

## **Locos desahuciados: una isla de locura en un mar de cuerdos**

La democratización española y la desinstitucionalización manicomial:  
Estudio de caso del Institut Mental del Hospital de la Santa Creu  
(1971-1986)

Iván Sánchez-Moreno, Victoria Sedkowski<sup>1</sup>

---

### **Introducción**

La historia del Institut Mental del Hospital de la Santa Creu (Barcelona)—a partir de ahora “el Mental”— resume los constantes y no siempre fructuosos intentos reformistas en la psiquiatría española a lo largo del siglo xx. Desde sus azarosos inicios a mediados del siglo xix hasta la fecha oficial de su fundación, el Mental sorteó no pocos obstáculos frente a otros modelos de reforma institucional que se estaban fraguando en el resto de Europa. A lo largo de toda su historia hasta su progresivo desalojo y cierre definitivo en 1986, el Mental vivió entre sus muros varios proyectos reformistas que se plantearon sin velar siempre por el beneficio terapéutico, sino en respuesta a intereses económico-administrativos que trascendían y/o transgredían los márgenes de la práctica clínica.

Para probar esta falta de sistematización en la forma de aproximarse a los principios reformistas en España, abordaremos un análisis crítico sobre las propias relaciones institucionales que se constituían en las dinámicas cotidianas del Mental desde la introducción de las corrientes antipsiquiátricas. Para ello, recurriremos a varios materiales testimoniales —como las crónicas recogidas por Josep M. Comelles (1980, 1986, 2000, 2006), Ramón García (1979, 1995) y Ángel M. De Lera (1972)—, partiendo de otros estudios propios sobre el Mental (Sánchez-Moreno et al. 2018a, 2018b; Sedkowski, 2019).

Nuestro trabajo se abrirá con unos breves apuntes sobre la historia del Institut Mental del Hospital de la Santa Creu para, a continuación, introducirnos en el marco teórico de los diferentes modelos de reforma psiquiátrica que emergieron en el territorio nacional durante el último cuarto del siglo xx. Después pasaremos a abordar un análisis de los comportamientos sistemáticos que se gestaban en dicha institución, desglosando entre sus componentes estructurales, funcionales y dinámicos.

Nos centraremos tanto en los márgenes de libertad y autonomía de los pacientes ingresados como también en el grado de responsabilidad atribuida en el reparto de poderes entre el personal administrativo, médico y asistencial, sin obviar la intervención institucional de los propios usuarios y familiares de los pacientes. Estas dimensiones de nuestro análisis inciden en un claro cuestionamiento sobre la implantación de las ideas reformistas en un centro manicomial

---

1. Grup d'Història de Nou Barris

antes de su cierre definitivo. Concluiremos nuestro trabajo exponiendo los pros y contras de dicha reforma psiquiátrica, así como sus consecuencias sociales, políticas y urbanísticas.

## La perspectiva de análisis

La historia de los últimos años del Institut Mental del Hospital de la Santa Creu nos devuelve la imagen de una institución que sufrió muchos cambios respecto a su propia función como espacio terapéutico. A principios de la década de 1970, el Mental no se distinguía mucho de cualquier otra institución manicomial entendida como un espacio de contención, más que de cura. Como institución de carácter social, el manicomio resultaba una coraza metafórica que segregaba y ocultaba de la sociedad al mismo tiempo. Comprendido como lugar de reclusión y exclusión, también suponía un sitio de acogida para el desvalido que se refugiaba entre sus paredes, confundiéndose así un marco de protección con la violencia consentida de su encierro. En otras palabras:

Ello significaba que el manicomio era una institución cuyo significado terminaba en él mismo como isla de locura en un mar de cuerdos, en la que el tiempo se detenía y en la que los muros actuaban como pantalla protectora de la sociedad exterior (Comelles 1986:630).

En un contexto histórico como el tardofranquismo español, un espacio como el Mental nos sirve ahora para la reflexión crítica sobre un modelo de reforma psiquiátrica que surgió del frustrado intento por construir un ideal de libertad en el marco paradójico y represivo de un manicomio.

El sentido de plantear un análisis de las relaciones que se establecieron entre los pacientes ingresados y el personal técnico, médico y administrativo de la institución adquiere aquí una clara connotación política en tanto que persigue la comprensión sobre las dinámicas de poder dentro de una comunidad concreta y desde una perspectiva diacrónica, tomando el período de tiempo entre 1971 y el cierre definitivo del Mental a mediados de la década de 1980 desde los testimonios de tres autores que visitaron o trabajaron en dicha institución: Ramón García (1979, 1995), Josep Maria Comelles (1980, 1986, 2000, 2006) y Ángel María De Lera (1972).

Para el presente trabajo, analizaremos nuestro objeto de estudio dentro del contexto específico en el que se conforma y en el cual está insertado. Al respecto, dentro de una institución psiquiátrica se concibe y desarrolla el constructo de la enfermedad mental como producto dinámico estructurado en función de relaciones más o menos complejas de tensiones entre agentes sociales, según las premisas que ya elaboró Comelles (1980). Asimismo, trataremos de evitar el modelo descontextualizado al que suelen recurrir muchos estudios historiográficos que pretenden acercarse a una revisión sobre la reforma psiquiátrica, sin atender a que esta solo adquiere validez en contextos geohistóricos concretos que no responden por igual en todas las realidades sociopolíticas (Huertas 2006).

De hecho, un abordaje sobre la reforma psiquiátrica solo puede tener sentido observándolo dentro de una institución determinada, entendiendo aquí por institución la misma concepción que defiende Erving Goffman (citado por Huertas 2006:122) como lugar de trabajo y residencia donde un gran número de individuos conviven por un período de tiempo aislados de la sociedad y compartiendo en su encierro diario una serie de rutinas, administradas formalmente de manera específica.

Según Huertas (2006) —y adoptando una confesada visión foucaultiana—, el alienismo del siglo XIX que promovió la institucionalización psiquiátrica ejerció un rol decisivo en las estrategias de dominación social. Así, los intentos de reforma psiquiátrica que van a ocupar nuestro trabajo se decantarían hacia la deslegitimación de un espacio de reconducción de formas socialmente disconformes, sirviendo el manicomio como mecánica de institucionalización que pondría en marcha un código normativo para unificar comportamientos y difundir un constructo (el de enfermedad mental) que en realidad se entendía como conducta desviada. El Mental sería entendido en tal caso como lugar de ensayo de un proceso de adaptación e integración de unos sujetos en la sociedad. Los manicomios habrían contribuido así de modo específico a la educación sanitaria, a la previsión de unas necesidades sociales, a la reivindicación de unos derechos ciudadanos, etc.

Un abordaje desde esta perspectiva nos brindaría la posibilidad de analizar una serie de comportamientos entre profesionales de la salud, equipos administrativos, enfermos ingresados en la institución y otros agentes sociales implicados en la misma. Aquí no interesan tanto los excesos interpretativos de la locura como problema político respecto al comprometido papel de las ciencias “psi” como dispositivos de control social. Nos interesa ante todo cuestionar la idea de poder como algo impuesto y ejercido únicamente por las élites científicas que despliegan sus estrategias de influencia sobre una población pasiva como son los pacientes ingresados. Como veremos, entre las premisas de esas reformas estaba conseguir que la dimensión política que se gestionaba dentro del interior del asilo manicomial pudiera trascender al exterior como modelo social a imitar.

Las intervenciones del poder político ejercidas en el interior de esta institución a lo largo del siglo pasado fueron más bien fruto de soluciones coyunturales sin coordinadas predefinidas, negando de esta forma que sus presumibles éxitos o fracasos hubieran derivado de unos supuestos remedios clínicos. Ejemplo de ello lo vemos en los titubeantes intentos reformistas que se probaron en el Mental en sus últimos años de vida, en cierto modo provocados por constantes replanteamientos de una operatividad fallida del propio asilo entendido como laboratorio social.

Para tal fin, reivindicamos el manicomio como espacio de observación social. Al servirnos de primeras fuentes relacionadas con una única institución podemos introducir la valoración del manicomio no como mero espacio de aislamiento social, sino como lugar de conformación de un cierto tipo de discurso político y urbanístico sobre la locura y su tratamiento. Por ende, recurriremos a las citadas memorias de García (1979, 1995), Comelles (1980, 1986, 2000, 2006)

y De Lera (1972), siguiendo las sugerencias que apunta Huertas (2006, 2012) al proponer los testimonios de los pacientes ingresados y del personal sanitario como materiales de especial relevancia para analizar de manera alternativa la concepción de lo que se comprende por institucionalización de la enfermedad mental, pues reflejan de forma poco convencional las ideas y los valores de los propios agentes implicados.

## **Destruir para construir: los últimos años del Mental**

El Mental nace del modelo de manicomio moral inspirado por la escuela francesa de Philippe Pinel (1745-1826) y Jean Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840). El alienista Emili Pi i Molist (1824-1892) y el arquitecto Josep Oriol i Bernadet (1811-1860) diseñarían su proyecto entre 1855 y 1860 tras una serie de viajes por Europa visitando algunos de los más prestigiosos hospitales psiquiátricos. Se pretendía que fuera un lugar en el que los enfermos estuvieran aislados del medio urbano, rodeados de campo y luz natural en un espacio amplio y aireado, lejos de la polución fabril. Finalmente se localizarían los terrenos idóneos para su construcción entre los campos de cultivo entre los límites de Horta y Sant Andreu, a las afueras de Barcelona.

El encargo había surgido de la Muy Ilustre Administración<sup>2</sup> (la MIA), (la MIA), el equipo de gestión responsable del Hospital General de Barcelona, convocando un concurso público para habilitar un nuevo hospital psiquiátrico en el municipio. Dicha demanda se remontaba al segundo cuarto del siglo XIX, pero, por razones diversas, no pudo ver la luz hasta 25 años después. El proyecto de Pi i Molist se había paseado sin éxito por diversos despachos ministeriales sin que obtuviera ninguna subvención para empezar a levantarlo. Ni la MIA ni el Ayuntamiento de Barcelona podían hacerse cargo económicamente y, según sospechan Quintana (2017) y Comelles (2000), pudo haber sido la propia esposa de Pi i Molist —Antonia Bacigalupi— quien sufragara buena parte de los costes iniciales de su propio bolsillo, primero en forma de donación anónima para la compra de los terrenos y después a través de su testamento con la intención de pagar varias crujías y la construcción de la iglesia incluida en el conjunto arquitectónico del Mental.

Las obras comenzarían en 1885 y finalizarían en 1915, constituyendo un gigantesco edificio de más de 600 metros de largo y 250 metros de ancho y rodeado por casi 100 hectáreas de campos de cultivo. Arquitectónicamente se distribuía en 12 pabellones repartidos equitativamente a ambos lados de un centro administrativo situado en una inmensa plaza con acceso directo a la iglesia y que respondía a la estructura técnica ideada por Pi i Molist (1860). Según este, el Institut Mental debía albergar a los enfermos en base a su gravedad y diagnóstico en pabellones que funcionarían con plena autonomía. Por desgracia, Pi i Molist no pudo ver terminado su ambicioso proyecto, pues falleció a los pocos

2. La MIA es el órgano administrativo que gestiona el Hospital de la Santa Creu —cuyo origen se remonta a un acuerdo entre el Consell de Cent y el Capítulu Catedralicio de la ciudad de Barcelona firmado a inicios del siglo XV— compuesto por dos religiosos, dos concejales del ayuntamiento y varios representantes de la alta burguesía catalana.

años de asumir la dirección de la sección dedicada a mujeres, la única que entró en funcionamiento antes de estrenar el conjunto arquitectónico al completo.

Sin embargo, el Mental nunca fue el centro manicomial de excelencia del cual presumía Pi i Molist sobre el papel. Durante la posguerra española, el Mental comenzó una lenta agonía mientras la ciudad de Barcelona iba creciendo urbanísticamente hasta casi alcanzar los muros que rodeaban el manicomio. Paralelamente, el Mental cultivó muy mala fama después de la guerra, ya fuese por un estado de abandono progresivo como por la discutible impunidad con que varios médicos practicaron alrededor de 150 lobotomías a lo largo de una década con la presumible intención de mejorar la adaptación social de los enfermos (Comelles 2000). A la impopularidad del Mental se sumó el hecho de que, para pagar muchas de sus deudas, la MIA optó por vender los terrenos adyacentes y las propias parcelas que ocupaba el Mental. Es en el período posterior a la década de 1960 cuando se asientan los antecedentes del conflicto reformista que va a centrar nuestro interés.

En diciembre de 1962, Lluís Maria de Despujol, quien además de ser una de las personas más influyentes de la MIA ostentaba también los cargos de prelado doméstico de Su Santidad, capellán del Reial Cos de la Noblesa catalana y canónigo de la Catedral de Barcelona, ordenó prohibir la admisión de más “locos” alegando que la Diputación de Barcelona no seguiría sufragando los gastos de su medicación. El gobernador civil y un regidor del Ayuntamiento —Beltrán Flórez, hermano de un psiquiatra que ocupaba un alto cargo en los Servicios Psiquiátricos de la Diputación— se opusieron a tal decisión. Despujol se defendió advirtiendo que buena parte del Mental era privado, que la falta de camas era culpa de la Diputación y que el mastodóntico conjunto arquitectónico del manicomio obstaculizaba la urbanización del barrio (Comelles, 2007: 105).

De hecho, al canónigo no le faltaba razón. Poco antes la MIA ya había negociado con el Ayuntamiento la expropiación de 20 hectáreas de terreno para que pudieran construir viviendas en el barrio de la Guineueta, en el actual distrito de Nou Barris. En consecuencia, podía intervenir en el mercado inmobiliario chantajeando al Ayuntamiento con la decisión de vender o no hasta un centenar más de hectáreas que eran propiedad del Institut Mental. El principal escollo eran 650 internos de la sección de Beneficencia a los que convenía echar de la institución con la excusa de la escasez de literas.

No era un problema nuevo ni tampoco exclusivo del Mental; casi todos los manicomios españoles sufrían del mismo mal, tal era la masificación de los servicios y los recortes presupuestarios y materiales que, además, se agravó con la reducción salarial de los recursos humanos con formación universitaria. Entre 1959 y 1977, la lista de espera en Catalunya era de 4.000 pacientes. Los psiquiatras titulados no alcanzaban los dos centenares en toda Catalunya; los psicólogos eran aún menos. El rol de asistentes, enfermeras y cuidadoras no precisaba, en la mayoría de los centros, de una especialización cualificada y a menudo se recurría para estas labores al voluntariado y a la colaboración desinteresada de algunas órdenes religiosas. Como solución alternativa, era cada vez más habitual derivar los casos sobrantes de las corporaciones provinciales a centros

privados. De esta manera, las diputaciones se ahorraban una fuerte inversión en edificios de nueva planta que albergara la ingente cantidad de enfermos mentales diagnosticados (Comelles 2007:105-106).

Con el crecimiento de la ciudad, los campos de cultivo colindantes con el Mental (y aún en propiedad de la MIA) fueron pronto rodeados por nuevas edificaciones de viviendas, por lo que los terrenos adquirirían un valor harto considerable. La Muy Ilustre Administración comenzó entonces a vender sus terrenos a fin de cubrir su déficit, pero llegado el año 1971, ante las serias dificultades económicas que sufría la institución, se optó por vender también la mitad del asilo a una inmobiliaria, junto a las últimas tierras de cultivo que aún quedaban alrededor. Un año después se destaparía que la parte de la finca vendida había sido comprada íntegramente por la empresa CALPISA, acrónimo al que atendía la Compañía Alicantina de Promociones Inmobiliarias S.A., entre cuyos altos cargos se contaba con varios accionistas de la Banca Catalana y de la Orden religiosa de San Agustín, siendo su presidente D. Francisco de Asís Condomines Valls (Martí y Moreno, 1974). El Ayuntamiento contribuyó a esta decisión, pues a finales de la década de 1960 ya había comenzado a negociar un cambio en la calificación urbanística de los terrenos (García, 1979: 153). Para cuando el periodista Ángel María De Lera (1972) hubo visitado el Mental con el fin de escribir un reportaje bastante poco favorecedor para la revista *Tribuna Médica*, unas grúas de demolición ya habrían derrumbado la mitad de los pabellones dedicados a los enfermos varones.

En compensación por la prevista pérdida del Mental, la MIA anunció la creación de una nueva Unidad Psiquiátrica con capacidad para 80 camas en 1974 con el objetivo de desalojar allí a los ingresados. Resultaba a todas luces una medida insatisfactoria, pues el Mental, en contraste, disponía de entre 700 y 800 camas antes de cursar la orden de demolición; en 1972, con las obras ya en marcha, tan solo contaba con 420 camas, habiendo dado el alta al montón restante de pacientes ingresados. Pasada esa fecha, de la susodicha Unidad Psiquiátrica la MIA no volvió a pronunciarse hasta la década de 1980, desdiciéndose con la excusa de que el déficit mensual ya habría ascendido a varios millones de pesetas (De Lera, 1972: 151).

El inminente desahucio del Mental quedaría sintetizado con el titular con que los periodistas Francisco Martí y Eduardo Moreno (1974:88) denunciaban la situación a la que se dirigía el futuro del Mental: «¿Los enfermos sustituidos por la plusvalía?». Por entonces, los terrenos en litigio, aún en propiedad de la MIA, quedarían luego a merced del Plan Parcial de Ca n'Ensenya según el cual se pretendía recalificar el solar que ocupaba el edificio como zona residencial. Dicho plan se aprobó tan rápidamente que no se previó el tiempo que convenía para reubicar a los pacientes que todavía seguían ingresados. Los citados autores, en cambio, reconocían que los motivos de tan apurado desalojo eran otros: en realidad, resultaba poco rentable evacuarlos a todos, así que tan solo seleccionaron a los que presentaban mejor pronóstico de curación para derivarlos a otros centros o al domicilio de algún familiar que se hiciera cargo.

Si bien las crónicas apuntan que ya en 1971 se comenzó a discutir la necesidad de plantear unas reformas dentro del propio Institut Mental, no deja de ser

significativo que esa preocupación surgiera a raíz de saberse la noticia de que el Hospital de la Santa Creu, por orden de la MIA, pretendiera vender los terrenos sobre los que se asentaba el manicomio. De hecho, uno de los principales objetivos de dicha reforma era enfrentarse a la demolición, exigiendo entre otros puntos la implantación de reuniones asamblearias como medio de interlocución válido frente a los altos cargos administrativos y el propio Ayuntamiento. La amenaza de demolición total, pese a todo, seguiría presente hasta 1977, fecha en que ya la mitad de la edificación había sido derruida, trasladando paulatinamente a los enfermos allí ingresados a los pabellones que aún continuaban en pie.

La inauguración de nuevos dispensarios y de un servicio de agudos en el barrio a principios de 1980 significó un sustancial traslado de buena parte del personal y el relegamiento del manicomio a un segundo plano de interés administrativo, hasta su definitiva eliminación. Albergando una población de enfermos crónicos muy envejecida y ante los problemas derivados de la reducción de servicios al mínimo, sostener la institución resultaba muy caro, por lo que a nadie sorprendió que se sentenciara su cierre definitivo en 1985. Alfred Quintana (2017: 49) describe por entonces un Institut Mental en deplorable estado de semi-abandono, con largos pasillos que se iluminaban en toda su longitud por una insuficiente y miserable bombilla de pocos vatios.

El cierre y desmantelamiento del manicomio dejaba de repente a todos los ingresados desamparados y desasistidos. Muchos de ellos carecían de medios económicos para subsistir; otros no tenían ya familia a la que recurrir. Paradójicamente, derrumbar el centro se apreciaba como un acto de liberación existencial, pero en contrapartida diluía su presencia en la sociedad, invisibilizando su existencia. A partir de entonces, no quedaba nada claro el destino que se les otorgaba, quedando a merced de la deriva a la espera de que la corriente les llevara metafóricamente hasta alguna isla en la que poder resguardarse del naufragio.

Por lo que respecta a los pacientes desahuciados, se convenció al doctor Josep Clusa (1934-2013) para que se hiciera cargo de los psicóticos en el cercano Centro de Rehabilitación Pi i Molist. Con espacio para 120 plazas y la disponibilidad de un taller ocupacional, se convirtió en un improvisado parche para cerrar la sangrante herida que había ocasionado el desorganizado cierre del Mental. El resto del servicio de psiquiatría se derivó al Hospital de Sant Pau, gestionado también por la MIA y en cuya junta de gobierno destacaba la figura del doctor Josep Corominas, quien creó la Unidad de Recursos Comunitarios a fin de tratar a aquellos pacientes que gozaban de cierta autonomía. Para éstos, se habilitaron varios pisos tutelados que se visitaban diariamente. El Hospital de Sant Pau también dio cabida al Centro de Investigaciones, Tratamiento y Rehabilitación de los Adictos a los Narcóticos (CITRAN), conocido popularmente como el «Yonqui Palace» por su lujosa equipación –el pabellón fue dotado con habitaciones individuales, sala de música, despachos privados para cada médico, aire acondicionado, gimnasio y sauna escandinava (Quintana, 2017)–. Sirvan estos apresurados dispositivos como ejemplo de la extraña reconversión que condujo el curso de la salud mental en Catalunya.

## La introducción del movimiento antipsiquiátrico en España y Catalunya

Sin duda el movimiento antipsiquiátrico contribuyó al cierre del Mental, como explicaremos más adelante. Paradójicamente, hablar de antipsiquiatría implica poner en entredicho el concepto mismo de salud mental. El término fue acuñado por el psiquiatra David Cooper (1967) para definir el conjunto de personas que cuestionaban los fundamentos y las prácticas psiquiátricas más ortodoxas. Siguiendo al historiador de la psiquiatría Rafael Huertas, la antipsiquiatría puede entenderse como «un conjunto de desarrollos y planteamientos diversos» (Ortiz y Huertas, 2018: 23) que surgen en las décadas de 1960 y 1970 y que comparten una visión crítica de la psiquiatría del momento, abarcando todos los movimientos antiinstitucionales y reformadores psiquiátricos de esos años y cuyo cuestionamiento no se reducirá únicamente a la práctica manicomial y a la violencia institucional de la psiquiatría, sino que problematizará el propio concepto de enfermedad mental en la sociedad.

En España, hay que entender la recepción e influencia de la antipsiquiatría dentro del particular contexto tardofranquista en la década de 1970. Un cierto aperturismo al extranjero permitió el contacto con otras culturas y realidades sociales, propiciando un momento de profundas movilizaciones y luchas colectivas tanto obreras, como estudiantiles y vecinales. Es precisamente en las protestas y reivindicaciones de los trabajadores de la salud donde tuvo mayor repercusión la llegada de las teorías antipsiquiátricas, convirtiéndose estas en un movimiento inevitablemente politizado. Como atestigua Desviat (2006: 12): «La reforma psiquiátrica, la mejora de la atención a los enfermos mentales, no podía desligarse de la lucha contra la dictadura de Franco.»

Podemos situar la primera de las “luchas psiquiátricas del tardofranquismo” en Oviedo en 1970, cuando los residentes del Hospital Psiquiátrico se movilizaron por unas mejores condiciones laborales. Tras esta, siguió una serie de conflictos repartidos a lo ancho del territorio español. Algunos de los más destacados fueron el de las “Clínicas de Ibiza” en Madrid, el del Instituto Mental de la Santa Creu en Barcelona o el del Manicomio del Conxo en Santiago de Compostela, aunque no fueron los únicos<sup>3</sup>. Para coordinarse entre sí y hacer circular la información entre los centros se formó la Coordinadora Psiquiátrica como una red de contacto entre profesionales críticos. En 1977, la Coordinadora se integró a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), esperando ganar más relevancia institucional y poder hacer frente a los organismos públicos, ya que previamente era una asociación clandestina (Huertas, 2017). La mención a dicha Coordinadora es crucial dado que, como apunta Irisarri (2018: 212):

3. No podemos obviar la iniciativa desinstitucionalizadora de Enrique González Duro en el sanatorio de Los Prados en Jaén, la cual estuvo en marcha desde 1981 hasta 1983, siendo esta la experiencia antipsiquiátrica de mayor duración en nuestro país. Para algunos autores, esta experiencia constituye un ejemplo radical de reforma comunitaria, llegando casi a su culminación pese a las intromisiones de la Diputación Provincial de Jaén (Mañas, Loredo y Lafuente 2016).



En el caso concreto de los psiquiatras, tuvieron un triple propósito: exigir un tratamiento comunitario basado en un sistema asambleario —lo que de por sí implicaba ya una crítica de la dictadura—, apoyar las reivindicaciones profesionales del sector sanitario y valerse de su función institucional para hacer una crítica de la represión franquista.

En cuanto a las influencias internacionales, si bien las obras representativas de la antipsiquiatría anglosajona (David Cooper, Robert Laing, Thomas Szasz) fueron leídas y difundidas, en la práctica parece que tuvieron mayor repercusión los planteamientos italianos de crítica institucional. Ramón García, uno de los máximos referentes en la Coordinadora, contribuyó a la difusión del pensamiento freudomarxista subvertido en el trabajo de Franco Basaglia, como pone de manifiesto al prologar la traducción al castellano de *La institución negada* (1968). Robert Castel y Michel Foucault también se dieron a conocer en estos círculos, aunque hay que decir que la difusión de las ideas antipsiquiátricas extranjeras en España fue ante todo tan heterogénea como desorganizada (Huertas, 2017; Alegre-Agís *et al.*, 2018).

La antipsiquiatría también se difundió en los ambientes contraculturales, en estrecha unión con las nuevas temáticas *underground* emergentes, e interpeló a la opinión pública más allá de la academia o el manicomio. Como ejemplo de ello podría tomarse la publicación de gran número de libros extranjeros afines a estas temáticas a finales de la década de 1970, o la difusión, más informal, a través de revistas como *Ajoblanco*, *El Viejo Topo*, *Ozono* o *Triunfo* (Irisarri, 2017).

Cabe hacer referencia también a los centros de higiene mental que se pusieron en marcha en Barcelona por iniciativa de un grupo de profesionales, con la colaboración de parroquias y asociaciones de vecinos. Basándose en el modelo francés se instalaron «en cada barrio con el objetivo de intervenir allí donde se produce el conflicto que más tarde expresarán los locos» (Irisarri, 2018: 172). Al centrarse más en la prevención se distinguían del resto de los dispensarios psiquiátricos de la Seguridad Social por orientarse estos a proporcionar medicación. Así, estos centros de higiene mental se plantearon como puntos de encuentro dentro de la comunidad donde tomar consciencia de las desigualdades y de la fragilidad social de manera colectiva en su contexto ideológico y político, lo que aproximaba su propuesta a los planteamientos antipsiquiátricos italianos (Huertas 2017).

En Cataluña, al igual que en el resto del territorio nacional, las ideas antipsiquiátricas tuvieron una presencia importante durante los conflictos psiquiátricos, como el de Salt en Girona, o el Institut Mental de la Santa Creu en Barcelona, que fue sin duda el más largo de los conflictos (Comelles, 1980). En el Mental, una de las figuras más destacadas fue el citado Ramón García, cuyo pensamiento y experiencia profesional se ven reflejados en sus obras *iAbajo la autoridad! Ciencia, manicomio y muerte* (1979) o *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial* (1975). Sus ideas fueron un importante revulsivo en los últimos años en activo del Institut Mental del Hospital de la Santa Creu, como explicaremos a continuación.

## Revuelta en el frenopático: la reforma psiquiátrica en el Mental

1969 dio inicio a un constante goteo de nuevo personal recién salido de la universidad que venía a pasar un largo tiempo de prácticas en el Mental como médicos residentes. Eran, según Comelles (2006: 246), «jóvenes, con ilusión, leídos, pero sin experiencia de cómo se pasa de un manicomio custodial a la *administrative psychiatry*», cuyo funcionamiento andaba varias décadas esclerotizado por «la falta de una política pública en Salud mental en la que pudiese encajar el Hospital» (Comelles 2006:247). Los más jóvenes del personal médico deseaban fervientemente poner manos a la obra en diversos planes de reforma institucional, acentuando su labor en el cuidado y en la rehabilitación de los pacientes, mientras que los que ocupaban altos cargos departamentales se desentendían del contacto directo con aquéllos, centrándose en tareas de coordinación, formación y discusión teórica, en cuanto aséptica. Si no se llevaron a cabo muchas de las propuestas reformistas fue, en opinión de Comelles, porque la acción política era en ocasiones contradictoria con los propios «intereses curriculares» y con la «naturaleza corporativa y probablemente de clase» que cada cual ostentaba en un sistema piramidal, de aire disciplinario y jerárquico, que se repartía la calidad de las tareas entre los mandos subalternos. Aunque se hubieran abolido las batas para acortar distancias en el trato entre médicos y cuidadores, se seguía manteniendo una separación generacional y una falta absoluta de comunicación con los enfermeros y los pacientes: «Definir la jerarquía y las líneas de demarcación entre los estamentos producía perturbaciones y tensiones. No se hacía la ruptura» (op. cit.: 257). Por descontado, tratar de orquestar «un manicomio democrático en un país totalitarista era una utopía, más aún cuando la organización misma de un servicio hospitalario es la de un sistema autoritario» (op. cit.: 278).

Asimismo, la falta de espacio y el hacinamiento hacía inviable toda tentativa de reforma. Como apunta Comelles (op. cit.: 253), si se animaron a organizar alguna salida al campo fue más por hacer un poco de sitio, oxigenar los pasillos o airear las camas cuando empezaban a oler a rancio o a orín.

Parte de la culpa de dicho inmovilismo era debido, según el relato de Comelles, al escaso poder de iniciativa del entonces director en funciones, el doctor Joaquim Fuster Pomar (1901-1982), que ocupó la plaza desde 1961 y que le pasaría en breve el cetro a Delfí Abella (1925-2007). Comelles (2006: 247) describe al primero como un hombre frío, culto, tan pragmático y católico como catalanista conservador, que habría adoptado una actitud distante con la realidad social tal y como se habría previsto en toda persona consciente de pertenecer a la clase dirigente, capaz de desviar la atención de cualquier problema trascendental, siempre manifestándose «de vuelta de casi todo».

Comelles (op. cit.: 247-248) también asume que Abella, en su nuevo papel como director electo, «comprendió bien que su perfil demócrata, dialogante y poco amante de radicalismos le hacía aparecer ante asamblea, médicos y administración como el tonto útil, preferible a alguien de colmillo torcido», para añadir más adelante que presentaba de manera poco disimulada «el punto de

abulia de quien lleva años en una misma actividad, escéptico pero al que su posición económica le permite afrontar con dignidad el final de su carrera» sin sobresaltos. Alfred Quintana (2017), en cambio, afirma que, aunque con cierto aire paternalista, solía recibir con entusiasmo todas las propuestas formuladas por los médicos más jóvenes, dato que contradice los comentarios de Comelles (2006: 277), cuyas críticas salpican a todo el conjunto de la psiquiatría catalana de la década de 1970, a la que viste como «una mezcla de *senyors* de Barcelona de media edad, con pocas ínfulas ideológicas, y consultas rentables en el Eixample o en Balmes y Muntaner».

Si la MIA aceptó la candidatura de Abella para cubrir el cargo de dirección fue a cambio de imponer por condición el futuro cierre del Mental o bien el traspaso de su mantenimiento a la Diputación de Barcelona. Entre otras obligaciones se le conminaba que cerrara el grifo de las admisiones para disminuir paulatinamente el número de ingresos y que redujera la plantilla técnica, compuesta por entonces por más de un centenar de personas entre médicos, psicólogos y asistentes sociales (Comelles 2006: 248). Dado que el perfil mayoritario de los pacientes estaba compuesto por psicóticos, ancianos con demencia senil, epilépticos, oligofrénicos y varias decenas de lobotomizados, su cometido era prácticamente el de gestionar un centro de contención esperando a que la vida de todos ellos se fuese apagando poco a poco entre los muros del manicomio. Puesto que no contaría con ninguna ayuda económica para mejorar la situación del Mental, Abella quedaba a expensas de cualquier decisión tomada por la MIA. Quintana (2017) reconoce que el lugar de Abella en el Mental era el de un «hombre de paja» que vivió el cierre del manicomio y el traslado de los servicios psiquiátricos con total impasividad, sin saber ni querer posicionarse por uno u otro bando.

Ante un panorama como el descrito, la llegada en 1972 de Ramón García al Mental como médico residente no dejó indiferente a nadie. Acababa de ser expulsado de la Facultad de Medicina que dirigía con mano de hierro el catedrático de psiquiatría Ramón Sarró (1900-1993) por atreverse a defender ideas antipsiquiátricas de cariz freudomarxista. Su admisión en el Mental fue tan ruidosa como podría serlo el paseo de un elefante en una cacharrería: nada más instalarse, vaticinó que en tres meses implementaría un modelo alternativo de psiquiatría antes de que empezara el derribo del edificio. Tratar de parar las excavadoras ya suponía en sí un acto de resistencia (Comelles 2006: 289).

Haciendo un símil, podría pensarse en la revuelta en el frenopático que ocasionó el ingreso de Don Vito, célebre personaje de cómic *underground* creado por Montesol (1985) que apareció regularmente en las revistas *Makoki* y *El Víbora* a inicios de la década de 1980. Posteriormente, Don Vito gozaría de su propio homenaje en forma de canción *punk* compuesta por los hermanos Íñigo y Fermín Muguruza (1985) al frente de la banda Kortatu, cuyo estribillo reza machaconamente que «la asamblea de majaras se ha reunido» y que «ha decidido: mañana sol», en clara oposición a un equipo directivo que vaticinaba «mal tiempo».

Con Ramón García se inició un ciclo ininterrumpido de reuniones asamblearias que trastocaron de arriba abajo toda la institución manicomial. Para García (1995), dichas reuniones de discusión debían versar sobre temas fundamentales

para el propio funcionamiento de la institución como la necesidad de contratar a personal mejor preparado, acceder a un cierto aperturismo interdisciplinario, reflexionar sobre la progresiva desatención de los casos crónicos, desproveerles del estigma de la incurabilidad, criticar la jerarquización organizativa de los servicios prestados en el manicomio y, sobre todo, responder activamente contra el traslado de los pacientes ingresados a otros centros y esforzarse por integrarlos en la comunidad.

Antes de su llegada, las primeras asambleas se planteaban como un tibio intento por crear un contrapoder fáctico contra los equipos directivo y administrativo de la institución. No se contó con la incorporación de los empleados de menor cualificación ni de los pacientes hasta que Ramón García abrió las puertas a todas las personas que quisieran participar en las decisiones que allí se discutían. Hasta entonces, las asambleas tan solo competían a médicos, psicólogos y estudiantes en prácticas cuando, en realidad, se hablaba más de asuntos culturales e ideológicos que meramente contestatarios. La sensación generalizada era la de «pensar que se estaba en un grupo de gente muy, pero que muy adelantada» que exhibía una imagen progresista y una imparable verborrea revolucionaria, y cuyo exceso de intelectualismo enlentecía toda capacidad de actuación inmediata. En el fondo, según Comelles (2006: 286), eran charlas en las que se hablaba de muchas cosas pero en las que «ni se hablaba de asistencia ni de tratamiento».

Tras la venida de García, las sesiones se radicalizaron hasta el punto de exigir la libertad incondicional de los enfermos, el cese de los horarios restringidos y enseñar a los pacientes a distinguir al personal técnico asistencial respecto a los médicos y administrativos, a los que confundían a menudo como elementos intercambiables dentro de la propia institución. Por el contrario, los médicos de mayor rango apenas asistieron a dichas asambleas. Se abstuvieron sobre todo a partir del momento en que surgieron las primeras reivindicaciones salariales, sugiriendo cobrar mayor sueldo por desempeñar las mismas labores asistenciales. Cabe suponer que quien acompañara a Ángel María De Lera (1972) en su visita por las dependencias del Mental fuera el propio García al no ser recibido por el director, tal era el grado de dejadez en que el propio equipo directivo abandonaba a los pacientes allí ingresados.

### **Lucha de clases: abusos de poder y vasallajes consentidos**

Algunos de los objetivos que Ramón García (1979) puntualizaba en su plan de reforma perseguían la total eliminación de cualquier signo de autoridad, de jerarquía y de rígida disciplina, así como suprimir la obligada ordenación de la vida cotidiana de los ingresados, erradicando de paso toda clase de tratamientos de castigo o de trabajo forzado. La intención era buena, pero la realidad distaba mucho del ideal a alcanzar. La reforma institucional que pretendió realizar García entre 1972 y 1973 se entendió como una negación del manicomio. Así lo vivió el propio García (1995: 50-51), a pesar de recibir el apoyo de grandes personalidades como Basaglia, Castel, Foucault o Manuel Vázquez Montalbán. Sus

esfuerzos se saldaron finalmente con el despido de 21 profesionales comprometidos con su plan de reforma.

Al derribar buena parte del manicomio, se derivaron muchos enfermos a otros pabellones, provocando así cambios considerables en la organización médica y administrativa, lo que originó numerosas tensiones. Tómese en cuenta que cada pabellón contaba con un jefe médico de sección y un grupo de cuidadores a su cargo, así como una brigada de limpiadoras no adscritas a ningún pabellón en concreto y una serie de profesionales de servicios y de mantenimiento entre los que se incluía al personal encargado de la lavandería, la cocina, etc. Cada pabellón estaba gestionado por una parte determinada del equipo administrativo. Con cada demolición y el consecuente traslado de pacientes, se generaba un nuevo caos organizativo (Comelles, 1980).

La propia imagen de los cuidadores pasó a ser la de unos matones perpetuamente borrachos que se aprovechaban de su impunidad para extorsionar a los enfermos mentales (Comelles, 1986: 624). En parte, el problema derivó de la falta de distinción entre los miembros del personal técnico y asistencial y los propios médicos: unos por abolir el uso de uniforme (la bata blanca) en los espacios comunes, otros por permitir el cabello largo en el caso de los médicos varones (op. cit.:628). Estos códigos, sin embargo, no eran siempre compartidos en todos los pabellones, por lo que la confusión era aún mayor desde la perspectiva de los pacientes ingresados. Por un lado, los reformistas más radicales querían eliminar la bata como signo distintivo para acortar distancias respecto a los enfermos; por otro lado, tanto el personal técnico como algunos enfermeros y cuidadores preferían vestir uniforme por miedo a ser sancionados por desobedecer alguna regla implícita de la propia institución. Por regla general, se apreciaba que los que iban de paisano eran los intelectuales, pero estos apenas interactuaban con el resto de los compañeros por pasar las horas del día encerrados en su despacho.

La situación se complicó aún más al imponer la supresión de la bata. El cuerpo facultativo comenzó a ver a los reformistas como radicales peligrosos, mientras que para los dirigentes sindicales «eran izquierdistas pasados de rosca que les desbordaban por la izquierda» (Comelles, 1986: 624). También surgían contradicciones entre el personal sanitario: ATS y cuidadores gozaban de mayores privilegios frente a las limpiadoras, por ejemplo. Entre los cuidadores, unos veían su trabajo con cierto estatus de calidad de vida, culminado con un sueldo más que aceptable; para otros, en cambio, no era más que un trabajo a plazo limitado y sin posibilidad de ascenso dentro de la institución.

Pese a las tensiones interpersonales, el componente lúdico era claramente perceptible en la vida cotidiana del manicomio. A menudo el personal médico-sanitario compartía numerosas actividades colectivas con el resto de pacientes, tanto dentro como fuera del Mental. En contrapartida, muchas relaciones informales trascendieron los límites que imponía la propia institución, y a menudo se establecieron emparejamientos sentimentales entre unos y otros (Comelles 1986:624). Esta falta de disciplina quebrantaba la convencional estructura jerárquica que se presumía dentro de cualquier institución médica y, aún peor, implicaba el borrado de las posibles barreras que impusiera el estatus de cada uno dentro del sistema manicomial.

## La comunidad terapéutica como hogar adoptivo

Previamente a la reforma, Ramón García comparaba el funcionamiento del manicomio al de la institución familiar, ambas con unas connotaciones profundamente negativas al ser un producto, y a la vez el sustento, de la ideología dominante de la sociedad que criticaba. Literalmente, hablaba de esas instituciones como si fueran “dueñas” del enfermo, traspasándose la propiedad del mismo de la una a la otra en función del grado de adaptación a la norma social. La privatización y el abuso de poder iban tan íntimamente ligados en la distribución de los enfermos en cada uno de los pabellones que los mismos médicos se autoatribuían la propiedad de aquellos o el rechazo de los que provinieran de otros pabellones en los que carecían de jurisdicción (García, 1979: 176). Los médicos empezaron a competir por la responsabilidad que tenían sobre los enfermos, distinguiéndolos entre los propios y los ajenos, lo que provocó no pocas quejas por interferir en su trabajo o por faltar al código deontológico al abrir la participación de “sus” pacientes a algunas actividades organizadas por otros compañeros, como una excursión, una asamblea o incluso una charla fortuita en el bar del manicomio.

Considerando lo dicho, los métodos utilizados para curar y reeducar a los pacientes no escandalizaban a nadie. Los castigos físicos, como mantener a las locas más conflictivas atadas a las patas de una mesa y encerradas bajo llave en el pabellón de castigo, no eran más que un reflejo de las instituciones familiar, escolar y policial que se regían por los mismos principios en los que una autoridad vela por corregir los malos comportamientos. Todas ellas se presentaban en términos ideológicos, y de rebote también morales: buenas o malas costumbres, acciones y compañías. Del mismo modo, la autoridad era también moral, procedente en última instancia de una idea divina. A este respecto cabe apuntar que buena parte del personal del manicomio pertenecía al cuerpo religioso —sobre todo religiosas que actuaban de cuidadoras—, además de la hegemonía del pensamiento nacional-católico que imperaba durante el régimen franquista. En la relación jerárquica médico-paciente la ideología se ocultaba tras la legitimación científica, sustituyendo la ciencia a la figura de Dios, lo que denunció en constantes ocasiones el propio García (1979) desde que llegó a la institución.

Entre otros, los objetivos que pretendía eran romper este funcionamiento y transformar la institución en un hogar, pero alejado del modelo de institución familiar tradicional. Esto es, basado en la horizontalidad y la democracia en lugar de la jerarquía y la autoridad. Que la mayoría de los enfermos fueran crónicos que llevaban décadas internados en la institución pudo influir en el desarrollo de un apego sumiso hacia el lugar y el personal. Para ellos el ingreso ya no se trataba de una época transitoria, sino de su forma de vida. Muchos, de hecho, no querían abandonar la institución (Comelles, 2006). La siguiente anécdota resulta reveladora al respecto. Aunque las puertas del manicomio estuvieran perpetuamente abiertas, los enfermos allí ingresados preferían quedarse en sus dependencias. Antes que salir a tomarse un café en un bar próximo, optaban por pasar las horas jugando al dominó en el club social de la propia institución.

Tal evidencia fue frustrante para los defensores del sistema de «puertas abiertas» que tantas veces aparecía entre los planes de reforma. Contrariamente, el manicomio se había convertido en una comunidad terapéutica que habría anulado la propia voluntad de sus ingresados ante la posibilidad de disfrutar de su exclaustramiento.

Durante la reforma del Mental se dio una extraña mezcla entre la violencia que suponía el encierro en la institución frente al gesto de protección (innegablemente paternalista) y una experiencia de liberación, tanto personal como revolucionaria, en el interior del asilo. Debido al contexto tardofranquista en el que se estaban produciendo estos hechos, en el interior del manicomio los enfermos y los médicos podían encontrar paradójicamente lo que en el exterior se les negaba. Este aislamiento compartido en una ínsula excluida de la realidad social proporcionaba una sensación de unidad —podría discutirse si de tipo familiar—, pero indudablemente se compartía un sentido de pertenencia a una comunidad y de resistencia respecto a la sociedad civil.

### **Libertad y autonomía de los pacientes respecto a la institución**

Tras el primer encierro de 1970 y las negociaciones con la Administración —la omnipresente MIA—, se acabaron aceptando algunas de las exigencias de los encerrados, como por ejemplo contratar más personal. a partir de ahí, se proponían tres tipos de actuación:

- a) instauración de un proceso de democratización interna en los términos en los que los propone la Psiquiatría Social; b) la adecuación del hábitat mediante la eliminación de barreras físicas interiores pero sin modificar el régimen de institución cerrada, y c) organización de un modelo de asistencia muy descentralizado (Comelles 1986:622).

Todo aquello que evocara la jerarquía, la autoridad o la rigidez debía ser anulado. Los pacientes salían a la calle, a veces solos y otras en compañía, formaban grupitos para charlar o tocar instrumentos, se organizaban fiestas, colonias de vacaciones, salidas al campo, tenían un club social y asistían a asambleas para opinar y tomar decisiones sobre el funcionamiento del manicomio. Pese a todas estas iniciativas bienintencionadas, los límites del Mental, tanto arquitectónicos —un frío insoportable en invierno, el mobiliario deteriorado, las deficientes comunicaciones internas, etc.— como económicos —faltaba presupuesto para llevar a cabo de manera satisfactoria la mayoría de las actividades—, no dejaron de condicionar cada intento de reforma (Comelles, 2006).

En su amor a la libertad llegaron a plantear la ruptura de ciertos límites tan problemáticos como el de la sexualidad —eliminando la separación afectiva entre personal y enfermos— y el derecho al suicidio. Los más radicales como García (1979) admitían este último como un gesto de liberación del individuo frente a la falta de libertad que imprimía un manicomio convencional, entendido como

un cementerio de muertos vivientes en el que las capacidades del enfermo se veían reducidas a la mínima expresión.

La exposición de estas declaraciones en una asamblea fue la primera de las muchas amonestaciones que salpicó el expediente laboral de García y su equipo. El doctor Abella, ya como director de la institución, les sancionó alegando cargos de irresponsabilidad médica y profesional. La experiencia reformista más radical terminó cuando, despedidas dos personas entre las que se encontraba el propio Ramón García, se encerraron 19 en protesta, y a los 15 días echaron a todo el grupo sublevado. Tras esta decisión, las enfermas le escribieron una carta al director en la que protestaban por los despidos y el cierre del club social, alabando las reformas institucionales que se estaban realizando: se sentían muy contentas de poder expresar libremente sus opiniones, salir a la calle, ganar confianza y de ese modo abrirse con naturalidad a esos médicos que las estaban ayudando (García, 1979). Los enfermos habían tenido por primera vez la oportunidad de ser escuchados.

Abella acabaría despidiendo a García en 1973 aduciendo faltas contra la institución por convocar sus asambleas sin consentimiento de la dirección (op. cit.: 162). Intervino incluso la policía registrando los domicilios de varios miembros del personal médico bajo acusación de subversión antifranquista, además de someterles a un interrogatorio en comisaría y tomarles declaración.

Además de las barreras que la administración y los propios compañeros mantenían, el exterior que había excluido a los enfermos no estaba preparado para asumir estas nuevas libertades. A este respecto, resulta esclarecedor el relato sobre una paciente y su familia que cuenta Ramón García (1979: 159-160). Pese a la longitud, reproducimos la historia tal cual, pues contiene multitud de detalles interesantes:

Llegó el día en que una mujer, todavía joven, que sufría de una epilepsia cuyos 'ataques de gran mal' habíamos logrado controlar mediante una medicación apropiada, se decidió a salir a la calle, lo comentó y le firmamos el correspondiente 'pase'. Era el primer día de salida y llevaba diez años de encierro ininterrumpido, así que todos compartimos la nerviosa alegría que ella experimentaba. Regresó a media tarde y le faltó tiempo para contarnos 'su día libre': había ido a pasear por las Ramblas, había comido tranquilamente en el hotel Oriente (y como no llevaba dinero se había presentado como lo que era: una pobre internada en el Instituto Mental de la Santa Cruz) y luego, presentándose del mismo modo, había logrado dar un paseo gratuito en las Golondrinas del puerto. '¡Estoy tan contenta!', nos decía. (...) Bien, pasaron unos días y la mujer en cuestión quiso salir otra vez y así lo hizo. Fue, en esta ocasión, a casa de su madre y, camino de ella, se iba parando saludando aquí y allá —hacía diez años que nadie la había visto— a los conocidos y vecinos... al fin llegó a su casa y, según las diversas informaciones que posteriormente logramos, allí ocurrió la siguiente escena: su madre se desmayó y a su abuela se le cayeron las gafas por lo que 'la paciente' tuvo que atenderlas a ambas... cuando se recuperaron la echaron de la casa (...). La mujer volvió, llorando, al manicomio. Al día siguiente la madre se presentó en la Dirección médica y, desde allí, nos la remi-



tieron; reunida con nosotros gritó durante más de dos horas ‘les denunciare por haber dejado salir a mi hija’, ‘...la metí aquí para que estuviese encerrada y no para que saliese y entrase’, ‘...tienen que jurarme que no volverá a salir en todo lo que le queda de vida’, ‘...ella es una golfa, le gustan los hombres y el primero que pase le hará un paquete’ (...) también, nos contaba la causa misma de su odio: ‘...un canalla me embaucó y me hizo esta hija tonta... luego se fue y me la dejó de regalo’ (...) ‘lo único que yo quiero —nos decía con insistencia— es que me juren ahora mismo que no saldrá nunca jamás’.

El propio García (op. cit.: 160) le trató de explicar que la labor manicomial no era la de servir como centro de confinamiento a perpetuidad, sino la de «poner todos los medios para que las personas internadas pudieran, algún día, salir», o al menos garantizar su curación. En la cita precedente se manifiestan muchas barreras sociales y familiares, además de las propiamente manicomiales, que desplazan a la enferma a una situación de exclusión de la que resulta muy complicado salir. Comenzando por los vecinos, que denuncian la presencia de la enferma, y continuando por la propia familia, llegamos a una esclarecedora muestra de la dependencia económica de los internos respecto al hospital. Pese a que podían salir, previa autorización, su libertad de acción terminaba en el momento en que tenían que abonar unos servicios con un dinero que no poseían. El tema del trabajo remunerado se discutía en las asambleas, pero ni todos los enfermos trabajaban ni todos los que trabajaban cobraban, y los que lo hacían era de manera simbólica más que retributiva.

Esas ansias y esos propósitos de libertad teóricos en los que se basaba la reforma no hacían más que toparse con muros, reales o simbólicos, en su implementación práctica. Para empezar, los enfermos estaban encerrados en una institución que no podían abandonar por voluntad propia hasta que un médico declarase su «curación». La igualdad médico-enfermos nunca llegó a ser completa. El enfermo estaba al margen de la sociedad, en una situación de extraterritorialidad, mientras que el personal ocupaba un territorio que no era el suyo. La relación que se daba entre ambos era por tanto entre individuos que tenían excluida toda posibilidad de acción, y otros que actuaban como representantes de la sociedad que había decidido excluirlos. Los enfermos estaban sometidos a variaciones sobre las cuales tenían escasa, por no decir nula, posibilidad de intervención. La «inexpansibilidad» de los enfermos implicaba que las relaciones entre ellos y la institución y el personal estaban condicionadas o determinadas por la coyuntura exterior, de cariz político, ya que había unas relaciones conflictivas con los poderes administrativos y con las instancias políticas y sociales exteriores de las que formaban parte.

### **¿Responsabilidad de quién?: escurriendo el bulto**

Los factores que llevaron al fracaso de la reforma y, finalmente, al cierre y derribo del manicomio, son múltiples. Los intereses económicos vinculados a la

especulación inmobiliaria indudablemente tuvieron un peso crucial en la decisión final del derribo, pero previamente a este acontecimiento la experiencia reformista ya estaba naufragando. Como vimos más arriba, los cambios que se pretendía instaurar representaban tensiones y problemas entre el Mental y la Administración, las autoridades y la sociedad externa al manicomio, además de no tener un respaldo uniforme entre los miembros internos del centro. En la España franquista esta experiencia resultaba mucho más revolucionaria que en otros países europeos donde se tomaron medidas similares. «La crisis en los manicomios era tan aguda y la descapitalización tan importante que incluso los ajustes más modestos resultaban extremadamente conflictivos», apunta Comelles (1986: 622), para rematar en otro texto: «Si la lucha a la que nos referimos ha durado lo que ha durado, no es en función del contexto psiquiátrico, sino de las connotaciones directamente políticas que asumió el conflicto» (Comelles, 1980: 3; la traducción es nuestra). Si sumamos a todo ello la falta de experiencia de los reformadores y la ausencia de referentes dentro del país, el fracaso del proyecto no parece sorprendente.

Amalgamar tan variados y complejos intereses producía muchas dificultades operativas a la hora de tomar decisiones, y finalmente no iban más allá de declaraciones generales muy difusas. Cualquier planteamiento concreto que se realizase desde una de las facciones podía contar con la hostilidad o los intentos de boicot de las demás. Además, la división del manicomio en secciones que funcionaban de manera prácticamente independiente las unas de las otras dificultaba llegar a acuerdos y establecer una estrategia común a medio o largo plazo (Comelles 2006).

La progresiva radicalización de las asambleas incrementó las reacciones de rechazo por parte de los movimientos sindicales del Hospital de Sant Pau, además del de técnicos y personal sanitario que no se sentían representados. Finalmente, solo pudieron contar con el apoyo de la Coordinadora Psiquiátrica (Comelles, 1986). Tras la expulsión de Ramón García se hicieron constantes denuncias de la delicada situación del Mental, tratando de implicar socialmente a distintos movimientos ciudadanos de la ciudad con el objeto de defender la institución contra su demolición. Las asociaciones de vecinos aprovecharon la ocasión para reivindicar la conservación del edificio para fines de equipamiento para uso social. El núcleo de la mayoría de las protestas se centró en el choque de intereses sindicales promovidos por Comisiones Obreras frente a los objetivos inmobiliarios de la MIA, pero también conviene subrayar la influencia que mantuvo la presión social y mediática de las distintas asociaciones de vecinos en este frente antiinstitucional (Comelles, 1986: 631).

Tras la destitución de García se incorporó a un nuevo personal médico mucho menos preparado pero políticamente más combativo que originó un replanteamiento en el modelo clínico. Un sector muy sustantivo de médicos de la «vieja escuela» aún seguía suministrando un exceso de medicalización que, por un lado, atajaba el uso de las terapias más incisivas y violentas como el *electroshock* o la lobotomía, pero se recurría en contrapartida a técnicas más rápidas y baratas con psicofármacos (op. cit.: 632). Como resultado, a partir de 1975 se produjo un

cambio en el modelo de medicalización con unas bases ideológicas muy distintas a las iniciales, destinado, entre otras cosas, a pactar con el Hospital de Sant Pau un servicio de psiquiatría en su seno. La mayoría de los que lo apoyaron fueron nuevas generaciones de médicos internos residentes que no habían vivido las primeras fases del conflicto y veían relegados su *status quo* frente a cuidadores, psicólogos y ATS.

## Conclusiones: y tras la reforma ¿qué?

Con la difusión de las ideas contestatarias de la antipsiquiatría creció el rechazo generalizado frente al encierro asilar y la necesidad de crear nuevos dispositivos terapéuticos para el tratamiento de la salud mental. Las principales motivaciones de la reforma psiquiátrica se justificaron, entre otras causas, por razones técnicas —el espacio terapéutico (en este caso, el manicomio) era insuficiente e inadecuado— así como también éticas, subrayando la urgencia de devolver la dignidad humana a los pacientes, como también la responsabilidad ciudadana frente a los trastornos mentales.

Al respecto, Desviat (2002, 2010) apunta varios tipos de reforma que se llevaron a cabo en el territorio español: la que puso en solfa la propia institucionalización de la asistencia manicomial; la que legitimó la importancia de reformular un nuevo marco legal para la regulación de la salud mental en el Estado español; y por último el enfoque reformista que trató de optimizar y mantener ciertos modelos terapéuticos durante un determinado período de tiempo que coincidió con la Transición española (1975-1986), habiéndose iniciado unos años antes. Capellá (2001), en cambio, no defiende esa misma visión, pues aduce que tan solo se despertó la necesidad de una reforma psiquiátrica cuando la sociedad española exigió otro destino para los enfermos mentales recluidos en los centros manicomiales, en especial para los casos de trastornos mentales crónicos o incapacitados. En España, esta opción muestra una clara evidencia a partir del momento en que, como pasó con el Mental, se insistió en la eliminación de los hospitales psiquiátricos en pro de un modelo de atención comunitaria. Una tercera mirada crítica la ejemplifica la postura de Ramón García (1979, 1995), para quien la reforma psiquiátrica se vio frustrada en España por remarcar tanto el compromiso político y sostener tanto esfuerzo en un énfasis combativo que desatendió completamente a los pacientes. Por su parte, Comelles (2006: 284) sostiene que la Seguridad Social española ninguneó su apoyo a los centros manicomiales durante el período de la Transición porque no se consideraba rentable atender a enfermos que no garantizaran ninguna contraprestación para la sociedad.

La apresurada y algo chapucera reforma que se pretendió implementar en el Mental viene a sintetizar todas estas posturas. Tras el nombramiento de un nuevo cuerpo de médicos auxiliares de joven edad y escasa experiencia a cargo de los escasos pacientes que aún quedaban en el Mental en los últimos años de existencia de esta institución, se discutieron muchos planes posibles pero sin llegar

a ponerse ninguno en práctica. Para De Lera (1972:148), esta reforma no pasaba de ser «tímida» y no hacía sino reproducir los apresurados patrones sociales y urbanísticos que denunció el doctor Pi i Molist (1889) en el discurso inaugural del Institut Mental, calumniando de paso al Ayuntamiento de Barcelona por disponer antes de dos plazas de toros, hipódromo y una cárcel-modelo antes que valorar la construcción de un manicomio de nueva planta. Con un poco disimulado nivel de sarcasmo, Pi i Molist cerraba su larga perorata con estas palabras:

Sí, Señores, en el frontispicio de este Manicomio, para levantar el espíritu de los atribulados que pisen sus umbrales, podrá esculpirse, vuelto al revés su concepto (...), aquel verso que Dante vio escrito en el dintel de una puerta de la *città dolente* (op. cit.:17).

El verso al que hace mención, extraído de la *Divina Comedia*, no es otro que: «Abandonad toda esperanza quienes aquí entréis».

## Bibliografía

- ALEGRE-AGÍS, Elisa; BARCELÓ-PRATS, Josep; COMELLES, Josep Maria. “La confusión de los psiquiatras. Las narrativas en torno a la crisis del custodialismo durante el tardofranquismo”. *Revista de Historia de la Psicología*, 39(1), (2018), p. 31-39.
- BASAGLIA, Franco. *L'istituzione negata*. Milán: Baldini Castoldi Dalai, 1968.
- CAPELLÀ, Alfred. “La reforma en Salud Mental en Catalunya: El modelo catalán”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(79), (2001), p. 101-128.
- COMELLES, Josep Maria. “Transformacions ideològiques i estratègies polítiques en una institució psiquiàtrica en curs de reforma (1971-1976)”. *Comentaris d'Antropologia Cultural*, 2, (1980), p. 2-19.
- COMELLES, Josep Maria. “La crisis de la psiquiatría española durante el Tardofranquismo y la Transición: el caso del Institut Mental de la Santa Cruz (1971-1986)”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6, (1986), p. 619-635.
- COMELLES, Josep Maria. “El Mental”. A: ALBERCH, R. (dir.), *Els Barris de Barcelona*, vol. 3. Barcelona: Enciclopèdia Catalana / Ajuntament de Barcelona, 2000.
- COMELLES, Josep Maria. *Stultifera Navis: La locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio, 2006.
- COMELLES, Josep Maria. “Psiquiatres, bojos i salut mental en la Transició”. A: MARÍ, A.; RISQUES, M.; VINYES, R. (dirs.), *En Transició*, (2007), p. 105-116. [Barcelona: Centre de Cultura Contemporània de Barcelona].
- COOPER, David. *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. Londres: Tavistock, 1967.
- DE LERA, Ángel María. *Mi viaje alrededor de la locura*. Barcelona: Planeta, 1972.
- DESVIAT, Manuel. *A reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 23-48; 99-113.
- DESVIAT, Manuel. “La antipsiquiatría: Crítica a la razón psiquiátrica”. *Norte de Salud Mental*, 25 (2006), p. 8-14.
- DESVIAT, Manuel. “Los avatares de la una ilusión: La reforma psiquiátrica en España”. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23 (2010), p. 253-263.
- GARCÍA, Ramón (comp.). *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral, 1975.
- GARCÍA, Ramón. *iAbajo la autoridad! Ciencia, manicomio y muerte*. Barcelona: Anagrama, 1979.
- GARCÍA, Ramón. *Historia de una ruptura. El ayer y el hoy de la psiquiatría española*. Barcelona: Virus, 1995.
- HUERTAS, Rafael. “Asilo para locos. ¿Laboratorios sociales o espacios de exclusión?”. *Siso/Saúde, Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental*, 43 (2006), p. 121-131.
- HUERTAS, Rafael. *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)Pensar la locura*. Madrid: Catarata, 2012.
- HUERTAS, Rafael (coord.) *Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición*. Madrid: Los libros de la Catarata, 2017.
- IRISARRI, Fabiola. “*Psiquiatría crítica en España en la década de los 70*”. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense de Madrid, 2018.
- MAÑAS, Cruz; LOREDO, José Carlo; LAFUENTE, Enrique. “La Historia de la Reforma Psiquiátrica Española de la Democracia”. *Revista de Historia de la Psicología*, 37 (2016), p. 13-21.

- MARTÍ, Francisco; Moreno, Eduardo. *Barcelona, ¿a dónde vas?*. Barcelona: Dirosa, 1974.
- MONTESOL, Javier. *Don Vito & co.* Pamplona: Pamiela, 1985.
- MUGURUZA, Fermín; MUGURUZA, Iñigo. “Don Vito y la revuelta en el frenopático”. *Kortatu*. Pamplona: Soñua, 1985.
- ORTÍZ, Alberto; HUERTAS, Rafael (coord.). *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Los libros de la Catarata, 2018.
- PI I MOLIST, Emilio. *Proyecto médico razonado para la construcción del manicomio de Santa Cruz*. Barcelona: Tomás Gorchs, 1860.
- PI I MOLIST, Emilio. *Discurso de la inauguración del Manicomio de la Santa Cruz de Barcelona*. Barcelona: Henrich & co., 1889.
- QUINTANA, Alfred. *Històries de la història de la psiquiatria catalana*. Barcelona: Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, 2017.
- SÁNCHEZ-MORENO, Iván; FERNÁNDEZ, Alicia; SCHUBERTH, Christina; VILARDELL, Alba . “Las fronteras del paisaje de la locura. Fundamentos médico-arquitectónicos del manicomio de la Santa Cruz de Barcelona”. A: COMELLES, J. M.; CONEJO, A.; BARCELÓ-PRATS, J. (coord.). *Imago Civitatis: Hospitales y manicomios en Occidente*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2018a, p. 145-169.
- SÁNCHEZ-MORENO, Iván; VILARDELL, Alba; PUJOL, Eduard; CASTAÑÉ, Jaume; FERNÁNDEZ, Alicia. “Les runes del somni. L’església de l’Hospital Mental de la Santa Creu (Barcelona): Una autoria confusa”. A DILLA, R.; TORRAS, M. (ed.). *Elias Rogent i Barcelona*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2018b, p. 306-325.
- SEDKOWSKI, Victoria. “Significación e identidad del manicomio en la ciudad: El Instituto Mental de la Santa Cruz entre 1970 y 1987”. *Urbs, Revista de Estudios Urbanos y Ciencias Sociales*, 9(2) (2019), p. 63-74.