



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19

Trieste: Un modelo de atención en Salud Mental

Alumno: Javier de Pablos Gil

Tutora: María Concepción Díez Martín

RESUMEN

El presente trabajo fin de grado consiste en una revisión bibliográfica cuyo objetivo general es analizar la evolución de la asistencia a los enfermos mentales desde los antiguos manicomios hasta la actualidad en Trieste.

El enfermo mental ha sufrido durante el paso de la historia diferentes roles en la sociedad. Desde las sociedades primitivas, donde existía un pensamiento mágico sobre la enfermedad mental, hasta finales del siglo XX, donde el cuidado se basó en el aislamiento, confinando a los pacientes en manicomios. Franco Basaglia, impulsor de la reforma psiquiátrica en Trieste, pudo observar que lo que allí sucedía era similar a la vida carcelaria que él experimentó cuando estuvo preso. Fue así como Basaglia, impulsado por la mejora en el cuidado y tratamiento del enfermo mental, promovió la creación de una psiquiatría comunitaria. Con la instauración de la Ley 180, también conocida como la “Ley Basaglia”, en 1978 en Trieste se inició la desinstitucionalización de los pacientes y se inició la psiquiatría comunitaria.

La reforma psiquiátrica en Trieste, con la conformación de una red de Salud Mental Comunitaria, fue todo un modelo para otros países. En España, el gran avance vino de la mano de la Ley General de Sanidad en 1986 cuando los servicios de asistencia al enfermo mental se integraron en el sistema sanitario general, rompiendo la marginación que los enfermos mentales sufrieron durante siglos.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Salud Mental, Trieste, Franco Basaglia, reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

This thesis consists of a bibliographic review whose general objective is to analyze the evolution of the assistance to the mentally disorders from the archaic asylums to the present in Trieste.

The mentally ill has suffered throughout history different roles in society. From primitive societies, where there was a magical thought about mental illness, to the end of the twentieth century, where the care was based on isolation, confining patients to asylums. Franco Basaglia, promoter of psychiatric reform in Trieste, could observe that what was happening there was similar to the prison life he experienced when he was in prison. It was when Basaglia, driven by the improvement in the care and treatment of the mentally ill, promoted the creation of community psychiatry. With the introduction of Law 180, also known as the “Basaglia Law”, in 1978 Trieste began the deinstitutionalization of patients and started the community psychiatry.

The psychiatric reform in Trieste, with the formation of a community Mental Health network, was a model for other countries. In Spain, the major breakthrough came from the General Health Act in 1986 when mental health care services were integrated into the general health system, breaking the marginalization that the mentally ill suffered for centuries.

KEY WORDS: Nursing, Mental Health, Trieste, Franco Basaglia, psychiatric reform.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	2
2.	JUSTIFICACIÓN	4
3.	OBJETIVOS	6
4.	MATERIAL Y MÉTODOS	7
4.1.	DISEÑO	7
4.2.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	7
4.3.	FUENTES DOCUMENTALES Y DESCRIPTORES UTILIZADOS	8
4.4.	ESTRATEGIA DE SELECCIÓN	8
4.4.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	8
5.	DESARROLLO DEL TEMA	10
5.1.	EL ORIGEN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO	10
5.2.	LA SOCIEDAD ANTE EL ENFERMO MENTAL Y LOS MANICOMIOS	10
5.3.	INICIO DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN TRIESTE	11
5.4.	DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA	14
5.5.	TRIESTE: MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA	17
6.	DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	20
7.	CONCLUSIONES	21
8.	BIBLIOGRAFÍA	23

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad mental se presenta por primera vez en Trieste como un dilema de injusticia y de discriminación social.

La toma de conciencia y la rebelión que se producía en Italia a finales del siglo XX en las instituciones manicomiales por parte de una asociación de profesionales sanitarios, con el objetivo de transformar una relación de violencia en una relación humana, fue el impulso necesario para un cambio en la psiquiatría tradicional ⁽¹⁾. El concepto de Salud Pública y de Salud Mental Comunitaria surgen en un tiempo en el que hay un aumento de la sensibilidad social, transformando así la antigua y tradicional psiquiatría manicomial ⁽²⁾.

La asistencia psiquiátrica en Italia se basaba en la legislación de internamientos de 14 de febrero de 1904 nº 36 y en el reglamento de aplicación de 16 de agosto de 1909. El primer artículo de la ley enunciaba que las personas afectadas de cualquier enfermedad mental debían ser custodiadas y curadas en manicomios cuando fuesen peligrosas para sí o para otros, siempre que no pudiesen ser curadas fuera de la institución psiquiátrica ⁽³⁾. Los manicomios, más tarde denominados hospitales psiquiátricos, estaban organizados con un estilo carcelario y con terapias electroconvulsivantes sistematizadas que se realizaban dentro del mismo, con ese característico trato inhumano ⁽⁴⁾. Es así como aparece una corriente a favor de la búsqueda del origen de la enfermedad del paciente, en contra de aquellos que lo oprimen y lo destruyen con ayuda de una organización hospitalaria denominada institución manicomial ⁽¹⁾. Dentro de aquel grupo a favor de encontrar el origen de la enfermedad y eliminar toda institución manicomial se encuentra Franco Basaglia.

Basaglia nació en Venecia en el año 1924. En 1943, se matriculó para estudiar medicina en la prestigiosa universidad de Padua. Se graduó en 1949 y, a pesar de los años de guerra y su tiempo en prisión, pasó la siguiente década estudiando filosofía y psiquiatría. A pesar de trabajar en una clínica psiquiátrica, siempre le interesaron más las ideas y el conocimiento de los

aspectos prácticos en el cuidado de la Salud Mental, siendo éstos relativamente limitados. Entre 1952 y 1958, se especializó en el campo de "enfermedades nerviosas y mentales" ⁽⁵⁾.

Fue director del manicomio de Gorizia desde 1961 hasta 1970, eliminando de ella todas las actuaciones que privasen de los derechos de los pacientes, como la terapia electroconvulsiva sistematizada, restricciones y sujeciones mecánicas ⁽⁶⁾.

De 1970 a 1971 fue director de un gran manicomio a las afueras de Parma, en un pequeño pueblo llamado Colorno. En 1971, tomó el cargo de director del hospital psiquiátrico de Trieste. Permaneció como director del hospital psiquiátrico de Trieste hasta 1979, donde años más tarde, en 1980, murió de un tumor cerebral. Su esposa, Franca Ongaro, estuvo a su lado especialmente durante todo el período de Gorizia. Después de la muerte de Basaglia, ella realizó una campaña para la implementación de la Ley 180 o también llamada "Ley Basaglia" aprobada anteriormente en 1978. Esta ley reestructuró los cuidados en el campo de la Salud Mental, pidiendo el cierre de todos los hospitales psiquiátricos ⁽⁵⁾.

2. JUSTIFICACIÓN

La reforma psiquiátrica en Trieste fue un claro resultado de que el sistema manicomial estaba agotado. La Ley 180 promulgada en Trieste fue la primera ley en la historia de la psiquiatría con el objetivo claro y conciso de liberar a los pacientes psiquiátricos de los manicomios y de instaurar un nuevo modelo de atención en Salud Mental.

La historia es un instrumento que permite conocer el presente a través del estudio del pasado, el conocimiento de las situaciones que han ido atravesando los enfermos mentales en el pasado es fundamental para situarles en el contexto contemporáneo. La marginación al paciente psiquiátrico continúa actualmente en países en desarrollo donde gran parte de las personas con trastornos mentales como la depresión, la demencia, la esquizofrenia o la toxicomanía no están siendo tratadas correctamente y son estigmatizadas por la sociedad ⁽⁷⁾. Aún en el año 2011, permanecía en Italia el concepto “manicomio” con la existencia de 6 centros psiquiátricos penitenciarios. Esta situación seguía siendo posible tras la nula aplicación de la Ley 81/2014, cuyo objetivo era la apertura de las Residencias para la Ejecución de Medidas de Seguridad tras la transformación de estos centros psiquiátricos, priorizando las intervenciones preventivas y del cuidado ⁽⁸⁾.

Los trastornos mentales se encuentran entre las 10 primeras causas de discapacidad a nivel mundial y se prevé que aumente el número de afectados, sin embargo, la relación entre la carga de morbilidad y el gasto en salud aún es desproporcionada ⁽⁷⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), se define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” ⁽⁹⁾, siendo, a veces la salud mental menos tratada que la salud física. En estos últimos años se han iniciado bastantes proyectos por parte de la Unión Europea siendo de gran relevancia la propuesta “Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe”, en la que se define como una prioridad que cada estado miembro europeo disponga de un plan de acción para la

promoción de la Salud Mental y la prevención de trastornos mentales ⁽¹⁰⁾. No obstante, pese a todos los cambios que ha ido consiguiendo la Salud Mental, desde la Reforma Psiquiátrica iniciada en Trieste por Franco Basaglia hasta las nuevas iniciativas propuestas por la Unión Europea, aún queda mucho por recorrer para que este campo de la salud tome la verdadera importancia que merece.

Por todo lo comentado anteriormente, es justificable la realización de un análisis de la historia de la reforma psiquiátrica en Trieste y la enfermería en Salud Mental, con el objetivo de reflexionar y continuar trabajando para que los cambios acaecidos desde el comienzo de la reforma hasta los días de hoy continúen su camino; ya que, como manifestó Linda Richards, graduada en la primera escuela de enseñanza de enfermeras en Estados Unidos en 1872: *“Los padecimientos mentales tienen el mismo derecho que los padecimientos físicos a tener una adecuada atención de enfermería”* ⁽¹¹⁾.

3. OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar la evolución de la asistencia a los enfermos mentales desde los antiguos manicomios hasta la actualidad con el modelo de atención de Salud Mental de Trieste.

Objetivos específicos:

1. Mostrar cómo y porqué se realizó la reforma psiquiátrica en Trieste.
2. Mostrar la asistencia comunitaria en la actualidad en Trieste.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO

El presente trabajo se trata de una revisión bibliográfica, que tiene como objetivo mostrar la evolución de la asistencia a los enfermos mentales desde los antiguos manicomios hasta la actualidad con el modelo de atención de Salud Mental de Trieste.

4.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La primera etapa comenzó con la formulación de la pregunta de investigación, empleando el formato PICO (Tabla 1), a través de la cual se desarrolla el trabajo, teniendo en cuenta 4 aspectos: Paciente, Intervención, Comparación y Resultados (Outcomes).

Tabla 1. Formato pregunta PICO.

Paciente	Intervención	Comparación	Resultado
Pacientes psiquiátricos	Clausura de los manicomios	No procede	Aparición de la Salud Mental Comunitaria

Fuente: Elaboración propia

La segunda etapa consistió en una lectura de libros y revistas referentes a la historia de la Salud Mental en Trieste (Italia) en la biblioteca de la Facultad de Medicina de Valladolid con el objetivo de comprender mejor el terreno abordado en el trabajo.

Entre los meses de enero y febrero de 2019 se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos online con nivel de calidad y en páginas institucionales: SciELO, Pubmed, Cuiden, Google académico, La Biblioteca Cochrane Plus, Lilacs, Medes y REDIB (red iberoamericana de innovación y conocimiento científico).

La tercera y última etapa consistió en una lectura crítica de las mismas, tras la cual se seleccionó la información más relevante y se inició el desarrollo de los resultados y conclusiones.

4.3. FUENTES DOCUMENTALES Y DESCRIPTORES UTILIZADOS

Los artículos y estudios seleccionados fueron artículos publicados en páginas institucionales, revistas y bases de datos online con nivel de calidad y del ámbito de ciencias de salud con validez científica contrastada como: BOE (boletín oficial del estado), Pubmed, SciELO, Cuiden, Revista Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Revista Española de Salud Pública, Revista Neuro-psiquiatría, Revista Cuiden y Revista Topia.

Para la búsqueda de información se emplearon los operadores booleanos (AND, OR) combinados con los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): “Enfermería”, “Salud Mental”, “Trieste”, “reforma psiquiátrica”, “Franco Basaglia”, “manicomio”, “locura” y “enfermo mental”; y con los Medical Subject Headings (MeSH) respectivamente: “Nursing”, “Mental Health”, “Trieste”, “psychiatric reform”, “Franco Basaglia”, “asylum”, “madness” y “mentally ill”.

4.4. ESTRATEGIA DE SELECCIÓN

4.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para centrar la búsqueda y seleccionar las publicaciones más adecuadas, se han establecido diferentes criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterios de inclusión:**
 - Artículos publicados en los últimos 35 años, debido a la escasez de documentación pertinente y del cambio que ha sufrido la psiquiatría en los últimos 35 años.
 - Documentos publicados y/o realizados por organizaciones de rigor legislativo y científico.

- Los recursos seleccionados deben estar en idioma inglés o español, para evitar errores de traducción.

- **Criterios de exclusión:**

- Publicaciones en otros idiomas diferentes al español e inglés.
- Documentos publicados por organizaciones o individuos carentes de rigor científico.
- Publicaciones cuyo contenido no respondía a los objetivos del trabajo.

Tras la selección de los artículos y documentación, 57 artículos cumplían los criterios de exclusión e inclusión. Tras la lectura del resumen de estos, fueron excluidos 12 artículos. Finalmente, tras la lectura y comprensión de los documentos y recursos bibliográficos restantes, 30 fueron aquellos que ofrecían información objetiva para el desarrollo del trabajo.

5. DESARROLLO DEL TEMA

5.1. EL ORIGEN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

El cuidado de todas aquellas personas que padecían una enfermedad mental a lo largo de la historia ha ido asociado siempre al origen de esa enfermedad. Estudios realizados sobre sociedades primitivas han destacado que existía un pensamiento mágico sobre la enfermedad mental. Las causas de la enfermedad mental podrían ser de varios tipos como accidental, funcional o animista. Los espíritus se enemistaban, odiaban o perjudicaban por voluntad al individuo. Las investigaciones señalan a que los encargados de realizar la curación y el cuidado de los enfermos mentales son las mujeres cuidadoras de la comunidad, los hechiceros o chamanes y las brujas. La terapia se dirigía hacia la expulsión del espíritu que había invadido el cuerpo del enfermo o recobrar la amistad de los espíritus hacia el enfermo; siendo un problema colectivo que afectaba a toda la tribu y no solamente individual del propio enfermo ⁽¹²⁾.

Durante la edad media predominó el concepto mágico-religioso, donde la explicación ante los comportamientos del enfermo mental era la posesión diabólica. Es por ello por lo que la curación consistía en expulsar al demonio del cuerpo del enfermo, haciendo de la hoguera en un acto purificador y misericordioso ⁽¹³⁾.

El siguiente paso fue el encerramiento de todos aquellos denominados “insanos”, según Foucault (1926-1984), historiador y filósofo francés, en su obra “Historia de la locura”, donde relata que en 1656 el rey francés Luis XIV decretó el encierro de todos los elementos marginales de la sociedad ⁽¹⁴⁾.

5.2. EL ENFERMO MENTAL Y LOS MANICOMIOS

En los inicios de la psiquiatría, los enfermos mentales eran encerrados en prisiones hasta la llegada de Philippe Pinel, médico francés del siglo XIX, que los “liberó” de la prisión para encerrarlos en otra singular prisión, los manicomios ⁽¹⁵⁾.

El manicomio era un lugar de encierro donde predominaba la ausencia de los derechos humanos. Carecía de importancia la preocupación sobre la salud de los pacientes. No se realizaba ninguna anamnesis, ningún pronóstico sobre los pacientes, ni favorables ni desfavorables; sólo existía la cronicidad y el empeoramiento de la Salud Mental ⁽¹⁶⁾.

No se recurría a la realización de un tratamiento individual, sino que se aplicaba por protocolo, generalmente, la terapia electroconvulsivante. Los fármacos antipsicóticos, que aparecieron en la 2ª mitad del siglo XX, se utilizaban en mayor medida con fines de contención. Se encontraban congregados en pabellones según sus diferentes “conductas”: conductas agresivas, confusas, tranquilas... haciendo que la cura de estos fuese imposible tras una nula valoración individual, favoreciendo así la cronicidad de los pacientes ⁽¹⁶⁾. Es así como aparecía un fenómeno en los pacientes que se encontraban allí encerrados, la “neurosis institucional”. Se producía por el alejamiento de su vida cotidiana, de su familia y de no tener ningún contacto con nadie ni para nadie. Este término fue acuñado por Russell Barton, psiquiatra británico, en su obra “La neurosis institucional” para señalar un síndrome con una serie de síntomas como la apatía, la sumisión, etc., que no se encontraban estrechamente relacionados con la esquizofrenia, pero que presentaban los pacientes con esa patología que se encontraban aislados en manicomios ⁽¹⁷⁾.

5.3. INICIO DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN TRIESTE

Al igual que a principios del siglo XIX profesionales que, como el médico Philippe Pinel, creyeron y alentaron la fundación de manicomios para apartar de la sociedad a aquellos que eran marginados tanto por ideología o por enfermedad; a principios del siglo XX también hubo profesionales que, como el médico Franco Basaglia, pensaron y creyeron en un abordaje de la enfermedad mental que superase y propiciase la desaparición de los manicomios.

Franco Basaglia entró por primera vez en un manicomio cuando adquirió el cargo de director del manicomio de Gorizia. Esta experiencia fue

sorprendente y, al mismo tiempo, significativo para él. Al acudir allí por primera vez recordó una experiencia horrorosa, su estancia en la cárcel a los veinte años ⁽¹⁶⁾.

Al entrar tuvo *“la impresión de entrar en una enorme sala de anatomía, donde la vida tenía el aspecto y el olor de la muerte”* donde la propia cárcel donde estuvo y el manicomio los veía similares. La cárcel era *“un chiquero impregnado de una pestilencia infernal [...] donde carcelero y presidiario habían perdido toda cualidad humana, adquiriendo el sello y la impronta de la institución”*, a diferencia que en el manicomio el carcelero eran los médicos, enfermeros... y los presidiarios, los enfermos ⁽¹⁵⁾.

Percibió que las personas que allí se encontraban habían perdido toda la dignidad humana. Apreció que el manicomio dejó de ser un lugar de cura y rehabilitación para transformarse en una institución de custodia donde el psiquiatra tenía el poder absoluto sobre el enfermo.

Después de su paso por el manicomio de Gorizia donde consiguió *“humanizarlo”*, eliminando de allí actuaciones como la terapia electroconvulsiva sistematizada, restricciones y sujeciones mecánicas ⁽⁶⁾, entró en el manicomio de Trieste ofreciendo un giro sobre la Salud Mental que nadie esperaba.

En Trieste, Franco Basaglia inició el cierre progresivo de las instituciones manicomiales, es decir, una reforma integral que comenzase desde el interior para cambiarlas o eliminarlas, defendiendo así los derechos de las personas internas en los manicomios, haciendo desaparecer así todas aquellas situaciones injustas, corruptas y desproporcionadas. Para ello, esta reforma precisa de una estrategia, que trata los ámbitos científico, estructural y cultural-relaciones humanas, siendo ésta última de las más importantes ⁽¹⁶⁾.

Franco Basaglia tenía como objetivo restaurar las vidas personales de todos y cada uno de los pacientes, reconstruyendo los lazos familiares que se encontraban dañados o nulas y sus lugares de procedencia. Esta nueva manera de trabajo hace que el papel de la Enfermería cambie drásticamente, relegando su papel de guardianes ⁽³⁾ y asumiendo un papel mucho más relevante y protagonista en este proceso de cambio: *“[...]El enfermero empezó a convencerse que su trabajo podría ser diferente y a convertirse en un agente*

de transformación [...]Lo más importante en la formación de los enfermeros fue que el nuevo tipo de realidad les ha llevado a no depender del médico, a ser operadores que podían tomar decisiones por su cuenta” (15).

Siguiendo sus ideales, el revolucionario equipo de Basaglia logró no privar a los pacientes de sus derechos, aumentando su libertad tanto dentro y fuera del hospital psiquiátrico y haciéndoles partícipes de su tratamiento, realizando un cambio en la organización interna del manicomio. Este cambio interno se reflejó a su vez en un cambio externo, es decir, el manicomio, que antes era visto como lugar de exclusión y abandono, se abre a la sociedad para fomentar esas relaciones y lazos familiares deteriorados por el tiempo. Es aquí donde se inicia y se da importancia al trabajo fuera del manicomio, siendo el primer cambio significativo en la práctica terapéutica en la Salud Mental (18). La Enfermería y las familias eran los eslabones más importantes para efectuar ese trabajo requerido fuera del hospital psiquiátrico. Es por ello por lo que desde Trieste se realiza una atención y formación continuada de las enfermeras hacia las familias, fomentando la motivación del cuidado. Se realizan cursos informativos en el Departamento de Salud Mental; encuentros de familias con el fin de compartir su capacidad para la adaptación, de autoayuda y hacer frente a situaciones nuevas y críticas; organizar conferencias para combatir el estigma del enfermo mental entre otros temas de interés; y estimular la creación y apoyo de asociaciones para dar visibilidad a los problemas relacionados con la enfermedad mental (19).

Fue así como en 1978 se aprobó en Italia la Ley 180 donde, en líneas generales, clausuraba los hospitales psiquiátricos prohibiendo su permanencia en el país. Esta ley mencionaba ciertos ámbitos para la prohibición y cierre de manicomios, como el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos, prohibiendo nuevos ingresos y la construcción de nuevos hospitales; la apertura de Centros de Salud Mental (C.S.M.) Comunitarios, siendo éstos la estructura principal de la nueva red asistencial para prevención, cura y rehabilitación de pacientes psiquiátricos; abrir pequeñas secciones de psiquiatría en los hospitales generales, siendo 15 camas como máximo para evitar la atmósfera manicomial, si los pacientes no tienen oportunidad de ingresar en los C.S.M.; los tratamientos pautados a los pacientes deben ser

voluntarios; salvando las excepciones de los tratamientos obligatorios: los Tratamientos Sanitarios Obligatorios (T.S.O.) que precisan de garantías específicas como las firmas de dos médicos; y por tiempo breve (7 días renovables) y transferir gradualmente los recursos (trabajadores, dinero...) del hospital a los Servicios Comunitarios ⁽¹⁶⁾.

5.4. DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Todo el proceso de eliminación de los manicomios y la implementación de una red de salud comunitaria fue un trabajo constante y largo, siendo la disponibilidad de los servicios ambulatorios en la comunidad en 1984, para un 80% de la población ⁽²⁰⁾.

Para comenzar e iniciar el proyecto de la implementación de una Salud Mental Comunitaria el trabajo se centró en la reconstrucción de las historias personales de los pacientes, con especial trato en las relaciones familiares y sus orígenes. A su vez se crean asociaciones de los pacientes, siendo una de las más importantes la Cooperativa de los Obreros Unidos en 1972, para defender los derechos de los pacientes internados anteriormente en los manicomios en ante los trabajos de explotación que se les asignaban, reconociéndoles el derecho al trabajo digno ⁽¹⁸⁾.

Mientras el proyecto de eliminación de los manicomios se estaba efectuando, había que ofrecer una salida viable para todos los pacientes psiquiátricos que salieron de los hospitales psiquiátricos.

Entre los años 1973 y 1974, los pacientes fueron distribuidos conforme a sus lugares de origen a las diferentes áreas de la ciudad. Es así como se introdujo el trabajo fuera del hospital, el primer cambio significativo en la práctica terapéutica hacia los pacientes de Salud Mental ⁽¹⁸⁾.

Más tarde, entre los años 1975 y 1976, se fomentó un nuevo modelo asistencial con la apertura de Centros de Salud Mental Comunitarios como eje principal. Se crearon para apoyar a los pacientes egresados del manicomio y aquellos que padeciesen crisis ⁽¹⁶⁾.

Con la aprobación de la Ley 180 en 1978, se manifiesta el cierre de los manicomios que, junto con el Plan Objetivo de Salud Mental, se organizarían las rutinas respecto a los servicios de Salud Mental ⁽¹⁶⁾.

El plan actual nacional de Plan Objetivo de Salud Mental (P.O.S.M.) en Italia ofrece indicaciones sobre la organización y estructura de la Salud Mental Comunitaria, comenzando con una red única de servicios de Salud Mental.

La red de servicios públicos de Salud Mental se encuentra dirigida por el Departamento de Salud Mental (D.S.M.) y dividida en unidades operativas, Centros de Salud Mental (C.S.M.), habiendo 1 C.S.M. por cada 15.000 habitantes como mínimo ⁽¹⁶⁾.

El Departamento de Salud Mental es una institución para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y actuaciones de protección en el campo de la Salud Mental. Tiene como objetivos proteger a todas las personas con problemas de salud mental en contra de la discriminación, estigmatización y exclusión; y a favor de sus derechos, además de asegurar que todos los servicios de Salud Mental se articulen como una única organización y en coordinación con otros servicios, instituciones y la propia comunidad ⁽¹⁸⁾.

Con todo ello, se da comienzo a una nueva organización en todo el país de Italia con todas las estructuras necesarias para los diferentes niveles de demanda, como son los Servicios hospitalarios para pacientes agudos, los C.S.M. como eje principal de programas y acciones terapéutico-rehabilitadoras, los Centros de día para pacientes postcrisis, los hogares protegidos para discapacitados y los convenios con cooperativas sociales de trabajo para rehabilitación laboral.

Se definen los estándares de servicios para cada 10.000 habitantes y respecto a los profesionales sanitarios. Para cada 10.000 habitantes se ofrecen 1 cama para pacientes agudos, 1 cama de día para pacientes subagudos y una cama en hogares protegidos. Respecto a los profesionales sanitarios, 1 profesional para cada 1.500 habitantes, siendo este parámetro variable ⁽¹⁶⁾.

También se definieron funciones asistenciales que se pueden ofrecer a los pacientes tales como la continuidad terapéutica con actitud activa hacia los

pacientes, es decir, con la participación de los propios pacientes; el plan terapéutico individual de cada uno de los pacientes e integración entre Servicios de Salud Mental y Servicios Sanitarios Regionales y Sociales Municipales ⁽¹⁶⁾.

Trieste fue un ejemplo de proyectos transformadores en el ámbito de la Salud Mental tras la revolución de Franco Basaglia. En Trieste se ofrecen los Servicios que se especifican en el Plan Objetivo de Salud Mental nacional con alguna característica añadida.

Trieste está habitada por una media de 240.000 habitantes. En toda el área de la provincia de Trieste existe un Departamento de Salud Mental dividido en 4 Centros de Salud Mental, donde se encuentran 6-8 camas para pacientes agudos en cada Centro de Salud Mental para posibles hospitalizaciones ⁽¹⁶⁾.

En cada Centro de Salud Mental se realizan las intervenciones de prevención y terapéuticas, a través de talleres de expresión, grupos de jóvenes y de autoayuda; actividades de apoyo a las personas y sus familias más desfavorecidas a través de ayudas económicas o derivando a los pacientes a instituciones que puedan cubrir sus necesidades; actividades de rehabilitación y asistencia en el hogar, en los grupos-apartamento y en residencias protegidas; actividades de consulta para otros servicios de salud y en cárceles donde se encuentren internados usuarios de los Centros de Salud Mental, con el objetivo de realizar diagnósticos, terapias específicas y encargarse de su seguimiento; ofrecer un servicio de respuesta a las llamadas telefónicas con motivo de urgencia y/o promoción de la salud; servicio de hospitalidad nocturna para proteger frente a riesgos específicos tras episodios de crisis; servicio de hospitalidad diurna para ofrecer protección en episodios de crisis, controlar y revisar la terapia farmacológica, actividades de apoyo psicológico y organización de actividades de reinserción comunitaria y laboral; servicios de visita ambulatoria, para el seguimiento del paciente, y domiciliaria, para conocer las condiciones de vida de las personas y sus familias, la mediación en los conflictos de vecindad y la administración de medicamentos; actividades de trabajo terapéutico individual, para conocer los problemas de las personas

buscando una solución viable, y trabajo terapéutico familiar/comunitario, para implicar a la familia en las actividades terapéuticas; y actividades comunitarias entre voluntarios, familiares y amigos para hacerles partícipes en una actividad social importante en el proceso terapéutico y de reinserción social ⁽¹⁸⁾.

A su vez existe un Servicio hospitalario que se encuentra en el Hospital General de Trieste. Este servicio es el Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento. Es un servicio con 8 camas con una operatividad de 24 horas ⁽¹⁸⁾.

Este servicio realiza consultas para episodios de emergencia que ocurran en el Servicio de Urgencias y cualquier otra unidad del hospital. Su objetivo es reducir la duración de hospitalización y evitar la hospitalización del paciente ⁽¹⁸⁾.

Por último, existe el Servicio para estructuras residenciales. Ofrece un servicio para la rehabilitación, formación e inserción de las personas en el trabajo. Este mismo Servicio creó el Centro Politécnico, que se encarga de la gestión de talleres y actividades orientados en la formación artesanal, cultural y artística ⁽¹⁸⁾.

5.5. TRIESTE: MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

La aparición de la reforma psiquiátrica en Trieste incitó un movimiento europeo en contra de los manicomios, haciendo de éste un modelo de referencia para la implantación de una Salud Mental Comunitaria.

Pero en contrapartida a la tendencia de una Salud Mental Comunitaria, durante el siglo XX aparecieron distintas maneras de abordar la Salud Mental. Cada teoría o corriente pretendía explicar el origen o la etiopatogenia de las enfermedades y trastornos mentales ⁽²¹⁾.

Así, aparecieron diferentes corrientes en el ámbito de la psiquiatría con defensores y detractores de éstas ⁽²²⁾. Dentro de ellas, actualmente, predomina las corrientes biologicistas, corrientes psicoanalíticas y las corrientes comunitarias ⁽¹⁹⁾.

La corriente biologicista o biológica defiende que el origen del trastorno o enfermedad mental se encuentra motivada por una lesión biológica a nivel de

neurotransmisión y neurodesarrollo, entre muchos otros, provocando un conjunto de síntomas que pueden ser resueltos con un tratamiento farmacológico ⁽²³⁾. Fue así como se introdujeron los neurolépticos como tratamiento en el ámbito psiquiátrico. El primer fármaco que introdujeron fue la clorpromazina. En 1952 la clorpromazina fue administrada por primera vez, asociada a un opiáceo (petidina), un barbitúrico (pentotal) y, ocasionalmente, electroconvulsivoterapia, a un paciente psiquiátrico maniaco muy agitado de 24 años ⁽²⁴⁾. Tras su administración, rápidamente comenzó a calmarse, prolongándose esta situación durante varias horas. Semanas después, el paciente estaba lo suficientemente calmado como para mantener unas actividades normales, aunque mantenía ciertas actitudes hipomaniacas ⁽²⁴⁾.

Santiago Ramón y Cajal, médico español, con la postulación de la teoría neuronal ⁽²³⁾ reforzó la tendencia de la psiquiatría biológica. No es hasta la década de 1950 cuando la psiquiatría biológica naciera con unos pilares científicos relevantes, con ayuda de los descubrimientos sobre la presencia de neurotransmisores en el sistema nervioso central y refutación morfológica de las sinapsis ⁽²⁵⁾.

La corriente psicoanalítica es tanto una teoría sobre el funcionamiento de la mente humana como una práctica terapéutica. Fue fundada por Sigmund Freud entre los años 1885 y 1939. La psiquiatría psicoanalítica abarca cuatro áreas principales, siendo éstas el funcionamiento de la mente, el método de tratamiento e investigación para problemas psíquicos y como herramienta para observar los fenómenos culturales y sociales ⁽²⁶⁾.

El tratamiento psicoanalítico se basa en una serie de encuentros con el psicoanalista, en los cuales, a través de charlas, se logra una mejor comprensión de uno mismo y se facilita la resolución de los conflictos, disminuyendo así el sufrimiento psicológico ⁽²⁷⁾.

Por último, se encuentra la psiquiatría comunitaria, que apoya y continúa con el modelo iniciado en Trieste. España es uno de los países europeos que adoptó ese modelo de Salud Mental Comunitaria.

La Ley General de Sanidad (L.G.S.) de 1986, en el artículo 20, proyectó las bases para la transformación de la asistencia psiquiátrica planteando un

modelo comunitario y desinstitucionalizador y su total integración en la sanidad general ⁽²⁸⁾.

Con esta norma España empezó el proceso de cambio en la asistencia psiquiátrica que otros países democráticos desarrollados ya habían iniciado tras la Segunda Guerra Mundial, como Reino Unido, Estados Unidos, Canadá... ⁽²⁸⁾ ⁽²⁹⁾. Éstos adquirieron el modelo similar al iniciado en Trieste, con sus limitaciones y fortalezas, que aún en la actualidad causan debate ⁽³⁰⁾.

Los servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de salud mental, lo que supuso algo más que un cambio de nombre. Se integraron todos los servicios de Salud Mental en el Sistema Sanitario General como atención especializada, en conexión con la atención primaria y coordinada con los servicios sociales. La organización de la sanidad en áreas sanitarias supuso que se desarrollaran servicios de Salud Mental en cada área. Los equipos ambulatorios, más tarde denominados equipos de Atención Primaria, se hicieron cargo del paciente y se desarrollaron unidades de hospitalización parcial, atención ambulatoria, atención domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales a la larga estancia manicomial tales como miniresidencias, pisos supervisados y residencias de Salud Mental. A su vez, se crearon unidades en los hospitales generales y se procuró la disminución de camas y el progresivo cierre de los hospitales psiquiátricos ⁽²⁸⁾.

Por otra parte, la L.G.S. también realizó cambios en la legislación que afectaban a los enfermos mentales, se reguló en el marco de las leyes ordinarias, evitando una normativa legal específica que pudiera marginarles y discriminarles ⁽²⁸⁾.

6. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Con la elaboración de esta revisión bibliográfica he podido constatar que existe poca bibliografía referente a los cuidadores del enfermo mental en el sistema manicomial. Sin embargo, hay suficiente información sobre la reforma psiquiátrica que comenzó en Trieste que tras ser revisada permite concluir que tanto los enfermos como las enfermedades mentales fueron un gran estigma para la sociedad. Considero, que estudiar el pasado de los enfermos mentales y conocer las aberraciones cometidas ayuda a avanzar y concienciar a la población de la importancia que tiene una intervención comunitaria sobre los enfermos mentales, realizar una prevención y un correcto cuidado de las enfermedades mentales.

Hasta la aparición de Franco Basaglia, se abogó por el hacinamiento de los enfermos mentales junto con aquellos que eran encerrados por ideales políticos y/o por conveniencia familiar. Fue a finales del siglo XX, más concretamente en 1978, cuando se defendió una intervención comunitaria para los enfermos mentales. Ahora, en el siglo XXI, se fomenta más la atención en la comunidad de tal forma que el paciente se sienta realizado y sea partícipe de su proceso terapéutico.

Como implicaciones a la práctica clínica en funciones de enfermería, se debe conseguir mayor visibilidad y un mayor campo de acción en cuanto a la enfermería especialista de Salud Mental. Actualmente el trabajo no se limita exclusivamente en las unidades de hospitalización sino también en el medio donde se encuentra el paciente.

La implantación de la especialidad de Salud Mental asegura una formación en continuo desarrollo, que posibilita la mejor atención a los pacientes de Salud Mental. El trabajo en equipo facilita un abordaje interdisciplinar que proporciona una atención integral sociosanitaria.

La Salud Mental aún tiene un largo camino por recorrer y a ello están contribuyendo los avances en neurociencias, farmacología y, sobre todo, los cuidados donde las enfermeras tiene un papel relevante.

7. CONCLUSIONES

Tras haber realizado un análisis de los resultados siguiendo los objetivos señalados, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

❖ A principios del siglo XX las funciones de la enfermera manicomial consistían en encargarse de que las necesidades de alimentación, sueño, higiene y vestido estuvieran cubiertas. El equipo de enfermería era el personal encargado de su vigilancia, pero lo más destacable es que se consideraba un agente terapéutico capaz de evitar las sujeciones. Sin embargo, la escasez de personal enfermero y la falta de enseñanza específica para enfermeras manicomiales generaba sujeciones innecesarias. Ahora, en el siglo XXI, el equipo de enfermería se enfoca en realizar actividades docentes dirigidos a los pacientes psiquiátricos y a las familias de éstos; y actividades asistenciales tanto dentro de la red sanitaria como en el medio del paciente.

❖ La asistencia psiquiátrica en Italia se basaba en la legislación de internamientos de 14 de febrero de 1904 nº 36 y en el reglamento de aplicación de 16 de agosto de 1909, suponiendo que muchos enfermos mentales sufrieran una privación de su libertad. El resultado fue que el enfermo mental quedaba discriminado en la asistencia y continuó en manicomios abarrotados. La reforma de la asistencia psiquiátrica se empezó a forjar a partir de los años 70, impulsado por Franco Basaglia. En 1978 se presentó la Ley 180 para la reforma psiquiátrica, consiguiendo evitar nuevos ingresos nuevos y el cierre gradual y definitivo de los manicomios. Se puede concluir que el enfermo mental ha estado marginado del sistema sanitario hasta 1978, con el inicio de una intervención comunitaria sobre la salud mental.

❖ Trieste consiguió realizar un cambio innovador, transformado su antiguo modelo manicomial por un modelo basado en la intervención comunitaria, realizando un abordaje de la enfermedad mental fundamentado en actividades preventivas, terapéuticas y, sobre todo, en los cuidados de Enfermería; y proporcionando unidades de hospitalización parcial, atención ambulatoria, atención domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales a la

larga estancia manicomial, fomentando el cierre progresivo de hospitales psiquiátricos.

Además, ha logrado ser un modelo de Salud Mental Comunitario para otros países dentro de la Unión Europea. Un ejemplo de ello ha sido España. España adquirió el modelo comunitario de Trieste con la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, en el artículo 20, proyectando las bases para la transformación de la asistencia psiquiátrica planteando un modelo comunitario y desinstitucionalizador.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Basaglia F. ¿Qué es la psiquiatría? Ed. esp. Barcelona: Guadarrama; 1977. p. 7-26.
2. Desviat M. Salud Pública y Psiquiatría. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2001 [citado 15 de marzo de 2019];21(77):125-133. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000100009&lng=es.
3. Giovanelli C. Historia de los cuidados psiquiátricos en Italia. eglobal [Internet]. 1 [citado 18 de marzo de 2019];3(1). Recuperado a partir de: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/585>
4. Pirella A. La psiquiatría institucional, entre transformación y racionalización: el caso italiano. Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 1987 [citado 20 de marzo de 2019];7(20):5-9. Recuperado a partir de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14914>
5. Foot J. Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. Critical and Radical Social Work [Internet]. 2014 [citado 21 de marzo de 2019];2(2):235-243. Recuperado a partir de: <https://www.ingentaconnect.com/content/tpp/crsw/2014/00000002/00000002/art00008>
6. Burti L, Benson P. Psychiatric reform in Italy: Developments since 1978. International Journal of Law and Psychiatry [Internet]. 1996 [citado 26 de marzo de 2019];19(3-4):373-390. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252796800082>
7. Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Dirección General de Planificación Sociosanitaria; [Internet]. 2007 [citado 28 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Plan_salud_mental_Castilla_Leon.pdf

8. Hopkin G, Messina E, Thornicroft G, Ruggeri M. Reform of Italian forensic mental health care. Challenges and opportunities following Law 81/2014. *International Journal of Prisoner Health* [Internet]. 2018 [citado 1 de abril de 2019];14(1):1-3. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29480770>
9. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2013 [citado 4 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
10. Huizing E, Molino JL, López JA, Pérez AM. Perfil de las enfermeras de los servicios de salud mental de España. *Rev. Presencia* [Internet]. 2015 [citado 8 de abril de 2019];11(21). Recuperado a partir de: <http://cuiden.publicaciones.saludcastillayleon.es:80/presencia/n21/p10180.php>
11. Bobes J, Bousoño M, Gonzalez MP, López JL, Sáiz P.A. *Enfermería psiquiátrica*. Madrid: Síntesis; 2001.
12. Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco* [Internet]. 2009 [citado 15 de abril de 2019];(45):164-165. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v16n45/v16n45a8.pdf>
13. Piñeiro M A, Siles J, Cibanal J, Manuel L. Salud Mental en sociedades ancestrales: Una aproximación mediante la obra de Malinowski, Mead y Bateson. *Rev. Presencia*. [Internet]. 2015 [citado 18 de abril de 2019]; 11(22). Recuperado a partir de: <http://cuiden.publicaciones.saludcastillayleon.es:80/presencia/n22/p10412.ph>
14. Stucchi-Portocarrero S. Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Rev. Neuropsiq.* [Internet]. 2013 [citado 18 de abril de 2019]; 76 (4). Recuperado a partir de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1170/1202>
15. Basaglia F. *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio*. 1ª ed. Buenos Aires: Topia; 2008.

16. Evaristo Pasquale. La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2011 [citado 19 de abril de 2019]; 31(2):345-351. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000200011&lng=es.
17. Psiquiatria.com [Internet]. Psiquiatria.com. 2019 [citado 20 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: <https://psiquiatria.com/glosario/neurosis-institucional>
18. Dell'Acqua P. Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio. [Internet]. 2012 [citado 20 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>
19. Pasquale E. DSM Trieste: Psiquiatria y salud mental [Internet]. Triestesalutementale.it. 2000 [citado 22 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/06-intervencion_fam.htm#00
20. Burti L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. Acta Psychiatrica Scandinavica [Internet]. 2001 [citado 23 de abril de 2019];104(410):41-46. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11863050>
21. Jiménez J. La terapia psicoanalítica en psiquiatría. Revista internacional de psicoanálisis [Internet]. 2017 [citado 27 de abril de 2019];55. Recuperado a partir de: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000981&a=La-terapia-psicoanalitica-en-psiquiatria>
22. Cervera Enguix S. Tendencias doctrinales en la psiquiatría actual. Ius canonicum [Internet]. 1983 [citado 29 de abril de 2019];23(45):133-148. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10171/16894>
23. García-Valdecasas Campelo J, Vispe Astola A, G. García-Valdecasas Campelo V, Hernández González M. ¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría?. Norte de salud mental. 2016;14(55):20-30.

24. López-Muñoz F, Alamo C, Cuenca E. Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. *Frenia Revista de historia de la Psiquiatría* [Internet]. 2002 [citado 1 de mayo de 2019];2(1):80-92. Recuperado a partir de: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16372/16218>
25. López Muñoz F, Rubio G, Molina J, García García P, Álamo C, Santo Domingo J. *Archivos de Psiquiatría*. 2008;1(71):50-65.
26. Schmidt-Hellerau C, Szönyi G, Hartke R. About Psychoanalysis [Internet]. International Psychoanalytical Association. [citado 5 de mayo de 2019]. Recuperado a partir de: https://www.ipa.world/IPA/en/Psychoanalytic_Treatment/About__Psychoanalysis.aspx
27. ¿Qué es el psicoanálisis? [Internet]. Sociedad Española de Psicoanálisis. [citado 5 de mayo de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.sep-psicoanalisi.org/psicoanalisis>
28. Desviat, M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet] 2011 [citado 7 de mayo de 2019]; 85:427-436. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n5/02_colaboracion1.pdf
29. Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados»). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* [Internet]. 2019 [citado 9 de mayo de 2019];7(21):165-186. Recuperado a partir de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14927>
30. Altamura A, Goodwin G. How Law 180 in Italy has reshaped psychiatry after 30 years: past attitudes, current trends and unmet needs. *British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2010 [citado 15 de mayo de 2019];197(4):261-262. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20884946>