

# Rehabilitar la ciudad

## La des-institucionalización y el protagonismo de los usuarios y ciudadanos

E. VENTURINI

Director del Departamento de Salud Mental de Imola

### Introducción

Roseto es un sereno pueblo de 1600 habitantes de Pennsylvania. Su nombre probablemente no significa nada para la mayoría de las personas. Sin embargo, lo que ocurre aquí tiene gran importancia para las políticas sanitarias. En los años 50 una investigación de Stewart Wolf y J. Bruhn puso en evidencia que la probabilidad de infarto, en este pequeño pueblo, era 40% inferior respecto a la media de EEUU, en igualdad de condiciones de enfermedad, alimentarias y comportamentales. ¿Cuáles eran las razones de esta mayor resistencia? Después de muchos estudios, se entendió que las razones residían en las características sociales de esta pequeña comunidad de italo-americanos. En su seno existía una fuerte cohesión social y una profunda ética de igualdad. Estas características culturales fueron interpretadas como protectoras del estrés e, indirectamente, como protectoras del infarto. Como otra prueba, agregamos este dato: cuando, por exigencia de las jóvenes generaciones, se modificaron los valores culturales colocándose éstos en los niveles típicos del americano medio, el porcentaje de infartos aumentó progresivamente.

También Alameda City resultará desconocida a la mayoría de las personas. Sin embargo, valdría la pena reflexionar mucho sobre la investigación que se realizó a finales de la década de los años 70 por parte de L. Berkman y S.L. Syme. En este condado de la Bahía de San Francisco, un estudio realizado sobre 6.928 adultos demostró, después de 9 años, cómo las personas con débiles lazos sociales tuvieron más probabilidad, dos veces superior, de morir que los que tenían mejores relaciones.

Existe otro elemento que interviene con un papel determinante en el destino de las personas: ¡la desigualdad! Sociedades con menor diferencia de ingresos entre ricos y pobres, como Suecia y Japón, gozan de valores más altos de expectativa de vida. Una distribución pareja de riqueza y de ingresos, provoca una sociedad más armoniosa y, en cierto modo, más sana. Algunos autores han calculado, por ejemplo, para cada aumento en el porcentaje de desigualdad, un aumento de 2 ó 3 veces los valores de muerte.

La red social, por tanto, es un potente agente de salud, acelera el proceso de curación, aumenta la supervivencia. La presencia o ausencia de una red social estable y confiable, constituye un círculo virtuoso o un círculo vicioso que influye sobre el pronóstico de la enfermedad o sobre la longevidad. Una red social poco importante no activa las posibilidades de respuesta en las situaciones de crisis, pero tampoco una red demasiado importante la favorece. Hace falta una forma fuerte y ramificada de relaciones, como nos lo explican la *network analysis* y el sistema de red. Construir esta red es muy trabajoso, costoso y complejo. Pero este potente sistema "inmunitario" existe espontáneamente en la realidad y tiene un nombre: capital social.

Tres veces por semana las calles principales y la plaza de Imola se animan: son los días del mercado. Hay un fermento difuso, la gente se mueve por los puestos de mercado, discute los precios, discute animadamente. Los bares se llenan de gente: es la ocasión de encuentros y de charlas. Todos dan vueltas: las mujeres con la bolsa de la compra, los ancianos hablan en voz alta sobre temas de deporte o política, y, en un lugar bien determinado de la plaza, están también los jóvenes, los rebeldes con el arito

y los "yuppies", naturalmente bien distinguidos entre ellos. También los hombres políticos se hacen ver, tal vez con la excusa de tomar un café en el bar: saben que esas ocasiones son extraordinarias para tomar el pulso a los humores de la gente. Por todas partes hay un hormigueo excitante y se tiene la impresión de encontrarse en un gran escenario, donde cada uno actúa en su papel de protagonista. Dice Pitágoras que "en el mercado de la vida está quien compra, quien vende y quien mira"... por cierto, nada hay con más vida que el mercado. ¡La plaza y las calles de Imola, en estas ocasiones, simbolizan y dan forma al llamado "capital social"!

## El capital social

¿Qué es el capital social? En sociología se define "capital social" al conjunto de características, que aumentan la eficiencia de una organización social, facilitando la coordinación de las acciones individuales. La confianza, las normas de reciprocidad y las redes de compromiso cívico son las características principales del capital social. Estas cualidades se refuerzan entre ellas y se dirigen hacia una reciprocidad generalizada, hacia una serie continuada de relaciones de intercambio, no siempre correspondidas, pero con el presupuesto de que lo serán en el futuro. Por lo tanto, no existe un detallado balance de bienes intercambiados, existen solamente obligaciones de dar y recibir, no determinadas en el tiempo y en los contenidos: se trata de un contrato moral\*.

La definición del valor y de la importancia del capital social se confirma en el texto de Putnam de 1993: *La tradición cívica en las regiones italianas*<sup>1</sup>, una investigación que duró 20 años, desde que fueron instituidas las regiones, en 1970, comisionada por el gobierno italiano, para evaluar la evolución de estos nuevos institutos en la realidad italiana durante el transcurso de los años. El texto abre con una pregunta del autor: "¿Cómo se explica que algunos gobiernos democráticos tengan éxito, mientras que otros fracasen?" Pregunta que asume un valor que supera los confines italianos y que encuentra respuesta, según el autor, en la mayor o menor presencia del capital social en el contexto que se examina". La conclusión de este autor es que no son suficientes el progreso económico o las instituciones públicas para decretar el éxito de la democracia, es necesario sobre todo, un tejido social, que pueda dar soporte a la cooperación y a la confianza recíproca. La extensión de

la solidaridad, más allá de los lazos familiares, se considera un pre-requisito indispensable en el funcionamiento de una organización democrática. En este contexto los ciudadanos esperan un buen gobierno, exigiendo servicios públicos eficientes y están dispuestos a reaccionar colectivamente para alcanzar sus objetivos comunes. El capital social es la clave para hacer funcionar la democracia.

Posteriormente, en 1995, el autor reforzó esta hipótesis suya, con un estudio hecho en los EEUU, *Bowling Alone*<sup>2</sup>, donde el título indica ya mucho. El jugador de bowling solitario es la metáfora de la caída del capital social que se estaría verificando en ese país. Respecto al pasado habría una vuelta hacia atrás. No se juega más a *bowling* en grupo. A partir de una revisión analítica de los datos que se desprendían de un estudio desarrollado en EEUU en el curso de los últimos 20 años, el autor explora algunos indicadores (educación, tiempo libre, matrimonios, movilidad, papel de la mujer) y reconoce una caída del asociacionismo en las generaciones contemporáneas. Nota un menor interés de involucrarse en asociaciones de voluntariado y en las de carácter político, que interpreta como una pérdida de confianza entre los individuos y hacia las instituciones\*\*.

## Imola

Imola es un ejemplo excelente de una realidad dotada con un fuerte capital social.

Imola es la patria de Andrea Costa, fundador del partido socialista italiano, primer ayuntamiento en la historia italiana gobernado por la izquierda, sede de la primera cooperativa social. Actualmente Imola constituye, junto con Manchester (UK), Mondragón (Es) y Quebec (Can), uno de los lugares en el mundo con mayor concentración de actividades cooperativas. En una población de 104.062 habitantes (censo municipal), los socios de cooperativas son 45.456 (poco menos de un habitante cada dos) y las personas empleadas en las cooperativas son casi el 18% de la población laboral. Según los datos relativos al cierre del balance de 1997<sup>4</sup>, son 94 las empresas cooperativas. La facturación anual de las cooperativas es de \$1.500 millones de dólares y constituye casi el 65% de todo el PIB del sector industrial de Imola. Las personas en busca de trabajo son un número exiguo, lo que confirma la casi total ocupación. Nos encontramos frente a un grupo de empresas, que han conquistado un primer lugar, en el campo económico y

**Tabla I**

**LISTA DE LAS PRINCIPALES ASOCIACIONES IMOLESAS QUE INTERVIENEN EN EL SECTOR SOCIO-SANITARIO (valores expresadas en liras italianas)**

	<b>Actividad</b>	<b>Socios</b>	<b>Empleados</b>	<b>Facturación</b>
Cooperativa Social Trabajadores cristianos	Gestión de restaurante y venta cooperativa	90	6	295 millones
Cooperativa Solidaridad Social	Asistencia y rehabilitación del malestar psico-social	22	6	340 millones
Consortio Cooperativo Gerico	Servicio a las personas y ayuda a las familias	23	=	=
El Bosco Soc. Cooperativa	Gestión escuela y Centro veraniego para menores	72	18	508 millones
La Sonrisa Coop. Social	Recuperación psicofísica de drogadictos, y alcohólicos	183	25	1.136 millones
El Arco Coop. Social	Trabajo de alambres y cerámica (personas con handicap)	25	11	932 millones
SEACOOOP Soop Soc. Onlus	Servicio socio-rehabilitación Socio-asistencial y educativo	162	163	6.668 millones
SOL.CO	Asesoramiento jurídico-contable, económico y financiero, formación	334	179	7.674 millones
A.TL.AS Coop. Solid. Social	Salud Mental y handicap	142	111	4.901 millones
Grillo Parlante	Servicios para la infancia guarderías	21	6	266 millones
Coop. Social Jóvenes Encuadernadores	Encuadernación operativa y personas con handicap	65	18	952 millones

	Actividad	Socios	Empleados	Facturación
La Gaviota Coop. Social	Servicio socio asistencial para menores	21	1	22 millones
IMOLA solidaridad	Servicio socio-asistencial ancianos y enfermos	34	20	635 millones
Coop. Soc. LA MERIDIANA	Inserción laboral de personas con desventajas	12	2	94 millones
Casa de Hospitalidad Anna Guglielmi	Hospitalidad para parientes de los internados	67	2	152 millones

social, a nivel europeo. La realidad cooperativa imolesa todavía hoy está en fuerte expansión, gracias a la capacidad de adecuarse y al compromiso de mejorar infraestructuras y servicios<sup>6</sup>.

Más allá de los datos cuantitativos, el punto de fuerza de la cooperación de Imola está representado por los Socios y por la confianza recíproca que los une. Los socios trabajadores, los ejecutivos, los dirigentes, han dado vida a un sistema productivo fundado sobre tecnologías avanzadas y sobre estructuras de *marketing* de buen nivel, pero estas empresas han puesto en el centro de la atención, sobre todo al hombre y su capacidad de trabajar, mediante relaciones horizontales. La cooperación representa, en efecto, una idea distinta de dedicarse a la empresa: una empresa que premia el trabajo y sus méritos, pero privilegia al hombre. Punto de fuerza del distrito cooperativo de Imola, es su radicación en el tejido social y el fuerte lazo con las instituciones locales. A este propósito, vale la pena citar un estudio reciente<sup>3</sup>, con el objetivo de medir la calidad de vida de una comunidad, basada en los principios de igualdad, respecto de la comunidad que se fundamenta en principios convencionales. La comparación se hizo entre Imola y Sassuolo: ambas ciudades tienen el mismo número de habitantes, el mismo nivel económico, pero un número distinto de cooperativas (casi ausentes en Sassuolo). En Imola hay una fuerte presencia del voluntariado, un mayor número de ocupados y una distancia menor entre ricos y pobres. Lo que impresiona en este estudio es la vida media mayor en Imola que en Sassuolo, con una baja de la mortalidad del 14% en los

últimos 6 años. Son necesarias otras investigaciones posteriores, pero parece altamente probable la influencia positiva desempeñada por la acción cooperativa sobre la salud. Este estudio refuerza investigaciones precedentes sobre el infarto, cuya importancia, parece estar fuertemente relacionada con la posición jerárquica y la capacidad de intervención del trabajador en su propio trabajo.

Junto a los procesos de reorganización empresarial, se registra en los últimos años, en Imola, el nacimiento de nuevas empresas en el sector social, según el concepto de solidaridad que siempre acompaña al movimiento cooperativo. La actividad desarrollada se destina a las personas más débiles y necesitadas y se dirige a garantizarles una mejor calidad de vida. Las cooperativas sociales se ocupan de la recuperación de los drogadictos, de la promoción humana y social de los minusválidos, de la integración laboral de los discapacitados pero también en el sector de la infancia, el de los ancianos y de las familias que afrontan situaciones de malestar (tabla I).

## El uso del capital social en el proceso de desinstitucionalización

Imola ha sido sede de dos de los más antiguos y poblados hospitales psiquiátricos de Italia. El proceso de superación del hospital psiquiátrico fue conducido con modalidades radicales: el manicomio fue cerrado completamente, todas las altas ocurrieron a través de proce-

Los pacientes individualizados, no se ejercieron diferencias entre pacientes psiquiátricos, pacientes con discapacidad física y ancianos, no se identificaron pacientes psiquiátricos "difíciles", o mejor dicho, se consideraron como factibles de resolución todas las situaciones difíciles de larga institucionalización y de muy reducida autonomía, que caracterizan el "residuo" manicomial.

Todos los que solicitaron (106 personas) volver a sus lugares de origen encontraron respuesta a su deseo, para todos los demás (330 personas), que podían encontrar una solución propia, se realizaron 26 casas fuera de la zona del hospital, en 13 municipios distintos. Los expacientes, sus familiares y numerosos ciudadanos participaron en la administración de estas casas. A los recursos económicos del hospital psiquiátrico se les dio otro destino. El personal precedente fue sustituido principalmente por los trabajadores de las cooperativas del sector privado-social. El área del antiguo hospital ha sido destinado a la realización de un gran proyecto público, cultural y social, que, junto con la institución de una Universidad Internacional de la Música, respeta la "memoria" del lugar y las realidades de la desinstitucionalización (sedes de cooperativas de inserción laboral, asociaciones, grupos de auto ayuda...) Porque, como dice Michelucci en "Nave dei Folli"<sup>4</sup> ("El Barco de los locos"):..."la ciudad necesita recordar, apropiarse de algunos aspectos que estuvieron conectados íntimamente a los comportamientos de los locos; tendría que enriquecerse siempre con una voz que, a pesar de parecer disociadora al principio, dé un significado distinto, más profundo a lo que, hasta ahora, ha sido definido como el espacio de la cordura".

## El "proyecto valerio" y el "taps project"

Nos pusimos a comparar nuestra experiencia, llamada "Proyecto Valerio", por el nombre del paciente más grave al que pudimos dar respuesta a sus necesidades, con el proceso de des-hospitalización realizado en la parte nordeste de Londres y conocido con el nombre de "Taps Project"<sup>5-9</sup>.

Nos impresionaron una serie de semejanzas importantes: en ambos casos se hace referencia a dos hospitales (Lolli-Osservanza y Friern-Claybury), la duración del proceso es idéntica (8 años que llegan a ser 11 con la fase preparatoria y la evaluativa), la "catchment area" semejante (1.100.000 habitantes para Londres, 1.300.000

habitantes para Romagna), el número de internados también es comparable (772 en Londres, 656 en Imola), la cantidad de altas protegidas es prácticamente igual (78,4% en Londres, 75% en Imola).

Las diferencias son igualmente significativas y nos permiten poner en evidencia la diversidad de los dos "modelos". Antes que nada, el objetivo declarado: en Inglaterra se proponen subrayar un prototipo de desmanicomialización que tuviese en cuenta la relación costes/beneficios, en Imola había que aplicar la ley, y al mismo tiempo se quería afirmar un nuevo paradigma científico: la des-institucionalización. La puerta de entrada de los hospitales de Imola estaba naturalmente cerrada, mientras que estaba abierta a Friern y Claybury, por tanto, la edad media de los pacientes italianos era más alta que la de los ingleses. En Imola se consideró factible dar de alta a todos los internados, sin distinción de patologías o franjas de edad y sin delegar a otras agencias, en Londres se excluyeron los dementes y los pacientes de larga estancia de más de 65 años. Además en Londres nos encontramos con una cuota ulterior de 72 pacientes que no podían ser dados de alta (los DTP: "difficult to place"). Las cifras anuales de los datos de alta muestran en Londres un número mayor al comienzo del proceso (se da de alta en seguida a los pacientes menos problemáticos), mientras en Imola ocurre lo contrario (los pacientes menos problemáticos son dados de alta al final del proceso). La secuencia de las altas en Londres respeta la programación inicial, en cambio, en Imola hay una influencia significativa de los factores externos (disposiciones organizativas de la USL, leyes regionales y nacionales). Los efectos de la desmanicomialización se evalúan en Londres a través de una batería de tests, además se establecen controles para confirmar el alta. En Imola la posibilidad práctica ofrecida a los que se han dado de alta para revisar su decisión nunca fue ejercida por los interesados, se aplican evaluaciones empíricas, se adopta la escala de Ciompi sobre los niveles de autonomía, se realiza con el Instituto Mario Negri de Milán un test sobre la evaluación de la calidad de vida en las residencias. Al final, los recursos económicos del proyecto inglés se consiguen a través de la reconversión total de los inmuebles, vendidos desde el principio a manos privadas; en Imola la financiación deriva de un proyecto especial de la Región Emilia-Romagna.

Es interesante examinar la tipología de las residencias en ambas experiencias. En ambos casos se hace referencia a viviendas sin connotaciones socio-sanitarias: *ordinary*

*house* en Londres, *residence collective* en Imola. La cantidad de trabajadores presentes en las casas es alta con una relación de 1:1, como en los "pabellones de agudos". La interacción con los vecinos de casa ocurre sólo cuando el asentamiento ha ocurrido. Desde ese momento se ponen en marcha importantes acciones de integración social (fiestas, eventos colectivos).

El número medio de los huéspedes, en cambio, es diferente: 9 en Londres, 15 en Imola. La tipología residencial es de tipo popular en Londres, de nivel medio-alto en Imola (edificios con jardín ubicados en la ciudad). La propiedad es exclusivamente pública en Londres; en Imola es generalmente en alquiler o de propiedad del sector privado-social, gerente de la residencia (esta elección se debe a que tratamos de no inflacionar una futura oferta de viviendas, con un alto número de lugares públicos disponibles). En las residencias de Imola existe una asistencia domiciliaria provista desde fuera, en Londres la mitad de las residencias es autosuficiente. La asistencia médica es ofrecida por el médico de base para todos los dados de alta en Imola, en cambio, en / de los dados de alta ingleses, la asistencia sanitaria todavía es desempeñada por el hospital psiquiátrico.

## Rehabilitar la ciudad y no al paciente

Desde el comienzo del proceso de superación del "residuo manicomial" se privilegió la búsqueda de recursos fuera del contexto sanitario.

Primeramente se consideró que el paciente constituía un recurso, el más importante. Nos interesaba rescatar su parte "sana", su potencialidad no reconocida, ni valorada. La palabra de orden era desarrollar el protagonismo de los usuarios, considerando que desde el exterior no podía actuar ninguna forma de rehabilitación. ¡No se puede rehabilitar al otro! Toda intervención pedagógica-técnica es pura manipulación, falsificación: sólo el mismo sujeto se rehabilita a sí mismo. Al técnico se le exige que permita este proceso poniendo a disposición del otro sus competencias y su experiencia, provocando una redistribución de los poderes, internos y externos de la persona, aumentando la capacidad de contratación del usuario (y que se note bien que no nos referimos sólo a valores de tipo económico).

No nos propusimos integrar al paciente en la sociedad, sino todo lo contrario: integrar la comunidad al paciente. La otra

palabra de orden era, en efecto, "rehabilitar la ciudad". La ciudad (y en particular una parte significativa de sus ciudadanos) ha sido incluida en el proceso y se ha convertido en protagonista del cambio (nos referimos en particular, a la significativa colaboración de los colegios). La des-institucionalización, en efecto, no se refiere sólo al hospital psiquiátrico y a los aparatos institucionales, se refiere sobre todo a los personajes que actúan en el papel de enfermos y los que actúan en el papel de sanos. Cuando, implícitamente, se pone en discusión el confín que separa a estos personajes, algo -que no era conocido antes por ambos- puede comenzar a existir: la percepción de la existencia de la otra parte de sí mismo, tal vez la mejor.

El lugar de encuentro estaba constituido por la práctica de los derechos. No más denuncias, exigencias de reparación, estatutos específicos para los enfermos, sospechas de falsa identidad.

En cambio, reconocimiento recíproco, toma de conciencia de los propios derechos, apoyo a ejercerlos. Mejor destruir "las barreras arquitectónicas" que realizar recorridos diferentes. Mejor insistir obsesivamente con el principio de reciprocidad. Sabíamos bien que la integración sólo ocurría de manera efectiva cuando existía una ventaja común. No hay intercambio si la relación va hacia una única dirección, en este caso existe una relación paternal, fundamentalmente desvalorizada. Por este motivo no se valoraron tanto las ocasiones que ponían en evidencia las necesidades de los pacientes, cuanto las que promovían una oferta de algo hacia los demás; oferta a menudo gratuita, simbólica, pero que correspondía a las necesidades de la sociedad.

Cuando se "abría" una residencia, nuestro pensamiento se dirigía al mapa de recursos de aquel territorio, pero también al análisis de sus necesidades. En efecto, sabíamos que hubiéramos sido aceptados mejor por las personas de ese territorio si, de alguna manera, podíamos lograr serles útiles.

## Las residencias, lugares de producción social

El hábitat o el espacio constituyeron, desde siempre, el punto central de la psiquiatría. La historia de la psiquiatría es, en efecto, una historia de espacios, de murellas, de recintos, de definiciones y de delimitaciones, verdaderas o simbólicas, externas o internas en las personas. Me refiero naturalmente a los significados conectados con los espacios hospitalarios, a los de los asilos, a las estructuras residenciales o los semi-residenciales, a las

comunidades protegidas, a los grupos-apartamento, pero me refiero también al sentido de vivir en la familia de origen o en la adquirida, en busca de relaciones distintas, a la importancia de salir de los límites de la familia, tener un espacio, hecho a su medida, que nos permita reconocer y hacernos reconocer... Hacer posible estos pasajes atravesando los diversos papeles desempeñados por los interesados, significa incidir profundamente en la salud y en la enfermedad de las personas.

El problema de vivir toca evidentemente al paciente que se encuentra en la propia casa, en la institución o en la calle, pero toca también a quien comparte estos espacios: el familiar, el vecino, el trabajador psiquiátrico, los demás pacientes.

Por otra parte, en un determinado lugar podemos "estar" y en otro "vivir en". Como subraya Saraceno, se trata de dos condiciones profundamente distintas. En el primer caso, el espacio es ajeno e impuesto, no nos pertenece, e incluso, cuando no es claramente persecutorio, no se puede desempeñar funciones de valorización de la subjetividad. En el segundo caso, en cambio, el espacio es poseído, y al propietario, verdadero o simbólico, se le reconoce un poder de contratar, sea en cuanto se refiere a la organización material, o a la simbólica de la casa. Sólo en este caso es posible colorear afectivamente los espacios. Me parece paradigmático, con respecto a este propósito, el modo de expresarse de los trabajadores psiquiátricos cuando hablan entre ellos: no hablan de su "hacer", indican en cambio su "estar": "trabajo en el centro de salud", "estoy en una residencia", "la unidad de agudos", casi como si el lugar expresara los contenidos y los significados de su acción, su pensar, o su ser (pero, tal vez, a menudo es así, lamentablemente). Pero es paradigmática también la forma como los trabajadores identifican, consciente o inconscientemente, los espacios de su actividad, como propios. En este caso, a los usuarios se les permite estar, no realmente la de vivir.

He dicho que vivir es la cuestión central del sufrimiento psíquico, pero también lo es para todos los tipos de sufrimiento y, tal vez, en cierta medida, lo es para la misma vida..."¿A dónde vamos? Siempre a casa", recita justamente Novalis, aludiendo a un espacio de la mente y del corazón adonde tiende, recurrente, nuestra acción. El "trabajo", indudablemente, es importante por todos sus particulares significados sociales, materiales y psicológicos, pero la casa sigue siendo el lugar privilegiado de la elaboración de nuestras experiencias: aquí las experiencias se modelan, aquí el tiempo interior

encuentra su espacio, las relaciones de objeto se cargan de significados. Tenemos necesidad de retirarnos, de quitarnos sin temores la máscara social que estamos obligados a usar, de encontrarnos en una situación cargada de intercambios afectivos y de simples, pero intensas relaciones de objeto. Aunque constituye una parte esencial de nuestra vida, nadie nos enseña a "vivir en una casa", o al menos, no se nos enseña explícitamente, sin embargo, pienso que hay reglas, ritmos, pausas, técnicas relacionadas, pero también geometrías y distribuciones espaciales, que tendrían que quedar explícitas.

Paradójicamente, el papel que juega la psiquiatría es mínimo: la psiquiatría es insensible con la idea de "vivir en", está obsesionada en cambio, por el espacio, o mejor, por la idea de un contenedor, material o simbólico, en el cual circunscribir el objeto de su dominio.

El manicomio es un espacio de internamiento, que carece de interioridad y autonomía. Paredes que se reproducen a sí mismas. La del manicomio no es una arquitectura, es, más bien, una "arquitectónica", un encuentro de múltiples intenciones, dirigidas a acorralar, a separar un dentro de un fuera, a levantar barreras, creando al mismo tiempo, una sociedad en miniatura, ficticia, una parodia, un simulacro de sociedad real. Al mismo tiempo, el manicomio es -una paradoja- el lugar de la representación teatral, de la exhibición de la locura con intenciones moralizantes ("veis lo que sucede si no se respetan las reglas, si se transgreden las normas") o para tranquilizar ("si todos los locos están más allá de la puerta, nosotros podemos estar tranquilos y seguros de nuestra normalidad). Con un cierto escalofrío recuerdo cuando el personal del manicomio repetía a los internados que estaban de excursión: "es el momento de volver a casa". En un cierto sentido tenían razón, porque ese lugar había terminado por convertirse en un reemplazo de su casa, un lugar protector, una posibilidad de redes de intercambio y de relaciones. Sin embargo, de la misma manera puede ocurrir en cualquier infierno o lo que sea: una ficción, una parodia terrible, que se desenmascara ante la continua pregunta de los internados "¿Pero cuándo podemos volver a casa?", a la que no existe respuesta, si no la que manipula: "mañana".

Terminado el manicomio, ¿acaso ha terminado el furor clasificatorio y contenedor de la psiquiatría?

Lamentablemente no, en muchos, demasiados casos. Se continúa proponiendo la idea de una programación, de una esquematización reducida de la realidad. La

psiquiatría no renuncia a la idea de un proyecto totalizador y se considera por lo menos autorizada a programar, a veces hasta en los detalles, los lugares de vida de las personas. Sin duda hay una dosis de mala fe en el profesional que no cumple con sus responsabilidades programadas, aludiendo al respeto absoluto de la autonomía del paciente (que por otro lado, ésta no existe) y, en nombre de la oposición a toda especie de obstinación terapéutica, limita su tarea a abandonar al paciente. Pero no es menos criticable quien (y es la mayoría) con una perenne óptica hospitalaria, se siente objetivamente responsable por todo lo que sucede o pudiera sucederle al paciente: un "maternaje" sofocante y sin salida para quien no tiene poder. Es por eso que también las mismas situaciones que surgieron con la superación del manicomio (las nuevas residencias fuera del manicomio) pueden ser chupadas por esa misma mentalidad totalizadora, de la que han tentado escapar. Eso ocurre cuando la administración razona exclusivamente según una óptica institucional (¿cuánto me cuesta esta casa? ¿me conviene cerrar allí y abrir aquí? ¿sustituir este personal por otro más económico? ¿mezclar la actual composición de los usuarios con soluciones más útiles a la empresa?, etc.). La eficiencia organizativa se vuelve en este caso miopía burocrática, porque la historia de las personas, su carga de sufrimiento, el difícil recorrido hacia la libertad se aplastan en simples soluciones técnicas y económicas de las instituciones. Pero lo que también ocurre cuando el servicio psiquiátrico continúa considerando a estos lugares como objetos de su "poder terapéutico", y en los hechos, no en las palabras, pretenden tener la última palabra sobre la atención sobre el trabajo de los usuarios o ex usuarios, sobre la organización del tiempo libre y de la casa. Este lugar no es una "vivienda", no puede cumplir los efectos saludables incluidos en el ejercicio de la posesión de la "privacidad", este lugar continúa siendo un parche del servicio. Pero también la óptica psicoterapéutica minimiza algunas veces los efectos positivos de vivir en una casa. Está centrada demasiado en las vivencias del sujeto y de su estructura emocional, cómo se ha ido configurando en el tiempo, y tiende a no valorar que en la actualidad influye profundamente sobre ella: el ejercicio de un poder de contratación y de reconocimiento social que de ello deriva, como consecuencia tanto de un verdadero trabajo, como las satisfacciones de tener un hábitat.

¿Cómo se puede salir de esta ambivalencia: la ambi-

güedad del concepto de tutela y la necesidad de protección, por una parte, y, simultáneamente, el riesgo de ahogo y destrucción de la autonomía de la persona, por otra? ¿Cómo vencer lo que ha sido definido como "la mirada de Medea de la psiquiatría", mirada que petrifica y objetiva el poder terapéutico?

No existe una fórmula segura, ni una regla. Tal vez estemos ante el problema mismo de la existencia humana, en su anhelo contradictorio entre libertad y seguridad. Sin embargo, nos puede ayudar la idea del poder y de sus limitaciones y correcciones: lo que hace petrificadora a la mirada del psiquiatra no es una perversión específica de esta mirada, simplemente, es lo vasto de su extensión y su dominio. Actualmente, no hay ya ninguna mirada sobre el paciente: todas las miradas se han alejado progresivamente, reducido, anulado, y hasta el paciente ha terminado por negar su propia mirada. Nos encontramos ante un espacio desierto y a una delegación de dominio absoluto, porque no parece aceptarse una situación tan extendida y tan carente de control. En este caso son justamente la unicidad de la mirada y su poder, los que conducen a su destrucción. La misma historia del hombre enseña que, desde el principio de nuestra existencia, tenemos necesidad, por lo menos, de dos miradas: las de nuestros padres, y, sabemos que a éstas, muy pronto, se tienen que agregar otras, de diferentes subjetividades. Sin eso no es posible la experiencia, ni ningún aprendizaje.

Si entonces, es necesario modificar las vivencias del aislamiento, sobre todo es necesario modificar las relaciones sociales y jurídicas conectadas con la situación. Por esta razón en la hipótesis de la organización de la casa y de las residencias surgidas de la superación del hospital psiquiátrico, tenemos que hipotetizar una "línea" de gestión o de soporte distinta de la del poder terapéutico. Tenemos que favorecer la presencia de nuevos sujetos y de nuevos protagonistas. Pienso, por ejemplo en involucrar a las asociaciones de usuarios, de familiares, del voluntariado, del sector terciario, de un ente público distinto del sanitario. Tiene que modificarse principalmente la propiedad del inmueble, porque mientras la propietaria sea la empresa sanitaria, la solución de vivienda será siempre precaria: se determinará una relación paternalista, el paciente se encontrará objetivamente en una condición de inferioridad y una cierta "amenaza" terapéutica será siempre posible. Habría que, por lo menos, hacer válida la norma jurídica que regula las obligaciones y los derechos civiles en

alquiler, también en presencia de propiedad pública. Considero que el derecho privado protege principalmente al usuario. Me parecería oportuno favorecer el pago de un alquiler, aunque simbólico y de valor económico modesto. Sin duda, sería preferible la hipótesis incluida en la propiedad indivisible: los usuarios en este caso son co-propietarios del inmueble. Pero, frente a una baja capacidad de contratación de los usuarios y a una limitada capacidad de entender y querer, se puede instaurar un mecanismo garantizador, que considere la presencia simultánea de varios entes públicos, y también de sector privado social y de asociaciones.

También en este caso no se pretende mitificar a ningún sujeto, ni a ninguna fórmula. El "mercado social", por ejemplo, no significa la eliminación de todo tipo de abuso y manipulación: el libre intercambio no garantiza, automáticamente, el bien individual y el colectivo de modo justo. Siempre hay que cambiar la distribución del poder de las instituciones (y por tanto, también de las asociaciones sin ánimo de lucro) hacia el usuario. Tenemos que trabajar para transformar las cooperativas de asistencia social en cooperativas de inserción laboral y afirmar el derecho de la vivienda como parte integrante de toda intervención terapéutica. Tenemos que proyectar cada vez más una situación de acreditación de calidad de las organizaciones y estructuras de la psiquiatría, basada sobre supuestos objetivos. Lo que es esencial es la presencia de los usuarios y de sus familiares en la elección de los indicadores de calidad. Por ejemplo, a veces no es importante derrumbar barreras arquitectónicas: tal vez lo importante es derrumbar las barreras psicológicas y sociales dentro del estigma. Siempre es preferible una residencia que, dentro de sus límites, contribuya a dar la idea de casa y de familia, que una residencia fría e impersonal.

El verdadero problema es si, y cómo, los usuarios de psiquiatría participan en la determinación de los espacios, los que luego serán obligados a utilizar.

Las residencias se han vuelto un recurso de la comunidad, productoras de capital social. En las residencias se practican estrategias de incorporación de los distintos actores que componen la vieja y nueva escena de la comunidad. Los operadores son fundamentalmente intermediarios culturales, porque el terreno de su acción se refiere al conjunto de los saberes y procedimientos sociales de ese territorio. Por una parte, hay que poner la experiencia al reparto de los posibles fracasos relacionados con la exposición social de los sujetos

"anómalos", a los riesgos del conflicto y del enfrentamiento, y por otro lado, no se puede penalizar el proceso de intercambio y de conocimiento que se genera en esa misma experiencia. En ausencia de la función protectora desempeñada por la institución del hospital, y también por la mentalidad de los circuitos cronificación de los espacios artificiales de vida, es necesario enfrentarse con problemas inéditos.

Esta nueva realidad enseña que es posible poner en marcha un proceso de crecimiento dentro y fuera de las residencias sólo acentuando el protagonismo de los usuarios, dirigiendo la atención principalmente hacia el exterior, y utilizando lo cotidiano como comunicación funcional del conocimiento recíproco.

La función pedagógica se desarrolla en 4 niveles:

a) Dar a las personas comunes los instrumentos para acercarse a los temas del sufrimiento mental, permitiendo reformular el propio juicio.

b) Ayudar a los pacientes a liberarse de la fuerza coercitiva del estereotipo y promover comportamientos nuevos.

c) Restituir a la sociedad la responsabilidad de establecer relaciones directas con los pacientes, poniendo en marcha procesos de "encargarse de" por parte de la sociedad.

d) Adquirir instrumentos para intervenir sobre los mecanismos de formación de la imagen social, buscando las estrategias más adecuadas de comunicación.

El verdadero objetivo de las residencias ha sido, fundamentalmente, determinar un mayor poder de contratación de sus residentes.

## El "accomplishment"

En el lenguaje empresario se habla generalmente de "accomplishment", entendiéndolo el impacto de las acciones. El "accomplishment" en psiquiatría se basa habitualmente en el proceso de suministro de los servicios, sobre el número de usuarios en un cierto período, sobre los porcentajes de ocupación de camas, sobre el gasto realizado. Principalmente, se toman como referencia indicadores epidemiológicos, que nos ayudan a entender si nos encontramos frente a un buen servicio o no. Cuando la organización está focalizada sobre las prestaciones; en este caso se habla de un "accomplishment orientado hacia el servicio".

No se refiere, casi nunca, a la producción de resultados para el usuario. No nos interrogamos, por ejemplo, sobre

el aumento de la capacidad de elección de las personas, sobre la extensión de sus relaciones sociales, sobre el aprendizaje de nuevas habilidades, sobre el crecimiento de sus competencias. Pareciera no tener significado preguntarse si han aumentado las capacidades de los usuarios en desarrollar trabajos dignos, de mantener relaciones sociales significativas y, específicamente, cuál es la calidad de su vivienda. ¿Qué sucede en las casas, en los lugares donde transcurre la mayor parte de la existencia de los usuarios y, tal vez, la más importante, si se trata del grupo familiar de origen o residencias colectivas? ¿Quién tiene las llaves? ¿las llaves de entrada o de las habitaciones? ¿por qué existen sitios cerrados? ¿quién lo decide y por qué? ¿quién tiene el mando a distancia del televisor? ¿quién cambia el papel higiénico? ¿todos usan los mismos cubiertos o existen vasos y cubiertos distintos para distintas personas? ¿en qué medida el usuario decide la elección de sus muebles, sus colores y sobre la organización de los espacios?... Cosas muy simples, pero también indicadores eficaces para entender qué sucede en un lugar dado, para entender si el derecho de ciudadanía no se limita a genéricas afirmaciones de principios, sino que se hace práctica, se concreta. Si se prescinde de estas "tonterías", no hay terapia y toda intervención, aunque técnicamente perfecta, corre el riesgo de resultar estéril, inútil. Por estas razones considero que se tiene que pensar cada vez más en un "accomplishment orientado hacia el usuario", más que uno orientado exclusivamente al servicio.

Hace poco tiempo, durante una iniciativa nuestra dirigida a sensibilizar a la comunidad sobre el proceso de superación del hospital psiquiátrico de Imola, solicitamos a cada una de las residencias surgidas de ese proceso tratar un tema que fuera importante para ellos. Una de estas casas eligió una palabra, o mejor dicho un giro, para estimular las reflexiones de sus usuarios: la palabra era "por fin". Los pensamientos más originales se reprodujeron en unas camisetas, vendidas al público. Se podía leer: "Por fin salgo del manicomio", "Por fin puedo moverme libremente", "Por fin puedo comprarme lo que yo quiero". Pero una frase me impresionó. Decía: "Por fin puedo ir al baño y quedarme todo el tiempo que quiero". He reflexionado sobre lo que debe haber sido la vida para el autor de esta frase. Durante años esta persona vivió en un lugar donde no existía la puerta del baño, siempre lo atravesaba la mirada de todos, también en los momentos más íntimos, no era propietario de su tiempo, ni de su cuerpo. Pensaba también cuán impor-

tante es para mí ir al baño, aislarme, bañarme en paz, leer el diario, estar tranquilo. Creo que mantener esta intimidad, no sentirme violado, ni ser alienado refuerza el propio yo, contribuye a la propia identidad.

El poder social y de contratación de una persona nace también y, sobre todo, de estas simples cosas, del reconocimiento de los derechos, que no pueden ser negados totalmente aun en presencia de riesgos y accidentes.

Tal vez, a veces, una puerta del baño puede ser más importante que un psicofármaco o que una psicoterapia. Pero todo eso a la mayor parte de los psiquiatras no les importa y el "vivir en" (¿por qué será?) queda después del curar, después de miles de cosas inútiles que no tiene nada que ver con las necesidades de las personas.

## Imaginar otra ciudad

Murallas visibles e invisibles atraviesan nuestras ciudades, barreras estructurales y psicológicas relegan y esconden a individuos. Has Egon Holthusen en "Der unbegehauste Mensch" pone en evidencia cómo la amenaza del extranjero se relaciona con la percepción de un hombre sin casa. Su "no pertenecer" a un lugar protector, contenedor y lleno de significados, como lo es la casa, provoca la percepción de su peligro.

La relación entre espacios y subjetividad se manifiesta justamente en el vivir cotidiano de la ciudad, en las luchas microscópicas del día a día, en las que se encuentran los hombres comunes. La ciudad vista con la mirada de la razón está impregnada de miedo: los extranjeros, los locos, los desviados, no son dignos de confianza. La cordura querría limpiar la ciudad, hacerla homogénea en sus olores y ruidos en una dimensión depresiva y desvitalizante. Existen ciudades del Tercer Mundo que están militarizadas, y existen ciudades descarnadas en nuestra sociedad: espacios donde la fecundidad del conflicto y de la experimentación se diluyen en imágenes banales, en vacíos, en "sin sentido", en lugares anónimos, en plazas desiertas, en centros comerciales hormigueantes de simulacros, en existencias virtuales.

Pero también existen los actos creativos, los comportamientos anómalos o transgresores colocados al margen. Están los locos, por ejemplo, o los ex locos, "los usuarios" de las residencias surgidas después de la superación del hospital psiquiátrico, los "dados de alta" casi nunca aceptados en su "regreso" a la comunidad, rechazados presuntuosamente o porque tal vez se

advierten como una amenaza para la tranquilidad y el "buen sentido común".

En cambio, su presencia puede ser la posibilidad que permita descongelar las imágenes estereotipadas de nuestra alienación, se vuelve un indicador y un activador de capital social. Entrar en una red social ya viva, permite, a quien siempre estuvo a los márgenes de la historia, poder llegar a ser autor de su propia historia, superar el papel de enfermo y llevarlo hacia otros roles (el ciudadano, el poseedor de derechos, el consumidor, el productor), permite a todos nosotros la posibilidad de participar en un gran cuento que derrota el ritual de la muerte.

Las pequeñas invenciones que rodean lo cotidiano de la vida fuera del manicomio asumen el valor de una especie de micro-revolución. Cuando se deja atrás el miedo "del otro", del extranjero, es posible darnos cuenta del valor que tienen los gestos, los nuestros y los de lo demás, dar importancia a las pequeñas acciones que se resisten al silencio y a la indiferencia. Las dinámicas sociales, por una parte promueven, por otra, nos meten en los guetos; por un lado crean barreras y divisiones, por otro producen instrumentos para superarlas. En todos los casos el aumento de intercambio nos impone que proyectemos una cultura para una sociedad cada vez más compleja, que sea capaz de ser acogedora y abierta a relacionarse. Y ya que la locura se siente como un peligro que puede volver a activar nuestras emociones, el poder experimentar la experiencia de la convivencia, el poder participar con gran intensidad y emoción en la recuperación de la dimensión de ciudadanía de estas personas, nos permite reconocernos en ellos y aceptar al final, exactamente, la parte negada de nosotros mismos. Este proceso se conecta con la red social de la comunidad, pero simultáneamente alimenta y refuerza esta red, estira el tejido, refuerza los puntos. Este proceso crea confianza, reciprocidad, solidaridad: este proceso crea capital social. Es la liberación de la indiferencia, es el volver a contar la historia, que como en los cuentos, nos aleja de la muerte: la historia interrumpida y por fin, retomar nuestra vida.

## Nota

\* El término capital social, es de reciente introducción. En efecto, era en 1990 cuando el sociólogo James S. Coleman lo trató por primera vez en una publicación, indicándolo como

un nuevo recurso económico, que no había sido tenido en cuenta anteriormente. Pero el concepto de capital social encuentra sus raíces mucho más alejadas en el tiempo: en las reflexiones de Macchiavelli (1513) sobre las instituciones republicanas, cuyo éxito o no, dependía del carácter de los ciudadanos, o sea, de sus "virtudes civiles"; y en aquellas de Alexis de Tocqueville (1840), en la obra "La democracia en América", en la que describía las virtudes civiles de los ciudadanos, como una fuerte conciencia social, fruto de la confianza en el prójimo y de la cooperación que llevan a la definición de *affaire commune*, es decir, "la definición del interés personal justamente entendido": o sea, un interés personal evaluado en el contexto más global del interés público, un interés "iluminado", abierto al bien común que supera la visión individualizada para ampliarse a la colectiva.

\*\*Para Putnam, el capital social se crea lentamente a lo largo de muchos años y no son las instituciones las que lo forman. En las regiones del norte de Italia hay una continuación entre nacimiento de las cofradías medievales, corporaciones de artesanos, sociedades de socorros mutuos, las cooperativas, los sindicatos y los clubes de fútbol o clubes literarios. Todas son redes de compromiso cívico y formas de asociación nacidas espontáneamente por la voluntad de los individuos para afrontar las necesidades contingentes y compartidas, y favorecer el nivel de rendimiento civil e institucional que resulta ser mucho más alto con respecto al Sur.

La creación de los lazos horizontales en el Norte, respecto a los verticales presentes en el Sur es otro elemento más de diferenciación. La reciprocidad generalizada "haré esto por ti ahora, sabiendo que un día tú harás algo por mí" a diferencia de cuanto sucedía en el Sur: "haré esto porque tú tienes más poder que yo", genera un sustancial capital social e incrementa la colaboración entre los ciudadanos para alcanzar intereses comunes, da un empujón hacia arriba al rendimiento de la política y de la economía, en lugar del fenómeno contrario, creando una sociedad fuerte, una economía fuerte, un estado fuerte.

## Bibliografía

1. Putnam D. "Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy"; New Jersey: 1993. Princeton University Press,
2. Putnam D. "Bowling Alone: America's Declining Social Capital". *Journal of Democracy*, 1995; 1: 65-78 (January 1995).
3. Richard. *La dulce cooperativa*. Financial Times 1999.
4. Michelucci "La nuova città", IV serie, n°3, 1984.
5. Leff, Trieman, Gooch, Team for the Assessment of Psychiatric

- Services (TAPS) Project 33: Prospective Follow-Up Study of Long-stay Patients Discharged from two Psychiatric Hospitals. *Am. J. Psychiatry*, 1996; 153:1318-1324
6. Jones, The TAPS Project 11: The Selection of Patients for Reprovision. *Psychiatry* 1993; 162 (suppl.19): 36-39.
7. Trieman, Leff. The Taps Project 36: The Most Difficult to Place Long-stay Psychiatric In-patients. Outcome One Year After Relocation. *Psychiatry* 1996; 169: 289-292.
8. O'Driscoll, Leff. The TAPS project 8: Design of Research Study on the long-stay Patients. *Psychiatry* 1993; 162 (suppl.19): 18-24.
9. O'Driscoll. The TAPS Project 7: Mental Hospital Closure. A Literature Review of Outcome Studies and Evaluative Techniques. *Psychiatry* 1993; 162 (suppl.19): 7-17.