



DOCENCIA Y FORMACIÓN

HISTORIA DE LOS CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS EN ITALIA

Giovanelli, Claudia.

Enfermera. Centro de Salud Mental Aprilia, Az. USL Latina.

Traductora: Alessia Arcangeli

**Voglio andare in un manicomio a vedere se la
profondità della follia mi spiegherà l'enigma della vita.**

Soren Kierkegaard

INTRODUCCIÓN

Promover el paso del enfermero psiquiátrico, encuadrado en un rol que yo definiría pasivo (en cuanto ejecutor de órdenes) a un rol activo (capaz de formular propuestas y toma de decisiones), ha significado revolucionar drásticamente un modo de ser y de organizarse. Las dificultades de este cambio no fueron sólo internas, en la investigación de una nueva manera de ser enfermeros, sino sobre todo en el panorama de la opinión pública y de las otras figuras profesionales con las que trabajamos y con las que hemos trabajado.

ÉPOCA PRE-BASAGLIA

Con referencia al *Real Decreto del 16 de agosto de 1909 nº 615* que renueva la Ley de 1904 (que nace como reglamento de los manicomios y es el primer "Texto Único" entre las varias legislaciones fragmentarias que concernían a la materia de los alienados) los enfermeros eran sobre todo vigilantes.

Los requisitos culturales para acceder eran sólo dos: 1) saber leer y escribir (para actualizar registros de vigilancia), 2) poseer la residencia cerca del manicomio (la norma ponía la obligación continua de la localización).

El *art. 34* responsabilizaba de un modo automático a los enfermeros respecto a la vigilancia

de los enfermos. Tratándose, sin embargo, de personas oficialmente etiquetadas como peligrosas para sí mismas o para los demás, en las plantas del manicomio no tenía que pasar ningún accidente, si no la incriminación del personal de turno sobrevenía casi de modo automático. De hecho el artículo afirmaba: "...*(los enfermeros) responden de los enfermos que les fueron confiados y de la custodia de los instrumentos para trabajar*". Este inmediato compromiso jurídico explica de manera sencilla la actitud rígida de vigilancia y custodia que dejaba poco espacio a la improvisación en el intento de soltar esas cadenas.

En el mismo artículo se dice que los enfermeros no pueden recurrir a medidas coercitivas si no es en casos excepcionales, con permiso escrito del médico.

El decreto distinguía los **enfermeros** tout court de los **vigilantes** (enfermeros con al menos tres años de servicio y nombrados por el director del manicomio) que tenían el deber de controlar y verificar el trabajo desarrollado por los enfermeros (en la práctica lo que hoy son los coordinadores).

El personal enfermero era contratado con un sencillo examen después de un curso de preparación que duraba unos meses. De hecho aprendían unos elementos básicos de psiquiatría y, sobre todo, un conjunto de nociones prácticas como: sedar una crisis, poner fajas de contención, hacer la "corbata", evitar que se produzcan facturas durante la terapia del electro-shock. Era un asunto obvio, que bloquear la peligrosidad del paciente fuera una tarea entre las primeras del enfermero, hasta el punto de que la altura era una de las cualidades requeridas. Con respecto a las mujeres, el requisito básico que el reglamento de contratación contemplaba, era el no estar casadas.

Solamente para los médicos llamados alienistas estaban asegurados puntuales procedimientos de garantía contra los despidos ilegítimos y el periodo de preaviso, para el enfermero no existía ninguna tutela, más bien la contratación de trabajo se volvía estable sólo después de dos años de trabajo a prueba y los elementos para una evaluación se limitaban a la comprobación del cuidado (en el control de los enfermos) y a la diligencia en la actividad laboral.

De estas normas se deduce la lógica en la que el manicomio estaba conferido, la mayor parte de éstas se abrogaron solo en 1980 (art. 3 L. 3.6. 1980 nº 243) y hasta entonces formalmente el enfermero tenía que poseer solo un requisito: saber leer y escribir.

Esto demuestra de modo inequívoco el total desinterés que el legislador, o mejor aún la comunidad, ha mostrado siempre respecto a la clase enfermera y no podemos darle la razón considerando que el médico fue siempre el único punto de referencia para el enfermo y la figura central en el proceso de cuidado.

Los cometidos principales a los que el enfermero venía llamado a actuar o colaborar eran en las siguientes terapias:

1. terapia con agua.
2. electroshock.
3. psicocirugía.
4. cardiazolterapia.

5. insulino-terapia.
6. contención.
7. farmacopea.
8. pireto-terapia (en algunos hospitales psiquiátricos como el "S. Maria della Pietà" en Roma).
9. ergo-terapia.

TENTATIVAS TERAPÉUTICAS EN LA HISTORIA

En 1889 Charles Edouard Brown-Sequard sugirió:

- Para la melancolía una inyección de semen.
- Para la histeria se extirpa el clítoris o como alternativa se cauteriza con piedra infernal.
- Se empieza a practicar la ovariectomía y la dilatación cruenta del cuello del útero.
- Aplicación de un cinturón dotado de un tornillo que comprime la región del ovario izquierdo.
- Se hacen falsas intervenciones con narcosis y suturas cutáneas.
- Se aplican sobre la columna vertebral puntas de fuego.
- A menudo se somete a la enferma al "gavage" o hiperalimentación láctea *"se aleja a la persona histérica de su ambiente doméstico, se aísla... se somete a un masaje general y faradización de los músculos por varias horas al día; se empieza la dieta láctea y cuando el estómago está listo por el ayuno se aplica de modo progresivo la hiperalimentación"*. El aislamiento es físico y psíquico, la mujer histérica ve solo a una enfermera durante el tiempo necesario para la administración de la leche, en silencio.
- Como orden del día se llevaba a cabo una terapia con baños: un baño templado, baño frío con inmersión, agua con temperatura siempre más fría sobre la cabeza, sábanas mojadas, chorros de agua repetidos en la cara, baño sorpresa, duchas calientes y frías alternadas, ducha ascendente rectal con diferentes profundidades, agua para beber en cantidad de treinta litros por día, etc.
- Sangrías con sanguijuelas en los órganos de los dedos reducían el aflujo de sangre a la cabeza.
- Fricciones irritantes sobre la piel y la cabeza para provocar enfermedades cutáneas febriles y acción terapéutica.
- Laxantes, purgativos o eméticos que recordaban métodos antiguos que tenían el fin de eliminar del cuerpo un contaminante tóxico como el demonio.

La tesis de que los trastornos pueden sanar con una exposición a un trauma, a un shock de naturaleza física o psíquica es del periodo de la antigüedad clásica. Hipócrates proponía duchas heladas para los enfermos de frenesí. Con Epiduro surgía, al lado del templo de Asclepio, el *tholos*, un pequeño templo donde las personas que sufrían trastornos psíquicos eran encerradas en la oscuridad y aterrorizadas con métodos diferentes.

Aulo Cornelio Celso aconsejaba golpes y emociones violentas, mientras en otras latitudes, se hacía mirar bestias feroces o a los verdugos. También, en Sumatra, los brujos curanderos exponían los enfermos al humo de leña o les sumergían por sorpresa en agua fría.

Erasmus Darwin, padre del célebre Charles, propuso y utilizó el método del vértigo rotatorio

que provocaba náuseas y vómito en los pacientes que seguían este tratamiento. La psiquiatría moderna empezó con Wagner von Jauregg, insigne médico vienés que puso a punto la "malarioterapia" (o piretoterapia), una inducción de fiebre terzana con la que trataba a los enfermos de parálisis progresiva, que era considerada una enfermedad mental (en realidad, una infección luética). Gracias a este descubrimiento le fue otorgado en 1927 el Premio Nobel de Medicina.

Sakel, en 1933, experimentó con los esquizofrénicos la insulino-terapia y von Meduna, en 1934, la terapia convulsionante con pentilentetrazolo (o cardiazolo), la "cardiazol-shock-terapia" o Cardiazolterapia que consistía en inyectar por vía intravenosa el cardiazol y provocar un episodio convulsivo normalmente dos veces por semana durante un total de 10 aplicaciones. Esta práctica resultó peligrosa para el paciente y fue sustituida al cabo de poco tiempo por la insulino-terapia, introducida por Sakel. Se trataba de una inyección de insulina de dosis progresivamente mayores hasta obtener un coma hipoglucémico con las consecuentes convulsiones. Una vez obtenida la crisis convulsiva, el paciente salía del estado de coma con administración intravenosa de glucosa.

El electroshock

La hipótesis sobre la que nació el uso de las convulsiones como terapia para la esquizofrenia fue la observación de una disminución de los síntomas esquizofrénicos después de un ataque epiléptico. En una forma rara de epilepsia, en el periodo entre las dos crisis, aparecen delirios y alucinaciones y los síntomas agresivos y destructivos de la esquizofrenia desaparecen o se reducen en la fase convulsiva. Se creía, en pocas palabras, que las crisis convulsivas iban a impedir, proteger y curar el delirio, las alucinaciones y las crisis de violencia y todas las manifestaciones típicas de la esquizofrenia. La hipótesis terapéutica de la cardiazolterapia, presentada en Budapest de von Meduna, representó para Cerletti un estímulo en la tentativa rudimentaria (aunque históricamente comprensible) de utilizar la corriente eléctrica como experimento dentro de un contexto científico definido, experimentaciones que desde los primeros años del siglo XX fueron realizadas con animales y esporádicamente con hombres. Resulta interesante recordar la controvertida aplicación de la corriente en las neurosis de guerra, aplicada ya durante el primer conflicto mundial, que culminó en 1920 con el establecimiento por parte del Parlamento austriaco de una Comisión de encuesta con respecto a los actos de unos neuropsiquiatras, entre los que estaba el mismo Wagner von Jauregg, (Comisión de la que fue nombrado perito Sigmund Freud). Sin embargo, el intento de Cerletti fue obtener los mismos efectos terapéuticos convulsionantes del cardiazolo, descritos por von Meduna, que estaban asociados a múltiples complicaciones. Cerletti pensó en un método alternativo que sustituyera el estímulo químico por uno eléctrico.

Después de muchos años de estudio de la epilepsia provocada en los perros, la atención se polarizó sobre los efectos de los estímulos físicos en el cerdo; la corriente eléctrica común de la calle se aplicaba ya en el matadero de Roma, mediante pinzas especiales puestas en los dos lados de la cabeza del cerdo que, a causa de la inducción de un acceso epiléptico de tipo tónico-clónico, se encontraba en un estado de aturdimiento que facilitaba la degollación. Cerletti y sus colaboradores observaron que si los cerdos no morían salían poco a poco de ese estado de aturdimiento.

De esta constatación empezó el estudio de la aplicación de la corriente eléctrica en el hombre: "...los cerdos no morían... se les aturdiría solamente, cayendo en un ataque epiléptico del cual, si no eran degollados por exigencia de la matanza, se despertaban. Se observó que había una diferencia considerable entre el tiempo de corriente necesario para provocar un ataque epiléptico (unas fracciones de segundo) y el tiempo de corriente (60-150 segundos)

necesaria para provocar la muerte del animal; sin embargo los márgenes de seguridad para las finalidades prefijadas eran bastante amplios."

A consecuencia de este periodo de evaluación e investigación de las apropiadas características técnicas del estímulo físico en el cerdo (formalidad de aplicación, tiempo de exposición, intensidad de voltaje, etc.) Cerletti confió a Lucio Bini la realización práctica de una instrumentación que ofreciera las garantías necesarias para una experimentación en el hombre¹.

En abril de 1938 Cerletti y Bini realizaron en Roma, en la clínica universitaria neurológica, la primera aplicación eléctrica en el hombre, dando así comunicación oficial del método a la Academia Médica de Roma, denominándola electroshock, denominación que quedó fijada durante años, excepto en el periodo fascista en el que la autarquía semántica impuso los términos de electrochoque o *electrozote*. En el mismo año tal práctica terapéutica se difundió también en Francia, Holanda, Inglaterra y Estados Unidos de América de la mano de Kalinowsky.

Existía una "jornada del electroshock" como existía una "jornada de la insulino-terapia" en la que los pacientes, que tenían que someterse al tratamiento, venían posicionados con los enfermeros, uno al lado del otro, cada uno esperando su turno. Con el tiempo la técnica inicial fue sometida a progresivas modificaciones expuestas a obtener sobre todo una disminución de los efectos secundarios y un aumento de los supuestos efectos terapéuticos; modificaciones de las características de las instrumentaciones, protección del enfermo también con específicas posturas de precaución, uso de premedicación hasta la narcosis con barbitúricos como el curare y la actual anestesia. El objetivo de la anhelante investigación de Cerletti fue descubrir en era prefarmacológica, un recorrido terapéutico que pudiera aliviar los sufrimientos de las enfermedades mentales. El electroshock era el instrumento para esto, pero primitivo, violento y además carente de claros fundamentos científicos como pareció bien evidente puesto que el mismo Cerletti escribía en 1948: "*Lo dije ya desde la primera vez que iba a presentar el E.S., que esperaba que este método agresivo, violento, se dejara lo más pronto posible por métodos menos drásticos, y estoy trabajando activamente en este sentido: seré el primero en alegrarme cuando el E.S. no se utilice más.*"

Y otra vez, con ocasión del Primer Congreso Internacional de Psiquiatría en París en 1950: "*Esto no va a impedir que, a pesar de todas estas dificultades, sigamos trabajando siempre con la esperanza de poder decir un día: señores, el electroshock no vamos a utilizarlo más. Hemos encontrado substancias que se producen en el cerebro a consecuencia de un ataque epiléptico y podemos utilizarlas en el tratamiento de diferentes enfermedades del mismo modo que se hace con otras substancias farmacológicas.*"

Entre las varias consecuencias de esta terapia, reconocidas por numerosos médicos, fueron descubiertos claros daños irreversibles: pérdida de la memoria, daños cerebrales, dificultad del aprendizaje, dificultad de orientación espacio-temporal. Las neuronas se disgregan en gran cantidad. Frecuentes fracturas óseas en la columna vertebral, paro cardíaco, ahogo por vómito, daños en los tejidos. Ciertamente se intentó reducir estos fenómenos concomitantes a través de la narcosis y la combinación con psicofármacos, pero los daños físicos en ocasiones fueron fatales².

A pesar de la falta de adecuados y rigurosos estudios científicos, la utilización del electroshock fue y es generalizada y extendida a casi todos los trastornos psiquiátricos: de modo particular es utilizado en pacientes muy depresivos cuando otros tipos de terapia, como los psicofármacos o la psicoterapia, no son eficaces y apropiados como en casos de

emergencia cuando por ejemplo existe un elevado riesgo de suicidio; pacientes que sufren de las principales formas de manía (un trastorno del humor asociado a comportamiento hiperactivo, irracional y destructivo), algunos tipos de esquizofrenia y otras enfermedades mentales y neurológicas. El electroshock se utiliza también en el tratamiento de los trastornos mentales en pacientes ancianos en los que las condiciones de salud pueden desaconsejar un tratamiento farmacológico.

La psicocirugía

La psicocirugía ha parecido ser durante muchos años el coco de la psiquiatría, el cadáver en el armario del que avergonzarse, una práctica "semi nazi" que borrar para siempre como inmoral y violenta, utilizada solo para obtener un control brutal y definitivo sobre el enfermo psiquiátrico. A pesar de esto, en todos estos años la psicocirugía se ha practicado ya en los Estados Unidos, ya en Europa, sobre todo en centros privados, de modo semiclandestino. Esto ha causado el grave efecto de que no existe un censo de verdadera relevancia de esta práctica, ni un verdadero control científico. Al lado de algunas intervenciones aparentemente dotadas de un fundamento científico y de comunicados de resultados (como aquellos de leucotomía focal para trastornos obsesivos muy graves), hasta los años 80 se condujeron también intervenciones experimentales en apariencia carentes de toda lógica y significado (en 1984, la literatura rusa refería ¡trasplantes de células fetales en la corteza de enfermos de esquizofrenia deficitaria!).

La pirototerapia malárica

Terapia de shock basada en un aumento artificial de la temperatura corpórea que induce crisis convulsivas de tipo cónico-clónico.

Ya Hipócrates, en el siglo IV a. de C., notaba la favorable influencia de las ocasionales enfermedades febriles sobre la evolución de los trastornos mentales y creía que la acción benéfica de la fiebre era uno de los más importantes medios de curación utilizados espontáneamente por la naturaleza. Tal opinión fue compartida por muchos médicos desde el periodo hipocrático hasta el siglo pasado, cuando Nasse en 1868 señala por primera vez que la fiebre malárica, como medio terapéutico para cuidar la llamada "demencia paralítica progresiva"³, es mejor que cualquier otra enfermedad febril transmisible. Estimulado por estas adquisiciones, el psiquiatra austriaco Wagner von Juaregg en 1887 empieza, utilizando un escrupuloso método científico, a inducir un estado febril en pacientes con sífilis cerebral terciaria, inoculando gérmenes de la erisipela, tuberculina, diferentes vacunas y otros, sin obtener resultados satisfactorios. Finalmente, en 1917, probando la inoculación de la malaria terzana benigna (de *plasmodium vivax*, protozoo transmitido de la anofeles) consigue obtener resultados muy positivos. Wagner von Juaregg después de haber observado cómo este tipo de malaria puede ser un medio terapéutico rápido y poco peligroso, de acuerdo con los favorables resultados obtenidos (curaciones completas y duraderas), siguió con tenacidad la experimentación específica y tratando más de 2000 casos pudo dar un impulso increíble a este tipo de terapia que al cabo de pocos años se difundió por todo el mundo, obteniendo por ello en 1927 el Premio Nobel. Esta terapia desde 1944 en adelante ha caído progresivamente en desuso pues con el descubrimiento de la penicilina, ésta se ha mostrado particularmente eficaz contra el *treponema palidum*, el agente específico de la sífilis. Sin embargo, en casos de resistencia la hiperpirexia, inducida con sulfoidol o con particulares vacunas, se siguió utilizando con la sola finalidad de favorecer el paso de la penicilina a través de la barrera hematoencefálica, con resultados sorprendentes.

La inoculación del parásito malárico era realizada, o con una inyección intravenosa de

sangre sacada de un sujeto malárico al principio de un ataque febril, o utilizando anófeles criados en adecuados laboratorios. Estos mosquitos encerrados en jaulitas de tul con armadura de hilo metálico, eran puestos en contacto con la piel del individuo malárico. Después de treinta días, con finalidad terapéutica eran puestos en contacto con la piel del sujeto que debía ser contagiado. La malaria era curada con terapia específica después de 10-15 ataques febriles de 39/40°; luego era bloqueada con la quinina. Sólo después los ataques febriles y las consecuentes convulsiones fueron provocadas con medios más manejables, como sustancias proteicas y vacunas.

Los efectos secundarios de la piretoterapia se limitaban a las graves enfermedades cardíacas, renales y hepáticas, y además a estados de debilidad de cualquier causa.

La ergoterapia

Cuando los enfermos llegaban al hospital, por lo menos a los más pobres, se le quitaban sus trajes, que eran puestos en un almacén y devueltos a la salida o vendidos en el momento de la muerte. Su vida, al principio, se desarrollaba con momentos rituales religiosos o recreativos, como el propagandístico paseo por la ciudad, y con otros momentos de tratamiento que quedaban inmutables todavía, a principios de 1800. La vida en el manicomio se basaba en reglas de disciplina férrea que comprendía algunas diversiones, pero sobre todo trabajo. Uno de los fundamentos de la "educación del manicomio" era el juego de premios, castigos, amenazas, a través de los que se debería restablecer la "salud mental".

La realización de este complejo sistema educativo, creado para imponer en los pacientes principios de autodisciplina, podía encontrar su ejecución solo en un régimen "paterno y absoluto" dirigido por el médico director.

Desde el principio las mujeres hilaban la estopa; con esta nueva "terapia moral" las enfermas eran empleadas además de en la tejeduría, en el guardarropa, en la cocina y en la lavandería; los hombres en el trabajo agrícola y en actividades obreras. El trabajo a coste cero del paciente se considera como una verdadera y propia cura (como el "Arbeit macht Frei" de hitleriana memoria) ⁴.

Los enajenados mentales, clasificados según su conducta, una vez ingresados tendían a no salir de la institución, que les podía acoger ya de niños y que guiaba jerárquicamente y de modo paternalista el camino de cura, de trabajo y de diversión. Los laboratorios de los pacientes, sus manufacturas, las fiestas en el teatro, la biblioteca y las pocas excursiones hacían del manicomio una "máquina educativa" que introducía la ergoterapia en un largo recorrido de sufrimiento. La conducta moral era objeto de un riguroso control por parte de los enfermeros terapeutas que aplicaban en el trabajo los rígidos principios que regulaban la sociedad civil.

A caballo entre dos siglos, la teorización de la ergoterapia resuelve un conflicto no resuelto entre pauperismo, recuperación de la marginación y nueva dimensión productiva.

Introduciéndonos en la vivencia de los que eran ingresados, he aquí el testimonio de una mujer:

"En tanto que trabajaba, las enfermeras eran buenas, pero cuando no trabajaba ellas me trataban como a una bestia. Por la mañana, cuando me levantaba, a menudo sentía desmayarme y tenía que quedarme en la cama. Y esas mañanas que no tenía fuerzas para

trabajar las enfermeras me ofendían. Tal vez no me pegaban pero me ofendían y la ofensas son peores que los golpes. Me hacían trabajar a la fuerza pero no me pagaban: se aprovechaban y nada más."

La contención

El primer acto de Jean Philippe Pinel (1745-1826) por el que es todavía recordado en la iconografía tradicional, fue liberar a los enfermos de Bicêtre de las cadenas. Un gesto emblemático, también él reflexionó durante mucho tiempo sobre la utilidad y los límites de la contención de los enfermos psiquiátricos.

Particular atención se daba a las medidas coercitivas que se podían realizar por parte de los enfermeros sólo bajo prescripción médica. Para evitar contenciones injustas, el Real Decreto de 16 de agosto de 1909 n.615 disponía que el reglamento dotado de las sanciones administrativas y penales (art. 371, 375, 386, 390, 391, y 477) fuera expuesto en sus oficinas (esta norma revocaba aquella otra de la Ley 300/70 sobre el código disciplinario).

En su parte IV el art. 60 decía: *"En los manicomios deben ser abolidos o reducidos a los casos absolutamente excepcionales las medidas de contención por parte de los enfermeros y no se pueden utilizar si no es con la autorización escrita del director o de un médico del instituto. Tal autorización tiene que indicar la naturaleza del medio de coerción. La autorización indebida del uso de estas medidas hace susceptibles a los que son responsables de una pena pecuniaria de 300 a 1000 liras, sin perjuicio de las superiores penas contempladas en el código penal."*

La ley 36 consintió las contenciones sólo en los manicomios públicos y siempre autorizadas por médico (artículo 60 R.D. 16 de agosto de 1909, n.615).

También después de la Ley 180, quedaba la obligación de la vigilancia. No había sólo que cuidar, sino también guardar la incolumidad y la salvaguardia del paciente y de los otros enfermos, no obstante el término "peligrosidad" fue abolido y reconducido a las más variadas situaciones sobre las que se ejercita habitualmente la competencia del orden público.

Queda todavía hoy un delito, el abandono de personas incapaces y las lesiones personales violentas.

El icono de la práctica de contención en época prefarmacológica era la camisa de fuerza. La llegada de los psicofármacos en los tratamientos psiquiátricos no han eliminado la contención y el aislamiento, ni han modificado mucho la situación. Situaciones parecidas desde el punto de vista clínico y de las conductas de la persona ingresada encuentran respuestas diferentes según contextos institucionales y de los operadores.

Tener las puertas de las plantas cerradas con llave, atar a las personas y obligarles al aislamiento por minutos, horas, días, son una elección que depende de las culturas profesionales, locales, de las características personales de cada enfermero y médico, de las relaciones interpersonales y de poder en el interior de los equipos que se alternan en los turnos de trabajo y de las relaciones entre médicos y no-médicos en los equipos.

En el caso de TSO la unidad tendría que permitir el tratamiento también más allá de la voluntad del paciente, por lo tanto no tendría que "huir" y si huye quiere decir que el personal no ha ejercitado funciones terapéuticas en las 24 horas en presencia de una suspensión de

voluntad. Una división que ingresa TSV y TSO, tendría que ser justamente una unidad con un gran número de personal. Un usuario que huye y está en TSV se considera dado de alta, solo en el caso en el que la fuga fuera interpretada como un imprevisto reagudizarse de la enfermedad se informa a la fuerza del orden y al CSM de competencia; si está en TSO se informa al juez tutelar.

Se está proponiendo al Ministerio de Salud el adoptar un proyecto nacional de investigación sobre el estado de las contenciones en la asistencia psiquiátrica. El proyecto tendrá que recoger datos en todo el territorio nacional con respecto a la exigencia de reglamentos escritos adoptados por los DSM, el número, la duración, las motivaciones de las contenciones, las razones de los enfermeros y de los médicos, el número y la calidad de los incidentes a cargo del paciente y del personal consecuente con la gestión de las contenciones, las vivencias de quien súfrellos tratamientos (SIRP).

"Cuando los enfermeros me molían a palos con la pretensión de cuidarme, yo me refugiaba en mi segunda sombra, y no sentía el dolor".

He ahí una frase como tantas otras, escuchada de voz de un ex interno del manicomio de Gorizia en el film de Silvano Agosti titulado "La segunda sombra", proyectado durante el congreso de Trento. Una frase ésta que revela la brutalidad y los horrores perpetrados a las personas internadas en los manicomios, constituidos de cancelas, rejas, puertas y ventanas siempre cerradas; lugares donde cadenas, candados y cerraduras imperaban como soberanos. Lugares donde los "cuidados" más habituales eran la segregación en camas de contención, la camisa de fuerza, baños fríos, electroshock, lobotomía (extirpación de los lóbulos parietales, o sea una parte del cerebro). Lugares, en fin, donde los días pasaban en inmensos salas entre el humo de los cigarrillos, los cantos y las oraciones impuestas por las monjas.

El advenimiento de los psicofármacos

En 1952, después de que Henri Laborit notó los efectos psicológicos de un nuevo anestésico, la clorpromazina, se decidió probar este medicamento en los pacientes esquizofrénicos. La terapia tuvo éxito y así empezó la era del tratamiento farmacológico de las enfermedades psiquiátricas, poniéndose fin a las intervenciones somáticas hasta ahora descritas, o psicológicas (psicoanálisis y otras psicoterapias).

"Antes los hospitales psiquiátricos eran el lugar del grito. El grito ahora se quedaba allí, en el fondo de la garganta. Nosotros no lo oíamos. Éramos del todo raptados por el milagro. Se podía finalmente abandonar las camisas de fuerza y las camas de contención. Sólo más tarde nos hemos dado cuenta de haber sustituido las camisas de fuerza, las fajas de contención por una camisa química.

La mente de los enfermos anulada por años de desinstitucionalización, no fue finalmente aniquilada. Sus sufrimientos no cesaron, terminaron los gritos, el griterío y las blasfemias".

Muchos afirman que si no se hubiera producido el advenimiento de los medicamentos el proceso de desinstitucionalización no se habría nunca activado puesto que ni el individuo ni la sociedad estaban preparados para la coexistencia con personas diferentes. La reintegración de los alienados en la sociedad fue posible solo calmando la voz de la locura, conservando así el orden social.

"Antes en las relaciones entre pacientes y enfermeros era cuestión de dar y tomar: por parte de los enfermeros era una maldad abierta. Ahora en cambio dan inyecciones y todo termina."

Puede decirse que el éxito terapéutico no ha cambiado en absoluto. Vittorino Andreoli dice que los resultados de hoy, dos siglos después, no son mayores o menores que los de Pinel. Eso puede explicar que la locura está falta todavía de una terapia específica y cada recurso sea un simple sucedáneo terapéutico, la máscara de un efecto placebo. En este caso la diferencia entre los recursos individuales de cura es irrelevante y un baño frío o el electroshock o un nuevo medicamento son llaves falsas de un ataque a la locura que todo lo más pasa por combinaciones momentáneas casualmente adivinadas, y del mismo valor tanto si pertenecen a la psiquiatría contemporánea como a la de Pinel.

LA CUESTIÓN ÉTICA EN PSIQUIATRÍA

"A veces el electroshock podrá representar también una última esperanza, pero en realidad es la señal de nuestra impotencia terapéutica, que se convierte en ciega saña contra la enfermedad mental, pasando obligatoriamente a través de la cabeza del paciente sin considerar su alma."

La cuestión ética en psiquiatría se vuelve un delicado elemento de discusión, especialmente si se junta con tratamientos que hacen dudar del respeto de la dignidad del paciente, como la terapia que provoca convulsiones utilizando la electricidad y la psicocirugía.

En ambos casos, la cuestión moral es doble: de un lado se considera que se trataría de intervenciones terapéuticas violentas que, más que inducir reales procesos de cura, se limitarían a alterar de modo rudo y grosero los mecanismos de funcionamiento cerebral; por otro lado, se dice que, de cualquier modo, la eficacia de estos tratamientos no está comprobada, mientras que los efectos secundarios a distancia de tiempo serían graves. En suma, en ambos casos se encontraría de frente con cuidados no éticos, primero porque son malos y segundo porque son violentamente manipuladores y carecen de respeto a la autonomía y dignidad del paciente.

Sin embargo, por lo que respecta al electroshock, el hecho de que no sea eficaz o sirva solo ocasionalmente no es compartido por muchos psiquiatras, que consideran más bien que esta difusa creencia sea más el resultado de las campañas ideológicas de los años 70 que el fruto de una serena investigación de la literatura científica.

Los mismos presuntos daños sobre la memoria del paciente y la violencia de la cura se consideran elementos superados, atados a administraciones equivocadas y en ausencia de anestesia general. Recientemente, también el Comité Nacional de Bioética, pronunciándose sobre la terapia con ETC, sustancialmente no reconoce en su uso problema alguno ético específico cuando, y solo si está, obviamente, justificado por los conocimientos científicos.

ÉPOCA POST-BASAGLIA

Después del cierre de los manicomios, los enfermeros fueron "liberados" también ellos con los pacientes. El proceso de transformación institucional fue complejo y difícil, pasó entre muchos conflictos internos, en particular entre los enfermeros que no se sentían tutelados en su nuevo puesto de trabajo y sentían pereza por dejar el tradicional rol de "guardianes" para asumir/expresar las potenciales capacidades asistenciales en los nuevos procesos de cuidado y rehabilitación.

Después de la ley 180, fuese por comodidad, se prefirió conservar aquel estigma que enmarcaba todavía al enfermero en su pasado histórico de guardián. En los nuevos puestos de

trabajo, teniendo un rol todavía indefinido por lo que respecta a las tareas, el enfermero era el que sufragaba las carencias del servicio y desempeñaba roles y funciones inferiores a sus verdaderas competencias, como la de los administrativos, conductores, porteros-guardianes de las llaves de los servicios, servidores de otras figuras profesionales o, como mucho, y lo más grave, el enfermero que más destacaba y listo era el que imitaba en modo torpe al médico. De ahí que entonces empezara a apelarse a las leyes y más tarde al "mansionario" que aclaraba un poco las tareas en el ámbito psiquiátrico. El "mansionario" era el único documento que nos tutelaba contra cada abuso de atribuciones inferiores pero al mismo tiempo nos castraba en el movimiento expresivo de nuestro crecimiento profesional.

Hoy, el enfermero, está recobrando amplios espacios de autonomía y de la función de guardián está pasando a una colaboración y planificación de la asistencia, aunque sin haber borrado de modo definitivo aquel estigma que de vez en cuando aflora y que nos puso en una posición de defensa.

En el pasado el psiquiatra era únicamente la figura que se ponía en el centro del proceso terapéutico, decidía y actuaba sirviéndose del soporte de las otras figuras sanitarias; hoy la toma de decisiones es del equipo que de modo global crea una red de intervenciones que introduce a otras figuras y personas externas. Nos proyectamos, por tanto a un modo de cuidar más elaborado y completo.

Los actos de los enfermeros en psiquiatría se cumplen en diferentes lugares y áreas de intervención, tanto institucionales como sociales (SPDC, Centros de Salud Mental, Centros Diurnos, Comunidades terapéuticas, grupos en casa, domicilio del paciente, lugares sociales, instituciones no psiquiátricas, en áreas formativas, preventivas, empresariado, hasta el mundo de la cooperación, laboratorio de arte y hasta las esferas socio-culturales y transculturales). Se podría decir que el enfermero desempeña un rol de mediador entre la psiquiatría y la comunidad que tiene que acoger, entre el paciente y el mundo con el que cada día se relaciona.

NOTAS

1. El aparataje (construido por la empresa Arcioni y hoy expuesta en el Museo de Historia de la Medicina de la Universidad de Roma) era voluminoso pero técnicamente funcional, mediante la aplicación del electrodo en la zona bitemporal permitía la exposición a la corriente eléctrica según específicos parámetros de tiempo y voltaje, tales que podían inducir una convulsión con temblor tónico-clónico.
2. En 1974, ex pacientes, ayudados de representantes del Comité de los Ciudadanos para los Derechos del Hombre, hicieron una petición a los legisladores de California para aprobar un proyecto de ley que desterrara, entre otras cosas, el electroshock sin permiso del paciente (consentimiento informado) y el uso del electroshock en niños menores de 12 años. El proyecto de ley fue aprobado en 1976. En 1978, otros 22 estados de América adoptaron proyectos de ley que establecen de alguna forma el derecho a oponerse a la administración del electroshock. El proyecto de ley anterior volvió a ser un modelo para la reforma de la ley sobre la salud mental en el mundo. Hoy es difícil encontrar un país sin reglamentos que limitan el uso del electroshock. Pero las restricciones no son suficientes y hay un renovado fervor entre ex pacientes, ancianos y médicos para desterrar el uso total del electroshock. En 1991 el Board of Supervisors de San Francisco (el Consejo de Inspección de San Francisco) con una votación de 4 votos sobre 7, aprobó una resolución contra el uso y la financiación pública del electroshock. Firmada por el alcalde Art Agnos, ésta declaraba: "...el Consejo ha concluido que el

electroshock no se tendría que utilizar en la ciudad de San Francisco porque no sabemos todavía si es seguro y eficaz."

3. "Demencia parálitica progresiva". Es una particular forma de sífilis cerebral que aparece después de casi veinte años de incubación y se caracteriza por un incoherente delirio de grandeza a menudo mezclado con delirio de celos o más apropiadamente "delirio de infidelidad del compañero", desorientación espacio-temporal, hipotimia, anisocoria pupilar con defecto de acomodación a la luz, monoparesias circunscritas, a menudo limitadas a pequeños músculos, oculomotores sobre todo.
4. Hasta el siglo XX se tienen pocos datos indirectos sobre la composición de los enfermos, evidenciada por los primeros estudios estadísticos. En 1862, los campesinos representaban el 20% de los alienados, las amas de casa el 13,71%, los desempleados el 9,5%, los religiosos el 4,9%, los funcionarios y los militares el 3%. Entre los ingresados se contaban muchos artesanos, costureras y zapateros. Con tal composición se comprende mejor la terapia basada en el trabajo, teorizada por Pinel, para el sustento del manicomio, que empleaba campesinos y artesanos en actividades útiles y curativas. Los pacientes trabajaban además noventa hectáreas de trigo y cáñamo, nueve hectáreas de viña, 1,5 hectáreas de floricultura y sericultura y contribuían a mantener el parque. A través de la agricultura y cría de vacas, cerdos y pollos aseguraban el mantenimiento de la institución; carne, vino y hortalizas excedentes eran vendidas. Las mujeres, además de los trabajos tradicionales de costura y bordado, tejían más de cincuenta metros cuadrados de tela. En el nuevo Manicomio de Monte Mario en Roma el trabajo asume una dimensión empresarial: la producción anual de 1.800 zapatos es cuantificable en 900 liras, la carpintería rinde 90.000 liras, la tipografía 117.000 liras, la agricultura 167.000 liras, el trabajo hortícola 167.000 liras.

BIBLIOGRAFÍA

"Un secolo di follia", Superbur Saggi 1999, Vittorino Andreoli

"La questione etica in psichiatria", Il Pensiero Scientifico Editore, 2000, di Mario Bassi, Sergio De Rasio, Massimo Di Giannantonio.

"Il tempo, i luoghi, le muse", Ed. La Bussola 1993, di Ferdinando De Marco e Anselmo De Palma.

Museo della Mente (ASL RME) <http://www.romacivica.net/aslrme/splash.htm>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia