

## Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental

El trabajo en el manicomio	1
La construcción de la nueva red	3
Algunos indicadores del trabajo de transformación	5
Para evaluar la desinstitucionalización	7
Apuntes sobre un trabajo en marcha	7
“Hacerse responsable”	9
Bibliografía	10

---

### *Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental*

#### **El trabajo en el manicomio**

Franco Basaglia inició su trabajo en el Hospital Psiquiátrico de Trieste en agosto de 1971.

Al aceptar la tarea de director se esforzó para constituir un grupo de trabajo formado por jóvenes médicos, psicólogos, asistentes sociales, voluntarios y estudiantes. Estos habían sido atraídos a Trieste por el conocimiento de la experiencia previa en Gorizia (1) y por la influencia que las hipótesis críticas sobre la psiquiatría y las instituciones totales tenían en los medios de comunicación, en la clase política y en la opinión pública (2).

Franco Basaglia estaba convencido de que el Hospital Psiquiátrico no tenía ningún valor terapéutico; para atender “humanamente” al otro se requería redefinir nuevas relaciones, nuevos espacios, nuevos sujetos; la única posibilidad para alcanzar una dimensión terapéutica en el Hospital Psiquiátrico era su propia transformación.

Para transformar el Hospital Psiquiátrico fue necesario contar con un grupo de jóvenes, no “contaminados” todavía por la psiquiatría, que se formase en la realización diaria de la propia transformación, en contraposición a la formación estática y, por tanto, arcaica, proporcionada por las Universidades, al menos en Italia.

Se superó el modelo de la Comunidad Terapéutica (que el propio Basaglia había desarrollado de forma original en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia) a través de la apertura y transformación progresiva del Hospital de Trieste, hasta la constitución de una red de servicios territoriales alternativos y sustitutivos del propio Hospital (véase figura 1).

El 31 de diciembre de 1970 permanecían ingresados en el Hospital Psiquiátrico de Trieste 1.260 pacientes (cubriendo una población de 310.000 habitantes), con un *turn-over* anual de unos 2.500. Casi la totalidad de los mismos, más del 90%, sufría un ingreso involuntario (ley de 1904) y sólo el porcentaje restante gozaba del ingreso voluntario introducido recientemente en la legislación italiana (art. 4: 431/1968). En Trieste, el uso del ingreso voluntario fue enfatizado y para los pacientes significó un aumento de la posibilidad de movimiento dentro y fuera del Hospital Psiquiátrico, una mejoría progresiva de la calidad de vida y de las terapia y la recuperación de los derechos civiles. En el curso de los 4 primeros años se dedicó mucha atención al cambio de los espacios internos (departamentos, bar, lugares sociales) y a los sistemas de comunicación y de intercambio entre las jerarquías dentro del grupo de trabajo y entre éste y los pacientes. En una primera fase se organizaron reuniones diarias en los departamentos, asambleas periódicas de todos los pacientes y reuniones frecuentes de

toda la plantilla. Se prestó una especial atención a la formación de los integrantes de la enfermería que abandonó progresivamente su tradicional papel de guardián.

Se abrieron las puertas de todos los departamentos y se suprimieron las terapias de shock y todo tipo de contención física.

Se favorecieron las salidas a la ciudad provocando así la atención e interés, a menudo crítico, por parte de los ciudadanos hacia el hospital abierto.

Durante los primeros años de trabajo, el equipo médico se vio obligado a disminuir la atención hacia la “enfermedad psiquiátrica” y el diagnóstico psiquiátrico para dar valor a las historias personales, las necesidades de los pacientes y la reconstrucción de una relación con la comunidad, a través del desmantelamiento de las relaciones manicomiales (4).

Se organizaron los primeros grupos de convivencia (“grupos-piso”) en el interior del Hospital Psiquiátrico, que más tarde se desplazarían convirtiéndose en los primeros grupos de convivencia en la ciudad. En la asamblea de los pacientes se criticó la ergoterapia como práctica tachándola de alienante, repetitiva y en absoluto terapéutica. En particular se quejaban reclamando un trabajo real y una retribución simbólica (5). En estas asambleas se organizó el primer núcleo de pacientes que dio vida a la primera cooperativa en febrero del 1973. Esta asociaba a unos 60 pacientes asignados a la limpieza de los departamentos, la cocina y el parque, que trabajaban por primera vez bajo un contrato sindical regular conforme a la normativa.

Estos dos primeros logros (cooperativa-pisos) pusieron de manifiesto hasta qué punto el estatuto jurídico y administrativo de enfermo (o más bien, de ingresado) era un ostáculo en sí mismo para cualquier transformación real e inducción de vías rehabilitadoras, y no la discapacidad originada por la enfermedad. En consecuencia, fue necesario iniciar una disputa con la Administración del Hospital para que se reconociese el derecho al tratamiento y a la hospitalidad, incluso a aquellos pacientes que, aunque no necesitando internación, fuesen todavía acogidos en el Hospital como huéspedes de “grupos-piso” allí residentes, careciendo de un alojamiento en el exterior y/o precisando todavía rehabilitación, pero no un tratamiento psiquiátrico específico (5).

La verja del parque del Hospital Psiquiátrico se abrió: se organizaron conciertos y festejos con el apoyo de asociaciones políticas y culturales de la ciudad, que atrajeron a un numeroso público de estudiantes, jóvenes y gente común.

Como ejemplo está la experiencia de animación llevada a cabo en 1973 (enero-marzo) por un grupo de actores, pintores y artistas. El primer pabellón que se quedó vacío fue transformado durante tres meses en un taller de pintura, escultura, teatro y escritura. Participaron los pacientes de varios pabellones. El taller estaba abierto a cualquier aportación que los estudiantes u otros ciudadanos quisieran hacer.

Se construyó el ya famoso Marco Cavallo. El gran caballo azul, de madera y papier mâché, con la barriga llena de los deseos de todos los pacientes ingresados, salió encabezando un gran cortejo, el último domingo de marzo de aquel año.

Su salida aludía simbólicamente a la salida real que en poco tiempo se realizaría (6).

De esta forma se estimuló una intensa circulación, a veces caótica, de personas, culturas y comportamientos distintos, dentro del parque del Hospital Psiquiátrico.

Con una frecuencia cada vez mayor, se organizaron para los pacientes estancias en lugares de veraneo y salidas en grupo, para permitirles participar en las actividades recreativas normales de la ciudad (cine, teatro, circo, etc.).

Desde 1972 se cambió la organización interna del Hospital: el criterio de organización jerárquica según la gravedad nosográfica se substituyó por uno que agrupaba a los pacientes según su procedencia territorial, esto es, procedentes de las mismas áreas urbanas. Así, tanto el Hospital como la ciudad se repartieron en 5 áreas/zonas de trabajo. La plantilla se subdividió a su vez en 5 equipos, cada uno encargado de un área de referencia bien delimitada.

De esta forma se comenzó el trabajo sobre el territorio. Dicho trabajo tenía como objetivo el alta y mantenimiento en casa del paciente, la atención de los nuevos casos y la

búsqueda de una relación operativa con las instituciones y los ciudadanos del área de referencia.

El “trabajo externo” entre resistencias, éxitos y conflictos introdujo los primeros cambios, los más significativos en la práctica terapéutica, en sus aspectos institucional, jerárquico y administrativo, y, de hecho, fue una escuela de formación “sobre el terreno” para enfermeros y médicos.

A principios de 1975 permanecían ingresados 800 pacientes; aproximadamente 1/3 había encontrado fuera del hospital un lugar donde vivir: familias, pisos, viviendas municipales, “grupos-piso”. Ninguno fue trasladado a otras instituciones.

Entre 1975 y 1977 empezaron a funcionar los primeros centros territoriales. Se trataba de estructuras instituidas inicialmente como lugar de apoyo para los pacientes dados de alta por el Hospital Psiquiátrico y, posteriormente, como lugar para el tratamiento de los pacientes en crisis. Al funcionar como centro de referencia diurno, produjeron una ulterior disminución de la población del Hospital Psiquiátrico y una reducción de los ingresos por crisis y de los ingresos en general.

En este período, mientras estaba tomando forma la red de Servicios Territoriales, la organización del Hospital Psiquiátrico se mantenía todavía activa y a pleno rendimiento.

### **La construcción de la nueva red**

Creemos que éste es el momento más delicado del proceso de transformación, dado que dos formas de organización deben funcionar simultáneamente y la inversión de recursos humanos y materiales es más intensa. El personal médico y paramédico debe, por un lado, mantener la organización institucional y administrativa del Hospital Psiquiátrico y, por otro, trabajar para cambiarla y construir la red de Servicios Territoriales. Por otra parte, persisten y se vuelven más agudas las formas de resistencia al cambio de estructura hospitalaria, mientras se intensifican las preocupaciones por la presencia de estructuras psiquiátricas en la comunidad. Se hizo evidente para la plantilla que había que tomar una decisión: se volcó el máximo empeño en el cese de las funciones del Hospital Psiquiátrico, poniendo en marcha respuestas concretas a través de la red de Servicios Territoriales. El trabajo territorial y la presencia de trabajadores no propiamente sanitarios en la ciudad pusieron en evidencia hasta qué punto los mecanismos burocráticos y administrativos formaban parte de la definición de la crisis, de los ingresos psiquiátricos y, sobre todo, de los ingresos involuntarios. Aunque hubiese disminuido todavía más la población del Hospital Psiquiátrico, se mantenían activos los departamentos para el ingreso de los pacientes agudos o involuntarios.

En espera de la apertura de un servicio de urgencias psiquiátricas en el Hospital General, se puso en marcha un servicio de guardia diurno y nocturno, junto al Servicio de Urgencias del Hospital General, con el objetivo de filtrar la demanda, de encontrar soluciones más adecuadas y menos administrativas a la crisis capaces de oponerse al ingreso involuntario, hecho de manera burocrática.

Muy pronto, los primeros centros territoriales se transformaron en Centros de Salud mental abiertos 24 horas diarias, con la disposición estructural que todavía mantienen hoy. Se delimitaron las áreas de referencia compatibles con las capacidades laborales de la plantilla, individuando un Centro de Salud Mental cada 50.000 habitantes aproximadamente. De esta manera se iba a completar el reparto en zona, que había sido realizado anteriormente, prefigurando la creación de los Centros de Salud Mental. En una definición posterior se establecieron 7 centros con un área de referencia de alrededor de 40.000 habitantes.

Esta disposición funcionaba ya en 1978, antes de que apareciera la nueva ley para la asistencia psiquiátrica en Italia. Se solicitó al Ministerio de Justicia un servicio de consulta psiquiátrica carcelaria. Este servicio realizado por trabajadores del Servicio de Salud mental Territorial tenía el objetivo de garantizar la continuidad terapéutica de los

ciudadanos detenidos y, sobre todo, evitar la imposición de barreras institucionales (7). Se hizo posible la atención a los detenidos afectados por trastornos mentales en el momento de su excarcelación, la aplicación de medidas alternativas a la detención y una disminución importante de los traslados al Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

En este marco, el CSM y su plantilla tiende a asumir todas las funciones del Hospital Psiquiátrico, como alternativa a éste. El CSM permanece abierto 24 horas al día, está dotado con 8 camas ( un promedio de 1 cada 5000 hab.), con un comedor para los pacientes ingresados y los del hospital de día, con actividades de ambulatorio y de asistencia domiciliaria y con un servicio de apoyo social.

A lo largo de los años cada CSM ha puesto en marcha grupos residenciales en su propia área; inicialmente para acoger a los pacientes dados de alta por el Hospital Psiquiátrico y posteriormente para ofrecer apoyo a los pacientes procedentes de sus domicilios (sin ninguna experiencia manicomial previa).

En 1980 el Hospital Psiquiátrico dejó de funcionar definitivamente. Se puso en marcha junto al Hospital General el Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Curación (SPDC), definido en nuestro caso como un servicio de urgencias psiquiátricas dotado con 8 camas, un psiquiatra y dos enfermeras 24 horas al día. El Servicio de Urgencias Psiquiátricas asumió las funciones de atención a las urgencias, de interconsulta con los departamentos hospitalarios y de filtro y derivación hacia los Servicios de Salud Mental Territoriales (8). En la práctica, alrededor de 1/3 de los sujetos que acceden al Servicio de Urgencias Psiquiátricas soluciona su problema (conflictos, conductas, ansiedad) en la primera entrevista y se envían directamente a su casa aconsejándoles acudir a su médico de cabecera; otro tercio de los sujetos precisa una atención psiquiátrica, pero es capaz, por sí mismo o con sus familiares, de acudir al CSM con el que se le pone en contacto; el tercio restante presenta un trastorno psiquiátrico grave, un funcionamiento social comprometido y/o problemas de relación y por tanto es trasladado al CSM de su área urbana de origen, después de haber recibido un tratamiento inicial y de haber establecido una orientación diagnóstica . Las personas de este último grupo pasan la noche bajo observación en el servicio hospitalario (SPDC), si acuden durante el horario nocturno, y al día siguiente son remitidos a su CSM correspondiente. Los ingresos en el Tratamiento Sanitario Obligatorio (TSO) pueden cumplirse en el Servicio Hospitalario además de en los centros de salud mental.

El Servicio de Guardias Psiquiátricas (SPDC) es coordinado por un solo psiquiatra y es realizado por turnos por los psiquiatras de los servicios territoriales: no hay un staff médico adscrito sólo a dicho servicio; en cambio, el grupo de enfermería es estable (12 puestos) .

A lo largo de los últimos diez años se han desarrollado actividades rehabilitadoras, de formación e inserción laboral, en las que participan los usuarios de todos los CSM.

Hay que señalar que se han creado lugares específicos para actividades recreativas y formativas, como talleres de actividades expresivas (teatro, pintura, etc.), cursos de alfabetización y escolarización (en colaboración con la Delegación Provincial de Educación) y, sobre todo, se ha desarrollado la tarea de cualificación e inserción laboral a través de la creación de cooperativas laborales.

A la primera cooperativa nacida en 1973, como oposición a la ergoterapia, se han unido otras cuatro, que asocian alrededor de 200 trabajadores (de ellos un 60% provienen del sector social más desfavorecido) y garantizan el salario previsto por los contratos nacionales de trabajo.

Estas cooperativas, dentro de un proyecto más amplio mantenido por la CEE y denominado "Proyecto Jóvenes en Riesgo", se encargan de poner en funcionamiento trabajos y empresas y estar en el mercado, dirigiéndose sobre todo a jóvenes con problemas psiquiátricos, drogodependencias o marginalidad. La Cooperativa es un centro de formación para unos 100 jóvenes (además de los 200 socios trabajadores) que trabajan a tiempo parcial (20 h. semanales) recibiendo un salario de formación garantizado por presupuestos específicos del Gobierno regional.

Actualmente existen cinco cooperativas que se mueven en 30 sectores distintos de actividad productiva.

Entre las actividades actuales podemos señalar: la gestión de un hotel, un restaurante, un bar, un taller de encuadernación, un equipo de mudanzas, un equipo para la construcción, una sastrería, una tienda de bolsos, una carpintería que produce objetos y muebles de diseño, un taller de producción de vídeos, una radio comercial, un taller de teatro, un taller de pintura, algunos invernaderos, una frutería-verdulería, un equipo de mantenimiento de jardines públicos y un equipo de limpieza.

### **Algunos indicadores del trabajo de transformación**

En 1981 la nueva red de Servicios Psiquiátricos había tomado forma. Se había sustituido la estructura administrativa del Hospital Psiquiátrico por el departamento de Salud Mental que, desde el punto de vista orgánico, garantizaba un único momento administrativo y de proyecto para todo el conjunto de la red de Servicios y de las actividades relacionadas con éstos (véase fig. 2).

En el momento actual (1991), en el viejo Hospital Psiquiátrico habitan unas 90 personas de las que 70 se organizan en núcleos de unos 10 componentes, y 18 permanecen en un único departamento geriátrico que acoge pacientes con graves enfermedades físicas y con más de 65 años de edad. Desde hace 10 años no ingresan pacientes.

De los 22 edificios que formaban el Hospital Psiquiátrico, sólo algunos son utilizados por los Servicios de Salud Mental como sedes de los talleres, de las clases de alfabetización y de las oficinas y talleres de las Cooperativas; el resto han sido adquiridos y reutilizados por empresas públicas y privadas para escuelas públicas, universidad y talleres.

El parque del Hospital Psiquiátrico es atravesado por un tráfico moderado y progresivamente se está integrando en el plan urbanístico y de viabilidad del barrio.

La red de servicios está constituida por 7 Centros de Salud Mental para una población de 270.000 habitantes (a lo largo de los últimos 20 años se ha producido una constante caída demográfica).

La plantilla médica se compone de 25 psiquiatras, contra los 13 de 1971. Los enfermeros son 230 contra los 460 de 1971. El número de psicólogos suma apenas a 10. Hay 9 asistentes sociales, mientras que en el viejo Hospital había 2.

El costo actual del servicio es anualmente de 18.000 millones de liras (1989) contra los 5.000 millones que gastaba el Hospital Psiquiátrico en 1971 (la lira cuesta 400 veces más que en 1971).

Desde hace más de 10 años, Trieste vive sin Hospital Psiquiátrico. El número de personas que consulta en los servicios anualmente es de un 10% de la población.

Es poco frecuente acudir a estructuras privadas, poco desarrollado es todavía el sector de la psiquiatría mercantil, no se han producido fenómenos de transinstitucionalización, a no ser el ingreso en los departamentos de medicina general y geriatría por parte de ancianos con enfermedades orgánicas con trastornos mentales concomitantes.

El Hospital Psiquiátrico representaba en el pasado un punto terminal de descarga para estos problemas. Es importante señalar, como hemos dicho antes, que Trieste ha sufrido una notable disminución demográfica en los últimos 20 años, con un incremento del porcentaje de las personas ancianas (alrededor del 20% de la población triestina tiene más de 65 años).

Los servicios territoriales desarrollan una atención a los problemas psicogeriátricos realizando interconsultas y asistencia activa en los departamentos del Hospital General, los asilos y las instituciones para ancianos.

Según una valoración retrospectiva (10 años), algunos indicadores, muy significativos en nuestra opinión, se han estabilizado en niveles muy confortantes.

El número de ingresos involuntarios, que sólo en 1977 alcanzó la cifra de 117, mantuvo luego un promedio de 8 TSO cada año (3 por 100.000, del 78 al 90).

El escaso número de ingresos involuntarios podría significar paradójicamente abandono, infrautilización de los Servicios, distanciamiento de éstos de los conflictos y de los núcleos problemáticos del territorio; en cambio, en nuestro caso, representa el resultado más obvio de la presencia activa e integrada de los Servicios en el territorio. De hecho, se considera que ha aumentado el índice de ingresos anual (de 2500 en 1971 a 2700 en la actualidad, con una población que ha bajado de 40.000 unidades); pero ahora las personas no proceden de las áreas de marginalidad como ocurría regularmente con el viejo Hospital Psiquiátrico (alrededor de 97% de los internados pertenecía a las capas sociales más desfavorecidas), ahora el fenómeno toca transversalmente todas las clases sociales.

De la misma manera, es sumamente importante la neta disminución del número de pacientes enviados, luego de una pericia psiquiátrica, del tribunal al manicomio judicial. Han sido 15 personas en 1977, y tan sólo 25 en el transcurso de los 12 años sucesivos (véase fig. 7).

Con frecuencia se atribuye un notable valor indicativo del funcionamiento de los servicios de salud mental al *número de suicidios*. No compartimos tal opinión, ya que reiteramos más frecuentemente que el suicidio representa el epifenómeno de otras disfunciones o áreas de sufrimiento del tejido social. Aun así, muchas investigaciones se han concluido en nuestra ciudad para medir y analizar este fenómeno, tanto porque Trieste representa un área de interés epidemiológico particular, en cuanto el fenómeno se acerca más a los niveles europeos que al italiano, como por la absoluta ausencia del Hospital Psiquiátrico..

Después de la apertura del Hospital Psiquiátrico, no se ha verificado un aumento de la criminalidad en correlación con la enfermedad mental, como haría suponer la *imagerie* clectiva sobre la locura.

Hubo episodios aislados, intensamente reclacados y enfatizados por los medios de comunicación, pero no significativos desde el punto de vista estadístico, si se comparan con los 20 años precedentes o con otras áreas urbanas de Europa o Estados Unidos, donde aún existe el Hospital Psiquiátrico.

La cuota de cronicidad producida constantemente por los procesos de internación y por el uso rutinario del ingreso hospitalario, gracias al desplazamiento de la intervención terapéutica sobre el territorio, ha sufrido una disminución consistente.

Muchas investigaciones llevadas a cabo sobre esta cuestión demuestran una neta diferencia entre el curso y desenlace de los pacientes que enfermaron antes de 1970, padeciendo largas temporadas de hospitalización, y los que entraron en contacto con los servicios en los años siguientes, especialmente para las patologías más graves (esquizofrenia (10, 11).

Se ha reducido el número de ingresos y recaídas, y la duración de la estancia media. Han aumentado y se han diversificado las oportunidades terapéuticas en términos de espacios e implicación de las redes familiares y sociales, cursos formativos y habilitación para el trabajo productivo (en 1971 el lugar para trabajar era uno: el manicomio, hoy en 1992 se puede contar con 62 sitios distintos, desde los Centros de Salud Mental a las urgencias psiquiátricas, a las Cooperativas, a los grupos-piso asistidos, a los talleres, etc.).

No se registran más peticiones de “internación” por parte de los familiares.

Intentando esbozar el perfil del paciente crónico actual, nos encontramos con un sujeto de sexo masculino, de 30 a 45 años de edad, con una enfermedad psiquiátrica grave (psicosis esquizofrénica), que ha conservado sus habilidades sociales; mantiene una red de relaciones sociales y familiares un poco por debajo de la media; es un gran consumidor de los Servicios de Salud mental y de las oportunidades que éstos ofrecen;

mantiene una relación terapéutica y no conflictiva y demuestra una suficiente compliance terapéutica.

Como ya hemos dicho, se han suprimido las terapias de choque y de contención y simultáneamente el gasto en psicofármacos ha disminuido de alrededor de 50% en comparación con el gasto histórico realizado por el Hospital Psiquiátrico en 1971 (9).

Quizás, el indicador que mejor justifique la organización territorial de los servicios sea asumir la crisis y su evolución.

En varios estudios epidemiológicos hemos comprobado que el abordaje no burocrático ni administrativo de la crisis, fuera del modelo médico, reduce el recurso a la hospitalización e incluso lo hace inútil, favorece un restablecimiento más rápido de las condiciones de equilibrio, disminuye las recaídas potenciales, hace que la crisis quede como un hecho que forma parte de la historia del sujeto y, finalmente, contribuye a activar y dinamizar recursos y relaciones que se descubren precisamente a través de la crisis (11, 12). Intentamos referirnos a actitudes y estilos operativos propios de un Servicio territorial (*social oriented*), que logre distanciarse del modelo clínico (*clinical oriented*). Estilos de trabajo que se concretizan en disponer los servicios, para acercarse al paciente; para acogerlo por encima de los tiempos, espacios, filtros definidos y competencias rígidas; en apreciar la red de relaciones sociales, en insistir en las cualidades y habilidades de las personas (de los pacientes) más que en los síntomas; en no determinar protocolos y duración de ingresos rígidos, en prestar la máxima atención al proyecto y mantenimiento de una elevada calidad de los espacios (decoración, limpieza, alimentación, etc.). A lo largo de los últimos 5 años se han estructurado de forma estable programas que tienen en los usuarios a sus protagonistas:

- n Centro de Mujeres para la Salud Mental, formado por: psicólogas, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras; focaliza la atención en lo específico femenino en psiquiatría. Utiliza un espacio para programar una serie de actividades que integran la condición específica de la mujer en relación con la enfermedad; pero, sobre todo, relacionándose con la problemática femenina en el campo de lo social, lo político y cultural.

- n Un grupo de auto-ayuda que dirige una asociación de jóvenes con sede propia (fuera del DSM) denominado emblemáticamente “Fuori-Centro”.

- n Un programa de información y organización de ayuda recíproca para los familiares. Estos programas, junto con el importante desarrollo de las cooperativas sociales (empresa social), dan cuenta de la participación y nuevo protagonismo de los usuarios de los Servicios.

Estos escenarios: empresa social, auto-ayuda, participación de los familiares y centro de mujeres, constituyen los indicadores que, más que ningún otro, justifican la entrega de los Servicios y los trabajadores hacia la creación de las nuevas instituciones de la Salud mental.

## Para evaluar la desinstitucionalización

### *Apuntes sobre un trabajo en marcha*

Los resultados, que hemos comentado, no pueden atribuirse solamente al cambio estructural que supone el desplazamiento del centro de gravedad desde el Hospital Psiquiátrico hacia el territorio; y, por tanto, no sólo es una operación de ingeniería institucional, sino también el proceso no lineal de transformación cultural que ha conllevado, entre otras cosas, una crítica de los roles, de las jerarquías, de nuestra formación psiquiátrica y de la función de la propia psiquiatría.

La palabra desinstitucionalización ha sido utilizada a menudo de forma impropia en los últimos años, hasta tal punto que actualmente es indispensable definir previamente de qué hablamos cuando nos referimos a la “desinstitucionalización”.

No queremos referirnos a los programas de deshospitalización, ni tampoco a la transferencia hacia el territorio de culturas, saberes y prácticas que fueron (y son) del Hospital Psiquiátrico (13).

El cambio cultural conectado con los procesos de desinstitucionalización define sobre todo la tendencia a hacer zozobrar la relación secular entre la psiquiatría, sus instituciones y el objeto de éstas (14).

Para muchos, esto es un nuevo postulado teórico, y por tanto fácilmente compartible; en cambio, conseguir en la práctica esta transparencia es arduo: para empezar hay que reconocer al “loco” su ciudadanía social; el reconocimiento de la ciudadanía social significará el acceso a sus derechos; el acceso a estos derechos impondrá una atención constante para garantizar una práctica real.

Los trayectos de transformación tiende a hacer surgir y valorar la diversidad; es necesario, pues, reconocer a las personas y sus historias y no la historia de la enfermedad y de las instituciones que las han contenido; hay que realzar las necesidades de las personas y no las necesidades de reproducción de la institución; las capacidades, los afectos y sentimientos de cada sujeto y no la discapacidad y los límites ligados a la enfermedad. Sólo así los Servicios encargados del tratamiento pueden establecer relaciones recíprocas con los ciudadanos y los pacientes, negociar la relación terapéutica sobre una base de igualdad, en resumen, reducir la verticalidad jerárquica de las distancias.

A partir de estas premisas es posible individualizar algunos criterios o índices, sencillos para evaluar y discutir el trabajo de transformación y la investigación desde el punto de vista de la desinstitucionalización.

La dimensión territorial del trabajo psiquiátrico parece ser muy difundida y ecuanímicamente aceptada. No obstante, trabajar en el territorio en vez que en el Hospital Psiquiátrico no es por sí mismo un índice de desinstitucionalización. En realidad, actualmente, la presencia en el territorio es a menudo teórica, burocrática, administrativa. Muchos Servicios llegan a teorizar operaciones de filtro de la demanda y de la defensa del paciente, tan excesivas como para reducir, incluso hasta hacer desaparecer, el propio servicio.

En cambio, el trabajo en el territorio puede asumir un significado de transformación de orden científico, ético o político si se desarrollan conocimientos sobre los mecanismos de construcción de la demanda psiquiátrica; se ejerce un control sobre ellos, se reconoce el montaje institucional de la crisis, de la enfermedad, de la cronicidad a condición de adoptar una actitud de curiosidad e indagación hacia la cultura e historia de ese territorio, de participar en los conflictos y problemas de mayor inquietud social, en suma, si se interviene en la determinación de planes administrativos y políticos de cambio para la salud mental.

La existencia del Servicio en el territorio aspira encontrar la petición de ayuda psiquiátrica en el momento de su formación, incluso antes de que se complique el contacto con las múltiples “paradas” institucionales, perfeccionar la capacidad de intervención y control sobre los procesos generadores de la propia solicitud y, en consecuencia, afirmar la capacidad para prevenir, modular o interaccionar con los mecanismos que determina y constituyen la enfermedad, la crisis, la cronicidad.

De esta forma, la petición de ayuda no se volverá de nuevo hacia el servicio por inercia, urgencia, inquietud, peligrosidad, sino que se evitará, a la vez, el abandono y el aumento de los horrores ocultos en el territorio.

La responsabilidad es asumida fisiológicamente por los psiquiatras cuando trabajan en las instituciones cerradas (véase el comportamiento en relación con el TSO) y las organizaciones de los SPDC.

La responsabilidad institucional se concretiza en el Hospital Psiquiátrico como respuesta de la psiquiatría a la orden de control social. Para realizar este contro es necesario “cosificar” al otro. Y, ciertamente, los psiquiatras han aprendido a asumir esta responsabilidad.



En el territorio se ha producido una forma de “desinstitucionalización” salvaje del perfil de la responsabilidad institucional, hasta llegar a ignorar la orden de control social como elemento sobre el cual se ha fundado la propia psiquiatría.

En las últimas dos décadas, los psiquiatras parecen “descubrir” unilateralmente en su trabajo la vocación terapéutica, omitiendo, con consecuencias dramáticas, los aspectos relacionados con la práctica de la responsabilidad, negándose con pretextos a la orden de control social.

Por otro lado, la reelaboración en la práctica del ejercicio de la responsabilidad puede crear servicios capaces de jugar entre el control social y la función terapéutica. La simple presencia del Servicio en el territorio tiende a constituir una clase de responsabilidad objetiva que surge de la interacción/presencia con los usuarios, las historia y los conflictos de su propio territorio.

De esta forma es posible crear actitudes, perfeccionar los métodos para reconocer e intervenir sobre los problemas institucionales más duros: el orden público, las penalizaciones, el tribunal, la cárcel, el manicomio judicial. En cambio, muchos Servicios siguen enviando rápidamente a otros el problema de la sin/razón social, del desorden, del trastorno. Se comprende así la exasperación contra la nueva ley, que a menudo manifiestan familiares y ciudadanos. Se confirma así aquella imagen de la locura, que el trabajo en el territorio tendría que haber modificado. Por consiguiente, la presencia responsable de la comunidad no sólo aumenta el patrimonio de conocimiento, vuelve más fáciles y eficaces las intervenciones y mejora la calidad de los tratamientos, sino que se convierte en trabajo sobre el proceso de formación de la enfermedad y sobre los aspectos temibles relacionados con ella en la imaginación colectiva, en definitiva, en una intervención de prevención primaria.

Es evidente que los casos límites, el malestar extremo, individual y de sectores sociales enteros, por un lado parecen alimentar la imagen de peligrosidad, de grave riesgo social, relacionado con la locura, y por lo tanto reclaman la cuestión de la responsabilidad de la psiquiatría (y de los Servicios); pero por otro lado, evidencian situaciones de malestar real, de desequilibrios sociales cada vez mayores, cuya causa (e intervenciones de afrontamiento) sería un pretexto adscribirlos tan sólo a la psiquiatría (y a los Servicios). Otras instituciones sociales (asistenciales, sanitarias, de control, de orden público) deben asumir su propia responsabilidad en las respectivas áreas de competencia.

De cualquier modo el Servicio debe desempeñar un papel al perseguir activamente los intereses del paciente, asegurándose que las otras instituciones cumplan sus deberes.

### **“Hacerse responsable”**

A través de la asunción de la relación con el paciente y la singularidad de sus problemas hemos comprendido hasta qué punto debía reconsiderarse la cuestión del tiempo y del espacio: no podía tratarse ya de los tiempos y espacios que se transformasen paulatinamente en otra cosa, dentro de la modificación simultánea de la relación entre la demanda del paciente y el Servicio de Salud Mental.

Ha resultado obvio que los espacios no son sólo aquellos presupuestos por definición, como el Servicio de Diagnóstico y Cuidado (SPDC), el Centro de Salud Mental, sino que cualquier lugar puede ser un espacio terapéutico y determinar definiciones singulares de la relación terapéutica.

La redefinición y enriquecimiento del espacio, de los espacios terapéuticos, exigen del trabajador psiquiátrico nuevas capacidades para afrontar espacios específicos, espacios diversificados, espacios de nuestra imaginación.

De hecho, el espacio para “hacerse responsable” es a menudo un espacio por imaginar, construir, definir: puede ser el espacio de la espera, de las relaciones entre el Servicio, el equipo de trabajo y el paciente, sus familiares, los que viven cerca de él.

Lo mismo podemos decir de la cuestión del tiempo. Si hacerse responsable significa también intentar actuar en tiempo real, por ejemplo, afrontar una crisis inmediatamente,

“en directo”, la dimensión “tiempo” se convierte en un variable que tiende a determinar cambios posteriores.

En relación con el tiempo dentro de la relación terapéutica, tendremos que adquirir capacidades “elásticas” de definición y limitación del tiempo, pero también imaginar y practicar el tiempo sin fin, el tiempo de la relación terapéutica que dura toda nuestra vida, que no termina nunca.

También el Hospital Psiquiátrico determinaba tiempos infinitos (y el psicoanálisis), pero aquí queremos decir que la dimensión de tiempo, liberada de la inercia de la repetición institucional, desarrollará en el equipo de trabajo la capacidad de resistir en el tiempo; transformando la relación y la configuración organizativa del equipo y del Servicio.

Entonces, si el hacerse responsable de alguien no es sinónimo de su ingreso, también la cuestión de los recursos, de los medios, de las personas, asume una posición central en el camino de la transformación, al igual que el tiempo y el espacio. La escasez de recursos de un Servicio debe relacionarse con la pobreza o total carestía de proyectos; con la incapacidad de criticar los modelos clínicos y psicológicos que, teniendo como objeto el cuerpo enfermo y la enfermedad, no hacen otra cosa sino perpetuar el vacío, la pobreza (material y de relación) en torno a las personas.

El hacerse responsable de las personas, y no sólo de la enfermedad, obliga a la valoración de variados recursos múltiples y singulares: los amigos, los acompañantes, los voluntarios, los trabajadores con su subjetividad puesta en juego, la familia misma, el grupo social que le rodea, pero también pequeños trabajos, espacios cuidados, pequeñas empresas que nacen continuamente, precisamente del reconocimiento de las habilidades subjetivas y singulares de las personas.

Otros pueden ser los indicadores que podemos ofrecer a la discusión: desde la capacidad de trabajar en grupo, hasta la canalización de la subjetividad; desde el otorgar un significado a la crisis, hasta la búsqueda de la emancipación en los procesos de rehabilitación hasta lograr una atención constante sobre los derechos de la ciudadanía.

Debemos continuar investigando.

Simplemente, veinte años de trabajo en Trieste an ofrecido a los trabajadores, a los pacientes, a los ciudadanos, la oportunidad de comenzar, finalmente, una búsqueda posible en dirección de respuesta reales, concretas, ya no condicionadas por el saber incontestable de la psiquiatría.

Por tanto, la riqueza y la calidad de los recursos no es un dato que deba darse por sentado (“si tuviese la estructura y recursos adecuados”) sino un recorrido estrechamente relacionado con la producción de cambios y con la capacidad de reconocimiento de cuotas de libertad, habilidad e independencia cada vez más amplias.

## Bibliografía

- (1) F. Basaglia, *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, 1968.
- (2) I. Goffman, *Asylums*, Torino, Einaudi, 1966.
- (3) M. Jones, *The Therapeutic Community. A New Treatment Method in Psychiatry*, New York, Basic Books, 1953.
- (4) G. Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone. Storie del manicomio di Trieste*, Trieste, Ed. Libreria, 1980.
- (5) G. Dell'Acqua, M.G. Cogliati (1985), *The End of Mental Hospital. A Review of the psychiatric experience in Trieste*, en “Acta Psyc. Scand.”, 316.
- G. Gallio, M.G. Gianichedda, O. De Leonardis, *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*, Milano, Feltrinelli, 1983.
- H. Gallio, *Nell'impresa sociale. Materiali per la Salute Mentale*, Trieste, Ed. E.
- (6) G. Scabbia, *Il cavallo azzurro*, Torino, Einaudi, 1975.
- (7) G. Dell'Acqua, R. Mezzina (a cura di), *Il folle gesto*, Roma, Ruggieri, 1988.

- (8) M. Reali, *Passaggi triestini. La pratica terapeutica. Tra il Modello clinico e Riproduzione sociale*. Centro di Documentazione dei Pistoia, 1987.
- (9) F. de Maria, E. Pascolo, M. Bertoli, F. Costantinides (1990), *Il suicidio a Trieste*, en “Rivista Sperimentale di Freniatria”, CXIV.
- (10) V. Pastore, A. Debernardi, R. Piccione, *Psichiatria nella Riforma, analisi di un Servizio “Forte” di Salute Mentale*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1983.
- (11) D. Kemali, M. Maj (a cura di) (1988), *Attuazione della Legge di Riforma e Valutazione dei Servizi Psichiatrici in Italia*, en “Rivista Sperimentale di Freniatria, CXII (3).
- G. Dell’Acqua, R. Mezzina, *Risposta alla crisi: strategie ed imprenditorialità dell’intervento nel Servizio Psichiatrico Territoriale*, en “Per la Salute Mentale”, 1/88.
- (12) F. Rotelli, O. De Leonardis, D. Mauri, *Deinstitutionalization, a Different Path. The Italian Mental Health Reform*. Health Promotion, W.H.O., Cambridge University Press, 1986 .
- (13) F. Rotelli, *L’istituzione inventata*, en “Atti del Convegno di Trieste”, Centro Documentazione Pistoia, 1987.
- F. Rotelli, M. Reali, L. Lorenzi (1988), *Le pratiche triestine oltre la Legislazione Speciale* , en “Psichiatria, Democrazia e Diritto”, 4-5 .
- (14) F. Basaglia, *Scritti, I,II*, Torino, Einaudi, 1981.