

V. AREA DE PSICOLOGIA
SOCIAL

¿Es posible el cambio en la asistencia psiquiátrica?

(A propósito de la "Ley 180" italiana)

POR

ERNESTO COY FERRER
BARTOLOME RUIZ PERIAGO

SUMMARY

The Institutionalized Psychiatry is established upon three basic pillars: Organization, Technics and Legislation. The last one is analyzed referring to the Italian in force rule. After looking into the most important legal precedents in which Alienation, Dangerousness and Cure are related to confinement in psychiatric institutions and Public quiet, are emphasized some of the features that characterize the so-called "180 Law" and its practical consequences: the psychiatric contents are included in the frame of the General Public Health Services; the psychiatric patient is legally put back to his condition of being a *citizen*; the new organization of the Public Health has had the

consequence of closing most of the Psychiatric Hospitals and a substantial reduction in the "psychiatrized" population.

Podemos decir que la psiquiatría institucional, en el más amplio sentido de la expresión, se asienta sobre tres pilares fundamentales que se concretan en: organización, técnica y legislación.

Estos tres componentes se han articulado históricamente y hoy se complementan de tal forma —no sólo en España, sino en cualquier país del mundo industrializado—, que la alteración de uno cualquiera de ellos lleva consigo la alteración —desestabilización o transformación— de todo el edificio psiquiátrico.

Hablar de Salud Mental, hablar de modelos de salud, implica inexcusablemente la inclusión en dicho análisis de la patología en general; no ya como mero capricho metodológico, como única realidad no mixtificada, sino como corporización de dos estados temporal-inclusivos falsamente definidos: uno como constante ideal desde donde son construidos y analizados los contenidos del mismo, y el otro como variable anormal, definida en virtud de un "a priori" establecido con referencia al primero.

Hablar de salud mental implica hablar de institución psiquiátrica, no sólo por el contingente real de personas que son tratadas por su patología en dichos establecimientos (en España, más de 40.000 reclusos en 1973, según estadísticas oficiales), sino por dos razones que a nuestro parecer son extremadamente importantes. En primer lugar, porque plantear el tema de la salud —no sólo mental, sino en general—, nos lleva directamente a la cuestión de la prevención, que necesariamente conduce a la necesidad de planificar con base en los recursos e instrumentos de que disponemos para abordar una determinada situación o realidad de cuya complejidad presumimos que se deriva su patología. Por tanto, hablar de salud mental, teniendo en cuenta la necesidad de centrarse esencial y básicamente en los aspectos profilácticos, significa incluir en dicho análisis la forma y los contenidos del manicomio, dentro de los marcos en que dicha institución puede ser un elemento importante en la génesis de unos específicos presupuestos de abordaje de la situación patológica.

En segundo lugar, porque el manicomio es componente básico de lo que llamamos salud mental en dos órdenes de discurso: por una parte, en cuanto clave institucional actúa esencialmente en la definición y caracterización de la Salud/Patología Mentales; por otra, en tanto que, en su interior, internamiento y represión en su bipolaridad conforman los parámetros generales y particulares en donde se instalan rol y profesionalidad definidos a partir de una organización tal de poder institucional, que hacen del técnico elemento clave en cuanto agente y soporte de la lógica de custodia y control generada en y a partir de una determinada conceptualización del conflicto mental y de la organización social en la que se analiza dicho conflicto. Porque, en definitiva, y parafraseando a Antonio y Nicolás Caparrós (1976), podemos decir que toda Psicología-Psicopatología-Psiquiatría “tiene su *fundamentación* última en una determinada concepción del hombre y de la sociedad. En la mayor parte de los casos, esta concepción *no se explicita*” (p. 23).

Por todo lo anteriormente dicho, parece necesario, y a nuestro entender incluso imprescindible, que en cualquier intento que se efectúe de analizar los contenidos e intervenciones en el campo de la salud mental, se tomen en cuenta todos los aspectos relativos al mismo analizando cada uno de ellos en razón al peso específico con que intervenga en la conformación de dicho campo.

De los tres aspectos que señalábamos al principio como elementos básicos de la práctica psiquiátrica, vamos a referirnos aquí a uno de ellos, el legislativo, y concretamente a la vigente legislación italiana. Nos parece que la ley de 1978 sobre intervención psiquiátrica (la llamada ley 180) fundamenta básicamente los contenidos de lo que se puede y se debe entender como organización, práctica e intervención, proporcionando los elementos esenciales de estudio y decodificación de lo “patológico” en el terreno de la Higiene Mental.

La práctica italiana sobre manicomios y asistencia psiquiátrica en los mismos, ha sido regulada durante largo tiempo por la ley n.º 36 de 1904, que recoge las *Disposiciones y reglamentaciones sobre manicomios y alienados*. Esta será complementada cinco años más tarde

por el Real Decreto de 16 de agosto de 1909 (n.º 615), que llevaría el mismo título que la referida ley.

Los contenidos fundamentales de dicha normativa se pueden situar en tres niveles:

- a) Situación jurídica del internado en manicomio.
- b) Espacio de reclusión manicomial, estructura, organización y funciones.
- c) Procesos de internamiento y alta de los pacientes.

Los términos centrales a los que hace referencia el primer punto son los de alienación, peligrosidad y cura: “deben ser custodiadas y curadas en manicomio las personas afectadas por cualquiera de los motivos de alienación mental, cuando sean peligrosos a sí mismos y a los demás o amenacen de escándalo público” (art. 1 de la ley n.º 36).

En el artículo 1 del aludido Real Decreto de 16 de agosto de 1915 se establece que “todas las instituciones que bajo cualquier denominación de internamiento, alberguen alienados de cualquier tipo... son denominados manicomios...”. Alienación y peligrosidad en su hipotética dualidad conforman los presupuestos bajo los cuales la reclusión en manicomio aparece como necesaria y esencial para la cura.

La organización y distribución de los espacios manicomiales van a estar en función de tales presupuestos. Organización y distribución que como objetivo tendrán la cura y el bienestar de los internados. Así, pues, ya desde el primer contacto con el manicomio todo vendrá establecido eficientemente: habrá “una o dos habitaciones para los agitados y peligrosos”, “una habitación para los ingresados en estado de observación”, “secciones de trabajo manual”, “salas provistas con todo lo necesario para el estudio, diagnóstico y cura de los enfermos”, etc. ... “distribuidos de tal forma que asegure la separación de ambos sexos y las diferentes categorías de los enfermos” (artículos 2, 3, 4, 6 del R. D. n.º 615). Todo ello bajo un régimen que asegure el orden manicomial siempre bajo la tutela del personal sanitario “dotado de buena constitución física, reconocida médicamente y buena conducta moral”, “en beneficio de los enfermos y de la sociedad” (art. 2).

El tercero de los puntos pone de manifiesto la relación existente

entre el internamiento en manicomio y el papel del orden público, que se concreta en el protagonismo de las autoridades gubernativas y de seguridad pública en todo aquel proceso: "La admisión de los internados en manicomio debe ser solicitada por parientes, tutores o protutores o por cualquiera otra persona... la petición de internamiento debe ser presentada al Juez de primera instancia o a la autoridad local de seguridad pública ... la orden de internamiento es admitida por el Juez de paz y comunicada ... a la autoridad de seguridad pública que envía al Director del manicomio la orden de internamiento.

Después de un período máximo, no superior a 15 días, el Tribunal ... emite un juicio y decreta —en su caso— el internamiento definitivo en manicomio ... de quien se ha declarado afectado de alienación mental". (Arts. 37, 46, 49, 50, 51, R. D. 615).

Es a partir del año 1968, con la aprobación de la Ley 431, cuando se introducen algunas modificaciones en la normativa anterior; pero ésta seguirá vigente hasta la aparición de la ya citada Ley 180, en mayo de 1978, sobre comprobaciones y tratamientos sanitarios voluntarios y obligatorios. Queda entonces derogada la normativa legal que veníamos examinando y, por lo tanto, invalidados jurídica y políticamente sus contenidos.

Las dos modificaciones más importantes que introduce la Ley 431 (de 1968) son, por una parte, la posibilidad de internamientos voluntarios y la transformación de los internamientos realizados de manera forzosa en voluntarios, posibilidad que no se contemplaba en la legislación de 1904. Por otro lado, y en el nivel de organización del espacio manicomial, se introduce la viabilidad de división de tal espacio en cinco secciones con un número no superior a 125 camas y a tenor de los criterios que cada hospital crea oportunos (art. 1, Ley 431).

Como se puede apreciar, la aparición de aspectos reformadores en la normativa psiquiátrica italiana es un hecho muy reciente (al igual que las reformas introducidas en Hungría, Bulgaria, Polonia, Portugal, etc.) y sus contenidos son equiparables a grandes rasgos con los del Decreto promulgado en España en julio de 1931.

La verdadera reforma legal de la asistencia psiquiátrica en Italia

se produce el 13 de mayo de 1978 con la aparición de la Ley 180 sobre ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI E OBBLIGATORI, que al final de ese mismo año será incluida íntegramente en los artículos 33, 34 y 35 de la Ley 833 de 23 de diciembre y que pasará a constituir la nueva normativa del Servicio Sanitario Nacional.

Las transformaciones esenciales que se establecen a nivel de orientación con la entrada en vigor de la nueva ley, se pueden resumir, *grosso modo*, en dos. La primera está referida a la inclusión de los contenidos psiquiátricos, organización y gestión de la salud, dentro del marco general del servicio sanitario, que se plasmará en la creación y puesta en funcionamiento de organismos denominados Unidades Sanitarias Locales, encargadas de articular conjuntamente todos los aspectos relativos a la salud, incluyendo el sector específico de la salud mental.

La segunda modificación atañe a la posición jurídico-legal del paciente psiquiátrico, con la desaparición formal de los términos custodia y peligrosidad del enfermo mental, ejes centrales de la antigua legislación, y, por tanto, la recuperación en todos los órdenes del estado civil y penal de "ciudadano". Así, son derogados los artículos del Código Civil relativos al "Internamiento definitivo en manicomio". Son igualmente derogados los artículos 714, 715, 716 y 717 del Código Penal, relativos a los incumplimientos concernientes a la custodia de los alienados de mente o de personas detenidas.

De igual modo, son suprimidas del Código Penal algunas frases como "de alienados de mente", "de enfermos de mente" y "a un establecimiento de cura". También son modificadas las disposiciones relativas al electorado activo, que incapacitaban a "personas afectadas de enfermedad de mente" para ejercer el derecho constitucional al voto activo. Lo mismo cabe decir por lo que respecta a contenidos legales similares concretados en formulaciones como "no son electores los internados o inhabilitados por enfermedad de mente", o "el derecho de voto es suspendido para aquellas personas internadas en instituciones psiquiátricas".

A nivel organizativo y asistencial, los aspectos que se pueden

señalar como bases del servicio psiquiátrico se agrupan en los siguientes apartados:

- a) Aspectos organizativos del Servicio.
- b) Tratamiento sanitario obligatorio.
- c) Construcción y utilización de espacios manicomiales.

El Servicio Psiquiátrico se articula en función de dos espacios interconectados: el Servicio de Diagnóstico y Cura (SDC) y los Servicios territoriales, denominados Centros de Higiene Mental (CHM), de tal forma que, como se establece en el artículo primero de la Ley, "Los tratamientos sanitarios ... serán realizados en centros sanitarios públicos territoriales (CHM), o bien en caso de necesidad en las estructuras hospitalarias públicas (SDC)". "Las intervenciones de prevención, cura y rehabilitación relativas a las enfermedades mentales serán realizadas normalmente en centros psiquiátricos extrahospitalarios" (art. 6) y "los servicios hospitalarios (SDC) ... no deberán estar dotados de un número superior a quince camas con el fin de garantizar la continuidad de la intervención sanitaria relacionada con la tutela de la Salud Mental y estarán orgánica y funcionalmente coordinados en forma departamental con el resto de los servicios psiquiátricos existentes en el territorio (CHM)". (Art. 6).

Tanto los CHM como los SDC están asistidos por personal común que completa un servicio de 24 horas al día en los SDC, y de 6 a 24 horas al día en los centros de higiene mental, tal y como queda previsto en la Ley: "Los servicios psiquiátricos de diagnóstico y cura en hospitales generales se cubrirán con personal de los hospitales psiquiátricos y de los servicios y centros psiquiátricos públicos extrahospitalarios" (art. 7).

En esta Ley se contempla la posibilidad de tratamientos sanitarios realizados en contra de la voluntad de la persona a la que va dirigido el mismo. Este tipo de tratamientos reciben el nombre de Tratamientos Sanitarios Obligatorios y serán realizados, dice la Ley, "siempre que existan condiciones psiquiátricas que requieran urgente intervención terapéutica, siempre que los mismos no vengan aceptados por el paciente y no existan las condiciones necesarias y las circunstancias que permitan adoptar medidas sanitarias extrahospitalarias temporales y adecuadas" (art. 2).

A tenor de la normativa legal que venimos analizando, los aludidos tratamientos sanitarios obligatorios (TSO), habrán de ser realizados con respeto de la dignidad de la persona y de los derechos civiles y políticos garantizados en la Constitución, comprendido, en la medida de lo posible, el derecho a la elección de médico y de lugar de cura.

Es el Alcalde del Municipio en el que se haya de llevar a cabo el tratamiento quien deberá disponer lo necesario para el mismo en su calidad de Autoridad sanitaria local, aunque siempre basándose en la propuesta de un médico, según se dispone en el artículo primero.

La Ley establece las adecuadas garantías ante la posibilidad de que la orden por la que se disponga el tratamiento no se ajuste a los criterios que los propios interesados u otras personas consideren adecuados al caso. En tal sentido, el art. 1 señala que el sometido a tratamiento obligatorio tendrá derecho a comunicarse con quien considere oportuno, de la misma forma que cualquier persona puede dirigirse al Alcalde “con la petición de revocación del tratamiento, a la que el Alcalde deberá responder en el plazo máximo de diez días (art. 1). En caso de que la petición de revocación del tratamiento sea rechazada por el Alcalde, cualquier persona podrá presentar el caso al Tribunal de Justicia, ante el que ambas partes podrán presentarse sin necesidad de defensor” (art. 5).

Los tratamientos serán de una duración máxima de siete días y en caso de que las circunstancias lo hagan necesario “el sanitario responsable del servicio psiquiátrico ... deberá ... formular una propuesta al Alcalde que ha dispuesto el internamiento, el que dará comunicación al Juez tutelar indicando la posterior duración del tratamiento” (art. 3).

Con referencia al tercero de los aspectos, es decir, acerca de la construcción y utilización de hospitales psiquiátricos, la Ley 180 es bien explícita y taxativa al establecer que “en cualquier caso está prohibida la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, utilizar los actualmente existentes como divisiones especializadas psiquiátricas de hospitales generales, instalar en los hospitales generales divisiones o secciones psiquiátricas y utilizar como tales divisiones o secciones neurológicas o neuropsiquiátricas” (art. 7).

En los hospitales psiquiátricos actualmente existentes sólo podrán

ser internados en forma de TSO (Tratamiento Sanitario Obligatorio) aquellos que personalmente lo soliciten y que hayan estado internados anteriormente a la entrada en vigor de la Ley 180.

Toda esta normativa pasó a ser aplicada una vez que entró en vigor, afectando incluso a las personas que en ese momento se encontraran en cualquiera de los hospitales psiquiátricos del territorio italiano. Hasta el punto de que los médicos, en el plazo de noventa días, hubieron de comunicar a los Alcaldes respectivos cuáles eran las personas a las que no se les podía dar de alta, a fin de que fueran incluidas a todos los efectos bajo la intervención del TSO (Tratamiento Sanitario Obligatorio).

El resultado de esta reforma legislativa ha supuesto un cambio en Italia que se concreta en el cierre de la gran mayoría de los hospitales psiquiátricos que estaban en funcionamiento antes de la promulgación de la Ley 180, la reducción en sus dos terceras partes de los tratamientos voluntarios (de 32.551 a 13.375 en el primer año desde la entrada en vigor de la Ley, según datos del Centro Nazionale di Ricerca) y, lo que quizá sea más importante, una paulatina transformación del estereotipo social frente al conflicto psiquiátrico y, en general, en relación con las personas que por cualquier motivo han entrado en contacto con el circuito psiquiátrico.

Aunque las leyes no suelen transformar la realidad, sino que surgen de la necesidad de regular cambios ya ocurridos o tentativas en esa dirección, es indiscutible que la promulgación de disposiciones inspiradas en concepciones sociales y políticas progresistas puede coadyuvar a un tratamiento más "actual", más libre y más justo de la "locura", de los "locos" y de todo cuanto con ellos se relaciona.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BASAGLIA, F.; GIANNICCHEDDA, M. G.: *Vocazione terapeutica e lotta di classe: Per un'analisi critica del modello italiano*. Trieste: C. N. R., 1978.
- BASAGLIA, F.; GIANNICCHEDDA, M. G.: *Legge e Psichiatria: Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*. Trieste: C. N. R., 1979.
- CAPARROS, A. y CAPARROS, N.: *Psicología de la liberación*. Madrid: Fundamentos, 1976.
- COOPERATIVA LIBRARIA: *Il Circuito del Controllo*. Trieste: Cooperativa Libreria, 1977.
- DEBENARDI, A.: *Osservazione sul fenomeno dei suicidi e la legge 180*. Trieste: C. N. R., 1979.
- GONZALEZ DE CHAVEZ, M. (coord.): *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Mayoría, 1980.
- GERVALDO, C.: *La riforma psichiatrica*. Trieste: C. N. R., 1981.
- LEO; SALVINI: *Normalità e devianza*. Milano: Mazzotta, 1978.
- PESATO, M.: *La legge 180 e l'organizzazione dell'assistenza Psichiatrica nella Regione*. Trieste: C. N. R., 1978.
- ROTELLI, F.: *Psichiatria "dopo il manicomio a Trieste"*. Trieste: C. N. R., 1980.