

El Hospital Psiquiátrico Román Alberca: neurosis institucional y reconstrucción histórica de un modelo de psiquiatría en la Región de Murcia

The Román Alberca Psychiatric Hospital: Institutional Neurosis and Historical Reconstruction of a Psychiatric Model in the Region of Murcia

Luis López Sánchez

Centro de Salud Mental de Murcia-Infante

Introducción de Miguel Ángel Alzamora Domínguez

Universidad de Murcia

RESUMEN

En 1959 Russell Barton publicó su conocido libro *Institutional Neurosis* donde analizaba cómo los pacientes con trastorno mental ingresados en hospitales psiquiátricos desarrollaban síntomas neuróticos relacionados con el hecho de estar encerrados en estas instituciones. La crítica hacia los hospitales psiquiátricos se hizo fuerte en las décadas posteriores desde disciplinas como la filosofía histórica con Foucault, la sociología con Goffman, o con la sociología histórica de Robert Castel en Francia y Álvarez-Uría en España. Pero también desde la propia psiquiatría, desde postulados como los de Barton, o desde las críticas y propuestas del equipo de Franco Basaglia, el deseo por transformar aquellos hospitales, cuando no, hacerlos desaparecer, formó parte de las prácticas internas de muchos profesionales que asistían los problemas más graves de salud mental. Este artículo parte de la investigación para una sesión clínica realizada entre los años 1984 y 1985, donde se exponen algunas descripciones de la observación y la intervención a partir de las variables analíticas utilizadas por Barton sobre la neurosis institucional en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca, en la Región de Murcia. Sin ser el objetivo de este artículo realizar una comparación de la configuración y organización de un hospital psiquiátrico entre aquellos años ochenta y la actualidad, sí intenta mostrar algunas prácticas profesionales que se sitúan en la relación entre

aquellas críticas e intervenciones sobre las instituciones totales, y las derivas actuales de la atención a los trastornos más graves en salud mental.

PALABRAS CLAVE: Neurosis institucional, cambio social, reforma psiquiátrica, fotografía etnográfica, hospital psiquiátrico, psiquiatría social.

ABSTRACT

In 1959 Russell Barton published his well-known book *Institutional Neurosis* where he analyzed how patients with mental disorders admitted to psychiatric hospitals developed neurotic symptoms related to being confined in these institutions. Criticism toward psychiatric hospitals became strong in subsequent decades from disciplines such as historical philosophy with Foucault, sociology with Goffman, or with the historical sociology of Robert Castel in France and Álvarez-Uría in Spain. But also from psychiatry itself, from postulates like those of Barton, or from the criticisms and proposals of Franco Basaglia's team, the desire to transform those hospitals, if not make them disappear, became part of the internal practices of many professionals who attended to the most serious mental health problems. This article stems from a clinical session conducted between 1984 and 1985, where some descriptions of observation and intervention are presented based on the analytical variables used by Barton regarding institutional neurosis at the Hospital Psiquiátrico Román Alberca, in the Region of Murcia. While the objective of this article is not to make a comparison of the configuration and organization of a psychiatric hospital between those eighties and the present, it does attempt to show some professional practices that are situated in the relationship between those criticisms and interventions on total institutions, and the current developments in care for the most serious mental health disorders.

KEY WORDS: Institutional neurosis, Social change, Psychiatric reform, Ethnographic photography, Psychiatric hospital, Social psychiatry.

El Ángel de la Historia bien quisiera detenerse, despertar a los muertos y recomponer los despedazados.

Walter Benjamin

El pasado se reaviva desde el presente, es una instancia del presente (...) El presente fecunda al pasado y el pasado recupera, en el corazón del presente, una actualidad nueva: reactualización, no preservación.

Amador Fernández Sabater

Es demasiado fácil desacreditar todos los esfuerzos por reintroducir la experiencia de los agentes en una descripción objetiva, identificando esta exigencia metodológica con las peticiones de principio que algunos defensores de los derechos sagrados de la subjetividad oponen a las ciencias sociales, sin ver que éstas deben a la decisión metodológica de "tratar los hechos sociales como cosas" sus progresos más decisivos.

Pierre Bourdieu.

INTRODUCCIÓN (de Miguel Ángel Alzamora Domínguez)

Es esta introducción un comentario que antecede a la descripción de una sesión clínica realizada por el psiquiatra Luis López Sánchez, en el contexto de su ejercicio profesional y de observación aplicada en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca durante los años 1984 y 1985. Tómese este prólogo como una lectura con mirada sociológica sobre un análisis diagnóstico que, con la ayuda de la fotografía, documenta las características del cuadro clínico que bajo el marco teórico de la neurosis institucional, teorizó Russell Barton. El trabajo de Luis López Sánchez se inserta así en esa labor de aquellos profesionales de la salud mental que muchos años antes de que se promulgase la Ley General de Sanidad en 1986, plantearon la alternativa comunitaria a los hospitales psiquiátricos, y mientras esta se institucionalizaba, trabajaron por humanizar la vida cotidiana de los enfermos psiquiátricos ingresados en aquellos hospitales.

En los años cincuenta y sesenta del siglo XX, las críticas a los manicomios u hospitales psiquiátricos se había vuelto una actividad global por parte de intelectuales, profesionales, los propios pacientes y los movimientos sociales que aquellos configuraban. Fue en 1959 cuando Russell Barton publicó su conocido libro *Institutional Neurosis*, donde presentó, como principal tesis,

que los pacientes con trastorno mental ingresados en hospitales psiquiátricos desarrollaban síntomas neuróticos relacionados con el hecho de estar encerrados durante largo tiempo.

Luis López Sánchez, autor de la ponencia¹ que da contenido a este artículo, cita algunos antecedentes del análisis de Barton como: los trabajos sobre los “perjuicios del internamiento” de Pinel y Grissinger (1836); el “estupor de prisión” de Myerson (1939); el “institucionalismo psicológico” de Bettelheim y Silvester (1948); el “institucionalismo” de Martin (1955), a los que podemos añadir a esta lectura cronológica, las críticas a las “instituciones totales” analizadas por Goffman (1961); el libro de Franco Basaglia *La Institución Negada* (1968); las referencias a las “instituciones disciplinarias” historizadas por Foucault (1975); o el desvelamiento de las bases sociales y políticas de la institución psiquiátrica de Robert Castel en Francia (1976) y de Fernando Álvarez-Uría en España (1983), entre otras.

Russell Barton va a considerar la neurosis institucional como una consecuencia del internamiento prolongado en una estructura institucional como la del hospital psiquiátrico, caracterizada por una burocratización desmedida y por relaciones de dominación excesivas, donde la disciplina y el miedo se presentan como los medios coercitivos más comunes que pueden desembocar en problemas de salud mental, en neurosis, diferentes a los que los que motivaron que los internos fueran ingresados en el hospital. Pero esta neurosis institucional es difícil de analizar por otros medios que no sea la observación participante durante periodos más o menos extensos en el tiempo, como bien demostró unos años más tarde con su trabajo de campo, y desde un marco teórico sociológico, Erving Goffman para la investigación que produjo el libro *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1961). El análisis que realiza Luis López Sánchez a partir de Barton parece dialogar con Goffman cuando éste describe los procesos de mortificación del yo sistemáticos en las instituciones totales, procesos a través de los cuales, y a través del tiempo de internamiento, se desposee de la identidad anterior al ingreso del enfermo mental, del loco, del prisionero, del escolar internado.

El análisis de Barton -como el de Goffman- se convierte así en una herramienta útil en aquella década de los ochenta, época de cambios sociales e institucionales en España que provocó el paso del régimen franquista a una sociedad democrática. Recordemos que desde el comienzo de la guerra civil y durante el régimen dictatorial franquista, las reformas que se propusieron en la II República para organizar un nuevo modelo asistencial más centrado en la

¹ Esta ponencia fue presentada el 16 de abril de 2024 en las *XII Jornadas de la Sección de Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* celebradas en la Universidad de Murcia.

prevención y la protección de la salud que en el encierro fueron frustradas (Campos, R. y Huertas, R. 1998: 108a). La transformación comenzó con el periodo democrático en el que las prácticas ya avanzadas en otros países para superar el “hospitalocentrismo manicomial” (1998: 108b) e implantar dispositivos se trasladaron a España con vocación de convertirse en atención comunitaria. El cambio del “lugar de observación” y de asistencia profesional de la “locura” va a transformar tanto los diagnósticos, como la mirada de los profesionales sobre los propios pacientes (Huertas, 2008: 59). Y es aquí, en este momento temporal de transición de un modelo que tenía como centro en el tratamiento de la enfermedad mental los hospitales psiquiátricos, a un modelo a través del que se va a intentar que las personas con problemas de salud mental sean atendidas en una red de dispositivos ambulatorios y en sus contextos vitales. Es en este espacio temporal de transformación en el que Luis López realiza sus observaciones sobre la neurosis institucional en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

La sesión clínica que el autor realizó en el año 1985, tras las observaciones in situ en el hospital, es el contenido de este artículo, sabiendo que, una sesión clínica es una presentación sobre un tema actualizado, sobre casos reales, sobre conocimientos relevantes, que se realiza ante un grupo de profesionales de salud mental que forman parte de alguna unidad asistencial. Esta sesión clínica tomó forma de ponencia para las jornadas del área de historia de la AEN celebradas en la Universidad de Murcia en 2024. Esa ponencia aquí transcrita tiene un gran valor documental y configura un relato de unas prácticas de investigación que tenían como objetivo la mejora terapéutica y, por tanto, la mejora de la vida de los pacientes con trastorno mental grave en el hospital, es decir, actuar sobre los efectos perniciosos de ese internamiento y de la cultura organizacional que provocaba la neurosis institucional y, así, poder abordarla, a partir de las recomendaciones del propio Barton, entre otras.

Aquella investigación-acción, se realizó bajo el marco teórico que propuso Barton como base del análisis de la neurosis institucional; para lo que se recogió información de modo etnográfico a partir del conocimiento que ofrecía trabajar en el mismo centro de forma prolongada, utilizando la documentación, la observación participante, las experiencias autobiográficas, y, sobre todo, la fotografía como técnica de recogida de información y testimonio de aquello que se analizaba. Es a partir y alrededor de esta última, la fotografía, que se construye la sesión clínica, cumpliendo así esta, aquella función que le asignaba Pierre Bourdieu (2003) como técnica de investigación sociológica, fotografía que cumple una función social, y que va a ayudar a comprender con mayor profundidad las relaciones y estructuras sociales que determinan la institución.

En 1986 se aprueba en España la Ley General de Sanidad, en la que en su artículo 20 recoge aspectos directamente relacionados con el tratamiento de la

salud mental que concierne sobre todo a quienes sufren trastornos mentales graves, donde ya se promueve la rehabilitación y la atención comunitaria: *“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización”* (BOE, 1986:16-17).

Hoy día gran parte de los hospitales psiquiátricos siguen en pie, funcionando de la mano de la amplia pero inacabada red comunitaria de salud mental. Hoy, que nuevas estructuras privadas en forma de hospitales, clínicas, albergues de personas sin hogar, se abren para personas con trastornos mentales, en centros con cuestionadas condiciones de atención, gestión, así como, de control público. Hoy, que algunas voces proponen la reforma de la reforma psiquiátrica, no podemos olvidar que, si bien los cambios legislativos se realizaron con un consenso amplio por parte de los profesionales, el modelo comunitario ha sido implantado de forma amplia aunque con diferentes grados desarrollo en las diversas regiones españolas. Por otro lado, los recursos alternativos efectivos han sido en muchos casos escasos, así como, la coordinación entre los diversos recursos sanitarios, sociales, de formación y empleo, se ha desarrollado pero de forma aún insuficiente. Y son estas cuestiones que ya se vislumbran desde hace veinte años, repetidas hace diez años, y que sirven para hoy día, algunos de los factores que dificultan la garantía en la continuidad de los cuidados a personas con graves problemas de salud mental (Bravo, M.F., Día, B. y Fernández, A. 2006: 277-279).

Por todas estas razones, este artículo nos interpela para no perder de vista otros tiempos no tan lejanos, donde eran muchas las personas que desde su posición profesional pretendían mejorar las condiciones de vida de quienes sufrían trastorno mental grave. En este sentido, observar, reflexionar, investigar y proponer otra forma de hacer las cosas, también desde dentro de las instituciones que hoy siguen en pie en nuestras sociedades, como así muestra la sesión clínica realizada hace cuarenta años por Luis López Sánchez, se convierte en un importante objetivo en la labor cotidiana que llevan a cabo profesionales de la salud mental.

Por último, si bien en la presentación de esta sesión clínica en las XIII Jornadas de la Sección de Historia de la AEN se mostraron más de 70 fotografías, aquí sólo se mostrarán algunas por motivos de formato de la publicación, calidad, y otros aspectos técnicos. Así también, algunas partes del relato son narradas en pasado, para darle más agilidad a la lectura, aunque el autor insistió en su ponencia que narraría la sesión tal y como fue, sin dejar paso a un relato políticamente correcto. Pero si algo está claro, es el valor documental y testimonial de las mismas, reflejo de unas prácticas institucionales en una

época de importantes cambios sociales y cambios en la propia institución protagonista, por lo que, más allá de las resistencias de su autor, se hace imprescindible su publicación.

PONENCIA PRESENTADA POR LUIS LÓPEZ SÁNCHEZ EL 25 DE ABRIL DE 2024 EN LAS XIII JORNADAS DE LA SECCIÓN DE HISTORIA DE LA AEN BAJO EL TÍTULO: *EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA Y LA NEUROSIS INSTITUCIONAL*.

A finales del año 84 y principios del 85, me planteé realizar una sesión clínica sobre la neurosis institucional. A modo de diagnóstico, y con la intención de documentar la neurosis institucional, me reuní con unos amigos, fotógrafos aficionados, y nos propusimos hacer ese diagnóstico en base a un reportaje fotográfico, que recogiera todos los aspectos de este cuadro clínico teorizado por Russell Barton. A Silvestre Martínez, que supo de las diapositivas de aquel reportaje, se le ocurrió que repitiera en estas jornadas, la misma sesión clínica, casi cuarenta años más tarde. Y, aunque me he resistido, sobre todo por dos razones: la primera es que me dan mucha pereza los viajes en el tiempo, y si es a los años ochenta, para qué contaros, absolutamente nada; y también porque, las veces que he abordado algún tema de historia, generalmente en relación a la reforma psiquiátrica murciana, lo que he intentado ha sido analizar lo que ocurrió, pero más que nada como un proceso de reflexión que pudiera ser útil, para lo que está ocurriendo en la actualidad. Siempre he creído legítima la perspectiva de una reactualización destinada a sacar algún tipo de aprendizaje, algo que no tengo suficientemente claro en el análisis que aquí traigo.

Entiendo que puede tener un valor documental, y bueno, tras la persistencia amable de Silvestre, voy a contaros aquella sesión clínica, a la que se añade, otro encargo que me hacen: ofrecer, en forma de contexto histórico, algunos datos de la historia del Hospital Ramón Alberca.

1. UN BREVE RECORRIDO POR AQUELLOS TIEMPOS DE CAMBIO EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA

La inauguración del Hospital Psiquiátrico Román Alberca se produce el 31 de octubre de 1965, pero los primeros pacientes llegan en 1966. Román Alberca lo dirige muy poco tiempo porque en el mismo 1966, Luis Valenciano asume la dirección. Pero quiero detenerme en las características que aparecen como fundamentales en este hospital, que se inaugura en El Palmar, y que estuvo influenciado tanto por ideas de Román Alberca como de Luis Valenciano, así como, por las de Paco Román. Ellos tuvieron mucho contacto con el psiquiatra

Francesc Tosquelles, y su influencia es notable al establecer unos principios para el nuevo hospital psiquiátrico.

Expresaban ya entonces (datos tomados de la publicación de Paco Martínez-Pardo y Leonor Coy Fuster *Historia de la psiquiatría murciana*) que el hospital debía tener una estructura abierta; verjas normales en contraposición de los grandes muros del antiguo manicomio; con “una política de profilaxis y post-cura, con creación de puentes asistenciales, en forma de hospitales de día y de noche, con talleres protegidos y hogares de enfermos, que fuera fácilmente asequible a la visita de familiares y amistades, para evitar los viejos prejuicios y aislamientos”. “La organización total del hospital psiquiátrico es un instrumento curativo en manos del equipo médico”, decía. “La tarea clínico asistencial tiene a la socioterapia y laborterapia como ejes” (...) “El diseño del hospital es un diseño como hospital-pueblo” como propugnaba Tosquelles, “con un funcionamiento asistencial que pretende ser una macrocomunidad terapéutica” (Martínez-Pardo F, Coy-Fuster L. 2007)

Figura 1. Copia de fotografía aérea del Hospital Psiquiátrico Román Alberca



Hospital Psiquiátrico de El Palmar

Fuente: *Historia de la psiquiatría murciana* de Martínez Pardo, F. y Coy Fuster, L

Esta era la idea. Había una plaza central en el pueblo, donde estaba el bar, los comedores y las zonas de ocio. Los pabellones de agudos estaban a la entrada, y después los pabellones, a derecha e izquierda, de hombres y mujeres. Tenía su propio cine, su propia iglesia, talleres de trabajo y sus talleres agrícolas.

La distribución por diagnósticos de los pacientes que fueron trasladados del antiguo manicomio provincial, el 6 de abril de 1967, señala que el 46% estaban diagnosticados con trastorno psicótico, y el resto de pacientes entre

oligofrénicos, alcohólicos, epilépticos, demencias, psicópatas, y otros casos. En el año 1971 la oferta del nuevo hospital ha supuesto que crezcan muchísimo los ingresos. Un hospital que estaba previsto para unas 800 personas, ya en 1971 albergaba 966 internos (de los que más del 50% fue por alcoholismo).

Figura 2. Copia imagen de documento que recoge información sobre clasificación de grupos pacientes por diagnóstico

¿Qué enfermos había en el Hospital Psiquiátrico?: toman-
do un día de prueba, el 6 de abril de 1967 el porcentaje de los
grupos de pacientes más importantes era:

Psicóticos	46%
Oligofrénicos	20 %
Alcohólicos	10%
Epilépticos	10%
Demencias	8%
Psicópatas	3%
Otros casos	3%

Fuente: *Historia de la psiquiatría murciana* de Martínez Pardo, F. y Coy Fuster, L.

En el año 1974 se inaugura un nuevo pabellón de ingresos, y en 1975 se jubila Luis Valenciano, que es sustituido en la dirección del hospital por Demetrio Barcia. En 1978 se reduce la cifra de internos a 792 personas, estableciéndose alrededor de unos 800 pacientes internos en los años posteriores. En este mismo año, 1978, se crea la Escuela oficial de la Especialidad de Psiquiatría, a partir de la que comenzaron a formarse gran número de profesionales de psiquiatría y psicología. En 1980, Demetrio Barcia pasa a ser director de formación e investigación, y como director del hospital, se nombra a Francisco Martínez Pardo. En 1981 se inicia la colaboración con el Centro Psicoanalítico de Madrid, colaboración importante porque la práctica totalidad de psiquiatras y psicólogos entonces hacemos formación psicoanalítica en Madrid, a lo largo de entre tres y cinco años, formación que tendrá impacto en la asistencia a los pacientes. Otro hito importante es que en 1982, José María Morales, conocido psiquiatra y catedrático de psicología médica, es nombrado Consejero de Sanidad, y Paco Martínez Pardo deja la dirección del hospital y asume la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Estos nombramientos son un hito fundamental porque van anticipar las líneas de lo que va a ser la reforma psiquiátrica.

En 1983, de manera muy precaria, se crean cuatro centros de salud mental en la Región de Murcia. Ya en 1984 se publica el Informe ministerial para la Reforma psiquiátrica, y como señala Paco Martínez-Pardo, entre 1984 y 1985 comienzan a generarse muchos grupos de trabajo sobre política asistencial en psiquiatría. Es en este contexto, y en estos años, cuando se realiza esta sesión clínica sobre la neurosis institucional. Como anécdota, señalar que esta sesión clínica estuvo financiada por la comunidad religiosa de las Hermanas de la Caridad, básicamente para el revelado de las diapositivas.

2. UNA SESIÓN CLÍNICA SOBRE LA NEUROSIS INSTITUCIONAL EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA EN 1985

Voy a ser estricto, nada políticamente correcto, en la lectura de lo que fue la sesión clínica. Voy a atenerme a lo que en aquel momento escribí, y solamente en los momentos en los que no haya un apoyo fotográfico realizaré un pequeño resumen para no hacerlo excesivamente aburrido.

La justificación de la sesión clínica estaba basada en la discusión, tanto técnica como ideológica, que entonces manteníamos en torno a los hospitales psiquiátricos. Esta tenía como objetivo indagar en la posible transformación de dichos hospitales hacia otras organizaciones terapéuticas, como las Comunidades Terapéuticas de Maxwell Jones, y la terapia institucional de Ayne, Rappard y Tosquelles, o si teníamos que plantearnos el cierre del hospital con el desarrollo de modelos de psiquiatría comunitaria.

Sobre la Neurosis Institucional, los antecedentes más significativos se basaban en los trabajos de Pinel y Grissinguer sobre los “perjuicios del internamiento”; en el “estupor de prisión” de Myerson (1939); en el “Institucionalismo psicológico” de Bettelheim y Silvester (1948); en el “institucionalismo” de Martin (1955); ya en 1959 Burton, es el que acuña el concepto de “neurosis institucional”.

3. UNA CLÍNICA ESPECÍFICA EN DIVERSOS PACIENTES DE DIFERENTES INSTITUCIONES

La clínica, según Barton, categoriza a la neurosis institucional como una enfermedad caracterizada por apatía, falta de iniciativa, pérdida de interés en las cosas y, sobre todo, en los acontecimientos personales, sumisión y a veces, inexpressión de sentimientos. Se describe también por una falta de interés por el futuro, y aparentemente, una incapacidad para realizar planes prácticos. Otros síntomas son el deterioro de las rutinas personales, el aseo, el cuidado de

sí mismo, y la pérdida de la individualidad, con una aceptación resignada de que las cosas continuarán exactamente como están.

Estos signos van a variar de gravedad, y van, desde el paciente mudo y estuporoso que se sienta siempre en la misma silla, días tras día, al paciente jovial que disfruta de las instalaciones hospitalarias y realiza un trabajo ocupacional, pero que no muestra deseo de abandonar el centro, ni se interesa por planes futuros fuera del hospital, y presenta cantidad de obstáculos y objeciones tan pronto como se le anuncia el alta.

Figuras 3 y 4. Zona ajardinada de descanso del Hospital Psiquiátrico Román Alberca



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Suelen adoptar una postura característica, con las manos cruzadas, los hombros caídos, la cabeza hacia delante. Su marcha es arrastrando los pies, con restricción de movimientos, de pelvis, de caderas y de rodillas. La evidencia de la neurosis institucional se encuentra en las historias clínicas en las siguientes anotaciones: “no trabaja, no tiene interés”; “trabaja bien, pero le falta espontaneidad”; “se ha adaptado muy bien”; o “coopera bien y no presenta problema alguno”.

Respecto a los diagnósticos diferenciales, principalmente por la patología depresiva tiene mucho en común con la neurosis institucional, pero el abatimiento, tristeza, culpabilidad, agitación y desesperación de la depresión no existen en ella. Seguramente la dificultad más importante surge al intentar diferenciar este cuadro de los síntomas residuales esquizofrénicos. Y esta es una cuestión no resuelta, y con ello no se intentaba negar el deterioro afectivo e intelectual que puede producir la esquizofrenia, independientemente del lugar

donde se encuentre el paciente, aunque la institución pudiera actuar remarcando ese empobrecimiento.

Entre los datos que apoyaban en esos momentos que existía un cuadro independiente para la neurosis institucional, encontramos:

- que este es un cuadro que aparece no solamente en las instituciones psiquiátricas, sino que puede aparecer también en personas recluidas en otras instituciones: en prisiones, en campos de concentración, en residencias;
- que son distintas las enfermedades de los diversos pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico, al final todos van a presentar esta clínica común;
- y, por otro lado, los hospitales dirigidos por un staff consciente de este cuadro y de su etiología, lo han desarraigado o disminuido en su incidencia.

4. ETIOLOGÍA Y LOS FACTORES ASOCIADOS CON LA NEUROSIS INSTITUCIONAL

La neurosis institucional parece tener una causa singular y posiblemente lo que ocurre es que los enfermos reaccionan con una tendencia común hacia una modificación de las ambiciones y el establecimiento de un “modus vivendi” aparentemente libre de problemas y seguro. Los factores que habitualmente se encuentran en el medio ambiental y que parecen estar asociados con el establecimiento de la neurosis institucional son:

4.1 LA PÉRDIDA DE CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR

Entre las barreras más importantes, se sitúan la existencia de puertas bajo llave y la dificultad para conseguir permisos, así como, las verjas y los muros reales del hospital. Era también significativo el poco entusiasmo, la poca insistencia que generalmente se hace desde los profesionales para que los parientes se comuniquen con el enfermo. Y otras dificultades materiales aparentemente pequeñas, como las que tiene el paciente para escribir a casa por falta de medios o por falta de un lugar donde escribir con tranquilidad.

Figuras 5 y 6. Zona de recreo al aire libre separada del exterior por una verja y zona de recreo interior



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Entre esas barreras, es reseñable también las malas condiciones para la recepción de visitas, o por falta o mal acondicionamiento de locales donde los familiares puedan reunirse tranquilamente con los enfermos. En general, la distancia y consecuentemente la falta de tiempo disponible para visitar al paciente, además de los gastos que conlleva el desplazamiento para parientes y amigos. Los hospitales, como sucede con el hospital psiquiátrico de El Palmar, suelen estar a muchos kilómetros de la residencia del paciente y a veces con muy malos medios de comunicación y transporte, como sucede aún hoy día².

Y en relación con este punto, observa también que la necesidad de tener que utilizar transporte público, genera también problemas ante las posibles reacciones de rechazo que a veces se presenta con la gente que los utiliza, factor que puede coadyuvar a frenar la salida de los enfermos.

4.2. EL OCIO FORZADO

En el hospital psiquiátrico, de alguna manera se fuerza al paciente a estar ocioso durante todo el día. El personal enfermero puede incluso impedir que los pacientes hagan sus camas, o incluso que se aseen ellos solos al levantarse, prefiriendo hacerlo ellos por razones tales como: “es mucho más rápido

² Respecto a la distancia, hago aquí cita de un trabajo del doctor Matías Valverde donde analizaba los factores de encronización, o de la relación de la encronización de los pacientes con la distancia a la que está la residencia del interno o de sus familiares respecto del hospital.

haciéndolo uno mismo”, “los enfermos no lo hacen bien”, “tardan tanto tiempo en empezar”, etc.

Tras el desayuno son conducidos en rebaño al salón general o al patio de recreo. Al final de la mañana llega la hora de la comida que generalmente el paciente no ha podido elegir, no ha podido comprar, ni ha podido preparar las materias primas, y tampoco ha podido ayudar a servir la comida. La tarde presenta otra escena árida y vacía: nada que hacer, nadie con quien conversar, ningún sitio donde ir. No queda más esperanza que la llegada de la próxima comida, la medicación sedante y la cama.

Figuras 7 y 8. Comedor y sala de recreo del hospital



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

4.3. LA ACTITUD AUTORITARIA DE MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA

Este es uno de los rasgos firmemente arraigados cuando se intenta organizar un programa de rehabilitación en un hospital psiquiátrico. (Y en este punto, no hay foto, yo hago la misma a través de una descripción). Este factor expresa básicamente la relación entre el personal del centro y el paciente, descrita como una relación asimétrica dominada por la autoridad paternal que generalmente se ejerce sobre los pacientes en los hospitales psiquiátricos, donde éstos quedan reducidos a un rol infantil; donde se estimulan actitudes regresivas, de dependencia, con pérdida de autonomía, de capacidad de decisión; donde se llega a la abolición de discusiones o de críticas tanto entre los propios pacientes como incluso entre los miembros del equipo. En estas prácticas relacionales es observable como hay una tendencia a decidir hasta el tipo de ropa que han de llevar; cómo y cuándo deben lavarse; en qué cama deben dormir; qué objetos personales pueden poseer; de cuánto dinero pueden disponer; cuándo pueden salir de la unidad; etc.

Un auxiliar resumía triste y acertadamente la situación, cuando decía que: *“en un hospital psiquiátrico hay muchas personas con exceso de autoridad y muy poca responsabilidad, y muchas con exceso de responsabilidad y muy poca autoridad”*.

4.4. PÉRDIDA DE AMIGOS ÍNTIMOS, PROPIEDADES Y ACONTECIMIENTOS PERSONALES

Aunque los amigos pueden visitar a los pacientes en un principio, la combinación de gastos y dificultades de transporte; los posibles fríos recibimientos de los pacientes a sus amigos, hacen que las visitas sean cada vez menos numerosas y al final cesen. Por otro lado, aunque la posibilidad de hacer amigos de confianza en la institución es grande, esto ocurre con muy poca frecuencia. El aislamiento y la soledad engendran apatía, que a su vez es la causa del aislamiento. Los pacientes no disponen de un sitio para guardar sus objetos personales ni siquiera una mesita de noche.

Figuras 9 y 10. Habitaciones y zona de recreo



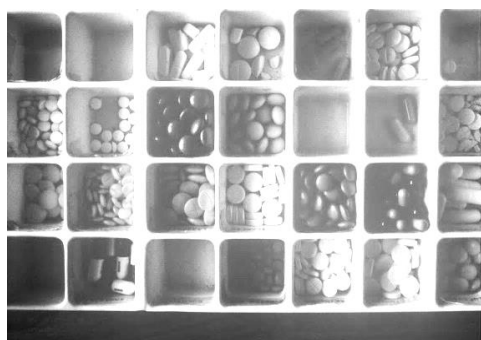
Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Los acontecimientos personales, entre cumpleaños, aniversarios, vacaciones, visitas de médicos, dejan de existir y son reemplazados por los acontecimientos propios de la institución. Pero en estas actividades el paciente no juega un papel participativo, ordenándolos o alterándolos. Se trata, pues, de acontecimientos impersonales.

4.5. USO DE DROGAS

El síntoma psicológico de apatía está asociado a los neurolépticos. El llamado síndrome psíquico de los neurolépticos se describe por síntomas como la indiferencia, retardo en la respuesta a estímulos externos, neutralidad emocional y afectiva, disminución de la iniciativa y de las preocupaciones, que contribuye a agravar la apatía y el aislamiento. Sin embargo, a veces esta medicación puede y suele usarse con el objeto de que los pacientes sean más fácilmente manejables, interpretando con esta práctica que se evitan reacciones agresivas, o interpretando que la “mejoría” de un enfermo pueda ser equivalente a una menor capacidad de reacción.

Figuras 11 y 12. Pastillero y zona exterior del hospital



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Además, tras un día ocioso, el hecho de tener que ir a la cama generalmente temprano hace que necesiten sedantes para dormir, sumándose así el abuso de hipnóticos al abuso de neurolépticos.

4.6. EL MEDIO AMBIENTE EN LAS UNIDADES MÉDICAS

Se entiende como medio ambiente la impresión general creada por la unidad de la que forman parte muchos factores diferentes, como el color de las paredes, el diseño de los muebles, la iluminación, la presencia de suciedad, ruidos, olores, aspectos de los enfermos (como las posturas, actitudes y actividad de los demás pacientes), etc. Este medio ambiente suele ser monótono, carente de interés cuando no desarreglado y desagradable, transmitiendo al paciente la idea de que “nada importa”, nutriendo así la apatía que se produce por medio de otras presiones.

Figuras 13 y 14. Pasillos del hospital



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

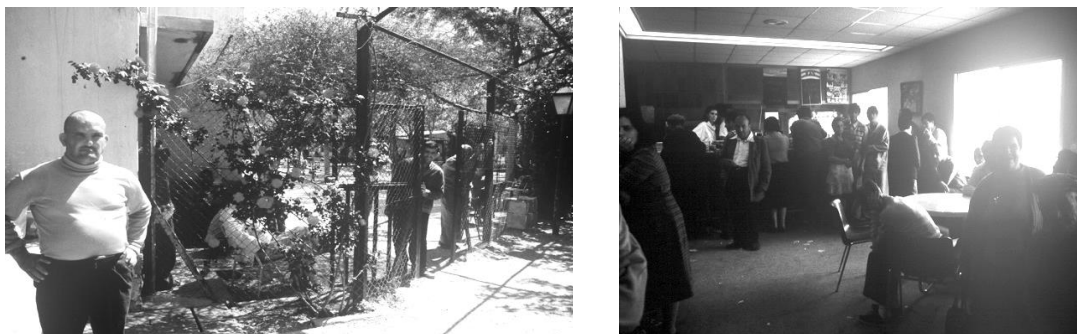
4.7. PÉRDIDA DE PERSPECTIVAS FUERA DE LA INSTITUCIÓN

Tras ser admitido un paciente en el hospital, y a medida que pasa el tiempo, las posibilidades de encontrar un hogar, un puesto de trabajo y amigos con los que convivir, disminuye rápidamente. Incluso la propia organización familiar se reestructura muy rápidamente de otra manera y hace muy difícil, a veces, que el paciente se vuelva a incorporar a ella.

Sin apoyo externo, problemas como el acceso a una vivienda y para encontrar un trabajo, sobre todo, cuando se ha perdido la confianza en la propia habilidad o capacidad de enfrentar estos y otros problemas, les hace aceptar la institución como el único medio de vida permanente. Además, otro miedo muy común que se añade a lo anterior es el temor a la soledad, con perspectivas muy reducidas que no van más allá de verse residiendo en un cuarto de una pensión.

A veces la admisión en el hospital parece la confirmación final de que no existe posibilidad alguna de lograr una vida normal. Muchos pacientes se resignan a un destino, haciéndose más apáticos de lo que la situación real exige.

Figuras 15 y 16. Zona exterior y cantina del hospital.



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

5. EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE LA NEUROSIS INSTITUCIONAL DESDE EL EQUIPO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Al tiempo en el que diagnosticábamos esos aspectos y factores etiológicos de hospital psiquiátrico y su organización sobre la neurosis institucional, se atendían las posibles iniciativas y propuestas tanto de los pacientes como del equipo profesional para luchar contra ella. Así, el tratamiento de la neurosis institucional se realiza en base a los siguientes aspectos:

5.1. RESTABLECIMIENTO DE LOS CONTACTOS DE LOS PACIENTES

Este restablecimiento de los contactos con el exterior empieza en la misma unidad, siendo preciso que el médico converse con el paciente, aunque sean unos minutos, con la mayor frecuencia posible, de un modo directo, con buen humor y mostrando interés por toda la circunstancia del paciente. Esta comunicación no debe reducirse al despacho, pudiendo ampliarse a otras situaciones como paseando, junto a la cama, etc.

La organización y formación de grupos de pacientes facilitaba el aprendizaje para hacer actividades de forma colectiva, donde se practicaban rutinas individuales en parte olvidadas, como peinarse, vestirse, hacer la cama. La información por parte del personal sobre las noticias y los programas de actividades, o discutiendo cómo llevarlas a cabo, se convirtió en el hospital en una tarea colectiva muy importante. Los paseos al espacio público y las salidas de compras se convirtieron también en prácticas que aumentaron las posibilidades de contacto.

Figuras 17 y 18. Personal sanitario del hospital atendiendo a pacientes



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Fue fundamental tener presente la necesidad de cuidar el aspecto y la presentación de los pacientes y hacer ver la importancia que éste tiene a ellos mismos. En la salida de la institución era importante tener conciencia de la necesidad de alentar la iniciativa personal de los pacientes. El verdadero arte por parte de la enfermera o de la auxiliar radicaba en saber cuándo intervenir para conservar la voluntad y la autoconfianza de los pacientes sin usurparles la oportunidad de que hagan las cosas ellos mismos. Los permisos a casa debían de ser cuidadosamente planteados, y en este sentido, utilizar recursos intermedios como los que existían en este hospital, como el hospital de día, presentaban importantes ventajas, con vista a una buena y definitiva reinserción socio-familiar.

Figuras 19 y 20. Servicio de panadería y zona exterior del centro de día del hospital psiquiátrico



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Por último, se dispuso que había que facilitar la visita de familiares con salas de recepción en buenas condiciones y un lugar amplio que facilite estos contratos directos, así como estímulos a pacientes y familiares para que haya otro tipo de contacto como puede ser la correspondencia o las llamadas por teléfono.

5.2. PROGRAMACIÓN DIARIA DE OCUPACIONES ÚTILES, RECREATIVAS Y SOCIALES

La programación de actividades útiles, incluidas las recreativas y sociales, era una demanda exigida por pacientes. La transformación de las rutinas en un instrumento terapéutico se comprobó como un objetivo esencial en la programación diaria. La participación de los pacientes en las distintas actividades debía ser desarrollada de forma gradual, aproximándolos en lo que cabe a un nivel de autonomía suficiente para que su vida social pueda desarrollarse fuera de la institución.

El trabajo en el centro puede acabar produciendo una dependencia del hospital con tanta facilidad como podía facilita la independencia. En este sentido, el equipo debe preguntarse continuamente si determinado trabajo está siendo terapéutico o sólo está contribuyendo a un mejor ajuste del paciente a la institución. En cualquier caso, se ha demostrado que reemplazar el ocio por una actividad laboral, reduce la agresividad, el hurto entre los pacientes, la acumulación de basuras y otros comportamientos indeseables. Entre las actividades de ocio, ver la televisión era siempre una opción preferida por los pacientes, pero si bien puede ser una actividad útil para rellenar algunas tardes, en general, siempre se mostraba mejor desde el punto de vista relacional ,y por tanto, desde el punto de vista terapéutico, buscar alguna alternativa.

Figuras 21 y 22. Grupo de pacientes y personal jugando al dominó y cartel anunciado las actividades que se realizan en el hospital por motivo de las fiestas de primavera de 1985



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca

5.3. CAMBIO DE ACTITUD DEL PERSONAL

El cambio de actitud del personal médico y enfermero se convirtió en una medida esencial. En este sentido, fundamentalmente se trabajó en la formación de los equipos terapéuticos. Así, el trabajo en las reuniones de equipo y esforzarse en conseguir un buen nivel relacional entre ellos, fueron variables clave que están en la base para poder realmente desarrollar todo tipo de técnicas contra la neurosis institucional. Las reuniones de equipo tienden a lograr una mayor comunicación entre los distintos miembros y facilitan la toma de posición crítica sobre las tareas comunes y las responsabilidades que tienen los miembros de los equipos sobre estas. Es en estas reuniones donde se logra en mayor medida la programación y ejecución de las actividades de forma coherente; donde se favorece la formación de los miembros de los equipos; donde se pueden trabajar los problemas individuales y transformarlos en problemas comunes, que pueden ser resueltos colectivamente; y a la vez, estas reuniones son una buena forma de repartir la angustia resultante de la labor asistencial entre todo el equipo.

Un equipo con un buen nivel relacional, que se encuentra a gusto en la tarea que realiza, es la base para alcanzar un grado adecuado en la actividad terapéutica.

5.4. ESTÍMULOS Y FACILIDADES PARA MANTENER RELACIONES CON AMIGOS Y FAMILIARES

Se trataba de promocionar los estímulos y facilitar un contexto en el que el paciente pueda mantener amistades, mantener las relaciones con los familiares, mantener sus propiedades y poder disfrutar de sus acontecimientos personales. Dentro de este apartado, un primer paso era fomentar y facilitar que los pacientes sean visitados por sus familiares, por asociaciones de familiares de enfermos psíquicos, o como a veces sucedía, por expacientes. En este sentido, era fundamental el trabajo con los familiares en los primeros días de ingreso, educándolos y corrigiendo las malas interpretaciones que corrientemente se tienen sobre lo que son los trastornos mentales, ayudándolos así a aceptar la enfermedad.

Otro aspecto importante que había que atender era que el paciente pudiera disponer de sitios adecuados para guardar sus objetos personales y fotografías. Por otro lado, la fijación de determinados acontecimientos personales, como la visita mensual, las charlas privadas con los profesionales médicos y de enfermería, supone mantener la perspectiva de que el paciente mantuviera la atención ciertos acontecimientos individuales y personales importantes.

En la profilaxis y el tratamiento de neurosis institucional, la diferencia entre lo personal y lo impersonal debe priorizar e incentivar ante todo el afrontamiento constante de lo personal. En este sentido es muy importante recuperar los acontecimientos de la vida del paciente, el santo, el cumpleaños, permitir que el paciente elija su propia ropa, sus visitas a la peluquería, etc.

Figuras 23 y 24. Servicio de ropero y de peluquería



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca

5.5. REDUCCIÓN DE DROGAS

La primera dificultad es a veces persuadir al personal auxiliar de que muchos enfermos no van a necesitar el tratamiento farmacológico de una forma continuada. Existe una cierta inseguridad ante el hecho de romper la rutina medicamentosa que parece actuar como afianzamiento del control del paciente. En este sentido se han hecho experiencias como utilizar placebo y no se observa exactamente variación en el comportamiento del paciente. Mientras que la suspensión del tratamiento supone importantes perturbaciones en la marcha del pabellón, generalmente por conflictos, muchas veces, con los propios auxiliares.

No se puede decir que todos los pacientes deben de estar sin tratamiento con medicamentos, pero es probable que muchos estén mucho mejor sin ellos. Cuando la fase aguda ha pasado, las actividades recreativas y ocupacionales pueden ser mucho más eficaces que los tranquilizantes.

Figuras 25 y 26. Talleres ocupacionales



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca

5.6. ESTABLECIMIENTO DE UN AMBIENTE AGRADABLE Y ACOGEDOR EN LAS UNIDADES

La impresión general que transmite una unidad es importante porque comunica al paciente que él es importante como persona y que su comportamiento es tenido en cuenta. La decoración de la unidad mejora la moral tanto del personal sanitario como de los pacientes. Las actividades y aspectos de los enfermos afectan el ambiente de la unidad porque el interés y el estímulo en este sentido, -que comunica generalmente con un mejor cuidado del aspecto del mismo personal sanitario-, tiene un profundo efecto en el paciente que siente que por primera vez se interesan por el mismo.

Figuras 27 y 28. Habitación con objetos personales de una paciente y uno de los comedores del hospital



Fuente: Archivo Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

5.6. OFRECER POSIBILIDADES DE ALOJAMIENTO, DE TRABAJO Y DE AMISTAD FUERA DEL HOSPITAL

A veces, las dificultades de facilitar el retorno de los pacientes, tanto solos, o con su familia o con personas que se responsabilizaban de ellos, plantea la necesidad de hogares post-cura: hospitales de día, centros de día, talleres protegidos son de máxima utilidad en la recuperación del enfermo.

La soledad es el mayor problema que tienen muchos de las personas con enfermedad psíquica dadas de alta. El abordaje de los problemas de soledad va a venir la mayoría de las veces por parte de iglesias, asociaciones de pacientes y otras organizaciones son las que proporcionan actividades que tienen como objetivo la promoción de relaciones sociales.

CONCLUSIONES

La principal conclusión que establecí al final de esta sesión técnica del año 1985, hacía referencia a que determinadas corrientes de opinión sugieren que los planteamientos terapéuticos dentro de la institución estén condenados al fracaso, o ayudan a su perpetuación. Pero hasta que no se hayan desarrollado y se ofrezcan alternativas asistenciales reales, en las que se resuelvan mejor los diferentes aspectos de la enfermedad mental, el hospital psiquiátrico sigue existiendo.

Recordaba en mis conclusiones de esta sesión clínica en 1985, que el hospital psiquiátrico, en su transformación en un instrumento de curación y tras la superación de su esfera meramente asilar, debemos poner todas nuestras fuerzas en la que creo que es necesario y operativo: concienciarnos como es la patología generada desde la institución, y cómo hay que abordarla desde todas las líneas de tratamiento de la neurosis institucional antes señaladas.

Concluí también que la interacción entre todos los factores que inciden en la neurosis institucional es tan potente, que no es posible alterar uno sin la actuación profunda sobre todos ellos.

En 1986 se rompe el hospital psiquiátrico de Román Alberca. Seiscientos pacientes residenciales pasan a constituir la residencia de Luis Valenciano, se quedan fuera de lo que era la Consejería de Sanidad, y pasan a depender administrativamente de la Consejería de Servicios Sociales, solo una pequeña parte de pacientes se quedan en el Hospital de Román Alberca, que quedó entonces conformado por una unidad de agudos y otra unidad de media estancia, que hoy día siguen ofreciendo sus servicios. Pero esta es ya otra historia.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ-URÍA, F. (1983/2020): *“Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX”*, Madrid. Dado Ediciones.

BARCIA, D. (2000): “Orientaciones doctrinales de la psiquiatría. Necesidad de un enfoque histórico” en Barcia, D. (Dir.) *Tratado de psiquiatría*. Aran Ediciones, Madrid, pp. 3-66

BARTON, R. (1974): “La neurosis institucional”, Madrid. Paz Montalvo Editorial.

BASAGLIA, F. (1972). “La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico” Barcelona. Barral Editores.

BETTELHEIM, B., & SYLVESTER, E. (1948). “A therapeutic milieu. American Journal of Orthopsychiatry”, pp. 191–206. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1948.tb05078.x>

BOURDIEU, P. (2003): “Un arte medio. Ensayo sobre los usos sociales de la fotografía”, Barcelona. Editorial Gustavo Gili.

BOE (1986): Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

BRAVO ORTIZ, M.F., DÍAZ MÚJICA, B. y FERNÁNDEZ LIRIA, A. (2006) “La atención a los trastornos mentales graves”, en Pérez, F. (Coord.) *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 275-296

CAMPOS, R. y HUERTAS, R. (1998): “Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX”, Madrid, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 18(65), pp. 99-108.
Disponible en: <https://doaj.org/article/b9198b9b34ca4dd69128c303b1f30c54>

CASTEL, R. (1980): “El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo”, Madrid. Ediciones de la Piqueta.

FOUCAULT, M. (1978): “Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión”, Buenos Aires. Siglo XXI Editores.

GOFFMAN, E. (1961) “Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”, Buenos Aires: Amorrortu.

HUERTAS, R. (2008). “Salud mental y reforma psiquiátrica. Algunas reflexiones históricas” Eidon: revista de la fundación de ciencias de la salud, 27, pp. 52-60. Disponible en: https://www.revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2008/27_marzo.pdf

HUERTAS, R. (2017): “Otra historia para otra psiquiatría”, Barcelona: Xoroi. Disponible en: <https://www.laotrapsiquiatria.com/wp-content/uploads/2017/07/huertas-indice-prol-pres-biblio.pdf>

MARTÍNEZ PARDO, F. Y COY FUSTER, L. (2007) “Historia de la psiquiatría murciana”, Murcia. Imprenta Regional de Murcia.

Recibido: 13.01.2025

Aceptado: 30.06.2025

Luis López Sánchez (luislopezpsi@gmail.com) se licenció en medicina en la Universidad de Granada en 1978, y en psiquiatría en la Universidad de Murcia 1980. Fue profesor de universidad entre los años 1980 y 1984 con el psiquiatra Demetrio Barcia. En el 1984 saca la plaza de adjunto en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Desde 1987 a 1989 forma parte de la Unidad Técnica, junto a Manuel Roberto Galiana Cela y a Juan Antonio Aznar, unidad responsable del desarrollo de los planes de reforma psiquiátrica en la Región de Murcia. Entre los años 1992 y 1995 es jefe de Área de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y dirige el Primer Plan de Salud de la Región de Murcia de 1995. Fue también presidente de la Asociación Murciana de Salud Mental (AEN), y desarrolla su labor clínica desde el año 1995 en el Centro de Salud Mental del Infante, y en la Unidad de Hospitalización del Hospital General Universitario Reina Sofía. En los últimos años coordinó el programa europeo de inserción laboral para personas con trastorno mental grave (Euroempleo), entre los años 2015-2020, y se jubiló en 2023.

Miguel Ángel Alzamora Domínguez (miguelangel.alzamora@um.es) es doctor en Sociología por la Universidad de Murcia con la tesis Segregación urbana, exclusión residencial y políticas públicas. Profesor asociado del Departamento de Sociología de la Universidad de Murcia desde 2010 y Trabajador Social en el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario del Área VII del Servicio Murciano de Salud. Forma parte como vocal de la Junta de Dirección de la Asociación Murciana de Salud Mental (AEN). Sus líneas de investigación se centran principalmente en la exclusión residencial y la sociología de la vivienda, las migraciones internacionales, las relaciones interétnicas y los movimientos sociales, y sociología de la salud mental. Su última publicación junto a Marta Latorre, Damían Omar Martínez y Andrés Pedreño, es el libro *Vivienda, política y regeneración urbana ¿castigar a los barrios pobres?* publicado por la editorial Catarata.