

# «La cuestión psiquiátrica» a debate en Trieste

Bajo este título se ha realizado un encuentro internacional en Trieste (Italia), durante la primera semana de octubre, que por su enfoque creemos marca hito en la evolución de la concepción psiquiátrica, tanto en sus parámetros técnicos como en sus proyecciones prácticas.

No es casual que venga a realizarse este encuentro en Italia y en la ciudad de Trieste. En Italia, por cuanto existe una ley (la ley 180) que regula la asistencia psiquiátrica, sin permitir nuevos ingresos en manicomios y contemplando la progresiva desaparición de los mismos, en la medida en que se dote de recursos alternativos a la comunidad. La carencia de los recursos asistenciales que la ejecución de la ley implica hace que la reforma de la psiquiatría evolucione con dificultades, y éstas sean instrumentadas para cuestionar la validez de la ley.

Creemos que el Congreso ha supuesto un «toque de atención» al estancamiento en que se encuentran determinadas Administraciones regionales italianas, dando lugar a un «mapa psiquiátrico» muy heterogéneo, pasados diez años de la promulgación de la ley. Hay regiones en las que apenas se han modificado las prestaciones psiquiátricas y otras que han dado un salto cualitativo, como es el caso de Trieste.

Conviene detenerse en un diseño de la realidad actual de Trieste para mejor contextualizar la naturaleza del Congreso sobre la cuestión psiquiátrica.

**Trieste carece de manicomio:** los pacientes, después de muchos años de encierro han recuperado su condición de personas en el marco de la constitución italiana y viven al margen del «ghetto» que supone en todo el mundo la realidad manicomial.

Los **ciudadanos** de Trieste no le temen al manicomio, pues saben que nunca irán a él: ya no existe.

El **personal sanitario:** sigue trabajando en la misma área sociosanitaria, pero integrado en equipos de distrito, cerca de donde vive el ciudadano.

El **inmueble,** con múltiples pabellones ha sido reconvertido para muy diversos usos sociales, que nada tienen que ver con su antigua función.

La **Administración** regula los recursos en otros programas congruentes con una mejor calidad de vida para el ciudadano, al haber reconducido sus presupuestos en beneficio del usuario-ciudadano y no de la institución del orden manicomial.

En concreto, los servicios psiquiátricos de la provincia de Trieste garantizan una cobertura total y se estructuran del modo siguiente:

- a) Centros de Salud.
- b) Cooperativas.

**Centros de Salud:** Hay siete, que atienden cada uno de ellos a una población de unos 45.000 habitantes. Permanecen abiertos las 24 horas del día y cuentan con ocho camas para personas en situación de crisis aguda. Cada centro tiene 2 vehículos.

Desde estos centros se presta asistencia a toda persona necesitada de ello y se mantiene un seguimiento de las personas ex hospitalizadas del manicomio, que viven, bien en su domicilio, en apartamentos colectivos, residencias, etc.

Cada centro cuenta con un equipo compuesto por:

- Médicos psiquiatras, 3 o 4.
- Asistentes sociales, 2.
- Personal de enfermería, 30.
- Otro personal (psicólogo, educador, etc.), 2 o 3.
- Trabajadores de las cooperativas: 3 de limpieza y 2 de cocina.

**Cooperativas:** el mantenimiento de los centros, en lo que se refiere a la limpieza y otros servicios (entre

ellos, comedores públicos), corre a cargo de los cooperativistas.

En las cooperativas trabajan personas que no tienen ninguna relación con la asistencia psiquiátrica, antiguos residentes del manicomio y también personas que están en tratamiento y en un proceso de rehabilitación.

Además de las cooperativas citadas antes, las hay de: cuidado de los jardines, huerta y venta de productos agrícolas, fotografía, servicios administrativos, peluquería, artes plásticas, etc.

Aunque las cooperativas no dependan de los centros de salud, tienen adscritos a éstos un número determinado para diversas tareas y los centros recurren a ellas para algunos servicios (por ejemplo, carpintería) y como recurso para la reinserción laboral de aquellas personas que lo precisen.

A partir de esta realidad, y conscientes de que su situación es diversa a la de otras provincias de Italia —y aún más a la de otros países—, los trabajadores de salud mental de Trieste han considerado importante organizar un encuentro internacional en el que se pudieran confrontar las distintas realidades, la complejidad del quehacer psiquiátrico y la búsqueda consiguiente de posibles alternativas.

Los temas abordados en el encuentro han sido:

— Saber, estrategia y ética de la salud mental.

— Procesos y autores de los cambios; comunidad y asociaciones; nuevos protagonistas.

— Nuevas disciplinas de las enfermedades mentales en el derecho civil.

— Cultura de la salud y representación de la enfermedad.

— Experiencias y proyectos de:
 

- Desinstitucionalización en los hospitales psiquiátricos.

- Modelos organizativos y modelos de trabajo de los nuevos servicios territoriales.

- La desinstitucionalización de la relación terapéutica.

- Cooperativismo y empresas sociales en la política de salud mental.

Entre los participantes-ponentes del encuentro ha habido tanto profesionales de la salud mental como de otras disciplinas (filósofos, antropólogos, legisladores, escritores, científicos) y políticos, sindicalistas y representantes de asociaciones diversas, con importante participación de las de familiares de enfermos mentales. Esto significa la concreción del convencimiento de que la «cuestión psiquiátrica» no es sólo competencia de los profesionales, sino que guarda relación directa con la calidad de vida de las personas y la adecuación o no a la realidad de las leyes, conocimientos, estructuras y normativas sociales.

En lo que respecta a la procedencia —países— de los participantes, lo han hecho personas que representan experiencias avanzadas o proyectos renovadores y, dada la cantidad y diversidad de las intervenciones (15 países, entre ellos Inglaterra, Francia, EE UU, Argentina, España, Holanda, Suecia, Yugoslavia), destaca la gran riqueza de experiencias aportadas, aunque el «momento» que atraviesa cada lugar y los resultados sean muy diversos.

Hay algo común a todas ellas y es:

- La reducción de camas «manicomiales», el intentar acabar o reducir al mínimo esa institución que no cura, sino almacena gente.

- La creación de estructuras intermedias, con distintos grados de dotación de personal, medios y distinta cobertura horaria.

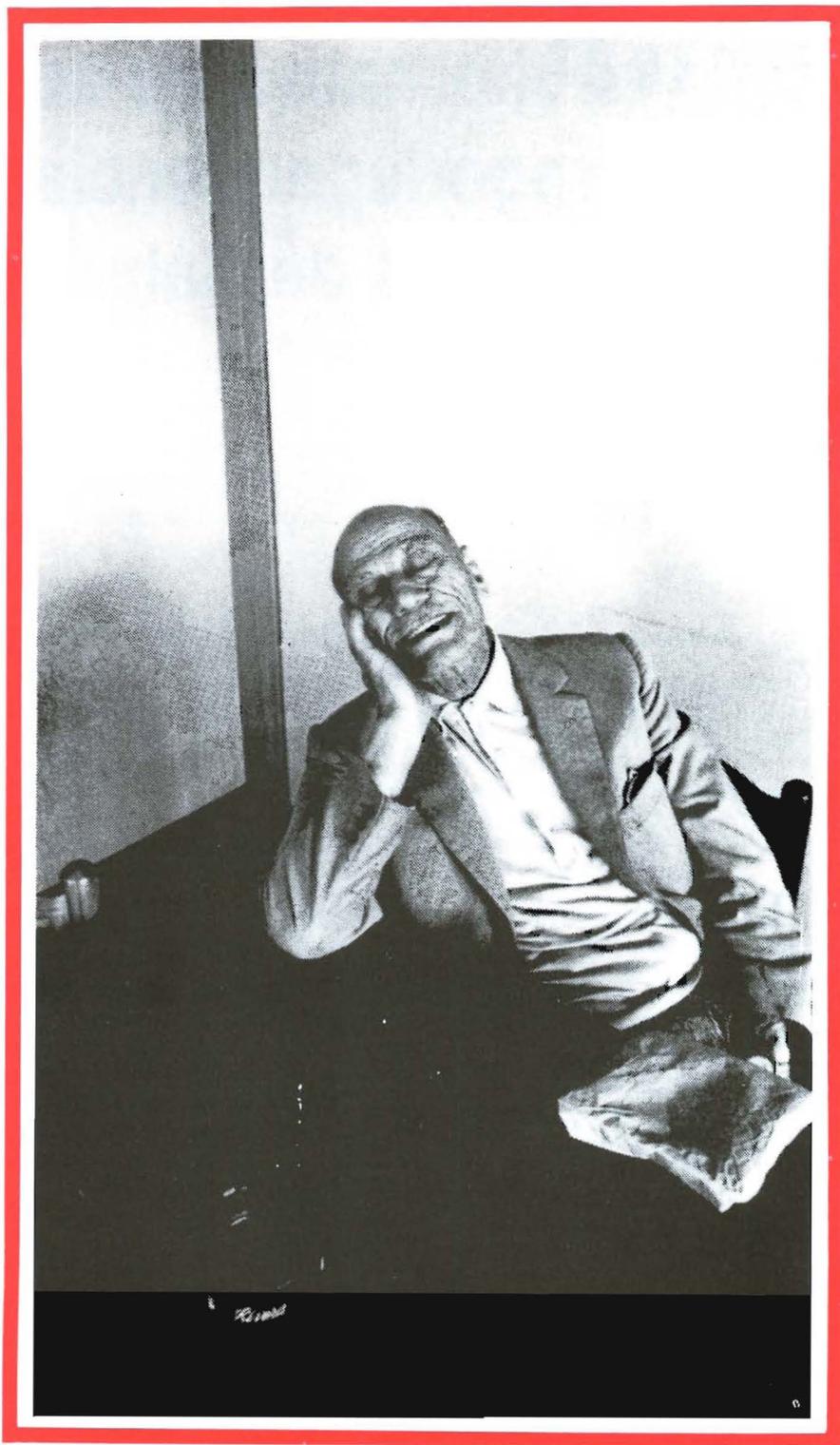
Estas dos características básicas comunes coexisten con diversas opciones —condicionadas por la realidad de cada lugar y el grado de compromiso de los «agentes de los cambios»— para la atención de las personas en situación de crisis aguda:

- Se mantiene la existencia del hospital psiquiátrico para ingresos de «agudos».

- Los ingresos tienen lugar en camas de hospitales generales.

- Se utilizan las camas del centro de salud mental.

Queda, por último, el debate sobre el significado de la desinstitucionalización, pudiéndose resumir en que ésta no consiste en reducir sólo camas de hospital, ni en trasladar a



otras instituciones («transinstitucionalización»), sino trabajar con las personas para que consigan su autonomía, y para ello no basta con el cambio de residencia. Tampoco se puede tener autonomía sin recursos de subsistencia. Desinstitucionalizar es dar la **voz** a las personas, pero también medios para conseguir **dinero**. La opción triestina en este

punto se centra en la vía del trabajo, participación en el mundo laboral (cooperativas), dado que el trabajo comporta la emancipación de las personas y lleva implícito **la voz** y el **dinero**.

P. M., P. C. y M. V.  
Equipo de Salud Mental  
Área 05