these previous experiences and is intended to solve the most unyielding difficulty: the psychic recovery of the chronic patient. Nevertheless, there are other limits in this search: that seemed to have been left behind.

Key words
Social psychology Asylum

En 1986 se crea en Madrid el *Instituto J. Germain*, una red de centros de salud y de rehabilitación, clubes, viviendas, y hospitales organizada en torno al paciente crónico. Nos proponemos analizar qué tipos de paciente y perfiles profesionales produce este dispositivo y qué morfologías pueden asumir hoy las instituciones totales. Manuel Desviat, "psiquiatra crítico", director del proyecto desde sus inicios hasta 2008, año de su destitución por el gobierno autónomo de Madrid, comparte con Basaglia la negación del *hospicio*, pero no su negación de los aspectos de la técnica clínica. Para Basaglia el profesional debía despertar en el paciente un sentimiento de oposición al poder como primer paso para su rehabilitación. Desviat sostiene en cambio que dicha rehabilitación no es el resultado de un acto de toma de conciencia, sino de la aplicación de instrumentos provenientes de aquella ciencia cuestionada por la antipsiquiatría, El éxito pasará por una rehabilitación exitosa y la creación de lugares sociales donde externar a enfermos crónicos. La propuesta psicoterapéutica se articula con el nivel de atención primaria, a la vez que se preocupa por la capacitación profesional y el enfoque terapéutico de la prevención terciaria. El aspecto primario de la prevención se relaciona con un dispositivo abierto e integrado a toda la comunidad, y el terciario, a la resocialización de externados que habían vivido por décadas en el *manicomio*,

Para los mentores de esta reforma el principal obstáculo no era político, sino algo casi por completo indialectizable, la roca viva en donde habían encallado los libertadores psiquiátricos: el núcleo duro de irreductibles a la rehabilitación, principal factor de cuestionamiento a las reformas psiquiátricas. Para atacar la cronicidad, el instrumento adecuado es una concepción de la cura basada en la psicoeducación; el cuidado y el entrenamiento en técnicas específicas para "aumentar las capacidades" de sujetos que han tenido una larga estancia como alienados. El enfoque terapéutico global es cognitivo.conductual. Junto con ello se dispone de un conjunto de estructuras administrativas físicas (prestaciones de área) y fundamentalmente de gestión: actuación por objetivos, programas evaluables, observación y registro de pacientes. El concepto de "rehabilitación" es el del seguimiento y el control de la inserción del *psicótico* en el ámbito social. La normalización del paciente se define por la presencia de conductas socialmente no conflictivas (principio de aceptación social).

Este modelo se propone revertir la escasa preocupación clínico-epistemológica y la poca asignación de recursos para la atención de patologías crónicas. Desviat sitúa la causa de este desinterés en el origen social de los profesionales de salud mental, por una escasa afinidad cultural, y una formación profesional con técnicas terapéuticas poco orientadas a un sector que difícilmente podría ser considerado parte de una *clientela*. El imaginario y la representación social mayoritaria de los profesionales de salud mental está asociado al éxito relativamente mediato. El trato con la cronicidad puede llevar a situaciones de rechazo de los pacientes (Malfé, en Martí y Satne, 1982) o de insatisfacción personal. Esto manifiesta la persistencia de representaciones sociales sobre la locura o la cronicidad aún en aquellos agentes de salud que no debieran ser legos en estos campos. ¡Pero lo son!, en tanto la currícula de la formación profesional no enfatice estos temas.

El dispositivo terapéutico funciona como una red integrada de servicios de salud mental, compuesta básicamente por: El centro de salud mental, uno de los puntos de entrada del sistema. Allí el paciente entra por primera vez, y puede que no pase de este nivel. Si el diagnóstico lo amerita, el paciente en etapa aguda pasa por la unidad hospitalaria de rehabilitación, y luego es trasladado a la unidad de rehabilitación ("UR") en donde vive mientras se prepara para la vida en sociedad, luego de lo cual puede ir, en caso de no tener familia continente, a los pisos protegidos o supervisados; en donde conviven de dos a cuatro pacientes. Previamente suelen pasar por una etapa intermedia en un "piso escuela", adonde concurren durante el día, y realizan tareas hogareñas. La unidad residencial, psico-geriátrica, aloja a los pacientes que por su edad y deterioro quedaron fuera de la rehabilitación. El Hospital de día y el centro de rehabilitación de día tienen actividades grupales: talleres de "educación para la salud" o de "autocontrol", y lugares de reunión y ocio. En el mismo lugar se encuentran los talleres (carpintería, herrería, huerta, corte y confección, etc.).

Los pisos se encuentran dentro de edificios comunes, de clase media. Se ha procurado que los pacientes tengan la aceptación de sus vecinos. Por ello se ha incluido inicialmente a dermatólogos para que orientaran estéticamente a las pacientes (Polo, 1999: 173). Los "tutores" enfermeros velan por el aseo y el orden domiciliarios, tienen acceso libre al piso, y verifican el cumplimiento de las tareas diarias, indicadas en una pizarra. Los pacientes son inquilinos pues abonan un alquiler (tienen una jubilación por discapacidad). El análisis del manejo del dinero es un tema importante en el tratamiento de los pacientes externados, una variable de la vida cotidiana. El Instituto dispone de los ingresos económicos de los pacientes; resta el alquiler, y diariamente entrega el equivalente a 10 euros para el uso de cada paciente (el resto va a una caja de ahorro). Pero la entrega queda condicionada al comportamiento de los pacientes. Dos variables son utilizadas para el tratamiento conductual de los pacientes: tiempo y dinero. En el caso de los pacientes internados en la UR, la toma de medicación y la asistencia a espacios terapéuticos se premia con salidas y dinero. Para disponer de él hace falta poseer la "tarjeta azul", que se obtiene tras higienizarse y afeitarse convenientemente. El dinero se reduce por una llegada tarde, o por tomar objetos personales de otros). Si hay situaciones agresivas, la respuesta es la sala de aislamiento. Hay que hacer notar que tales disposiciones se "pactan" entre el paciente y sus tratantes: psicólogo y psiquiatra, en un "contrato terapéutico", en donde se establecen los compromisos mutuos. Para comprobar el nivel de cumplimiento colaboran distintos niveles de la administración que se reúnen en grandes grupos de "profesionales" (médicos, psicólogos y enfermeros) que comparten sus observaciones.

Cada paciente tiene un "PIR" (plan individualizado de rehabilitación), del que se desprenden los "contratos" y sus consecuencias. Estos planes y su cumplimiento es lo que se discute y evalúa grupalmente. Un "PIR" contempla distintas áreas: (1) la evaluación de la vida cotidiana: el tratamiento (medicación, relajación, conversación); el .aseo y los hábitos de vida (consumos y hábitos de sueño y orden de vida en general), el autocontrol (habilidades sociales adaptadas o no; iniciativa; tolerancia a la frustración; autoestima), el funcionamiento cognitivo y la autonomía (gasto de dinero, ejecución de tareas domésticas); (2) la evaluación de las necesidades y recursos (familia; económicos) del usuario; (3) los objetivos de rehabilitación (objetivo final, urgente; específico) y (4) el desarrollo del plan por áreas y actividades a realizar. Los objetivos finales consisten generalmente en aumentar el autocontrol; prevenir recaídas; aumentar la socialización y el funcionamiento general. Los objetivos específicos operacionalizan las variables anteriores; por ejemplo: "dormir ocho horas"; "asistencia y puntualidad en los talleres"; "control del dinero"; "manejo de ansiedad"; "mejorar higiene personal".

La organización de criterios uniformes; la "máxima normativización"; la circulación de información estandarizada sobre la evolución de los pacientes con criterios y herramientas de la psiquiatría biológica, la psicología cognitiva, el conductismo y la (psico)educación, y fundamentalmente la organización y gestión producen un nuevo universo simbólico ad-hoc en el que participan pacientes y profesionales en los dispositivos terapéuticos. Si bien es atendible por la psicopatología de los pacientes, el efecto es de cierta fijeza simbólica, casi en las antípodas del imaginario contracultural de la locura concebida como posibilidad de liberación de estereotipos o configuración de una nueva *poiética*.

El riesgo que puede conllevar esta homogeneización simbólica es el de crear una nueva *carrera moral del enfermo mental* que constituya al yo del paciente con nuevos significantes. En todo caso, se propone como diferente al ideal de subjetividad alternativa que proponía Basaglia. El ideal institucional y el imaginario que se desprende de la experiencia actual es el del *trabajo*, de realizar una tarea que requiere de la circulación de verbalizaciones comunes. Los profesionales dedican muchas horas a la

transmisión de información sobre el quehacer de los pacientes, un trabajo, difícil, repetitivo, con las características que proponen la cronicidad y una planificación abundante.

La propuesta madrileña tiene algunos antecedentes en Pinel; el cambio de las "costumbres" el uso de tutores, de contratos y de de nociones de "premio" y "castigo". Pero Pinel promovía las "representaciones", actuaciones que médicos y enfermeros realizaban según el delirio padecido por el enfermo. En términos de Goffman, Pinel se basaba en la construcción de interacciones conversacionales con la finalidad de llevar al paciente a situaciones moralmente aceptables. Recordemos que la identidad subjetiva, siempre precaria, se afirma en la medida en que pueden definir situaciones sociales. También los modelos cognitivos del proyecto de Madrid analizan los aspectos de la vida cotidiana que expresan un orden social pues intenta presentar a los pacientes aquellos roles variables que rigen las interacciones con el fin de que sean parte del consenso de los códigos sociales. A simple vista, esta estrategia se opone a la imposición de un yo unívoco que Goffman señala en *Internados*. Claro que si pensamos consecuentemente en sus términos, "el sentido de nuestra propia identidad personal puede ser el resultado de salirse de una unidad social más amplia, puede residir en las pequeñas técnicas con las que resistimos a las presiones. Nuestro estatus se hace más resistente por los sólidos cimientos del mundo, pero nuestro sentido de identidad personal muchas veces reside en sus resquebrajaduras" (Goffman, 1970). No queda clara en nuestra observación de la experiencia cómo se afirma este *self* al que se pueda regresar luego del paseo por las formas variables del yo social. En los tratamientos no se hace alusión a estabilidades interiores tales como el *self*. La estrategia se basa en el análisis de los procesos más externos, tales como la conducta social. No hay al parecer un yo único, en tanto los pacientes tienen mayor circulación social, pero todos los modelos de actuación social son ofrecidos por la institución, proveedora de los códigos. La "institución total", con su carácter total de la vigilancia panóptica señalado por Bercherie no disminuye en este nuevo dispositivo; por el contrario: se diversifica hasta llegar a la vida cotidiana. Claro que el panóptico como objeto físico, especialmente como edificio fabril, sufrió los cambios de los modos de producción; el fordismo fortaleció las ideas de individualismo, uniformidad e intercambiabilidad de los sujetos en la cadena de montaje. El *hospicio* ha devenido más lentamente (como la representación social de la locura). Quizás le haya llegado la hora de la gestión científica, ha sucedido con la *fábrica*. Las instituciones psiquiátricas han seguido durante parte de la modernidad con los modelos de exclusión de los enfermos mentales. La época basagliana cuestiona la relación de la psiquiatría con el poder así como había sucedido durante fines del siglo XVIII. A la revuelta francesa que exigía la libertad para los locos sucedió el afianzamiento de las disciplinas; aquel poder epistemológico, el "saber que se forma de la observación y clasificación de los individuos, del registro, análisis y comparación de sus comportamientos" (Foucault, 1973). El proyecto de Madrid recupera ese saber y lo vuelca en la producción o recuperación de habilidades de los pacientes. Su eficacia principal está dada por superponerles a dichas técnicas un modelo de planificación y administración centralizada, a partir del sistema de salud estatal. En tal sentido, se diferencia de los modelos de gestión neoliberales que le han sido contemporáneos, más proclives a la privatización y a la descentralización de los modelos sanitarios. De todos modos, la destitución de Desviat parece prometer la intención de llevar al modelo sanitario a una gestión más acorde a los nuevos modelos económicos de índole toyotista, es decir, la tercerización de servicios y la libre contratación entre prestadores individuales de salud y gestores privados. El sistema de organización en red es acorde, en verdad, con los nuevos dispositivos laborales del último cuarto del siglo XX, pero las redes toyotistas son flexibles, tienen cierta autonomía y cambian de rol y actividad. La red de Madrid, en cambio, es fija en cuanto al tránsito de pacientes y no flexibiliza las condiciones de contratación y trabajo de los profesionales. El sujeto que ha ontologizado esta reforma el paciente en rehabilitación continua, precisa de un control suave pero persistente. El modelo parece más análogo al de la cadena de producción fordista, pues hay un algoritmo de circulación continua de evaluación del paciente. Obviamente, con un modelo de estas características de vigilancia, coherencia e información centralizada, a la vez de fuerte liderazgo, y con un programa firme y decidido, no es posible avanzar en dirección neo-liberal. Los autores del proyecto han confiado en la racionalidad social, económica y científica de su propuesta. Pero la política ha regresado, y con ella seguramente ciertas representaciones sociales, que han persistido en muchos votantes, ahora mayoría *popular* que ha decidido descabezar este proyecto, para que volvamos a descubrir la historia.

BIBLIOGRAFÍA

BASAGLIA, F. (1972): La institución negada; Barcelona, Barral Editores.

BERCHERIE, P. (1999): Los fundamentos de la clínica; Buenos Aires, Manantial.

DESVIAT, M. (1994): La reforma psiquiátrica; Madrid, Ediciones Dor.

FOUCAULT, M. (1992): Genealogía del racismo; Buenos Aires, Ed. Altamira.

FOUCAULT, M. (1996). Historia de la locura en la época clásica, México, FCE.

GOFFMAN, E. (1970): Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu.

MARTÍ y SATNE: Desarrollos en psicoterapia de grupo y psicodrama, Barcelona, Gedisa.

POLO, C. (1999): Crónica del manicomio: prensa, locura y sociedad; Madrid, AEN.

ROVALETTI, M.L. (2007): "El self se expresa de muchas maneras"; en XIV Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología, U.B.A., 9/8/07.