



ABRIR VOLUMEN I



* 5 3 0 9 8 2 1 8 2 9 *

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

PARTE III

ESTUDIO DE LAS VARIABLES QUE INFLUYEN EN LOS

DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

ESTUDIO DE LAS VARIABLES QUE INFLUYEN EN LOS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

"El hombre ha nacido libre y por todas partes se
encuentra encadenado"

Rousseau

INTRODUCCION

Las palabras de Rousseau con las que damos comienzo esta Tercera Parte, es probable que no se le puedan aplicar a nadie con mayor rigor que al enfermo mental que, sin haber cometido ningún delito, fue internado en un manicomio de por vida.

Para poder iniciar el estudio cuyos resultados exponemos a continuación, fue necesario documentarnos previamente acerca de los temas que se han desarrollado en los capítulos precedentes y que nos han proporcionado los conocimientos teóricos necesarios para poder analizar e interpretar mucha de la información recogida mediante la observación de las historias clínicas.

Después de consultar una amplia bibliografía sobre el particular, no conseguimos encontrar entre los distintos autores ninguno que haya logrado marcar los límites que separan la cordura de la locura. Estos límites dependen de tanto factores que con los conocimientos científicos actuales están todavía lejos de perfilarse. Y esto es así porque, a pesar de las numerosas investigaciones realizadas, no existe para la mayoría de los trastornos mentales un marco teórico, comúnmente aceptado, que nos diga qué es la enfermedad mental, cual es su origen y como se trata. Sólo entre 1920 y 1960 se realizaron más de cinco mil

investigaciones y Arieti, desde una perspectiva orgánica, resume los resultados diciendo que: "La gran cantidad de trabajos y las diversas orientaciones y enfoques adoptados revelan que no se hicieron progresos, ni se encontraron aún caminos de investigación constructivos en el campo orgánico" (Arieti, 1955: 9). Con las investigaciones realizadas, principalmente sobre la esquizofrenia, en palabras de Jackson "no se realizó virtualmente ningún progreso", probablemente porque se buscaban las causas en los campos genético, bioquímico y psicológico, marginando los aspectos sociales; interesaban más las diferencias individuales que el sistema social en que está inmerso el individuo (cit. por Scheff, 1966: 27).

En la esquizofrenia, mente escindida, mente partida, el enfermo rompe entre él y la realidad y vive sus ideas delirantes; construye un mundo con su pensamiento ilógico, irreal, fantástico. Como dice Zaglul, "es la enfermedad más misteriosa y complicada de la Psiquiatría" y cita la siguiente frase de un famoso médico norteamericano del que, por razones obvias, no menciona su nombre: "El esquizofrénico hace castillos en el aire; el neurótico los vive y el psiquiatra les cobra el alquiler a los dos" (Zaglul, 1991: 56).

Locos y cuerdos formarían parte de un continuo que si estuviésemos dispuestos a aceptar, nos sorprendería por sus resultados. La mayor parte de los humanos formaríamos parte de una población de semilocos y semisanos, ya que la mayoría de nosotros no somos ni cuerdos ni locos sino todo lo contrario, según el momento, el lugar, la situación en la que nos encontremos. Pero no faltan autores para los que aceptar este continuo en el que no se sabe dónde empieza y dónde termina la salud mental, es no aceptar una diferencia de naturaleza entre el hombre sano de espíritu y el alienado y así, dicen, en lugar de una psiquiatría sólida y verdaderamente científica, se habla de una psiquiatría fluida con sus semilocos y sus semirresponsables que no están dispuestos a aceptar.

En la vida cotidiana, los individuos pasan a formar parte de la categoría de enfermos mentales cuando son diagnosticados como tales y, una vez que esto ocurre, es difícil evitar que esa etiqueta no les

acompañe de por vida, sobre todo cuando hace referencia a ciertos trastornos. En estas cuestiones, como en otras muchas, también es cierto que se generaliza demasiado. Se suele hablar de locos y cuerdos, como si la diferencia entre unos y otros fuese siempre tan fácil de dilucidar. Incluso, si hacemos referencia a un determinado trastorno, como puede ser la esquizofrenia, y no lo hemos elegido al azar sino por considerar que es la representación de la locura, encontraríamos tantas diferencias entre los distintos enfermos esquizofrénicos, como entre un esquizofrénico y una persona sana. Por ello, cuando observamos las distintas posturas de los distintos autores creemos que están hablando de conceptos distintos y realmente debe ocurrir así.

A través de la literatura consultada hemos podido observar como desde los tiempos más remotos han existido individuos que por sus conductas raras o extrañas eran etiquetados dentro de la categoría que hoy denominamos enfermo mental. En las distintas culturas, a través de los tiempos, se les ha tratado de muy diversas maneras, pero cuando el calificativo de "loco" o "poseso" u otras denominaciones similares lo imponía la sociedad y se les maltrataba por ello y hasta incluso se les condujo a la hoguera, lo achacábamos a la ignorancia de los tiempos. En épocas más recientes, con el respaldo científico, se han aplicado tratamientos considerados mucho "más humanos" como el electrochoque, la insulino terapia, lobotomías, los cocktails de fármacos, cuyas consecuencias para los enfermos, si se hiciesen estudios comparativos, probablemente nos sorprenderían por sus resultados.

Son muchos los enfermos que en los comienzos del trastorno, cuando empiezan a notar que algo "raro" les está ocurriendo solicitan ayuda médica. Y una y otra vez acuden al profesional y siguen un tratamiento, la mayoría de las veces con psicofármacos cuyos efectos secundarios les pueden producir muchos de los síntomas que tratan de evitar. Cuando por su propia experiencia comprueban que estos tratamientos, probablemente mal administrados, no les quitan sus síntomas (depresiones, alucinaciones, delirios, ansiedad, etc.) o si se los quitan aparecen otros que les hacen sentirse incluso aún peor, es cuando deciden suprimirlos y negarse a acudir a las consultas médicas por haber perdido la confianza que en un principio tenían depositada en la

medicina. Con el tiempo, aprenderán también a desconfiar de la sociedad cuando, por su experiencia, comprueben que la mayoría de las veces sólo rechazo pueden esperar de ella.

La psiquiatría, desde sus orígenes, tratando de encontrar un lugar dentro de la medicina imitó al modelo médico tradicional y realizó numerosas investigaciones en busca de las lesiones orgánicas causantes del trastorno mental. El fracaso de estas investigaciones cambió la dirección, aunque sin abandonarla por completo, hacia el estudio de los factores psicológicos y sociales, acorde con las distintas concepciones vigentes en cada época y en cada lugar, sin que hasta la fecha sus esfuerzos se hayan visto coronados por el éxito. En la actualidad, son muchos los clínicos que tienen una concepción más ecléctica de la psiquiatría y tratan de estudiar al enfermo desde una perspectiva global.

Por otro lado, cuando se han encontrado las causas de ciertas enfermedades, como es el caso de la parálisis general progresiva o enfermedades producidas por avitaminosis, estos padecimientos han dejado de pertenecer al ámbito de la psiquiatría para pasar a depender de otra rama de la medicina. Más de un autor ha manifestado que la psiquiatría, como rama de la medicina relacionada con el diagnóstico, tratamiento y asistencia al enfermo mental, se ha convertido en un enorme vacío que ha sido llenado con todo tipo de divagaciones teóricas.

Antes de comenzar con la exposición de los resultados de nuestra investigación es importante recordar que los pacientes ingresados en Ciempozuelos son enfermos crónicos, diagnosticados en su mayoría dentro de cada uno de los tres grandes grupos de demencias, retrasos mentales y esquizofrenias; es a este último grupo al que va dirigido principalmente la crítica del etiquetado, de la antipsiquiatría, del mito de la enfermedad mental, etc. Nos vamos a encontrar pues con lo que se ha dado en llamar la "psiquiatría de asilo" o "psiquiatría pesada" que hace referencia a a los enfermos crónicos ingresados, con largos años de internamiento y pocas posibilidades de reinserción, a diferencia de la denominada "psiquiatría ligera" o "psiquiatría de los consultorios" cuyos trastornos no impiden a los que los padecen vivir en sociedad.

El psiquiatra estudia los síntomas y reconoce los signos que conforman las pautas y criterios del modelo que aplique. Estos criterios, que dependen de su posicionamiento doctrinal, van a condicionar el diagnóstico. Si además tenemos en cuenta otra serie de factores, como las distintas culturas, épocas, clases sociales, etc, podremos comprender la inestabilidad del diagnóstico, como ya se ha observado en páginas anteriores. Los síntomas psiquiátricos denotan la existencia de una enfermedad mental subyacente que en la mayoría de los casos no ha podido ser demostrada. Por ello, Scheff examina estos síntomas desde un punto de vista sociológico: la transgresión de las reglas y la desviación. En el primer caso, se violan las reglas aceptadas por el grupo, las normas sociales. Pero, como es notorio, no siempre que se transgreden esas normas se es etiquetado como enfermo mental y sirva de ejemplo cuando se les etiqueta como ignorantes, maleducados, criminales, excéntricos, etc. "La desviación no es una cualidad del acto que comete la persona, sino una consecuencia de que otros apliquen reglas y sanciones al "transgresor". En el segundo caso, desviado es el individuo a quien se le ha aplicado satisfactoriamente ese rótulo". Scheff entiende la desviación más como "una cualidad de la respuesta de la gente ante un acto, que una característica del propio acto". "La conducta desviada es la conducta que las personas rotulan de ese modo" (Scheff. 1961: 36).

El modelo médico de enfermedad (causa, lesión - síntoma, diagnóstico, pronóstico y tratamiento) irrumpió con fuerza en la psiquiatría a partir de que Bayle describiera la P.G.P. en 1822.

Causa: el treponema pálido

Lesión: la meningoencefalitis

Síntoma: delirio eufórico y megalomaniaco

y Esmarch y Jeseen la relacionaran con la sífilis en 1857, hecho que fue confirmado por Jasperden en 1874. Esto, unido a los descubrimientos de Broca sobre la afasia, hizo que se vislumbrase la posibilidad de llegar a descubrir una causa somática de la enfermedad mental, lo que condujo a realizar innumerables investigaciones y estudios "post mortem" que, aunque ampliaron en gran medida el conocimiento que se tenía del cerebro, no tuvieron éxito en localizar la lesión que se buscaba.

La psiquiatría de la preguerra tenía ya plena conciencia de la casi insuperable dificultad que comportaba el diagnóstico. La enfermedad no puede delimitarse con suficiente fiabilidad mediante un criterio clínico-sintomatológico (Colodrón, 1983: 120). No obstante, muchos médicos opinan que cuando no se tratan los signos y síntomas de la enfermedad mental, estos evolucionan de forma progresiva hacia consecuencias más graves. De hecho, esto no siempre es así pues hay muchas personas que han sufrido trastornos psíquicos y, sin haber sido tratadas por la medicina, han superado esas situaciones que no han supuesto en sus vidas más que un episodio desagradable que desapareció cuando lo hizo el estrés, o conflicto que los motivaron, u organizaron su forma de vivir de otra manera más adecuada.

Parchesi (1979) hizo una división de los trastornos psíquicos que consideramos interesante mencionar ya que hace hincapié en la base orgánica de los mismos:

Trastornos psíquicos con base orgánica demostrable.

- Psicosis confusionales
- Estados demenciales
- Perturbaciones psíquicas en la sífilis cerebral (P.G.P.)
- Trastornos psíquicos en los tumores cerebrales
- Trastornos psíquicos en la epilepsia
- Trastornos psíquicos en la debilidad mental
- Trastornos psíquicos en el alcoholismo
- Toxicomanías

Trastornos sin base orgánica demostrable

- Base biológica hereditaria (factores genéticos)
- Factores comunes al desarrollo en un ambiente social (desarrollo de la personalidad)
- Factores diferenciales en relación con los diferentes contextos sociales y culturales
- Factores desconocidos o escasamente conocidos

Psicosis funcionales

- Esquizofrenias

- Psicosis maniaco-depresiva
- Psicosis delirantes agudas (Bouffées delirantes)
- Psicosis delirantes crónicas (paranoia, parafrenia)
- Neurosis
- Personalidades psicopáticas

Teniendo en cuenta esta división, clasificamos los diagnósticos de los enfermos ingresados (971) en Ciempozuelos a finales de 1994 con los resultados que se observan en el Cuadro 12.1. (pág. 628). Aproximadamente el 60,36% de los enfermos ingresados sufren trastornos psíquicos con base orgánica y el 38% padecen psicosis funcionales.

Al comenzar la observación de las historias clínicas tuvimos la sensación de que nos estábamos introduciendo en la vida de muchos individuos cuyos secretos más íntimos, estaban registrados en los expedientes bien guardados de un Hospital Psiquiátrico; ello nos ha movido a actuar, en todo momento, con sumo respeto y a mantener siempre el anonimato de aquellos a los que hacemos referencia en este trabajo.

Para algunas de estas personas, su estancia fue sólo un episodio transitorio por el mundo de la locura; la mayoría acabaron sus vidas dentro de los muros de una institución tan temible para todos como es la manicomial. Un simple examen médico, la mayoría de las veces realizado a petición familiar y con los datos aportados por la propia familia, ha sido suficiente para diagnosticar a un individuo que, una vez etiquetado, comienza imparable su carrera moral. En repetidas ocasiones se ha dicho, que lo malo del diagnóstico es que no garantiza la curación del enfermo pero si estigmatiza a quien lo lleva. La persona etiquetada tiende a responder a las expectativas sociales, lo que le empuja a mantener la conducta desviada y, por tanto, a mantener el etiquetado. Por ello, se han hecho tantas críticas a los responsables de la institucionalización del enfermo mental, que no sólo no cura la enfermedad sino que es la causante de crear otras muchas conductas desviadas.

El diagnóstico psiquiátrico, socialmente, implica el paso de la normalidad a la anormalidad, de la cordura a la locura, de la salud a la enfermedad mental. Se pierde la credibilidad en la persona etiquetada a quien se percibe con todo el bagaje cultural que conlleva la enfermedad mental y que difícilmente va a poder aislar de su persona. Además, así como el rol de enfermo somático es un rol que la sociedad espera sea temporal, el rol de enfermo psíquico le suele acompañar de por vida, aunque desaparezcan los síntomas que dieron lugar al diagnóstico.

El internamiento de los locos en asilos reservados para ellos comienza en el siglo XVII y durante los siglos XVIII y XIX se internó con tanta facilidad que ello dio lugar a lo que Foucault denominó el "gran confinamiento". En su origen no fue una práctica médica; hasta Harlam y Pinel no habrá experiencia médica nacida del asilo y en el asilo (Foucault, 1985: 269 T.I.) y a los locos no se les considerarán verdaderos enfermos mentales hasta Charcot, Janet y Freud.

El internamiento priva al enfermo mental del bien máspreciado que tiene el hombre, la libertad. A partir de ahí, comienza a existir en un lugar extraño para él, sin ninguna o prácticamente ninguna de sus pertenencias y con personas para quienes es sólo un "enfermo mental". Al separarle de su mundo deja atrás sus roles de padre, hijo, marido, trabajador, ciudadano y todo lo que tiene sentido en su vida; como medio de adaptación aceptará el rol de enfermo mental. La enfermedad mental crónica, como dice Scheff, es, por lo menos en parte, un rol social y la reacción de la sociedad es el determinante más importante del ingreso en ese rol (Scheff, 1966: 33). El tener que volver a construir una nueva identidad no es tarea fácil; muchos se verán afectados por el conformismo y el enfermo adquiere así una nueva identidad como paciente bueno, pasivo y crónico.

Blake y Mouton explicaron los procesos del conformismo, resistencia a la influencia y conversión al nuevo rol. "El individuo necesita un marco de referencia estable, incluidos puntos de referencia firmes y relevantes, para orientarse y regular sus interacciones con los demás. Este marco de referencia consta de anclajes internos y externos que

se hallan a disposición del individuo, sea que este tenga conocimiento de ellos o no. Si dispone de un marco de referencia aceptable, podrá negarse a dar o a recibir información incompatible con dicho marco, o que le exija renunciar al mismo. En ausencia de un marco estable, trata activamente de establecer uno mediante su propio esfuerzo, utilizando para ello información significativa y pertinente ofrecida dentro del contexto de la interacción. El sujeto, gracias al control de la cantidad y la clase de información de que dispone para orientarse, puede adoptar actitudes conformistas que son por completo ajenas a sus antiguos modos de pensar" (Blake y Mouton, 1961: 1-2).

En España, siguiendo el modelo de la desinstitucionalización, a partir de la reforma psiquiátrica de 1985 cambió la política de ingresos llegando a dar casi un giro de 180º, lo que tampoco ayudó a solucionar el problema. Se crearon las unidades de psiquiatría en los grandes hospitales de la Seguridad Social, supuestamente para observación y tratamiento y atender a los enfermos en momentos de crisis, pero las estancias son tan breves que se han convertido en lo que se ha dado en llamar "ingresos de puerta giratoria" que reducen la eficacia al mínimo y poco ayudan a solucionar el problema del enfermo y sus familias, agravado esto por la falta de recursos comunitarios que ofrezcan una asistencia alternativa al internamiento. Como consecuencia muchas familias, al no saber como manejarlos, terminan por abandonarlos viéndose obligados a dormir en los albergues de transeúntes o buscan cobijo en algún rincón de cualquier calle de la ciudad. Ni el gran confinamiento, ni la desinstitucionalización son las respuestas que una sociedad moderna y solidaria debe dar a este problema.

Los enfermos mentales crónicos constituyen un grupo de individuos con características muy diferentes por lo que necesitan, si se pretende solucionar su problema, una política social que desarrolle diversos programas muy bien diferenciados. Los recursos alternativos a las instituciones son muy importantes, pero por mucho que se traten de evitar éstas, sus funciones de asilo y custodia siempre serán necesarias para determinado tipo de enfermos.

La reacción de la sociedad hacia los enfermos mentales es distinta según se trate de trastornos episódicos o de enfermos crónicos. Al principio, las familias tienden a negar o ignorar la enfermedad tratando de evitar el etiquetado por los problemas que este ocasiona y por evitar la vergüenza que para algunos supone tener un enfermo mental en la familia.

No debemos olvidar que muchos enfermos crónicos pueden vivir desinstitucionalizados siempre que reciban la ayuda necesaria y el ingreso sólo sería necesario en ciertos momentos de reagudización de la enfermedad. No se ha hecho un seguimiento serio de los enfermos que salieron de los hospitales psiquiátricos; se ignora cuál fue su vida y si volvieron a ingresar en otro psiquiátrico y hasta que punto les estigmatizó el diagnóstico para volver a llevar una vida "normal". El por qué unos curan y otros no si se les aplican los mismos tratamientos sigue siendo la incógnita que pone en tela de juicio la eficacia de la psiquiatría. El fin de la medicina es curar. En psiquiatría se diagnostica y con el tratamiento se pretende, en el mejor de los casos, sólo aliviar los síntomas y, además, el psiquiatra siempre espera la iluminación para elegir el tratamiento que sea efectivo para cada enfermo. De aquí la crítica al diagnóstico psiquiátrico que no garantiza un tratamiento eficaz pero si estigmatiza al que lo lleva. No olvidemos los casos que curan espontáneamente sin tratamiento.

Por último, y previo a comenzar con la exposición de los resultados, resumimos muy brevemente algunas de las características más importantes de la asistencia psiquiátrica en España durante las últimas décadas del siglo XIX, que nos permitan conocer, junto con lo ya expuesto en los capítulos precedentes, cuál era la situación de los enfermos psíquicos y el por qué de la fundación del Manicomio de Ciempozuelos:

- Los establecimientos existentes no reunían las condiciones adecuadas: estaban mal distribuidos, eran ruidosos, y los enfermos estaban hacinados, pero a pesar de ello no se construyó ninguno nuevo. Se decía que el peor era el de Valencia, hecho

lamentable si se tiene en cuenta que en esta ciudad se construyó el primero del mundo con la intención de protegerles.

- Bajo nivel asistencial. Ausencia de personal preparado y la utilización de medios de contención como jaulas, esposas y grillos, celdas de aislamiento. El director no solía ser médico.
- El objetivo era encerrar a los locos. Una vez encerrados no había mucho interés en proporcionarles una asistencia o un tratamiento adecuado. La escasez de recursos mantenía a los enfermos sin ropa, andrajosos y sucios. A los crónicos se les alejaba de las ciudades y a los agudos se les ingresaba en la ciudad.
- Acertadamente, si hubo quien pensó que los idiotas y los imbéciles deberían estar en edificios aparte, pero esta separación nunca llegó a realizarse.
- También se vio la necesidad de construir un establecimiento para enfermos judiciales como más tarde se hizo.

Toda la información que se recoge en esta Tercera Parte procede de las historias clínicas de los enfermos, salvo que se cite otra fuente. Las historias clínicas son un producto de fines del siglo XVIII, resultado de la entrada del individuo en el campo del saber y en ellas se recoge toda la información utilizada por el médico. Era el comienzo de la descripción de la anamnesis (historia de la enfermedad), del expediente en el "funcionamiento general del discurso científico". "El examen, rodeado de todas sus técnicas documentales, hace de cada individuo un "caso"; un caso que a la vez constituye un objeto para un conocimiento y una presa para un poder" (Foucault, 1982: 196). El caso es el individuo tal como se le puede describir, juzgar, medir, comparar a otros y esto en su individualidad misma; y es también el individuo cuya conducta hay que encauzar o corregir, a quien hay que clasificar, normalizar, excluir, etc. Para Foucault se hace de la descripción un medio de control y un método de dominación. "El examen se halla en el centro de los procedimientos

que constituyen al individuo como objeto y efecto de poder, como efecto y objeto de saber" (Foucault, 1982: 197).

El siglo XIX convirtió los manicomios en verdaderos laboratorios prácticos donde se observaban los síntomas, se experimentaban tratamientos y sobre todo se realizaban los estudios "post mortem". Se convirtieron en verdaderas escuelas donde los mejores libros eran los hombres enfermos y los cadáveres.

El explorador se limita a registrar todos aquellos datos que observa o le dicen sobre el enfermo que puedan justificar un diagnóstico psiquiátrico. Se destacan las conductas anómalas; los síntomas considerados dentro del ámbito de la psiquiatría patológicos y descriptivos de una enfermedad mental. El método descriptivo empirista destaca lo pintoresco, las salidas sorprendidas, los rasgos imprevistos, las palabras inesperadas porque su preocupación se orienta a destacar la amenazante extrañeza de la enfermedad (Sauri, 1969). "La historia clínica es casi siempre un pasaporte al manicomio por su decantación de hechos hacia lo que supone deshabilidad o minusvalía, y donde jamás se reseñan triunfos o hechos que hablen en favor del enfermo" (Rendueles, 1989: 153). "el más riguroso examen psicopatológico, el mejor intencionado, logra, a nivel teórico, los efectos de esconder la realidad del "enfermo" y, a nivel práctico, la reclusión perpetua" (Rendueles, 1989: 154).

Si los alienistas empiristas inventariaban síntomas, sus sucesores hacen encuestas para descubrir la unidad etiológica, con lo cual la labor psiquiátrica sobrepasa el mero registro y adquiere un significado crítico más plenamente clínico. La demostración reemplaza la deducción. El valor lingüístico del discurso o su contenido semántico carece de importancia, por lo que el alienista presta poca atención a lo dicho prefiriendo centrar su atención en la alteración concreta del comportamiento (Sauri, 1969).

A partir de Freud, la anamnesis va a pasar de ser el estudio de la enfermedad, a ser el estudio del enfermo lo que da lugar a introducir en la historias clínicas su biografía. Freud decía de las historias clínicas: "mis historias clínicas parecen pequeñas narraciones literarias y

carecen, por así decirlo, del severo sello científico. Me consuelo pensando que ello deriva, evidentemente, de la naturaleza del objeto y no de mis preferencias personales" (Breuer y Freud, 1893-1895). Afirmaba que su trabajo se parecía más al del biógrafo que al del médico.

Hemos leído cientos de expedientes de personas a quienes por sus comportamientos "raros", "diferentes" se les ingresó en el manicomio. En la historias observadas, el explorador ha utilizado principalmente el modelo descriptivo-clasificador orientado a la observación clínica, descripción, registro y clasificación. Se hace una descripción simple de síndromes y una síntesis de las entidades nosológicas basadas fundamentalmente en el juicio clínico.

En el establecimiento estudiado, en 1996 el número de expedientes había superado los 19.100, aunque no se conservan todos ya que durante la Guerra Civil un fuego destruyó muchos de ellos. Se trataron de reconstruir con la información disponible, en general escasa y que sólo hacía referencia a los datos de filiación, responsable del ingreso y poco más. No obstante, esto no supuso una limitación para nuestro estudio ya que todavía se conservan miles de expedientes, en algunos es visible la huella del fuego, número más que suficiente para llevar a buen término nuestro propósito.

Para poder desplazarnos sin dificultad por las historias clínicas, elaboramos una Guía de Historias (ver pág. 441) que nos ha permitido situarnos cronológicamente siempre que ha sido necesario.

Cuadro 10. Guía de Historias.

| AÑO | Nº | AÑO | Nº | AÑO | No | AÑO | Nº |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1º Enero | Historia | 1º Enero | Historia | 1º Enero | Historia | 1º Enero | Historia |
| 1878 | 10 | 1907 | 2.843 | 1936 | 8.002 | 1965 | 15.304 |
| 1879 | 18 | 1908 | 3.018 | 1937 | 8.311 | 1966 | 15.465 |
| 1880 | 36 | 1909 | 3.183 | 1938 | 8.323 | 1967 | 15.588 |
| 1881 | 52 | 1910 | 3.367 | 1939 | 8.340 | 1968 | 15.700 |
| 1882 | 82 | 1911 | 3.549 | 1940 | 8.541 | 1969 | 15.801 |
| 1883 | 147 | 1912 | 3.704 | 1941 | 8.719 | 1970 | 15.890 |
| 1884 | 198 | 1913 | 3.941 | 1942 | 8.989 | 1971 | 16.007 |
| 1885 | 341 | 1914 | 4.134 | 1943 | 9.102 | 1972 | 16.190 |
| 1886 | 452 | 1915 | 4.393 | 1944 | 9.500 | 1973 | 16.312 |
| 1887 | 568 | 1916 | 4.473 | 1945 | 9.712 | 1974 | 16.453 |
| 1888 | 637 | 1917 | 4.569 | 1946 | 9.979 | 1975 | 16.561 |
| 1889 | 844 | 1918 | 4.691 | 1947 | 10.328 | 1976 | 16.766 |
| 1890 | 895 | 1919 | 4.813 | 1948 | 10.562 | 1977 | 16.911 |
| 1891 | 937 | 1920 | 4.894 | 1949 | 10.797 | 1978 | 17.013 |
| 1892 | 993 | 1921 | 4.977 | 1950 | 11.089 | 1979 | 17.086 |
| 1893 | 1.041 | 1922 | 5.080 | 1951 | 11.402 | 1980 | 17.169 |
| 1894 | 1.174 | 1923 | 5.172 | 1952 | 11.658 | 1981 | 17.294 |
| 1895 | 1.233 | 1924 | 5.283 | 1953 | 11.977 | 1982 | 17.408 |
| 1896 | 1.349 | 1925 | 5.377 | 1954 | 12.265 | 1983 | 17.498 |
| 1897 | 1.446 | 1926 | 5.600 | 1955 | 12.556 | 1984 | 17.606 |
| 1898 | 1.544 | 1927 | 5.863 | 1956 | 12.868 | 1985 | 17.745 |
| 1899 | 1.672 | 1928 | 6.133 | 1957 | 13.274 | 1986 | 17.879 |
| 1900 | 1.791 | 1929 | 6.351 | 1958 | 13.630 | 1987 | 18.000 |
| 1901 | 1.924 | 1930 | 6.478 | 1959 | 14.030 | 1988 | 18.122 |
| 1902 | 2.064 | 1931 | 6.743 | 1960 | 14.319 | 1989 | 18.233 |
| 1903 | 2.239 | 1932 | 6.915 | 1961 | 14.488 | 1990 | 18.322 |
| 1904 | 2.374 | 1933 | 7.246 | 1962 | 14.612 | 1991 | 18.380 |
| 1905 | 2.516 | 1934 | 7.501 | 1963 | 14.786 | 1992 | 18.520 |
| 1906 | 2.672 | 1935 | 7.774 | 1964 | 15.040 | 1994 | 18.654 |

FUENTE: Elaboración propia. Ciempozuelos, 1993.

MANICOMIO DE VARONES EN CIEMPOZUELOS

10.1. MANICOMIO DE VARONES EN CIEMPOZUELOS (1877-1908).

Se ha considerado 1877, como fecha de la inauguración del establecimiento, por ser este año cuando ingresó el primer enfermo (15 de mayo de 1877). Algunos autores citan el año 1876, ya que fue a finales de diciembre de este año cuando los Enfermeros de la Caridad se instalaron en la finca. El primer enfermo tenía 27 años, estaba avecindado en Ciempozuelos y fue acogido de caridad. Pronto empezarían a llegar enfermos de todos los lugares de España: Madrid, Logroño, Alava, Toledo, Orense, Teruel, Avila, Huesca, Ciudad Real, Valdemoro, Aranjuez, Gibraltar, Cuenca, Cádiz, Málaga, Guadalajara, Sevilla, Navarra, Segovia, Santander, etc. Nada extraño teniendo en cuenta el reducido número de manicomios en nuestro país y la lamentable situación de los enfermos acogidos en los mismos.

En Madrid, se internaba a los enfermos en la sala de dementes del Hospital Provincial donde permanecían hacinados y sin tratamiento, lo que hizo que fuese considerado uno de los peores establecimientos de España y así lo manifestaba Concepción Arenal: "allí no hay nada que los ocupe o distraiga, ni se ven señales de que se intente algún medio de curación; no sabemos si el médico los vigila, lo mismo da, porque en tales condiciones es inútil" (cit. por Espinosa Iborra, 1966: 51).

Según un estudio estadístico realizado en 1880, de los 15 establecimientos que había para dementes, 7 estaban en malas condiciones, 5 en mediana y sólo los de Cádiz, Málaga y Teruel se consideraban aceptables. Se decía que los manicomios existentes eran "ruinosos, mal distribuidos, no reunían condiciones y estaban sobresaturados. Muchos carecían de baños como el de Granada" (Márquez Moreno, 1989: 82). La descripción del Manicomio de Ciempozuelos se ha hecho ampliamente en la Segunda Parte de este trabajo, por lo que en los capítulos que siguen vamos a limitarnos, principalmente, a exponer los resultados obtenidos en el estudio de las historias clínicas.

Durante los años que comprenden este primer período (1877-1908) se han observado las influencias teóricas en los criterios seguidos para la recogida de información y el diagnóstico de los enfermos. Como tendremos ocasión de ver, el diagnóstico es con frecuencia una breve descripción de la sintomatología presentada.

En estos primeros años el protocolo de admisión utilizado lleva la denominación de

"MANICOMIO DE _____ EN CIEMPOZUELOS"¹.

El espacio en blanco está cumplimentado a mano con la palabra VARONES, probablemente porque ya en aquellos tiempos se pensase en fundar un manicomio para mujeres, como más tarde se hizo², estando ambos manicomios, en un principio, bajo una única dirección.

En cada expediente hay un protocolo de admisión (ver pág. 486) que tiene dos folios. En la primera página se recoge la siguiente información:

¹ Los primeros manicomios fundados por la Orden Hospitalaria en nuestro país datan del siglo XIX. Con ellos pretendían "cumplir una función de defensa fóbica respecto a las ansiedades que origina en nuestra cultura el trastorno mental, aliándose con los aspectos instalacionistas del psicótico; establece, pues, una doble alianza, de puertas afuera y de puertas adentro, con los aspectos más enfermos, en lugar de los sanos". La Psiquiatría de la Orden Hospitalaria en España", p. 10.

² Años más tarde (1894) el P. Menni fundaría, también en Ciempozuelos, el Manicomio del Sagrado Corazón para dementes mujeres, regido por las Hermanas Hospitalarias.

FILIACION Y DATOS PERSONALES
ANTECEDENTES HEREDITARIOS
ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD y
EXAMEN CLINICO.

En el reverso de esta hoja se cumplimentan los siguientes apartados:

- DIAGNOSTICO
- PRONOSTICO
- TRATAMIENTO
- CURSO DE LA ENFERMEDAD

Puede observarse que se sigue el modelo médico de enfermedad: una guía sistemática para la recogida de información, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y un seguimiento del curso de la enfermedad.

En la última página :

Autopsia. Observaciones sacadas del estudio microscópico de los tejidos enfermos o sospechosos de estar lesionados.

No se ha observado ninguna historia en la que figuren los resultados de los estudios de la autopsia, no obstante, en la literatura de la época si se menciona que José Rodrigo González realizó numerosos estudios microscópicos de los tejidos cerebrales. Con estos estudios se pretendían encontrar las posibles lesiones anatómicas causantes de las enfermedades mentales y aunque fue una práctica común en los mejores hospitales psiquiátricos de aquel entonces, no se consiguieron los fines propuestos.

Juan Bautista Peset y Vidal, médico del departamento de alienados y catedrático de medicina en Valencia y, posteriormente, en Barcelona, en su obra "Patología Psicológica" decía respecto a las lesiones anatomopatológicas: "ni el encéfalo ni ningún otro órgano de la economía nos indica después de la muerte del enajenado lesión alguna

constante a la que poder atribuir la enfermedad que sufriera". "No era de extrañar, pues se trataba de una dolencia moral, de un afecto que era resultado de un padecimiento del alma expresado por el desorden de sus facultades. Peset pensaba que la razón y el delirio eran elementos opuestos. Cuando fallaba la razón, se producía el delirio, base de la locura que podía depender: Primero de una falsa sensación producida en la extremidad de los nervios y de los aparatos sensibles, o sea de la alucinación; segundo, de una sensación anormal, excitada en las vísceras interiores, como la hipocondría y flegmasía agudas, y tercero, de una operación viciosa de la inteligencia, o sea de la concepción delirante" (cit. por González Duro, 1995: 319).

Como nos dice Saurí, el siglo XVIII, dominado por el empirismo racionalista y los ideales de la Ilustración, cifraba el bienestar en la Felicidad. Para conseguirla, el hombre sabe que es necesario contentarse con lo posible y conoce que, para lograr tal fin, debe controlar sus impulsos y deseos. La enfermedad mental, estado en el cual es imposible la Felicidad, proviene de la desnaturalización causada por las pasiones incontrolladas. Para unos, las pasiones son necesarias y hay que saber aprovecharlas. Para otros, entre ellos Kant, las pasiones son una gangrena para la razón y la mayoría de las veces son incurables. Las pasiones pueden llevar al loco a la pasividad, apatía o a la agresividad. El psiquiatra adscribe la causa de la alienación al mismo ser alienado y la coloca dentro del mismo sujeto; las pasiones causan la locura y los síntomas traducen la alteración de la naturaleza humana. Pasiones, pesadumbre, odio, temor, arrepentimiento, remordimiento, celos, envidia, sirven también para enriquecer las bellas artes e inspiran algunas obras maestras de pintores y escultores de primer orden. Para Hegel, las pasiones no son ni buenas ni malas. Sólo es que el individuo ha puesto todo su interés en un contenido único. Al identificar Pavlov los instintos con los reflejos condicionados y dado que estos son una actividad de la corteza cerebral, parece abierto el camino hacia una concepción neurobiológica del comportamiento normal y patológico (Saurí, 1969).

Con el fracaso del tratamiento moral el pensamiento psiquiátrico se hizo materialista. Ello requirió penetrar dentro del cuerpo. Además de explorar las funciones durante la vida, la anamnesis y la

exploración funcional, intentaron descubrir los secretos de la materia después de la muerte. El cuerpo, explorado y estudiado por la psiquiatría positivista, es un objeto presente, concreto, susceptible de ser medido. La "inspectio cadaveris" ofrece la posibilidad de fundamentar materialmente la unidad nosológica (comienzo, evolución y finalización). Las enfermedades mentales son una afección del cerebro y se trata de localizar los órganos de la locura. Lo experimental positivo priva sobre lo clínico y trastorna el arte psiquiátrico en técnica para ver y saber ver. Supone la correlación del sustrato anatómico con la manifestación mórbida. La frenología se basa en este supuesto cuando Gall afirma que los abombamientos frontales salientes corresponden a una inteligencia viva y brillante (Saurí, 1969). Para el psiquiatra racionalista enferma algo, no alguien; un cuerpo, no un hombre.

Debido a la lamentable situación de los enfermos mentales, la Ley de Beneficencia de 30 de junio de 1849 obligó al Estado a responsabilizarse de los manicomios benéficos. Sólo se creó el de Santa Isabel de Leganés (24 de abril de 1852) que por una instrucción del 27 de enero de 1885, fue declarado modelo, algo inexplicable, en palabras de Escuder, porque "allí ni se ha hecho un solo trabajo científico, ni inventado nada, ni se ha escrito un libro, ni se hacen historias clínicas, ni autopsias, ni nada que huela al menor asomo de psiquiatría" (cit. por Espinosa Iborra, 1966: 51). Parece que en Ciempozuelos, por la información que hemos recogido de aquella época, si se hacían este tipo de actividades científicas: las obras publicadas y ya mencionadas anteriormente, las historias clínicas, tratamientos, autopsias y, aunque no fuese una práctica propiamente psiquiátrica, incluso la aplicación de la fórmula inventada por José Rodrigo González para el tratamiento del cólera y que tan buenos resultados obtuvo.

La Ley de Beneficencia de 29 de febrero de 1876 y la de 19 de abril de 1887 autorizaba a las Diputaciones a enajenar bienes de beneficencia pública y utilizar esos fondos para la construcción de manicomios, ofreciendo el Gobierno hacerse cargo una vez construidos, promesa que todavía no se ha llevado a efecto.

Del 28 de noviembre de 1899 al 13 de febrero de 1900 se utiliza un protocolo de admisión con el título de:

"MANICOMIO DE SAN JUAN DE DIOS EN ALMERIA"

(la palabra Almería tachada y sustituida por Ciempozuelos). En este protocolo se recogen, como es habitual, los datos de ENTRADA (fecha y a petición de) y SALIDA (fecha y causa), filiación, antecedentes hereditarios, antecedentes de la enfermedad.

Difiere del protocolo utilizado en Ciempozuelos por tener un apartado para las Características Antropométricas (descriptivas y métricas) y otro para la Etiología. En este último se distinguen:

| | |
|------------------------|---|
| causas de orden moral | educación pasiones y emociones |
| causas de orden físico | locales generales fisiológicas y específicas |

En Ciempozuelos, más al día con las nuevas tendencias respecto a las concepciones ético-morales, teóricamente ya abandonadas aunque no en la práctica, las causas de orden moral se han tachado y sustituido por los items del "Examen Clínico" (pág. 486), más en consonancia con las nuevas concepciones médico-organicistas. El trabajo realizado por los Hermanos de San Juan de Dios en el Manicomio de Almería¹ tuvo una corta duración (1897-1900); suponemos que por motivos económicos se enviaron estos protocolos a Ciempozuelos para su utilización en el establecimiento.

¹ El Manicomio de San Juan de Dios de Almería fue inaugurado en 1897. El antiguo manicomio de esta ciudad estaba en unas condiciones tan deplorables que la autoridades provinciales decidieron reconstruirlo encomendando la tarea a los Hermanos de San Juan de Dios, quienes comenzaron la reforma con la ayuda de limosnas. Como la ayuda de la Diputación no llegaba y la situación económica era insostenible los Hermanos Hospitalarios abandonaron el Centro en 1900.

A partir del 13 de febrero de 1900 se vuelve a utilizar el primer modelo de protocolo pero con la nueva denominación:

MANICOMIO DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS
en CIEMPOZUELOS

Las no muy buenas relaciones Iglesia-Estado que en los años de la fundación motivaron la creación de la asociación seglar de los Enfermeros de la Caridad para regir el manicomio, debía estar ya superadas si nos atenemos a la nueva denominación.

De los 9 enfermos ingresados en 1877 no se conserva ninguna historia. En 1878 ingresaron 13 (expedientes 10 al 22), de las que hay dos, al igual que de los de 13 ingresos de 1879 (expedientes 23 al 35) y de los 16 de 1880 (expedientes 36 al 51); en 1881 de 30 ingresos (52 al 81) se conservan 7, en 1882 de 65 ingresos (82 al 146) hay 26 y, a partir de aquí, el número de historias aumenta considerablemente; de 1887 hay 54, etc.

En los primeros años, la mayoría de los enfermos ingresaban a petición de sus familias y, en algún expediente, también hemos observado a petición de su curador, de su "amo", o de su obispo, si se trataba de algún sacerdote enfermo, quienes se hacían responsables de los gastos del internamiento. Pronto, cuando comenzaron a efectuarse los convenios con las Diputaciones Provinciales, estas pasarían a ser los mayores proveedores. Algunos enfermos ingresaban de "caridad" o en régimen de "acogidos".

Antes de comenzar el estudio de la información recogida en las historias clínicas para el diagnóstico de los enfermos mentales, creemos interesante mencionar algunas de las 140 sentencias que sobre la enfermedad mental formuló Giné y Partagás a finales del siglo XIX, y que han sido recogidas por Peraza de Ayala (1947: 124-125):

El éxtasis, la melancolía y la manía, son las únicas formas mentales curables; cuanto más una enfermedad mental se aparta de esos tipos, tanto más difícilmente se logra su curación".

"El éxtasis es más curable que la melancolía y ésta más que la manía".

"Las manías agudas con agitación son las más curables.

"Cuando la obliteración de las facultades mentales se presenta, de un modo agudo y desde el principio, en la manía, hay que esperar una rápida curación"

"La manía tranquila o sin delirio, es menos curable que la agitada y con delirio furioso, desde el principio; pero si la agitación aparece secundariamente, la curación es rara"

"La aparición de los sentimientos de familia, en la manía, es el indicio más favorable que se puede desear".

"Los locos que sin ser interpelados sonríen frecuentemente, son por lo común incurables, mayormente si este fenómeno aparece cuando la enfermedad data ya de bastante tiempo".

"Si la alegría aparece súbitamente en medio del éxtasis o de la tristeza, indica que la enfermedad se agrava".

"La alegría y la risa en las histéricas no tiene importancia diagnóstica"

"La calma y la indiferencia moral, son de mal agüero".

"La continua oposición a hacer lo que se le manda al enfermo indica que el mal tiene hondas raíces".

"Es de mal pronóstico, por más que no sea indicio de incurabilidad, el capricho de ciertos enfermos de adornarse con flores, lacitos, pingajos o vestidos extraños".

"La demencia verdadera es siempre incurable; pero hay estados de obliteración de las facultades intelectuales que se presentan en los principios

de la manía o de la melancolía, y otros de estupor que remedan a la demencia, los cuales no ofrecen gravedad alguna".

"En la juventud y en la virilidad, las manifestaciones de las enfermedades mentales suelen ser más agudas, pero más curables; en la vejez hay menos agudeza de síntomas y menos curabilidad".

"En la época de los grandes calores se obtienen mayor número de curaciones que en la estación de los fríos rigurosos".

"El 86 por 100 de las curaciones se logra en el primer año de la enfermedad mental, 34 en el primer trimestre, 20 en el segundo y 29 en el segundo semestre; en el segundo año sólo habría el 8 por 100 de curas y 2 por 100 en el tercer año".

"Se ven algunos casos de curación después de catorce y aún veinte años".

En estos aforismos enunció Giné y Partagás lo más interesante de la psiquiatría de aquel entonces. Impresiona, respecto al pronóstico en general, como si tuviera una visión muy optimista aunque si señala la incurabilidad de determinadas patologías.

Procedemos a continuación al estudio de la información recogida en los expedientes que ha servido para el diagnóstico de los enfermos mentales. Para mantener un orden seguiremos el del protocolo de admisión:

Filiación y datos personales.

La procedencia de los enfermos, como ya hemos observado, era muy variada (Valdemoro, Aranjuez, Gibraltar, Cuenca, Madrid, Cádiz, Málaga, Guadalajara, Sevilla, Navarra, Segovia, Santander, etc.). Prácticamente llegaban solicitudes de todos los rincones de España, algo que hemos podido también observar en otros manicomios, lo que demuestra la caótica situación en la que se encontraban estos enfermos y la falta de establecimientos donde se les prestase asistencia.

Con respecto al estado civil, se advierte un mayor número de solteros, hecho que parece lógico pues, por un lado, la propia enfermedad disminuye el número de matrimonios y, por otro, el casado tiene a su mujer y sus hijos para atenderle lo que disminuye los internamientos. Otro factor a tener en cuenta, además de los citados, es la mayor vulnerabilidad a padecer la enfermedad mental entre los solteros. En el Cuadro 10.1 se pueden ver los porcentajes obtenidos en los años 1881 y 1900, años que elegimos aleatoriamente.

Cuadro 10.1.
Estado Civil. Años 1881 y 1900

| ESTADO CIVIL | AÑO 1881 % | AÑO 1900 % |
|--------------|---------------|---------------|
| Soltero | 63,33 | 56,39 |
| Casado | 23,33 | 33,08 |
| Viudo | ---- | 6,01 |
| Célibe | 3,33 | -- |
| N/C | 10 | 4,51 |
| Total N=15 | 100 | 100 |

FUENTE. Elaboración propia. Datos obtenidos del Libro de Registros de Enfermos Ciempozuelos, 1995.

Se observa el mayor número de enfermos ingresados solteros (63.33% en 1891 y un 56.39% en 1900) versus los casados (23,33% en 1891 y 33,08% en 1900) que corrobora lo anteriormente expuesto.

Con relación a la edad, el abanico es amplio y se han observado ingresos desde los 10 años (diagnosticados de idiocia o imbecilidad) en adelante, aunque la edad más frecuente al ingreso está en torno a la década de los 30.

La profesión de los internados era muy diversa y podemos tenerla en cuenta como un indicador de la clase social a la que pertenecían. Esta diversidad tampoco debe extrañarnos ya que en el

establecimiento, como hemos señalado, ingresaban enfermos de distinto nivel económico. Veamos como ejemplos: músico, sacerdote, labrador, hacendado, prebistero, bracero, prestamista, jornalero, torero, estudiante, abogado, guarnicionero, zapatero, comerciante, agricultor, artista, médico, no faltando incluso la de "parásito", etc. En un principio, la intención del fundador, fue la de construir un manicomio para los enfermos de la clase media, ya que los enfermos de Beneficencia eran atendidos por las Diputaciones y los "ricos" contaban con recursos suficientes para buscarse ellos la asistencia adecuada o ser atendidos en sus propios domicilios, pero la fuerte demanda le obligó a cambiar esta intención inicial y a admitir a todo el que llegaba.

Se medía la estatura y la fuerza muscular a todos los enfermos y se registraba el color de la piel, ojos y cabellos, además del desarrollo fisiológico, y el temperamento que siguiendo la antigua clasificación de lo griegos, se describía como nervioso (el más frecuente), linfático, flemático, y sanguíneo.

Antecedente hereditarios.

La teoría de la degeneración de Morel que considera el factor hereditario una de las causas de la locura, o la predisposición de Magnan, o las leyes de Mendel influyeron en los médicos prácticos para tener en cuenta los antecedentes hereditarios que se recogen en el protocolo pero, que en la mayor parte de los expedientes, no constan o se ignoran.

Se observa en los registros:

"no existen antecedentes hereditarios,"

o,

si existen "parientes locos"

y el registro de

"se ignoran aunque deben existir",

prueba del interés por estos datos debido a la influencia de tendencias que consideraban la locura una enfermedad hereditaria, o al menos una predisposición:

"creemos que a la causa predisponente herencia, hay que sumar las ocasionales de embriaguez y excesos venéreos" (diagnosticado de melancolía y demencia).

se decía de un enfermo que tenía un primo hermano loco, además de "dos individuos más de su familia también locos".

La edad de los padres era también un dato importante:

"padre edad muy avanzada cuando el nació"

sobre todo en los enfermos diagnosticados de idiocia o imbecilidad.

Antecedentes de la enfermedad.

Hasta que comienzan a ingresar los enfermos de las Diputaciones¹ (1882) que, en general, procedían de los Hospitales Provinciales no constan, normalmente, ningún antecedente. A partir de entonces si se tiene algo más de información aunque ésta sea tan somera como sólo informar que han tenido ingresos previos y, a veces, ni siquiera esto, pero se deduce al ser trasladados de otros establecimientos. La falta de información es frecuente en los registros:

"Se ignoran (los antecedentes de la enfermedad) como todos los que provienen de la Diputación de Cáceres que han llegado del Manicomio de Valladolid".

Cuando se dispone de algún tipo de información, suele estar registrada, aunque sólo sea que ha estado ingresado previamente, lo que

¹Una orden circular de la regencia de 27 de julio de 1870 obligó a las provincias donde había nacido el demente a que se hiciesen cargo de su mantenimiento, en tanto el Estado no pudiera hacerlo. Esto sería ratificado por una Real Orden de 29 de febrero de 1876. Finalmente por otra Real Orden de 19 de abril de 1887 se dispuso que las Diputaciones se hiciesen cargo de los dementes pobres.

demuestra el interés del explorador ("se buscan datos y sin encontrarlos") y probablemente también la escasa o nula relación con la familia como facilitadora de estos datos:

"estuvo en San Baudilio"

"seis meses diagnosticado de manía aguda"

"dos años antes de ingresar enajenado mental de índole histérico"

"un año en Valladolid muy alborotado"

"niño raro y lleno de manías"

"niño extravagante, que en ocasiones entraba en su casa por la chimenea"

Son frecuentes registros como los siguientes:

"sólo sabemos que ingresó en un estado que asemeja a la demencia"

"viene sin más antecedentes que el nombre y pueblo de su procedencia"

"se ignoran aunque se cree que los alcoholes han contribuido a su enajenación mental"

"no existe duda respecto a que es un imbécil de nacimiento"

"se ignoran antecedentes aunque se sospecha sea congénita su imbecilidad".

A veces la información se conseguía a través de otros enfermos; durante este período raramente hay registros en los que se mencione que los datos hayan sido proporcionados por las familias:

"estuvo un año ingresado en Valencia y según algunos dementes que con él estuvieron estuvo muy alborotado"

"según relación del enfermo, le empezaron los accidentes siendo muy niño, a causa también de los muchos golpes en la cabeza de manos de un maestro de primeras letras. Presentando como comprobante el hecho de haberse vuelto loco otro muchacho por la misma causa" (diagnosticado de "epilepsia").

Las pasiones se consideraban, desde antiguo, causa de la enfermedad mental o, por lo menos, un predisponente. Villargoitia, director del Manicomio de Zaragoza, en "Medios para mejorar en España la suerte de los enajenados" (1846) señalaba entre las causas de la locura las pasiones, los vicios y los adelantos sociales, la moderna civilización y las continuas convulsiones políticas¹.

"dedicación a la política"

"creen sus parientes y allegados que el excesivo trabajo intelectual ha sido la causa de su enfermedad"

"Sólo sabemos que se entregó con pasión a la política, que según su misma familia debió ser la causa ocasional de su locura" (diagnóstico de "delirio crónico").

"Bien parecido, esmerada educación, simpático. Se porta bien en todos sus actos siempre que no hagan relación a la cuestión política y religiosa. Partidario de D. Carlos se pasa grandes ratos dando mueras a nuestro rey y vivas a D. Carlos con una voz tan estentórea que se le oye a grandes distancias, dejando esta ocupación por quedarse ronco". "Sufre impulsiones agresivas y alguna vez suicidas (subirse a un árbol para tirarse de cabeza,

¹En Europa, a mediados del siglo XIX, se hicieron estadísticas entre la población asilar para conocer dónde se daba el mayor porcentaje de dementes, si en el hombre o en la mujer. Los resultados fueron que el predominio era mayor en el hombre y lo atribuían a la moderna civilización y a las continuas compulsiones políticas (Marquez Moreno, 1988: 248)

negarse a comer". ("Monomaniaco político con impulsiones suicidas").

Ballarín, del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, en un trabajo que realizó (1835) basándose en sus experiencias, hacía referencia a las pasiones "cuyo maximun o extremo desborda los diques naturales y produce trastornos mentales".

"Entregado por completo a la lectura de periódicos cuyos artículos comenta para después escribir una serie de despropósitos políticos. En cuanto oye a cualquiera toser lo considera un violento insulto, le produce un malestar grande en sus oídos a pesar de llevarlos cubiertos con algodón en rama y se pone irritado, insultante y agresivo con el primero que halla a su paso. En el pueblo, los granujas lo siguen tosiendo para que les corra y de este modo divertirse. Escribe cartas de muchos pliegos en las cuales se ocupa de reformas sociales, de sus persecuciones, de su orgullo innato, todo revuelto, todo incoherente. Educado y fino, salvo que se tosa, entonces es capaz de arrojar a la cabeza del visitante lo primero que encuentra a mano" ("Delirio crónico propio de los degenerados mentales").

Esta historia nos trae a la memoria al gran humanista Luis Vives quien consideraba "la mayor inhumanidad enloquecer a uno para tener de qué reír y hacer materia de diversión". Y, lamentablemente, observar como se ha mantenido esta costumbre hasta nuestros días en los pueblos y aldeas donde los mozos se han divertido a costa del denominado "tonto del pueblo".

También se consideraban ciertos factores influyentes como el clima, estaciones y condiciones topográficas de los terrenos. En ciertas estaciones, primavera y otoño, son más frecuentes las crisis de los enfermos y también se dice que las zonas del litoral atenúan los procesos nerviosos que, por el contrario, se agudizan en las zonas montañosas.

Observamos en el siguiente registro como el histerismo no se considera estar loco; es la diferencia que posteriormente se haría entre

trastornos neuróticos y psicóticos y que ha dejado de realizarse en la CIE-10 (1992). Los "locos" son los que sufren de un trastorno mental grave (psicóticos).

"Ha sufrido varios ataques de histerismo antes de ponerse loco, lo que el enfermo atribuye a exceso de trabajo mental" (1898)

EXAMEN CLINICO.

Consiste en una exploración somática que José Rodrigo González solía hacer de forma sistemática a todos los enfermos.

Se describe la **fisonomía**:

"tristeza e irascibilidad"

"mirada sombría"

"revela imbecilidad"

"afeminada, tímido"

"bondad, mirada tímida, avergonzada"

"amabilidad, buena educación, firmeza"

"animación y delirio, mirada viva"

"tristeza"

"irascible, orgullo, mirada altanera"

"revela orgullo, mirada serena, altiva"

"expresión de demente crónico sistematizada".

Teniendo en cuenta que "la fisonomía es el hombre", en palabras de Buffon¹, hubo médicos de aquella época que estudiaron las fotografías como medio de diagnóstico en el conocimiento de la locura. Los expedientes tienen la fotografía del enfermo, a su ingreso, y las que se les van haciendo posteriormente, que reflejan en los rostros no sólo el paso del tiempo sino también las huellas que va dejando la enfermedad. Es una forma importante de tener siempre identificados a los enfermos cuando estos son incapaces de hacerlo por sí mismos. El estudio de las fisonomías a través de las fotografías (los rostros de la locura: depresión, ansiedad, locura, etc.) es un campo que se ha estudiado en otros países pero que queda pendiente en nuestro país para futuras investigaciones.

Locución:

"clara"

"bien articulada"

"fácil"

"de tonos imperiosos"

"bien articulada pero poco usada" etc.

Movimientos y actitudes:

"replegados"

"pesado"

"afeminados y tímidos"

"enérgicos y vivos"

"vivos, orgulloso"

"altivos coléricos"

"retraídos y perezosos"

¹George Louis Leclerc, Conde de Buffon (1707-88) naturalista francés, publicó en 1749 su "Histoire Naturelle" que tuvo un gran éxito, aunque hoy se considera poco científica. Fue miembro de la Academia Francesa.

"tronco inclinado"

Progresión:

"regular" (lo más frecuente)

"entorpecida"

"majestuoso"

Gestos de la cara (Suele repetirse la descripción hecha para la fisonomía):

"expresan irascibilidad y tristeza"

"demencia"

"expresan nerviosismo y timidez"

"afectivas en estado latente"

"expresan orgullo e irascibilidad"

Facultades psicológicas:

"afectivas y sensitivas afectadas" (lo que más se repite)

"pervertidas"

"afectivas casi nulas"

"afectivas en estado latente"

"afectivas sin manifestación"

"afectivas y sensitivas muy perturbadas"

Instintos:

"morales"

"desarrollados y exagerados"

"normales"

"muy atenuados"
"pervertido el de conservación"
"desarrollados y pervertidos"
"apagados";
"sentidos pero sin preponderancia";
"parecen no existir sino muy atenuados"

Facultades intelectuales:

"medio desarrollo"
"anuladas"
"regular desarrollo"
"en decadencia y al servicio de ideas delirantes"
"brillantes pero al servicio de una idea fija"
"regular desarrollo"
"en decadencia aunque debieron ser brillantes"
"bastante atenuadas sobre todo la memoria"
"apatía"
"al servicio de impulsos volitivos irresistibles"

Estados viscerales:

"regular funcionamiento intestinal"
"buen funcionamiento"
"regular funcionamiento"

Medición craneana.

(Circunferencia, semicircunferencia, ant^o posterior, id. bi-auricular, longitud de la frente, altura de la misma, ángulo facial). Bajo la influencia de la frenología y de las teorías lombrosianas a los enfermos se les efectuaba esta medición. Estas teorías tuvieron una gran repercusión pues se observa la medición en prácticamente todas las historias.

La frenología fue fundada por Franz Josef Gall (1758-1828) quien defendió que las facultades mentales eran innatas y que dependían de estructuras tópicas del cerebro a las cuales correspondían protuberancias particulares de la superficie craneana externa. Identificó 27 órganos del cerebro humano. Estos correspondían a un número igual de facultades (bondad, sentimiento religioso, etc.) que siendo fijas desde el nacimiento no podían ser modificadas por la educación. Dio paso a las localizaciones cerebrales. Estas teorías causaron un gran impacto en la época y, pensamos que también en Ciempozuelos, prueba de ello es que a todos los enfermos se les midiera con regularidad el cráneo, aunque, por otro lado, aparte de la medida no se suele encontrar ninguna observación adicional salvo, excepcionalmente en algún caso, para hacer destacar alguna anomalía importante como "cabeza pequeña y deforme" o algo parecido.

Lombroso describió en 1897, al delincuente epiléptico, al delincuente demente y otro grupo con características de atavismo y degeneración. En 1911 manifestó que había descubierto el secreto de la delincuencia por las manifestaciones anatómicas del cráneo (mandíbulas enormes, pómulos altos, arcos superciliares prominentes, líneas aisladas de la palma de la mano, tamaño excesivo de la órbita, orejas con forma de asa, insensibilidad al dolor, visión extremadamente aguda, tatuajes, indolencia excesiva, afición a las orgías. Su teoría del delincuente atávico la expuso por primera vez en "L'uomo delinquente" Defendía la tesis de que el tamaño del cráneo tenía que ver con la personalidad y conducta de los individuos¹.

¹ A Lombroso se le hicieron numerosas críticas en cuanto a que las estadísticas eran inadecuadas: los estigmas físicos podían ser ocasionados por mala alimentación, los tatuajes eran costumbres culturales, la teoría genética excluía la posibilidad de una evolución regresiva, la variación biológica no puede explicar la tasa de delincuencia, y la evaluación social tiende a evaluar de forma distinta a las personas que presentan estigmas físicos. A pesar de ello sus teorías dieron paso a la antropología criminal.

AÑO EJEMPLOS DE DIAGNOSTICOS

- 1878 Melancolía con monomanía homicida.
Demencia en 1884.
- 1878 Demencia crónica (diagnosticado en 1881)
- 1879 Monomanía o locura afectiva con alucinaciones
- 1879 Delirio crónico. demencia.
- 1879 Monomaniaco con impulsiones suicidas
- 1880 Demencia.
- 1881 Delirio crónico propio de los degenerados mentales.
- 1881 Demonomanía. Delirio religioso sistematizado.
- 1881 Idiotismo, epilepsia, esclerosis cerebro-espinal.
- 1881 Locura sistematizada de Griesinger.
- 1881 Delirio sistematizado de grandeza
- 1881 Delirio crónico megalomaniaco.
- 1881 Monomanía intelectual crónica. Demonomanía.
Megalomanía o delirio de grandeza.
Imbecilidad.

En los diagnósticos de este período se observa la influencia de la escuela francesa y principalmente la clasificación de Pinel (manía, melancolía, demencia e idiotismo). Esquirol sustituyó el término de melancolía por el de monomanía y Morel introdujo la teoría de la degeneración. No obstante, con el diagnóstico de "locura sistematizada de Griesinger" se entra ya en la escuela alemana. Para Griesinger, las enfermedades mentales eran enfermedades del cerebro lo que dio lugar al modelo organicista.

El concepto de monomanía de Esquirol rompía con el concepto antiguo de considerar la locura como un trastorno de la razón ya que no siempre esta estaba alterada. Dentro de las monomanías denominó lipemanía a la locura triste.

José Rodríguez Villargoitia, siendo médico del departamento de dementes del Hospital General de Madrid, criticaba las clasificaciones mentales y "consideraba que la locura residía en el cerebro y estaba causada por alteraciones humorales, por enfermedades relacionadas con el cerebro o por enfermedades del cerebro mismo"... "creía que las diversas manifestaciones de locura respondían a un trastorno

fundamental de fondo" (cit. por Rey González, 1854)). Una dirección opuesta seguía Juan Bautista Perales, director del Hospital de Valencia, que consideraba muy importante clasificar a los enfermos. Dividía los diagnósticos en seis grupos: alucinación mental, amencia, demencia, epilepsia, monomanía y talento escaso (cit. por González Duro, 1995: 315).

Pronóstico:

Los términos más frecuentemente utilizados eran:

"desfavorable" y
"reservado".

En algunas historias se observa que se da el alta como curado, a pesar de la dificultad que supone en psiquiatría poder decir que un enfermo está curado, pero así lo exigía la ley.

Tratamiento:

Durante el siglo XIX se privaba a los locos de la libertad internándoles en manicomios con el fin de transformar su personalidad haciéndoles más dóciles y obedientes. El aislamiento era la terapéutica más importante y el tratamiento moral era considerado el rey. Se les intentaba distraer con el trabajo, la lectura, la música, el canto e incluso las prácticas religiosas. Los tratamientos observados en nuestro estudio reflejan las concepciones vigentes. Van dirigidos principalmente a curar debilidades, ya sean físicas (tratamientos con tónicos y reconstituyentes, aceite de hígado de bacalao, balneoterapia) o morales (tratamiento moral):

"Extracto de opio. Moral e higiénico"

"duchas escocesas, reconstituyentes, higiénico"

"moral, higiénico, bromuros e hidrato cloro"

"higiénico, moral, tónicos"

"baños fríos, ac. fosfórico, arseniato de hierro"

"moral, higiénico"

"bromuros de potasio, fosfato hierro, preparados de Belladona"

" duchas de agua fría"

"tónicos reconstituyentes"

" duchas de agua fría a la cabeza"

"aceite de hígado de bacalao", etc.

En la farmacología se usaban purgantes, sedantes (opio y morfina), hipnóticos, tónicos reconstituyentes. El tratamiento más eficaz para los epilépticos eran los bromuros. y el luminal en las crisis epilépticas. En los casos de parálisis general progresiva los hidratos de cloro.

Cuando algún enfermo era muy agresivo se mencionan algún tipo de contención mecánica, duchas de agua fría o cambio a un pabellón de agresivos. Rodrigo González, en su obra "Prontuario del Enfermero" hacía las siguientes recomendaciones a los enfermeros:

"Para emplear los llamados métodos restrictivos procurarán lo siguiente: nunca colocarán la llamada camisa de fuerza o el correaje de cintura, manos y cuerpo sin que lo haya ordenado el médico, pero en los casos imprevistos y de evidente necesidad podrá hacerse con permiso del Superior: dando empero cuenta al médico, si esta medida hubiera de prolongarse. No darán baños ni duchas llamadas de impresión o castigo, sin que el médico lo ordene. No meterán a ningún enfermo en celda o habitación aislada a no ser por poco tiempo, sin que el médico lo autorice. Una sujeción parcial, como, por ejemplo, los llamados guantes o manoplas, la colocación del cinturón con sujeción de una mano, el aislamiento por poco tiempo, debe ser empleado con mucho tacto y cuidado, consultando detenidamente a su conciencia para ver si la medida es dictada en bien sólo del enfermo o entra para algo la pasión o el odio".

A los enfermos de beneficencia, capacitados para ello, se les mantenía ocupados en los distintos talleres y tareas de la casa y a los "ricos" se les recomendaba la lectura, gimnasia, música y también viajes y baños de mar. Lo importante era mantenerles ocupados y distraídos de sus pensamientos. Los resultados unas veces eran:

"nuestro enfermo sigue cada vez mejor, hasta obtener una completa curación siendo dado de alta como curado"

"sale del Establecimiento, en concepto de convaleciente y según noticias posteriores se ha consolidado su curación"

En 1881 se dice de un enfermo hacendado:

"ha salido a viajar por el extranjero acompañado de observándole se mejora algún tanto"

pero no siempre se obtenían estos resultados y así podemos observar la frustración del médico ante el fracaso de sus esfuerzos por ayudar al enfermo:

"las únicas ventajas reportadas a este enfermo en este manicomio durante este año ha sido el estar limpio y lavado, mejorando su aspecto físico y el normalizarse respecto al sueño, alimento y excreciones"

"nada hemos adelantado en su curación, ni siquiera en su mejoramiento"

"no existe ni la más leve variación ni en lo físico ni en lo moral"

"desespera el ver la inutilidad de nuestros esfuerzos para ver de modificar siquiera la tristeza que a este nuestro enfermo le consume. Además que observamos con dolor el descenso de sus facultades intelectuales"

Observamos la vigencia de la concepción ética-moral en la aplicación de los tratamientos, como puso en práctica Pinel inspirándose en la terapéutica llevada a cabo en el Hospital de Dementes de Zaragoza y cuya mejor definición, según Rosen, es la de Amariah Brigham (1847):

"Alejar al loco de su casa y antiguas relaciones, dispensarle respetuoso y amable trato en todas las circunstancias, el trabajo manual en la mayoría de los casos, la asistencia a los servicios religiosos los domingos, la adquisición de hábitos regulares y autocontrol, y hacer que desvíe su imaginación de pensamientos morbosos, se consideran hoy generalmente esenciales en el tratamiento moral de los dementes" ("Moral Treatment of Insanity", American Journal of Insanity, 4; 1, 1847).

El tratamiento moral pretendía mediante una vida sana, trabajo e instrucción, vida religiosa y un trato digno la curación del enfermo:

"Hemos procurado reanimar tanto la materia como su espíritu rodeándole de consideraciones"

Convirtió los manicomios en "casas reformatorias" donde se intentaba tener ocupado al enfermo para evitar los pensamientos desviados y que adquirieran nuevos hábitos de conducta. Se utilizaban las celdas de aislamiento como castigo valiéndose de la "soledad como primera condición de la sumisión". Se pensaba que con estos tratamientos los enfermos se curarían y este "culto a la curabilidad" fue destruido con la publicación de un estudio estadístico de Pliny (1887), lo que hizo disminuir también el énfasis sobre el papel de los factores éticos y morales en el origen y tratamiento de la enfermedad mental.

"Hace ya mucho tiempo que viene dando prueba de carecer de sentido moral; ha estado en el Manicomio del Dr. Esquerdo durante tres meses; en una casa de corrección y últimamente en la Cárcel Modelo procesado por desacato".

Al enfermo a que hace referencia la nota anterior se le diagnosticó de "Imbecilidad moral. Locura moral. Moral insanity de los ingleses. Delirio de los actos". Su trayectoria, comenzando primero por el internamiento en un establecimiento privado y, al no conseguir su curación, se le internó en una casa de corrección, donde tampoco se obtuvo éxito, ingresando en la cárcel y de allí pasó a un manicomio donde permanecería el resto de su vida, no era infrecuente entre este tipo de enfermos.

Se utilizaban los tratamientos de hidroterapia que tuvieron un gran auge en Europa pero que en España se consideraban un lujo y raramente se aplicaban en los manicomios públicos. La hidroterapia se empleaba como tratamiento y como castigo. En Ciempozuelos había varias salas, ya descritas anteriormente. En su manual, José Rodrigo González daba una serie de recomendaciones:

"Los baños generales comprenden: los baños tibios, ordinarios y prolongados. Se llaman fresco-tibios, aquellos en que el agua tiene una temperatura de 25° Reamur; a 27° es aún tibio y a 30° ya el baño es caliente. Los baños fríos deben ser muy cortos, y después que el enfermo salga del agua, hay que secarlo bien y frotarle mucho el cuerpo para que venga la reacción que deseamos. Los baños prolongados, que son aquellos que pueden llegar a seis u ocho horas, son siempre tibios y no deben darse nunca sin indicación especial del médico. Cuando se dé un baño templado o caliente el enfermero debe poner mucho cuidado en refrescar continuamente la cabeza del enfermo, por medio de una pequeña ducha de lluvia, que se suele colocar en las salas de baño encima de la cabecera de la bañera, o, en su defecto, valiéndose de compresas o paños mojados en agua fría y aplicados alrededor de la cabeza del enfermo".

"Después de los baños templados o calientes se procurará que, al salir de ellos, los pies del enfermo queden preservados del frío. Se le frotará el cuerpo con toallas bien secas y calientes. No se le expondrá a las corrientes de aire. En verano se procurará que pasee por los patios; en invierno se le acostará en su cama durante una o dos horas.

"En los baños fríos, el agua estará a una temperatura de 14, 15, 16, o 17° Reamur. Siendo conveniente, cuando es posible, dar lociones al cuerpo del enfermo, antes de entrar en el baño, con agua a 20°, que le sirvan de preparación. Cuando sale el enfermo del baño frío, se le debe frotar durante bastante tiempo, y después hacer que se entregue durante una o dos horas a un ejercicio violento, en tiempo de verano. Si es invierno, lo mejor será meterlo en la cama por una o dos horas, abrigado y si la reacción tarda en presentarse, darle una infusión de flor de malva, té o tila, con unas gotas de aguardiente".

"Las duchas son unos aparatos que tienen por objeto bañar al enfermo con agua a diferentes temperaturas, y a veces sólo partes determinadas del cuerpo, teniendo además, como especial, la diferente fuerza a presión con que se dan y que contribuyen al fin con que se emplean y al modo de distribuirse el agua al salir, pues es indudable que la contusión o el magullamiento que la diferente presión da, produce una acción más que se agrega a la del agua".

"Las duchas principales son: las llamadas de lluvia, en las cuales el agua, al salir por el aparato dispuesto en su terminación en forma de regadera, se esparce por el cuerpo del enfermo, formando lluvia, más o menos gruesa, según sean los agujeros de salida que tenga la ducha. La ducha escocesa es un aparato dispuesto de tal manera que podemos enviar, sobre el enfermo, chorros de agua fría o agua caliente alternativamente y la ducha a presión o en chorro, que permite al agua salir con mayor fuerza y diámetro en forma de columna líquida o chorro. La ducha circular se llama al aparato destinado a enviar el agua en forma de chorritos circulares, que envuelven el cuerpo del enfermo por completo".

Recogemos el siguiente registro donde se observa el efecto de la hidroterapia:

"Cada día está más grueso y de mejor color. A beneficio de las duchas está más despejado de aspecto y se muestra tranquilo".

Curso de la enfermedad.

En psiquiatría es muy relevante el curso de la enfermedad ya que la confirmación del diagnóstico viene dada, en muchas ocasiones, por la evolución del trastorno. Tampoco hay que olvidar que la etiología, sintomatología y el curso de estas enfermedades se encuentran notablemente influidas por la propia naturaleza del ambiente hospitalario.

En el apartado "Curso de la enfermedad" se recoge todo lo observado en las entrevistas médico-paciente, desde su ingreso hasta su salida (por curación, mejoría, traslado, o fallecimiento), diagnóstico y tratamiento. En estos años la información la aportaba principalmente el enfermo pues se observa escasa información proporcionada por otras fuentes ajenas al manicomio. En aquella época no se observan registros que mencionen entrevistas con las familias. Ocasionalmente, algún enfermo con el que se había coincidido en otro manicomio, proporcionaba algún tipo de información. No debemos olvidar, no obstante, que en esta época la psiquiatría sigue un modelo empírico descriptivo patológico y que no sería hasta años más tarde que se comenzase el interrogatorio.

La revisión médica se hacía en un principio anualmente y debía ser suficiente, ya que frecuentemente a la fecha del registro le seguía el vocablo "idem", claro testimonio de que no se había producido ningún cambio, lo que nos demuestra lo monótono de la vida en el manicomio para algunos enfermos, que pasaban años encerrados sin que les ocurriese ningún acontecimiento digno de mencionarse. El enfermo se había hecho conformista y asumido su rol para adaptarse a las normas del establecimiento.

"la misma vida todos los días, los mismos paseos y no habla con nadie"

se decía de muchos enfermos. Posteriormente, y según fue aumentando el número de médicos las revisiones fueron más frecuentes (cada dos o tres meses). Se observa que el médico dice hacerse cargo en 1881 de algunos enfermos ingresados en años anteriores, lo que parece confirmar

que hasta esta fecha no hubiese un médico fijo en el Manicomio y que durante los años anteriores, el médico titular del pueblo de Ciempozuelos y otros consultores que trabajaban para el Manicomio, como señalamos en el capítulo 6, sólo atendiesen los casos que tuviesen necesidad de ello.

El objetivo principal de asilo y custodia del manicomio. queda bien reflejado en los registros. El mayor hincapié se hace en describir los hábitos alimenticios, sueño, aspecto físico, color de la piel y, lógicamente, la sintomatología patológica como alucinaciones y delirios, tristeza, y conductas morbosas, etc.

El expediente más antiguo que se conserva corresponde a un enfermo ingresado el 9 de junio de 1878. Se describe al enfermo como de:

"Estatura media, enjuto de carnes, color moreno oscuro, su aspecto es de tristeza e irascibilidad" "padece de alucinaciones auditivas¹ (voces que le llaman cobarde y que le dicen mata, mata, mata)" (Diagnosticado de "melancolía con monomanía homicida").

No se ha encontrado una explicación comúnmente aceptada sobre la producción de las alucinaciones. El enfermo, indefenso ante las terribles voces que oye y no puede dominar, sufre intensamente. La manifestación de este tipo de alucinaciones es una de las causas que han motivado que se considere al loco investido de una gran peligrosidad, sobre todo cuando obedeciendo a sus voces han llegado a la agresión. Por otro lado, su sufrimiento y el estar incapacitado para usar la razón da lugar a que se les considere dignos de lástima y conmiseración.

Del enfermo anterior se recogen los siguientes registros:

¹ Las experiencias alucinatorias (fuera del marco religioso y de la utilización de drogas) se han considerado prueba evidente de un trastorno mental, por lo menos temporal. Sin embargo, en muchas tribus primitivas la alucinación se considera como una experiencia que se busca deliberadamente y que valora por su supuesto valor como comunicación con los seres sobrenaturales. (Wallace, 1982: 416)

"Come con irregularidad y duerme poco. Apenas habla y cuando lo hace es de modo banal y podríamos decir rugiente. No quiere ocuparse de nada ni de nadie, no mienta a su familia, amigos, ni a su pueblo para nada"

Pocos años después:

"le sobreviene rápidamente la demencia, perdiendo sus facultades mentales, sobre todo la memoria y la voluntad. Incapaz de distinguir, ni discernir ningún asunto por trivial que este sea"

Falleció el 28 de mayo de 1906 tras 26 años de internamiento.

En otro expediente (Año 1878):

"Ni afectos, ni odios, emociones, ni aún ideas. Casi siempre dormitando. Sólo sale de su apatía para comer con voracidad o para entregarse al onanismo". ("Demencia crónica").

Es habitual la descripción de la vestimenta, aseo y aspecto físico, tamaño, porte, pautas de lenguaje, gestos corporales, expresiones faciales, etc, lo que Goffman denomina la "fachada personal":

"presenta una extravagancia en su modo de vestir y de adornarse que causan risa"

Recordemos que Giné y Partagás consideraba de mal pronóstico, aunque no indicio de incurabilidad, "el capricho de ciertos enfermos de adornarse con flores, lacitos, pingajos o vestidos extraños", es decir, de forma extravagante

"de buena estatura, porte distinguido, viste con elegancia y pulcritud"

"come bien y duerme bien"

"bien nutrido, buen color de la piel"

"cada vez más sucio y atontado"

"agresivo, sucio, abandonado"

"a pesar de ser joven tiene aspecto de viejo"

"ha perdido mucho de su lozanía y buen porte, ya no cuida de su aseo y vestidos"

Estas frases son frecuentes en las historias y muestran un abandono personal cada vez más acentuado; algunas veces como efecto del aprendizaje por imitación de estos comportamientos, al estar los enfermos mezclados y a la "fatal influencia y los fatales efectos del contagio moral"; otras, debido al abandono personal, por haber perdido la esperanza de reintegrarse a la vida social; muchas veces por el deterioro de la propia enfermedad. En definitiva, la aceptación del rol de enfermo mental. Son los efectos del hospitalismo y la neurosis institucional que serían descritas años más tarde.

¿Qué imagen tiene el médico del loco?

"presenta el aspecto sólo de un hombre pasado, más que de un loco. Normal en todos sus actos, se nutre perfectamente."

"Desde su niñez ha presentado rarezas y extravagancias de carácter. Padece exageraciones de afecto". "Su apasionamiento llega hasta el extremo de no dejar pared, mueble, ni objeto en el que no imprima el nombre de alguna persona amada"... "Es místico y adorador pasional de la Stma. Virgen, llevando consigo su imagen, si puede ser en talla o busto, y si no en un cuadro o lámina por grande que sea, a la cual tributa un culto exclusivo, y que tiene más de erótico que de piadoso. Su más constante preocupación durante todo el año ha sido llenar todas las tapias, el piano, el piso, etc, con el nombre de María." "Vuelve su afectividad al recuerdo de su esposa a cuya memoria

dedica un culto parecido al de la Stma. Virgen". ("Monomanía o locura afectiva con alucinaciones", año 1879).

"Al empezar a visitar en esta época a nuestro enfermo apreciamos en él lo siguiente: Verdadero horror a la compañía, aspecto triste, demacración general, muy atento por breves minutos con las personas encargadas de cuidarle. Come poco pero le gusta estarse en la cama. Pasea como un autómatas y acciona con una de sus manos, la izquierda, pues la otra siempre va ocupada con un bastón muy ligerito que se le permite usar. Habla solo, pero tan bajo que sólo algunas sílabas podemos recoger de vez en cuando de las cuales y de sus ademanes hemos formado el juicio de su delirio ambicioso; y ser el campo de sus aspiraciones y acciones delirantes, un barco de guerra." ("Delirio crónico. Demencia"). (Año 1879).

Algunos enfermos parecen aceptar de buen grado el manicomio, lo que sorprende al mismo médico:

"desde el primer día que ingresó en el Establecimiento se encontró como en su propia casa"

"rehusa el alta que se le ofrece"

"parece ser que el manicomio es su casa y no se acuerda para nada de su familia"

"pasa la vida sin que de muestras de marcharse a su país o separarse de este Establecimiento"

para otros es una prueba que Dios les manda (aceptada como un sacrificio):

"se manifiesta contento y animado, diciendo que Dios le quiere probar trayéndole a un Manicomio"

Raramente se hace mención a las relaciones familiares en estas historias, salvo para hacer notar el olvido del enfermo hacia su familia, sus amigos o su pueblo, que nunca mencionan e incluso si otro lo hace se niegan a hablar de ello (se considera un síntoma patológico). Conviene recordar, por otro lado, que el aislamiento de la familia y la incomunicación eran parte del tratamiento moral.

"No se acuerda para nada de su familia. Trabaja sin descanso para hacer méritos para su ingreso como aspirante a hermano hospitalario de San Juan de Dios"

"A consecuencia de una visita de su familia toman sus delirios fijeza contra ella, maldiciéndola y acusándola de mil monstruosidades".

"rencor profundo para con su familia"

"no muestra afecto ni a su familia, ni a su pueblo"

"no se recuerda de su familia para nada, ni de su libertad"

"no se consigue que escriba a su familia"

en muchos casos porque es la familia la que, en contra de su voluntad, le ingresó en el manicomio y así se manifiesta en algunas historias:

"escribe cartas frecuentes al juez para que castigue a su familia por suponerle loco"

"muestra un odio grandísimo a su familia por haberle recluso sin motivo, según manifiesta a todo el mundo". De este enfermo, más adelante, cuando se produce la mejoría se registra: "en junio empieza a mejorar dándose alguna cuenta de su situación y reconociendo la justicia con que su familia ha procedido; el odio se convierte en afecto demostrado a sus parientes más inmediatos en las cartas que con frecuencia les dirige"

"parece haber muerto el recuerdo de la familia en este enfermo por más que procuremos reanimarlo"

"han venido unos parientes a visitarle y a duras penas ha querido recibirles acusándoles de sus desgracias, enfermedades y hubiera llegado a la agresión de no haber intervenido los Hermanos"

"Nos pregunta que cuando se va a su casa y no obstante no se ocupa de su familia"

En los párrafos anteriores se observa la negación y el rechazo de los enfermos hacia sus familias, con frecuencia responsables del internamiento. Para el enfermo, sin conciencia de enfermedad, es algo inadmisibles y no difícil de comprender. Por otro lado, la creencia popular lo interpreta de otra manera: "el loco odia a los que más quiere".

Pero también se observa el esfuerzo por parte de algunas familias por evitar el ingreso y como lo internan en el manicomio como último recurso:

"antes de ser recluido había agotado la familia todos los recursos de curación en su casa."

Una vez ingresados en un establecimiento de crónicos, el rechazo familiar es frecuente:

"he conseguido que escriba a su mujer, desgraciadamente no ha tenido contestación y esto le ha afectado bastante poniéndole triste y abandonado."

Los enfermos, en ocasiones se niegan a dar sus datos personales:

"se niega tenazmente a decir su nombre y circunstancias individuales"

"niega su identidad"

"niega su nombre y procedencia y que no firma aunque le maten. Niega que esté casado y dice que no conoce, ni le conoce nadie"

En psicología se suele interpretar como un rasgo de despersonalización, una forma de existencia en el vacío: el "Yo no soy yo", como consecuencia del trastorno de la comunicación entre el hombre y el mundo. El temor irracional a las relaciones humanas íntimas, síntoma de un retraimiento social, característico de muchos esquizofrénicos. Esto les ocurre a algunos enfermos. Otra postura es la negación a identificarse del hombre a quien contra su voluntad se le ha llevado a un manicomio y se niega a dar sus datos porque no acepta ser ingresado en un establecimiento que le estigmatizará de por vida.

Un enfermo contestaría diciendo:

"Me llamo Rodrigo Díaz de Vivar y la Virgen es mi madre"

pero en este ocasión no era la contestación del "loco" sino la respuesta de una persona enojada, que responde como un "loco", si es esto lo que quiere oír su interlocutor.

También sabían los enfermos la dificultad que había para salir del manicomio, sobre todo cuando ingresaban "procesados" ("de la cárcel se sale, del manicomio no") por lo que uno pedía:

"Quiero que se revise mi causa y pasar a la cárcel".

Esta legislación que prácticamente mantenía a los enfermos inernados de por vida, se modificó a finales de mayo de 1996. A partir de entonces, los enfermos mentales, una vez cumplida la sentencia, podrán abandonar el psiquiátrico penitenciario y sólo serán retenidos,

independientemente del delito cometido, como cualquier otro ciudadano si su estado psíquico así lo requiere. Creemos, no obstante, que el estigma de su enfermedad y el delito cometido, van a influir en los psiquiatras y médicos forenses que tengan que informar al juez sobre el estado del enfermo para poder llevar una vida "normal" en el exterior.

Ocasionalmente, se observa la práctica de instrumentos musicales, que nos dan una imagen muy distinta y mucho más agradable de la que normalmente se tiene del manicomio:

"se calma algún tanto su agitación, haciendo una vida regular y entregándose alguna vez al placer de tocar la guitarra en compañía de otros pensionistas también músicos, formando orquesta muy agradable al oído"

"toca muy bien el piano cuando quiere".

De este mismo enfermo, años más tarde:

"se le observa que cuando toca ha perdido mucho de afinación y ejecución, que anteriormente eran magistrales"

En las historias se sigue observando la posesión. Ahora es el enfermo el que se cree poseído. La persona estigmatizada, en su proceso de socialización, ha aprendido a incorporar en la interacción con los demás, la opinión de aquellos que consideran al enfermo poseído. Otras veces son alucinaciones visuales.

"Se cree poseído por el demonio ("Demonomanía")

"se cree poseído por el demonio y trata de quitarse la vida"

"Su consejo es emplear el fuego y el cuchillo para exterminar a los hombres y los edificios contaminados con Satanás"

"Se queja de mil molestias que le ocasionan las brujas y los demonios"

"Elegido de Dios para salvar al género humano. Ve continuamente al demonio ("delirio religioso sistematizado")

Observamos la no coincidencia de diagnósticos:

"Cuando se verifica su ingreso en este Establecimiento lleva ya seis meses de enfermedad, diagnosticado, aunque creemos que injustamente de manía aguda".

La resistencia a soportar las inclemencias del tiempo y las situaciones más incómodas¹, que tantas veces se mencionan y que fue causa de muchos de los maltratos que se han dado a estos enfermos, como nos recuerda Foucault:

"La solidez animal de la locura, y ese espesor que extrae del mundo ciego de la bestia, endurece al loco contra el hambre, el calor, el frío y el dolor".
"Hasta finales del siglo XVIII los locos pueden soportar todas las miserias. Es inútil protegerlos; no hay necesidad ni de cubrirlos, ni de calentarlos"...
En el hombre animal es donde la locura participa menos que nunca de la medicina, ni tampoco de la corrección. Debe ser dominado por la doma y el embrutecimiento. El loco animal ha sido resaltado en el siglo XVIII en la pedagogía que se trata a veces de imponer a los alienados. Curarles a fuerza de duros castigos" (Foucault, 1985).

Se observa también en Ciempozuelos, pero con una pedagogía distinta debido a la aplicación del tratamiento moral:

"Se pasa días enteros paseándose agitado, voceando, accionando sin dar muestras de cansancio, ni de sentir los cambios e influencias atmosféricas." De este enfermo se diría años más

¹"Esta aptitud de los alienados para soportar, como los animales, las peores intemperies, será aún, para Pinel un dogma de la medicina. El admirará siempre "la constancia y la facilidad con que los alienados de uno y otro sexo soportan el frío más riguroso y prolongado. En el mes de Nivoso del año III, en ciertos días en que el termómetro indicaba 10, 11 y hasta 16º bajo cero, un alienado del hospicio de Bicêtre no podía soportar la manta de lana, y permanecía sentado sobre el entarimado helado de la celda. Por la mañana, apenas le abrían la puerta, se le veía correr en camisón por los patios, coger el hielo y la nieve a puñados, ponérselos sobre el pecho y dejarlos derretir, con una especie de deleite". (Foucault, 1985: 236-237).

tarde (1885): "disfruta de reuniones cortas en las que demuestra una buena educación y sentimientos que a la menor contrariedad son reemplazados por la ira".

"Obsérvase en este enfermo al poco tiempo de visitarle, una impulsión irremediable a ponerse de rodillas, en cuya posición permanece mucho tiempo; esto lo ejecuta lo mismo en dura losa que en suelo mojado. No se estudia en él móvil religioso alguno que le obligue a arrodillarse. Otras veces la impulsión es agresiva y dirigida contra cualquier persona que se halle cerca de él. Algunas veces dice que es porque le roban el alma, otras no da razón alguna que explique sus agresiones". Se intentó evitarle tan incómoda posición pero "Con el uso de un aparato que no le permite arrodillarse parece tan contrariado y se muestra tan violento que se lo hemos mandado retirar". "Parece ser de hierro al ver lo bien que sufre su larga enajenación mental" (diagnosticado de "Locura sistematizada de Griesinger").

Los cambios que produce la locura sorprenden al médico que no se acostumbra a ellos:

"Parecen imposibles las mutaciones que la enajenación mental produce en ciertos individuos", refiriéndose a un enfermo cuyas "facultades intelectuales están en decadencia aunque debieron ser muy brillantes". ("Delirio alucinatorio. Demencia").

"No tiene noción moral o religiosa (en que año sirvió al rey, derechos y deberes del hombre en sociedad), principios fundamentales de nuestra religión. Se deja mandar como si careciera de voluntad propia." ("Demencia").

La represión sexual, característica del siglo XIX, y el considerar la masturbación como causa de la locura¹ y un vicio que había que corregir se observa en los registros:

"A causa del vicio de masturbarse, del cual está peor, se ha quedado tan delgado que le hemos tenido que llevar a la enfermería a reponerlo"

"está delgado a causa del vicio de la masturbación"

"Se masturba y se consigue corregir el vicio"

"Sostiene que debe privarse de cohabitar por no ofender a Dios"

"Existen enemigos ocultos que le llaman maricón (por el oído derecho). Se vuelve entonces agresivo y peligroso"

En 1886 se describe un caso de "locura circular o de doble forma". Este trastorno fue descrito al mismo tiempo (1852) por Falret que la denominó locura circular y Baillarger que lo denominó "locura de doble forma:

"Es sumamente rara la enfermedad por lo poco frecuente, máxime si se le toma en cuenta su regularidad. En efecto, desde su ingreso hemos observado siempre los mismos fenómenos: cada 24 horas empezando a contar desde las 12 de la noche hasta igual hora del día siguiente se pone lipemaniaco y a las otras 24 horas exaltado maniaco. Los síntomas de la lipemanía consisten en una tristeza profunda, no habla nada y si lo hace es para insultar y quejarse amargamente de sus padecimientos e injusticias; suele quedarse en cama y comete algunas agresiones. Los síntomas de excitación maniaca son alegría inmoderada, se pasa el día componiendo versos con un sabor pornográfico. Es chocarrero con todo el mundo y generoso hasta más no poder".

¹ A principios de este siglo el psiquiatra danés Christiansen intentó demostrar que el rey padecía una demencia precoz y sugirió que la causa era la masturbación (Porter, 1989: 79).

Transcribimos el siguiente párrafo como ejemplo para los que creen en el mito de que el "loco" no sufre:

"se ve a este enfermo continuamente atormentado por alucinaciones del oído, oyendo voces que le amenazan e insultan exasperándole y manteniéndole siempre en un estado de depresión y tristeza notables" ... "sigue atormentado de las alucinaciones y sufre el pobre mucho".

Enfermos con delirios de grandeza:

"ofrecen millones por su libertad"

"se va a casar con la reina, le van a nombrar Capitán General del Ejército de Cuba, tiene caballos que le han costado millones"

"se haya creído de que con sus planes políticos y militares se concluye la guerra que sostenemos con Cuba y Filipinas, da proyectos para cazar a Máximo Gómez, desvaría de una manera lastimosa; el posee miles de millones y va a hacer felices a todos los españoles. Su carácter es bastante bueno y atento con todo el mundo".

En otro expediente, donde se hace referencia a la guerra con Filipinas, que en este caso se utiliza para ingresar al enfermo:

"me trajeron porque decían que había una guerra muy grande".

Durante estos años son muchos los enfermos que ingresan diagnosticados de epilepsia y a los que se describe como muy agresivos en los momentos que siguen a las crisis. En los primeros años del establecimiento se les trataba con potasio y yodo y duchas de lluvia a la cabeza que no daban resultado. Hoy es raro que ingrese un enfermo epiléptico ya que con la medicación actual se suelen controlar muy bien las crisis y pueden hacer una vida prácticamente normal, considerándola más una enfermedad neurológica que psiquiátrica. El alto número de

epilépticos que hay ingresados en la actualidad se debe a que generalmente tienen asociado además un retraso mental.

Recogemos algunos ejemplos de conductas agresivas:

"pegaba al que pasaba por su lado creyendo que era un francés"

"le hemos observado dos veces impulsiones morbosas, lanzándose a estrangular al religioso encargado de la limpieza de su departamento" y es difícil de comprender sus actos ya que de este mismo enfermo se destacarían sus ideas filantrópicas, "cuando no puede ejercer su filantropía con el hombre entonces lo hace con los animales, moscas o insectos, especialmente con las hormigas a quienes abre caminitos para que puedan pasar con más facilidad y llevar su carga y regresar a sus hormigueros".

"Vida aislada, tanto por desearlo él como para evitar sus continuos insultos y agresiones a las personas que le rodean".

"No habla más que de desafíos, estocadas, comerse el hígado, el corazón, etc. de la persona que va a irritarle o tiene la desgracia de tenerle que cuidar".

La duda sobre la condición o no de enfermo mental también se le plantea al médico:

"es nuestro enfermo uno de aquellos que suelen llevar la duda por cierto tiempo al ánimo del juez y del médico respecto a la perturbación o no de su mente. Es sumamente atento y fino cuando quiere hacerse agradable; en ocasiones contrarias muy altanero y despreciativo".

Con respecto al trabajo los hay que:

"pide que le den trabajo"

"ha pedido distraerse trabajando"

o, por el contrario:

"imperera en él la vagancia"

"es un vago redomado"

La ocupación laboral está muy relacionada con la salud mental ya que se necesita un mínimo de ésta para poder realizar una tarea. En el siglo XIX y hasta bien avanzado nuestro siglo se consideraba el tratamiento por el trabajo como el mejor recurso para "curar" a los enfermos y los mejores hospitales eran los que tenían buenos talleres donde los enfermos pudiesen trabajar. En España, con la desamortización, se despojó a los hospitales de sus recursos y esto privó a los enfermos de los talleres y de los espacios abiertos lo que se hizo sentir en la calidad de la asistencia. Un ejemplo de ello lo hemos visto en el Hospital de Zaragoza.

Posteriormente, se comenzó a denunciar el abuso de los enfermos mentales a los que se les hacía trabajar duramente en los establecimientos sin un salario y aunque haya algo de cierto en ello, también es verdad que ha beneficiado a otros muchos, en cuanto que han conseguido una mejor calidad de vida dentro del establecimiento e incluso han podido salir del manicomio gracias a no haberse desligado totalmente de la sociedad manteniéndose ocupados. La persona que mantiene un trabajo conserva mejor su equilibrio psíquico e incluso se dice que tiene una vida más longeva.

Se observa también el miedo, en este caso, no el miedo al enfermo sino el miedo que siente el propio enfermo:

"verdadero horror a la compañía"

"sigue siempre dominado por un miedo cervical"

"teme a todos y de todos huye"

"basta que vea levantar una mano para que se eche a temblar y pedir a Dios que no le maten"

Desde la escuela conductual se interpretaría como condicionamientos reflejos al modo como se les ha tratado previamente:

Se ha observado, ocasionalmente, el ingreso de algún individuo del que se dice:

"No se advierte trastorno mental alguno. Alta".

A finales de siglo comienzan a observarse otros diagnósticos psiquiátricos: "katatonía", "hebefrenia", "dipsomanía", "histerismo", pero se siguen manteniendo los diagnósticos sintomáticos:

"Excitación maníaca con predominio de ideas religiosas"

"ideas de grandeza con ligero erotismo"

"delirio de persecuciones"

"delirios varios propio de los degenerados"

"imbecilidad con melancolía e impulsos suicidas"

"enajenación mental de forma maníaca, índole histérico y tendencias al robo"

"delirio religioso"

Por las descripciones de ciertas conductas morbosas, a las que hemos hecho referencia en los párrafos precedentes, podemos quizás comprender como el miedo de la sociedad a convivir con los enfermos hizo posible que los institucionalizasen. No obstante, creemos conveniente recordar las palabras de Mariano San José Sánchez, en su memoria para optar a la plaza de médico del Hospital de Dementes de Valladolid (1856) cuando afirmaba: "Frecuentemente suelen tomarse por locas aquellas personas a quienes la naturaleza encendió la más exquisita sensibilidad; las que sienten dentro de sí las más nobles aspiraciones; las

que sufren al ver las desgracias de sus semejantes; las que se irritan al ver las más ligeras muestras de inhumanidad o de injusticia. No son habitados los tristes manicomios por las víctimas de una vida desarreglada y viciosa, sino por aquellos desgraciados cuya organización es defectuosa o imperfecta" (cit. por Peraza, 1947: 104).

Diagnóstico

Pronóstico

Tratamiento

Curso de la enfermedad

AÑOS

En la última página:

AUTOPSIA. Observaciones sacadas del estudio microscópico de los tejidos enfermos o sospechosos de estar lesionados.

10. 2. MANICOMIO DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS EN CIEMPOZUELOS. (1909 - 1917)

A partir del 10 de junio de 1909 se comienza a utilizar un nuevo protocolo de admisión para la recogida de información donde la exploración del EXAMEN FISICO (pág. 501) es mucho más completa que la anterior lo que refuerza la concepción médico-organicista de la enfermedad mental. No obstante, se introduce ya en letra impresa un apartado para la exploración del EXAMEN PSIQUICO (pág. 502), comenzando por una pequeña biografía del enfermo. Poco a poco se van introduciendo las teorías freudianas, de tal forma que la anamnesis pasaría de ser la historia de una enfermedad a ser la historia de un enfermo. La teoría de los síntomas los ordena jerárquicamente en primarios o fisiógenos y secundarios o psíquicos (Bleuler). En este protocolo se mantiene la denominación de:

MANICOMIO DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS en Ciempozuelos

utilizada desde 1900. A partir del 19 de noviembre de 1913, este protocolo sufriría unos ligeros cambios, en su formato, que no transcribimos por carecer de interés. Por el contrario, si es muy interesante resaltar que a partir del 27 de julio de 1913 se comienza a utilizar un "Cuestionario Clínico" (pág. 505) que se envía a la familias a las que se solicita información sobre factores físicos, psíquicos y sociales, relacionados con los antecedentes hereditarios, antecedentes personales físicos, antecedentes mentales y antecedentes inmediatos de la enfermedad. De la observación descriptiva de los síntomas y signos se pasa al interrogatorio por medio de los cuestionarios.

En el establecimiento se hace sentir la influencia de la escuela alemana. No es extraño, pues además de ser la escuela que dirige la psiquiatría en Europa, en estos años era director del establecimiento Miguel Gayarre (1908-1918) fiel seguidor de los psiquiatras alemanes a los que traducía y además se contrataron dos médicos (Domingo y Huete) que habían estudiado con Kraepelin. En 1912 se utiliza por primera vez el diagnóstico de esquizofrenia, término inventado por Bleuler en 1911.

En la primera página del protocolo de admisión (pág. 501), a la izquierda, figura la fecha de entrada y a petición de que persona u organismo ingresó el enfermo. A la derecha, la fecha de salida y el motivo por el que salió (mejoría, a petición familiar o de la Diputación, traslado, fallecimiento, o fuga). Entre salida y entrada, en el centro de la página, hay un espacio marcado para la fotografía del enfermo. En algunos expedientes figura el término "procesado" (enfermos ingresados por sentencia judicial). Se cumplimentan los siguientes grandes apartados:

ESTADO FISICO
ESTADO PSIQUICO
DIAGNOSTICO
PRONOSTICO
TRATAMIENTO
CURSO DE LA ENFERMEDAD

que, por este orden, analizamos a continuación:

ESTADO FISICO

Es un reconocimiento rutinario que se hace al enfermo al ingresar en el establecimiento. Muchos de los protocolos observados dan la impresión de no estar cumplimentados ya que no tienen ningún tipo de anotación. Podría ser debido a que estos enfermos no tuviesen ningún síntoma físico. En los que hay alguna observación, se suelen subrayar los síntomas o se pone al margen una breve anotación. Es muy probable que el explorador sólo destacase los aspectos relevantes. Generalmente se subrayan los síntomas relacionados con la pupila, articulación de la palabra ("normal", "lenta", "no hay disartria", etc.), tamaño de la lengua, fuerza y coordinación de los miembros (temblor de manos, de cara, cabeza), reflejos (destacando el rotuliano), fondo de ojos, la sensibilidad táctil, el sueño ("muy bien", "normal", "ocho horas seguidas"), la piel, tamaño de las orejas ("enormes", "separadas"), el cráneo ("pequeño", "grande", "microcefalia"), apetito, etc. Se registra cualquier tipo de

enfermedad somática, cuando existe. En algunos expedientes se observa, además, un estudio neurológico.

Aunque el inventario de síntomas físicos es mucho más amplio en este protocolo que en el anterior, en la práctica el estudio físico estaba más completo en las décadas anteriores, probablemente debido al propio interés de José Rodrigo González por encontrar las causas de la enfermedad mental lo que le condujo a explorar profundamente a los enfermos, algo que hacía no sólo en vida, como hemos señalado, sino también realizando estudios "post mortem" (modelo anatomoclínico).

ESTADO PSIQUICO

Comienza este estudio con una breve biografía del enfermo, en la que se señala su edad, estado civil, profesión, lugar de nacimiento, antecedentes hereditarios (familiares) y personales y antecedentes de la enfermedad (raramente suelen estar estas biografías completas). Se hace mucho hincapié en los hábitos de beber y enfermedades venéreas.

Respecto a la procedencia de los enfermos, sigue siendo muy variada (Madrid, Cuenca, Santander, Oviedo, Toledo, Segovia, Pontevedra, etc.). La edad, al ingresar, cubre un amplio abanico pero la incidencia es mayor entre los enfermos que están en la década de los treinta y de los cuarenta. Las profesiones siguen siendo muy diversas, pero cada vez ingresan en mayor número los enfermos de beneficencia a cargo de las Diputaciones; el resto son sus familias o ellos mismos los que se responsabilizan de los gastos del internamiento. Así no es extraño que nos encontremos con ocupaciones tan diversas como: labrador, guarda, sacristán, carbonero, zapatero, repartidor de vino, barnizador, músico, cochero, médico, carpintero, escribiente, farmacéutico, frutero, comerciante, afilador, pastor, maestro de escuela, etc. que como indicadores de la clase social reflejan la diversidad, aunque una mayoría perteneciente a la clase baja.

El examen deja de ser principalmente descriptivo y se explora la orientación en el tiempo (día, mes y año) y en el espacio (si sabe

dónde se encuentra y otros lugares conocidos; por ej. a un enfermo de Madrid se le preguntaba por la Sierra de Guadarrama). También se obtiene información sobre conocimientos sencillos, que el enfermo por su formación debería ser capaz de responder, sobre geografía, religión, historia y política, aritmética, economía doméstica, agricultura, comercio y otros, como días de la semana, meses del año, precio de las cosas, monedas, etc. Las respuestas variaban dependiendo del estado psíquico del enfermo. Se registra si sabe leer y escribir, su conocimiento de las cuatro reglas, y su forma de contestar. Es lamentable los cambios que se pueden operar en una persona a causa de un trastorno mental. A un maestro de escuela al preguntarle quien descubrió América contestó: "Qué se yo quien la descubriría. No sé cuando será Año Nuevo".

Aunque hay un apartado para los conceptos éticos se registra escasa información, lo que denota el descenso de la influencia de la concepción ético-moral.

"si supiera quien me ingresó le mataría"

"¿Cuántos dioses hay?. Eso si que no lo se, de ninguna manera".

Se explora el afecto a la familia o a los amigos. Cuando no existe se considera un síntoma de la enfermedad que hay que trabajar por reanimar.

"normales, conserva cariño a su familia"

Se describe la expresión fisonómica: "alegría", "tristeza", "revela preocupación", "revela indiferencia", "expresiva", etc..

Se explora si el enfermo tiene alucinaciones y el tipo de las mismas ("auditivas", "ópticas", "niega alucinaciones", etc.).

Se investigan los afectos: humor (contento, triste), ansiedad, furia, tristeza.

La memoria (de objetos vistos, de cosas aprendidas, de cosas recientes, memoria actual).

Se estudia la conexión de asociaciones ("incoherente", "coherente", "pisto verbal", "autismo", "negativismo") y el contenido de las asociaciones: ideas delirantes ("Se cree hijo de D. Carlos de Borbón"), las obsesiones. Influencia de las teorías freudianas.

La reacción motora: actos del enfermo (movimientos espontáneos, estereotipias, manerismos, automatismos, negativismo, reacción al dolor, ecolalia, ecopraxia, tiempo de reacción, etc.)

En algún expediente hay un test psicológico, la Prueba de Bourdon en versión alemana, que se ha pasado al enfermo. Años más tarde estaría traducido.

Diagnósticos:

Así como en la etapa anterior los enfermos ingresaban sin ningún tipo de información referente a su enfermedad, a partir de los contratos con las Diputaciones, al proceder los enfermos de las "salas de dementes" de los Hospitales Generales, llegaban diagnosticados aunque, la mayoría de las veces, sólo fuese con la etiqueta de "enagenación mental", seguido por el nombre del facultativo. Se observan los diagnósticos sintomáticos y el comienzo de la utilización de la clasificación de Kraepelin.

Al ingreso

En el Establecimiento

"Delirio de grandeza"

"Delirio de persecuciones" ("demencia precoz")

Enagenación mental

"Demencia paralítica"

"Presbiofrenia"

| <u>Al ingreso</u> | <u>En el Establecimiento</u> |
|--|---|
| Enagenación mental | "Esquizofrenia. Psicosis maniaco-depresiva" |
| Enagenación mental | "Parece ser un imbécil" (Salió meses después) |
| Monomanía de grandezas | "Demencia epiléptica" "Esquizofrenia paranoide" |
| Imbecilidad | "Psicosis post infecciosa. Esquizofrenia" |
| Demencia en tercer periodo consecutiva a locura de doble forma | "Demencia presenil" |
| Parálisis general progresiva | "Demencia senil. Demencia paralítica" |
| Enagenación mental | "Esquizofrenia" "Psicopatía constitucional" |
| Imbecilidad | "Idiocia completa" "Delirio crónico sistematizado o delirio paranoico de forma persecutoria y demencia paranoide" "Parafrenia sistemática" (Kraepelin) |
| Degenerado. Imbecilidad y epiléptico | "Demencia epiléptica" |
| Enagenación mental | "Paranoia crónica" |
| Enagenación mental | "Epilepsia Jacksoniana" |
| Enagenación mental | "Sordomudez. Insuficiencia mental" |
| Psicosis circular | "Psicosis maniaco depresiva" |
| Imbecilidad | "Esquizofrenias" "Moral insanity" "Psicopatía constitucional" (homosexual) |

Al ingreso

En el Establecimiento

Enajenación mental "Psicosis maniaco depresiva"

Anemia cerebral a conse- Demencia precoz.
cuencia de fiebre tifoidea

Psicosis de la duda "Esquizofrenia"

"Parálisis General Progresiva"

Demencia senil "Enfermedad de Alzheimer"

Se observan muchos diagnósticos de "demencias epilépticas".

Con frecuencia, un mismo enfermo tiene más de una etiqueta diagnóstica. Mencionamos el siguiente ejemplo que es casi todo un compendio de las categorías psiquiátricas de aquel entonces: "Manía persecutoria. Psicosis maniaco-depresiva. Esquizofrenia. Oligofrenia. Imbecilidad con episodios de tipo maniaco" (Estos diagnósticos corresponden al período 1915-1924).

La función principal del manicomio sigue siendo la de asilo y custodia, lo que parece normal teniendo en cuenta el tipo de enfermos crónicos ingresados. No obstante, los médicos se esfuerzan por medicalizar el manicomio y aplican el modelo médico, aunque no sólo no se consigue curar al enfermo, sino ni siquiera estabilizar la enfermedad.

"Cada vez más apático, ya no se cuida de su aseo personal, ni siquiera se abrocha los pantalones"

Frases como la anterior son frecuentes. Además del deterioro producido por algunas enfermedades que evolucionan hacia la demencia, es importante hacer notar el deterioro que produce el hospitalismo (descrito por René Spitz para los niños que crecían en un

ambiente privados de afecto y estimulación materna), el autismo (descrito por Leo Kanner que lo atribuyó a la falta de relaciones emocionales maternas) y la neurosis institucional (descrita por Barton, 1959).

De un enfermo, que quería irse a su casa y que primero fue muy trabajador y luego se negaba a trabajar, se decía "no obedece a los mandatos" y se le etiquetó de "terquedad". No sería muy desacertado pensar que en un principio hacía méritos para que le diesen el alta y dejó de trabajar cuando comprendió que esto no iba a ocurrir, aceptando su nueva vida y su nuevo rol.

CURSO DE LA ENFERMEDAD.

En estos años los registros, en general, son muy breves y se efectúan anualmente; más a menudo en algunos casos y con menor periodicidad en otros. Pueden pasar años sin que haya ningún registro, lo que refleja la aceptación del rol de enfermo bueno y conformista.

La relación con la familia suele estar deteriorada y para el clínico es un síntoma de la enfermedad:

"Sus afectos deben estar muy perturbados pues se ha separado de su hermano sin el menor sentimiento".

Muchas veces el enfermo siente una aversión hacia su familia porque es la que le encierra y, además, con frecuencia lo hace valiéndose de engaños. No siempre se consigue reanimar el afecto por la familia:

"Nos promete escribir a su casa y luego se niega a ello".

"Yo vine aquí porque ha habido un chanchullo muy grande y mi mujer me vendió y luego vino a resultar que soy el amo de aquí" ("esquizofrenia").

Cuando el enfermo acusa al médico de detenerle injustamente en el manicomio, se interpreta como un síntoma de su enfermedad (ideas paranoides).

"Tiene ideas paranoides contra los que cree que le detienen aquí injustamente (se refiere a los médicos)"

Cuando no se detecta ninguna patología se procura dar el alta. De un enfermo que ingresó diagnosticado de "delirio místico":

"este enfermo no presenta nada anormal y en este sentido certificamos, siendo dado de alta por la Diputación de Madrid y a petición de su familia".

Muy probablemente, si la familia no hubiese accedido a llevarse al enfermo el alta no se hubiese producido. Con frecuencia, el ingreso y el alta de un enfermo en un hospital psiquiátrico se debe más a motivos sociales que al propio trastorno.

De un enfermo que ingresó diagnosticado de "enajenación mental":

"Aquí no se le ha visto agitado aunque los enfermeros que lo trajeron dijeron que estaba agitado. Escribe bien y entiende todo lo que se le pregunta".

Fue diagnosticado de "sordomudez, insuficiencia mental". Nueve años después hay anotado:

"recuerda cuando ingresó. Dice que no sabe porqué está aquí".

Cinco años más tarde este enfermo seguiría manifestando:

"impaciencia por salir"

Este caso es un ejemplo de los que están ingresados no por su patología psíquica, ya que no hay ninguna anotación de que fuese agresivo o tuviese algún otro trastorno grave de conducta. No se menciona a su familia, probablemente porque no la tuviera y ello, o el abandono familiar, motivó su largo internamiento.

Sin embargo, de otros enfermos ingresados en el mismo año:

"Es atrasado pero no tiene una psicosis bien definida. Puede dársele el alta"

"No ataques en el centro. Alta por curación"

A los enfermos les molesta que se hagan anotaciones durante la entrevista:

"cuanto menos escriba Ud. será mejor"

Saben muy bien que el clínico describe lo patológico y tienen miedo a decir algo que pueda ser la causa de que les detengan en el manicomio. La historia clínica es el pasaporte para el manicomio.

"Si le digo a Ud. más me cazan aquí".

"Todo lo ponen Uds. por locura"

"Si tienen Uds. ganas de hacerme sufrir, sufriré"

Se reflejan los factores religiosos:

"cumple con sus deberes de cristiano, no faltando de oír misa los días de precepto y comulgando con verdadero fervor"

"Dice que la familia es espiritista. Lo tienen rencor; porque iba a la Iglesia sus hermanos le llamaban beato"

Cumplir con los preceptos religiosos era una práctica habitual en los establecimientos, tanto públicos como privados, como parte del tratamiento moral.

La imagen del "sabio- loco", una de las representaciones sociales de la locura:

"Dice que sabe tanto que le van a tomar por loco"

La falta de conciencia de enfermedad, como una de las características de estos enfermos, hasta el punto que posteriormente se llegó a diferenciar entre neurosis (con conciencia de enfermedad) y psicosis (sin conciencia de enfermedad), observamos que no siempre es real:

"por las noches, bajo el impulso de sus alucinaciones se hace agresivo. El mismo nos advierte que para dormir lo pongamos aislado, pues si no, no puede responder de que mate a alguno"

Se observan varios ingresos a los que se les internó sólo por el hecho de pedirles la policía la cédula de identificación y no tenerla; a los que no se detectó ningún síntoma de "enajenación mental" se les daba el alta. En algún caso, si se detectaba patología psíquica:

"¿A qué ha venido aquí? A ná, que me han detenido por falta de documentos. Mi padre se llama José y tiene 8 años" (año 1914).

"he venido por enfermo de la cabeza", luego ataja diciendo, "no sé, no sé por qué he venido" (ambivalencia de ideas). "... ni tengo familia, ni la quiero" (gran indiferencia afectiva). "hablo solo y no hago ningún daño a nadie". "Cuando ve a los médicos se excita y quita de delante" ("Demencia paralítica")

Nuevamente observamos el temor del enfermo a decir algo que le retenga en el manicomio y el miedo principalmente a los médicos que son los responsables del internamiento.

Observamos la creencia en la influencia de la luna (de ahí la denominación de lunáticos) como causa de la locura y que se ha transmitido por el proceso de socialización. Los médicos en la antigüedad pensaban que la causa del desorden mental era la luna por iluminar al demonio para que pudiese realizar su abominable trabajo. En el siglo XVI, Paracelso distinguió 5 clases de insania entre las que se encuentra la "lunatic" (causada por la luna y cuya conducta anormal está dirigida por sus fases y movimientos).

"En Cuba me dio la luna y me dan ataques". ("Psicopatía constitucional", "homosexual", 1914).

A la pregunta de por qué le han traído al manicomio contesta un enfermo:

"Pues porque estaba loco, pero ahora estoy con más talento. Soy felicísimo en toda la extensión de la palabra. Soy el rey de España, tengo un gran negocio de zapatos. Mi fábrica del barrio de Argüelles vale 950 millones. .. He hecho hablar a los toros, hablan de política, de mujeres, todos son republicanos. Alfonso abdicó en mí". ("Demencia parálitica", 1914).

Las conductas agresivas, aparentemente sin motivo, del enfermo mental y las medidas tomadas:

"Sin motivo ninguno maltrata a su criado dándole un bofetón que le causa la rotura del labio. Se altera y excita mucho y pasa al departamento de agitados" (Año 1915).

"agresivo, amenazando con un palo".

Sin embargo, también se señala la falta de agresividad:

"Fue siempre inofensivo y jamás se metió con nadie". "Su enfermedad es antigua, sus ideas enraizadas, aunque es muy reticente de manifestarlas" ("esquizofrenia").

La familia de un enfermo diagnosticado de esquizofrenia (demencia precoz) atribuye la enfermedad al parentesco de los padres (primos segundos).

Al explorar el contenido de las asociaciones se observa los delirios absurdos del enfermo mental:

"Saqué a mi mujer del cementerio para casarme con ella"
("Demencia paralítica").

"Yo puedo ser un planeta o rey europeo, pero no de España porque no viene de herencia. Puedo ser planeta por mi sabiduría. Yo puedo hacer al rey constitucional, rey absoluto. Comprendo que voy a ser inmortal como la providencia divina. Me atrevo a conquistar al mundo" ("Delirio de grandeza").

**MANICOMIO DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE
DIOS
EN CIEMPOZUELOS**

Hoja clínica correspondiente al expediente núm. _____

| ENTRADA | FOTOGRAFIA | SALIDA |
|---|-------------------|--|
| Día ____ de ____ de 19 ____ A petición de ____ _____ | | Día ____ de ____ de 19 ____ Por _____ _____ |

DIAGNOSTICO

ESTADO FISICO

Estatura ____ Peso ____ Configuración craneal ____ Índice cefálico ____ Simetría ____
Síntomas raquíticos ____ Periostio de la clavícula ____ de la tibia Desarrollo muscular ____
Panículo adiposo ____ Piel (elasticidad, erupciones, cicatrices, decúbitos) ____ Cabello ____
Pelos ____ Infarto ganglionares ____ Orejas ____ Iris ____ Córnea (arco senil, etc.)
____ Paladar ____ Dientes ____ Lengua ____
Corazón.- Macidez ____ Sonidos ____ Soplos cardíacos ____
Cara.- Coloración conjuntival ____ Color y temperatura de la piel de las partes periféricas
Vasomotores ____ Dermografía ____ Temperatura ____
Arterias.- Pulso (esfigmógrafo) ____ Variaciones del pulso en los cambios de posición y con
los afectos ____ Tonometría ____ Sudor ____ Saliva ____
Vértices pulmonares.- Movilidad de los bordes pulmonares.- Macidez hepática ____
Aparato generador ____ Menstruación ____
Orina ____
Pupilas.- Isicoria.- Anisicoria.- Forma de la pupila.- Reacción directa, indirecta o consensual.

Rapidez _____ Lentitud. ___ Reacción de convergencia. __ Reacción sensitiva psíquica.-

Agitación pupilar _____

Movimientos oculares.- Desviación secundaria.- Diplopia _____

Hendidura palpebral.- Ptosis.- Arrugas de la frente. _____

Inervación facial.- Activa, mímica, al hablar, al sacar la lengua.

Movimientos del velo palatino en la fonación.- Cuerdas vocales.

Fuerza y coordinación de los miembros.- Dinamómetro.- Temblor intencional, etc.- Ataxia.-

Romberg.- Marcha con ojos abiertos y cerrados.

Articulación de la palabra.- Palabra espontánea.- Repetición de palabras conocidas y desconocidas.-

Designación de objetos (por el tacto, vista, oído, etc.).- Escritura al dictado, espontánea,

copia, designación de objetos por escrito.- Comprensión de la palabra.-

Reflejos tendinosos.- Rotuliano.- Aquiles.- Clonus pie.- Ancóneo.-

Excitabilidad idiomuscular.- Reflejos perósticos.-

Reflejos plantares.- Babinski, Oppenheim, Mendel.- Reflejos cutáneos (cremastérico, epigástrico).-

Reflejos palatinos.- Reflejos conjuntival, corneal, córneo-mandibular.

Agudeza visual.- Perimetría.- Hemianopsia.- Sentido de los colores.

Fondo del ojo _____

Agudeza acústica.- Rinne, Weber, Schwaback.- Otoscopio.- Conducción creancotimpánica.

Olfato.- Gusto.

Sensibilidad táctil.- Dolorífica.- Localización táctil.- Prueba Stern (diferenciar rayas horizontales y

verticales).- Sentido muscular.- Dolor espontáneo.- Parestesias.

Puntos dolorosos (del trigémino, miembros, columna vertebral, intercostales, mamarios, etc.).- Dolor

craneal a la percusión.- Lasêgue.

Sueño.- Hambre.- Sed.- Inervación vesical, rectal, genital.

Punción lumbar.- Resultado del análisis del líquido.- Serodiagnóstico Wasserman.- Reacción de

Porges; de Noguchi.

ESTADO PSIQUICO

Biografía del enfermo: _____

Orientación en el tiempo

en el espacio

| | | | |
|--|--|--|--|
| Inventario psíquico: Conocimien- tos de | Geografía | | |
| | Religión | | |
| | Historia y Política | | |
| | Aritmética | | |
| | Economía doméstica | | |
| | Agricultura | | |
| | Comercio | | |
| | Prácticos: días de la semana, del año, precios de las cosas, monedas, etc. | | |

Conceptos éticos _____

Gesticulación

Movimientos espontáneos

| | | | |
|-------------|------------------------------------|--|--|
| Sensaciones | Alucinaciones | | |
| | Ilusiones espontáneas o provocadas | | |

| | | | |
|---------|----------------------|-------|----------|
| Afectos | Humor | | |
| | Ansiedad | Furia | Tristeza |
| | Expresión fisonómica | | |

| | | | |
|--------------|----------------------------------|--|--|
| Inteligencia | Memoria de objetos vistos | | |
| | Memoria de cosas aprendidas | | |
| | Memoria para las cosas recientes | | |
| | Pruebas de la memoria reciente | | |

Abstracción: Ideas generales _____

| | |
|------------------------|---|
| Actividad combinatoria | Reconocimiento de objetos y personas conocidos de antes |
| | Comprensión de figuras |
| | Comprensión de historias o cuentos sencillos |
| | Método complementario de Ebbinghaus |

Trastornos de la asociación: Rapidez o tiempo de reconocimiento medido con el taquistoscopio.

| | |
|----------|--|
| Atención | Prueba de Bourdon |
| | Velocidad de la asociación |
| | Conexión de las asociaciones: Prueba con las palabras intercaladas |
| | Contenido de las asociaciones (ideas delirantes, obsesiones) |

Reacción motora (actos del enfermo)

Movimientos espontáneos
Estereotipia, perseveración
Reacción al dolor, a las excitaciones ópticas y acústicas
Movimientos pasivos (flexibilidad cérica, resistencia)
Ecopraxia
Movimientos mandados
Reacción a las amenazas
Medida del tiempo de reacción.

DIAGNOSTICO

PRONOSTICO

TRATAMIENTO

CURSO DE LA ENFERMEDAD

AÑOS

Cuestionario utilizado a partir de 1913.

MANICOMIO DE VARONES

Dirección Facultativa

CUESTIONARIO CLINICO

CIEMPOZUELOS ____ de _____ de 191 ____

Referente al enfermo D _____

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Edad de los padres cuando nació el enfermo _____

¿Había parentesco entre ellos? _____

¿Hubo en ellos ó en sus ascendientes enfermedades mentales, nerviosas, alcoholismo, sífilis, tuberculosis, epilepsia ó suicidio? _____

ANTECEDENTES PERSONALES FISICOS

¿Fue normal el nacimiento? _____

¿Hubo alguna alteración en el desarrollo? _____

¿Ha tenido accidentes, diarreas, terrores nocturnos, enfermedades infecciosas, difteria, escarlatina, etc. _____

ANTECEDENTES MENTALES

¿Cuándo aprendió a hablar? _____

¿Aprendió bien la enseñanza de la escuela? _____

¿Tenía alguna rareza ó alguna manía? _____

¿Era alegre ó triste? _____

¿Quería a sus padres? _____

¿Era perezoso? _____

¿Tenía impulsos inmotivados? _____

¿Era agresivo? _____

¿Ha sido vicioso? _____

ANTECEDENTES INMEDIATOS

¿A qué se atribuye su perturbación mental? _____

¿Cambios en su inteligencia? _____

¿Memoria? _____

¿Tiene ó ha tenido alucinaciones? _____

¿Oye voces lejanas, misteriosas, etc.? _____

¿Qué le dicen sus voces? _____

¿Ha tenido visiones? _____

¿Se ha quejado del mal gusto de las comidas? _____

¿Ha dejado de comer durante algún tiempo? _____

¿Ha creído que influyen en él por medio de la electricidad, de la telegrafía sin hilos, teléfonos, etc. ? _____

¿Se ha creído condenado al infierno, arruinado, perseguido? _____

¿Ha intentado suicidarse? _____

¿Ha cambiado de modo de ser? _____

¿Ideas de grandezas? _____

¿Negocios absurdos? _____

¿Ha permanecido mucho tiempo quieto, en posturas extrañas? _____

¿Ha tenido ataques de parálisis, de convulsiones, etc.? _____

¿Se ha fugado de su casa? _____

¿Ha hecho excesos alcohólicos? _____

¿Ha tenido alguna enfermedad venérea ó sífilítica? _____

¿Sueño? _____

¿Hablaba mucho ó permanecía silencioso? _____

¿Cuándo comenzó su enfermedad actual? _____

¿Ha estado enfermo antes de ahora? _____

10.3. CASA DE SALUD A CARGO DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS (1918-1925)

A partir del 29 de septiembre de 1918 y hasta el 22 de junio de 1925 se utiliza el mismo protocolo de admisión pero con la denominación de

"CASA DE SALUD A CARGO DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS"
en CIEMPOZUELOS.

En los años anteriores se habían utilizado estos protocolos pero para los enfermos privados. Han transcurrido 41 años desde su fundación para que el establecimiento usase de forma sistemática esta denominación.

No se observan cambios con respecto a la etapa anterior. Los ingresos se hacen principalmente a petición de las Diputaciones Provinciales (Madrid, Cuenca, Segovia, etc.), o la familia (esposa, padres, hermanos).

Son frecuentes las altas, ya sea por indicación médica, traslados a otras provincias por orden de las Diputaciones, por fallecimientos y algunas fugas.

Las historias suelen ser más extensas que en los años anteriores. Se describe el comportamiento del enfermo durante la consulta, se explora la afectividad ("Tengo una hermana pero no nos hablamos con ella"), memoria, alucinaciones, estado de ánimo, carácter, ideas delirantes, etc. Ya no se efectúa la medición craneana pero si se registra si existe alguna anomalía: "cráneo pequeño y asimétrico", "onimetría de la cara", "orejas desiguales".

Se hace una exploración física del enfermo y una biografía en la que se recoge la edad, lugar de nacimiento, estado civil, antecedentes enfermedad, antecedentes familiares y profesión. Estos datos suelen estar muy incompletos. Se observa un gran interés por recoger información

sobre enfermedades venéreas (sífilis) y sobre la ingesta de alcohol. En el propio establecimiento se hacen las pruebas de serorreacción de Wasserman para diagnosticar la sífilis.

Con respecto a los diagnósticos se observa que ingresan con un diagnóstico, que no siempre coincide con el del Centro.

| <u>Diagnóstico al ingreso</u> | <u>Diagnóstico en el Establecimiento</u> |
|---|--|
| Desequilibrio mental crónico | Psicosis maniaco-depresiva |
| Ideas de persecución | Paranoia |
| Perturbación mental con gran excitación de origen epiléptico asociado con alcoholismo | P.G.P. forma depresiva |
| P.G.P. | Tabo dorsalis |
| | Esquizofrenia |
| | Demencia precoz catatónica |
| | Delirio sistematizado e Magnan |
| Perturbación mental | Demencia paralítica |
| Psicosis epiléptica | Demencia epiléptica |
| Paranoia | Paranoia alcohólica |

El siguiente diagnóstico: "Frenastenia biocerebropática con episodios maniaco-depresivos", sólo lo hemos observado en esta ocasión y corresponde a un enfermo del que se dice que no razona los motivos de su ingreso en el Frenocomio (término raramente utilizado en el establecimiento aunque ocasionalmente todavía se utiliza en el lenguaje psiquiátrico).

En el **CUESTIONARIO CLINICO** que se utiliza desde 1913, se tenían en cuenta, además de las variables somáticas, las psíquicas y las sociales. Lo cumplimentaban los familiares de los enfermos a los que se solicitaban los siguientes datos (pág. 505):

Antecedentes hereditarios: (edad de los padres en la fecha del nacimiento, si había parentesco entre ellos y si entre sus ascendientes hubo enfermedades mentales, nerviosas, alcoholismo, sífilis, tuberculosis, epilepsia o suicidio).

Antecedentes personales físicos: (si fue normal el nacimiento, si se produjo alguna alteración en el desarrollo y si ha tenido accidentes, diarreas, terrores nocturnos, enfermedades infecciosas, difteria, escarlatina, etc.)

Antecedentes mentales: (cuándo aprendió a hablar, si aprendía normalmente en la escuela, si tenía rarezas, manías, si era alegre o triste, si quería a sus padres y a sus amigos, si era perezoso, si tenía impulsos inmotivados, si era agresivo, vicioso).

Antecedentes inmediatos: (a qué atribuyen su perturbación mental, si ha tenido cambios en su inteligencia, en la memoria, si tiene alucinaciones (auditivas, ópticas, gustativas) ideas de referencia, si se ha sentido perseguido, arruinado, condenado al infierno, intentos de suicidio, cambios en su modo de ser, ideas de grandeza, negocios absurdos, posturas extrañas, ataques de parálisis, de convulsiones, fugas, excesos alcohólicos, enfermedades venéreas o sífilis, sueño, fecha comienzo de la enfermedad actual, enfermedades).

Tratamientos.

Se considera muy importante la introducción de un protocolo de tratamiento ya que es un paso más hacia la medicalización del manicomio. La función médica va ganando terreno a las funciones de asilo, custodia y control a las que no va a poder desplazar debido a la grave patología de los enfermos crónicos ingresados. En el protocolo de tratamiento (no incluido en todas las historias) se cumplimentan los siguientes apartados:

- Puntos de vista terapéuticos
- Indicaciones a llenar

- Plan terapéutico y
- Desarrollo del Plan.

Transcribimos, como ejemplo, un protocolo de tratamiento que corresponde a un enfermo diagnosticado de "demencia precoz" (1920). Se cumplimentó de la siguiente manera:

Puntos de vista terapéuticos:

- Combatir el bloqueo psíquico
- Despertar la afectividad
- Impedir el paso a la demencia final.

Indicaciones a llenar:

- Estímulo vigoroso de la fuerzas orgánicas.
- Medicación leucogénica

Plan terapéutico:

- Un abceso de fijación
- Serie de inyecciones vacuna antitífica

Se mantiene la terapéutica por el trabajo ya que se sostiene la idea de que manteniéndoles activados, se les roba tiempo al "mundo fantástico de sus ideas delirantes".

Raramente se observa que se utilice el término "psicoterapia" pero si lo hemos visto en 1929 (durante la dirección de Santos Rubiano), influencia del tratamiento psicoanalítico que, por otro lado, poca aplicación tenía con este tipo de enfermos crónicos al no darse la transferencia.

"Tratamiento: Psicoterapia. Terapéutica de ocupación. Reconstituyentes".

En "Puntos de vista terapéuticos":

"Remitido el episodio agudo actualmente es suficiente con favorecer la buena nutrición general y tratar principalmente de

despertar los sentimientos afectivos, conceptos éticos y reducir la voluntad".

En el Cuadro 10.2. (pág. 511) se presenta el movimiento general de enfermos desde la inauguración del establecimiento hasta 1926 (Memoria, 1927). Se puede observar que el mayor número de ingresos (291) se produce en 1925, seguido del año 1914 con 259 enfermos. El número de enfermos ingresados continúa aumentando, desde los 7 enfermos que había al terminar el primer año de la fundación, hasta los 944 ingresados al terminar 1915.

El mayor número de altas se producen por fallecimientos, destacando los 111 ocurridos en 1907. Durante la dirección médica de Gayarre se hizo una queja a la Diputación por las condiciones tan lamentables en que llegaban los enfermos al establecimiento. En estos años se producen también el mayor número de altas por "curación" destacando 1911 con 74 altas. Por el contrario, se observan menos licencias y en 1925 un número alto (15) de fugas que la dirección justifica diciendo que se debe a la libertad de que gozan los enfermos.

Curso de la enfermedad.

Como venimos observando desde el comienzo, señalamos algunos de los aspectos que nos han parecido más interesantes. Los enfermos se preguntan con frecuencia el por qué de su internamiento, algo que no entienden y a lo que difícilmente se le va a dar una respuesta satisfactoria:

"¿A quién se le ocurre traerme sin estar tonto, ni loco?". "La vacuna le dio un aire y le quedó una parálisis. No sabe leer, ni escribir por descuido pues es inteligente". (Esquizofrenia - Encefalopatía con paraplejía espástica").

Cuadro 102
Movimiento general de enfermos desde 1876 a 1926

| AÑOS | Existencia anterior. | Ingre- sados. | S A L I D O S | | | | | TOTAL | QUEDAN |
|-----------|----------------------|---------------|---------------|-----------|------------------|----------|---------------|-------|--------|
| | | | Curación. | Licencia. | Otros conceptos. | Fugados. | Falle- cidos. | | |
| 1877..... | » | 9 | 1 | » | » | » | 1 | 2 | 7 |
| 1878..... | 7 | 13 | 2 | » | » | » | 1 | 3 | 17 |
| 1879..... | 17 | 13 | 3 | » | » | » | 3 | 6 | 24 |
| 1880..... | 24 | 16 | 2 | 1 | 2 | » | 1 | 6 | 34 |
| 1881..... | 34 | 30 | 5 | 4 | 4 | » | 6 | 19 | 45 |
| 1882..... | 45 | 65 | 3 | 2 | 6 | » | 20 | 31 | 79 |
| 1883..... | 79 | 51 | 12 | 2 | 2 | » | 16 | 32 | 98 |
| 1884..... | 98 | 113 | 2 | 2 | 25 | » | 29 | 49 | 182 |
| 1885..... | 182 | 111 | 6 | 5 | 30 | » | 62 | 63 | 200 |
| 1886..... | 200 | 116 | 6 | 7 | 6 | » | 62 | 81 | 235 |
| 1887..... | 235 | 151 | 13 | 9 | 8 | » | 87 | 117 | 269 |
| 1888..... | 269 | 126 | 27 | 16 | 3 | » | 71 | 116 | 279 |
| 1889..... | 279 | 54 | 12 | 12 | 6 | » | 44 | 83 | 299 |
| 1890..... | 259 | 46 | 6 | 8 | 9 | » | 42 | 86 | 240 |
| 1891..... | 240 | 57 | 12 | 6 | 2 | 2 | 31 | 53 | 241 |
| 1892..... | 244 | 47 | 1 | 5 | 14 | » | 19 | 39 | 232 |
| 1893..... | 252 | 82 | 10 | 6 | 17 | » | 18 | 51 | 283 |
| 1894..... | 283 | 110 | 10 | 6 | 18 | 1 | 26 | 61 | 342 |
| 1895..... | 332 | 117 | 11 | 4 | 22 | 2 | 35 | 74 | 375 |
| 1896..... | 375 | 100 | 14 | 16 | 21 | 1 | 52 | 61 | 371 |
| 1897..... | 371 | 98 | 10 | 8 | 8 | 2 | 45 | 73 | 396 |
| 1898..... | 396 | 128 | 20 | 13 | 31 | 6 | 50 | 120 | 404 |
| 1899..... | 404 | 123 | 8 | 14 | 24 | 7 | 49 | 102 | 425 |
| 1900..... | 425 | 132 | 13 | 4 | 7 | 7 | 40 | 70 | 486 |
| 1901..... | 486 | 141 | 14 | 9 | 24 | 5 | 75 | 127 | 500 |
| 1902..... | 500 | 175 | 21 | 18 | 9 | 6 | 59 | 113 | 562 |
| 1903..... | 562 | 134 | 12 | 8 | 15 | 7 | 38 | 100 | 616 |
| 1904..... | 616 | 143 | 21 | 6 | 8 | 2 | 44 | 81 | 676 |
| 1905..... | 676 | 155 | 16 | 12 | 24 | 3 | 66 | 119 | 710 |
| 1906..... | 710 | 172 | 23 | 17 | 13 | 3 | 62 | 118 | 761 |
| 1907..... | 761 | 175 | 32 | 14 | 7 | 5 | 111 | 120 | 767 |
| 1908..... | 767 | 165 | 52 | 12 | 13 | 7 | 77 | 161 | 771 |
| 1909..... | 771 | 184 | 38 | 1 | 22 | 9 | 54 | 120 | 831 |
| 1910..... | 831 | 182 | 51 | 1 | 33 | 5 | 81 | 170 | 842 |
| 1911..... | 842 | 155 | 74 | 2 | 30 | 3 | 68 | 183 | 814 |
| 1912..... | 814 | 247 | 54 | 1 | 58 | 2 | 80 | 195 | 866 |
| 1913..... | 866 | 183 | 29 | 1 | 33 | 3 | 73 | 139 | 910 |
| 1914..... | 910 | 259 | 71 | » | 53 | 1 | 100 | 225 | 944 |
| 1915..... | 944 | 80 | 22 | » | 47 | 8 | 84 | 161 | 853 |
| 1916..... | 853 | 96 | 7 | 2 | 42 | 4 | 66 | 121 | 828 |
| 1917..... | 828 | 121 | 16 | 1 | 26 | 3 | 100 | 146 | 803 |
| 1918..... | 803 | 123 | 15 | 6 | 12 | 4 | 107 | 144 | 782 |
| 1919..... | 782 | 82 | 5 | 16 | 15 | 4 | 81 | 124 | 743 |
| 1920..... | 743 | 194 | 9 | 14 | 49 | 9 | 51 | 129 | 808 |
| 1921..... | 808 | 169 | 3 | 22 | 25 | 3 | 69 | 122 | 855 |
| 1922..... | 855 | 92 | 3 | 24 | 31 | 11 | 82 | 151 | 796 |
| 1923..... | 796 | 111 | 13 | 41 | 94 | 4 | 64 | 216 | 691 |
| 1924..... | 691 | 105 | 10 | 18 | 34 | 8 | 36 | 106 | 690 |
| 1925..... | 690 | 291 | 11 | 39 | 23 | 15 | 57 | 145 | 836 |
| 1926..... | 836 | » | » | » | » | » | » | » | » |

Al manicomio van los tontos y los locos y el enfermo no se considera ni una cosa, ni otra (no tiene conciencia de enfermedad).

Se describe el comportamiento del enfermo ante el explorador:

"Habla con marcado manierismo. Risa inmotivada casi continua. Atención muy escasa. Tendencia al negativismo. Muy descuidado de ropa, tirado por el suelo, come vorazmente... Indiferente, inabordable, mutismo, estereotipias motoras". (Diagnosticado de esquizofrenia).

"Persiste la hiperkinesia, continuamente moviéndose, repite los mismos movimientos estereotipados, anda unos pasos con los brazos en cruz, se arrodilla, golpea el pecho y vuelve a repetir los mismos gestos y paseos"..... "Indiferencia afectiva grande". "Ni tengo familia, ni la quiero"..... "Hablo solo y no hago ningún daño a nadie" (Esquizofrenia).

"El día 9 de mayo (1921) ingresé en esta Casa de Salud como medida terapéutica para el tratamiento de una afección moral que vengo padeciendo" (Psicopatía constitucional. Período secundario luético)

"Desde su ingreso muy indiferente, continuamente riendo, hace reír a los demás por ser ésta demasiado sostenida. Dice que el director parece Nick Winter y yo un detective inglés. Que le han traído unos forajidos - se refiere a sus tíos. Los guardias 1111 y 1104 me llevaron al Hospital porque les dio la gana". .. "Parece una excitación maníaca".

Se explora su estado psíquico mediante preguntas muy elementales sobre conocimientos de cultura general o sobre su trabajo que deberían conocer y sorprende al explorador que no sepan contestarlas:

"nada, no sabe cuando se riega el trigo".

Sorprende hasta que extremo la familia obedece las recomendaciones del médico, en su desesperación por tratar de curar o mejorar el estado del enfermo:

"Dejó los estudios por encontrarse débil, "me cansaba de estudiar". Llamaron al médico quien aconsejó cambiarse de aires frecuentemente; por ello residieron en Pozuelo 8 días, en El Escorial 15 días, en Olmedo un mes, y en Medina del Campo; regresó a Madrid y la familia decidió ingresarle en el 1897 en casa de Esquerdo".

Ni los viajes, ni el tratamiento de Esquerdo dieron muy buenos resultados, como prueba el hecho de su ingreso en Ciempozuelos.

En resumen, señalamos lo más importante que hemos observado durante el breve período que el establecimiento utilizó la denominación de CASA DE SALUD (1918-1925). Se continúa utilizando el mismo inventario exhaustivo de síntomas de la etapa anterior y se sigue haciendo mucho hincapié en la exploración de las enfermedades venéreas e ingesta del alcohol.

Deja de hacerse la medición craneana (la frenología ha perdido su influencia), aunque se registra cualquier patología observada en el tamaño del cerebro. Aparte de este cambio, en cuanto a la exploración de la sintomatología del enfermo, no hay variación respecto a la etapa anterior.

Sin embargo, si creemos muy interesante señalar la utilización de un protocolo de tratamiento por lo que ello significa, en cuanto a un nuevo refuerzo hacia la medicalización del manicomio. Junto a las funciones tradicionales de custodia, asistencia y control, cada vez va adquiriendo mayor fuerza la función médica.

10. 4. CONCLUSIONES (1877-1925).

Este período comprende prácticamente los primeros cincuenta años del establecimiento durante los que se han operado los siguientes cambios en su denominación:

MANICOMIO DE VARONES EN CIEMPOZUELOS (1877-1908)

MANICOMIO DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS
EN CIEMPOZUELOS (1909 - 1918)

CASA DE SALUD A CARGO DE LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS
EN CIEMPOZUELOS (1918-1925)

En estos años, hemos podido observar los cambios principales que se han ido efectuando en el establecimiento que, en parte son un reflejo de los producidos en la institución psiquiátrica, pero sin olvidar ciertas limitaciones importantes que vienen impuestas por el tipo de enfermos crónicos ingresados que determinan el tipo de asistencia, el régimen del establecimiento de carácter privado, los convenios con las diputaciones que como mayores proveedores de enfermos influyen en el funcionamiento del establecimiento, etc.

Desde su fundación en 1877 hasta 1918 los protocolos de ingreso mantienen la denominación de MANICOMIO, aunque ya en la instancia de solicitud dirigida al Ministro de la Gobernación y en los estatutos de su fundación (21 de diciembre de 1876) se pide autorización para abrir una "Casa de Salud o Manicomio para dementes varones". En estos estatutos, cuyo texto completo hemos reproducido en el capítulo 6 (pág. 286), se exponen los objetivos y las normas por las que se regirá el nuevo establecimiento. Brevemente hacemos mención a los puntos principales:

En los primeros artículos se establece el lugar, nombre de los propietarios, destino y la toma de decisiones. "El Establecimiento en proyecto se destina a acoger a los varones afectados de enfermedades mentales y atender a su curación: en su consecuencia, se llamará "Manicomio o Casa de Salud para dementes varones" (artº 4).

Se nombrará un Director Gerente y "el Establecimiento estará sujeto a la superior inspección, con arreglo a las Leyes del Reino" (Art. 7º) (esta inspección hace referencia a velar por la higiene y la moral pública). Se destaca también que "competentes facultativos y Enfermeros Hermanos de la Caridad ayudarán al director en el gobierno de la Casa y a procurar el bienestar de los acogidos" (artº 8), un sacerdote competente aprobado por la autoridad eclesiástica velará por la asistencia espiritual (artº 9), habrá uno o más médicos agregados, según se requieran para la asistencia facultativa de los enfermos (artº 10), "... el trabajo manual y el recreo son medios poderosos de curación para las afecciones mentales, se emplearán según convenga a la higiene y al bien moral de cada uno." (artº 12), normas de admisión (artº 13), control de las visitas (artº 15) condiciones de admisión de dementes pensionistas (artº 16) y convenios con las Diputaciones para la admisión de los dementes pobres (artº 17).

Con fecha 4 de noviembre de 1891 se modificaron estos estatutos y en el nuevo reglamento (pág. 302) figuran ya como propietarios del "Manicomio Particular" los Hermanos de San Juan de Dios, lo que parece indicarnos un mejoramiento en las relaciones Iglesia-Estado. En este reglamento se regulan las:

Condiciones para la admisión (artºs 2-9)

Relaciones del Manicomio con las familias y de éstas con sus alienados o pensionados (artºs 10-11)

Salidas del Manicomio (artº 12-13)

Manera de funcionar el Manicomio (artºs 14-20)

Este reglamento se desarrolla "... en armonía con lo dispuesto en el Real Decreto de 19 de mayo de 1883" para el ingreso de los enajenados o enfermos alienados (en los estatutos anteriores se hacía referencia a "dementes") que podrá ser en observación (tres o seis meses

en casos dudosos) o de reclusión definitiva. Los doctores o licenciados en medicina que soliciten dicho ingreso no podrán ser parientes del enfermo dentro del cuarto grado civil (se trata de evitar los ingresos indebidos) y es importante observar que sólo se podrá ingresar en "casos de verdadera y notoria urgencia", ya que los alienados deberán permanecer en sus casas siempre que no haya peligro para la familia o molestias excesivas para éstas o vecinos o perjuicio evidente para su salud. Es notable como el legislador trata de evitar "el gran confinamiento".

Ahora bien, si la legislación limitaba los ingresos, también limitaba las salidas, que sólo tendrán lugar "cuando a juicio facultativo esté curado el enfermo", o cuando lo pida la persona que solicitó su ingreso. El condicionar la salida del enfermo a su curación supuso un grave inconveniente ya que pocos médicos se atrevían a decir que el enfermo estaba curado y esto fue causa de que se dejase a muchos internados de por vida. Recordemos las palabras de Gayarre, director facultativo del establecimiento, en este sentido: "No suponemos que todos los enfermos que salen de alta salen curados pero esto es una fórmula que exige la ley. Para el legislador quien no está cuerdo está loco: doctrina simplicísima desprovista de toda realidad. Hay hombres sanos y hombres enfermos; pero los hay medio sanos y medio enfermos y los hay convalecientes. En todas las cosas hay matices". Gayarre prefiere ponerles en libertad, "ya que por evitar un riesgo posible no debe hacerse incalculable mal seguro, privando de libertad a cientos de personas". Critica la postura de otros médicos: "Esta conducta nos parece tan natural y tan humana, que no comprendemos cómo hay tantos directores de Manicomios que, por no comprometer su intangible prestigio psiquiátrico o por otras razones, caen en el extremo opuesto" (Gayarre, 1914: 17).

Los artículos referentes a la "Manera de funcionar el Manicomio" hacen mención principalmente a las prácticas religiosas y demás medios de moralización (artº 14), al balneario para las aplicaciones hidroterápicas, (principal terapéutica en estas enfermedades) (artº 17), medios de curación (paseos, buena alimentación, distracciones y ocupaciones apropiadas, aseo personal y la higiene (artº 18) y a la iniciación para volver a vivir en sociedad (salir de paseo solos o acompañados) según indiquen los facultativos (artº 20).

El estudio estadístico de Pliny (1887), demostró que los tratamientos morales aplicados a los enfermos mentales tampoco tuvieron éxito, lo que unido a los descubrimientos de Bayle sobre la P.G.P., y los de Broca sobre la afasia, además de la influencia de los estudios de la mente y fisiológicos y bioquímicos que se enseñaban en las universidades alemanas, hicieron que la psiquiatría rechazase la concepción ético-moral y se inclinase por el modelo organicista.

Independientemente de la efectividad o no del tratamiento moral habría que cuestionarse si realmente se llegó a aplicar en algún momento. Las descripciones de los asilos de aquella época, tal como se mencionan en la literatura, no eran desde luego las idóneas para la aplicación de este tratamiento. Qué relación hay entre el trato respetuoso y amable "en todas las circunstancias", la tranquilidad, los paseos, la música, el trabajo manual, etc. que recomienda el tratamiento moral, con el hacinamiento, las jaulas inmundas, los castigos, la falta de higiene y mala alimentación, etc. que eran las características de aquellos manicomios, como fue denunciado en múltiples ocasiones.

Por una orden circular de la regencia de 27 de julio de 1870 se obligó a las provincias donde había nacido el demente a que se hiciesen cargo de su mantenimiento y así las Diputaciones comienzan a hacer convenios con los establecimientos. El Manicomio de Ciempozuelos hizo el primero con la de Madrid, pero por diversas razones llegó la primera expedición de enfermos en 1882 y pertenecían a la Diputación de Cáceres. De este modo comienzan a llegar los enfermos procedentes de los hospitales provinciales y, aunque no aportan muchos datos, la mayoría de las veces ninguno, si se sabe, por lo menos, que han estado previamente ingresados y poco más pues la etiqueta de "enagenación mental" es todo su equipaje. Se buscan datos pero raramente se consiguen. A veces los proporcionan otros enfermos con los que han coincidido en otro manicomio.

El número de médicos era muy escaso. En los estatutos fundacionales se hace mención a "uno o más médicos agregados, según requieran las circunstancias" (artº 10). Prácticamente durante los primeros

años todas las historias clínicas están escritas por José Rodrigo González González que fue director del Manicomio de 1882 a 1903. El "Dr. Rodrigo", así es como se le conocía, cumplimentaba sistemáticamente los protocolos y, en sus registros, se observa un gran interés por los enfermos, prueba de su gran profesionalidad. Se observa su frustración ante los cambios inexplicables que la enfermedad mental ocasiona en los enfermos ("Parecen imposibles las mutaciones que la enajenación mental produce en ciertos individuos") y su sentir hacia el sufrimiento del otro ("desespera el ver la inutilidad de nuestros esfuerzos para ver de modificar siquiera la tristeza que a este nuestro enfermo le consume, además que observamos con dolor el descenso de sus facultades intelectuales") y su impotencia ante los resultados ("nada hemos adelantado en su curación, ni siquiera en su mejoramiento"). No es corriente este tipo de registros en los que el médico se implica en su relación con el enfermo ya que el explorador, en su busca de la objetividad, transcribe textualmente lo que este dice, aunque hay que cuestionarse esta objetividad desde el momento que se registran sólo las conductas patológicas que confirman el diagnóstico y raramente los aspectos positivos del enfermo.

Durante el siglo XIX, prácticamente no hay en las historias ningún dato registrado sobre los antecedentes personales y familiares. Tampoco debe extrañarnos ya que la anamnesis es la historia de la enfermedad y se sigue un modelo empírico descriptivo patológico. Por otro lado la incomunicación es parte del tratamiento moral. Al enfermo se le aislaba de su entorno y de ahí la escasa relación con su familia y el que no haya correspondencia o anotaciones en este sentido. Paradójicamente, el hecho de que el enfermo no pregunte por su familia o no muestre signos de querer irse a su casa se considera un signo de enfermedad. Mayor interés tienen los antecedentes hereditarios ya que se considera el factor herencia como causa o, por lo menos, predisposición de la enfermedad mental, pero es un dato que el médico suele desconocer.

La finalidad de la metodología descriptiva patológica es captar los signos y síntomas de la enfermedad. El modelo anatomoclínico considera que la enfermedad es una combinación de lesión y signo o síntoma correspondiente. De esta forma, los manicomios se convierten

en escuelas-laboratorios y, como ya hemos señalado, Rodrigo González González exploró a los enfermos no sólo en vida sino también después de su muerte, en la búsqueda de esa lesión que correlacionase con los signos o síntomas presentados. En el inventario de síntomas impreso en los protocolos se observa la influencia del modelo orgánico, vigente en la psiquiatría de la época. Por otro lado, no hay duda que Rodrigo González era un organicista; no obstante, en su práctica se observa la concepción ético-moral. La masturbación es un vicio que debilita y causa la locura; intenta corregirlo y trata al enfermo con reconstituyentes y medidas correctivas. La homosexualidad es una enfermedad mental. De igual manera, aunque no es probable que considerase las pasiones como la causa de la enfermedad mental, no obstante, si recoge en los registros la opinión de las familias que consideran que la pasión por la política, o el exceso de trabajo intelectual, o la religión, o los vicios, etc. les produjeron la locura.

Prueba de lo anterior es que en la etiología del protocolo del Manicomio de San Juan de Dios de Almería (utilizado a finales 1899 y principios de 1900), si están impresas las causas de orden moral (educación, pasiones y emociones), pero en Ciempozuelos, José Rodrigo más avanzado en cuanto a las nuevas concepciones psiquiátricas (modelo organicista), las ha eliminado y sustituido por el Examen Clínico. Se intentaba demostrar que los trastornos psíquicos eran consecuencia de una lesión cerebral, ante la incredulidad de muchos que seguían defendiendo la concepción ética-moral.

La frenología que trató de correlacionar las protuberancias cerebrales con las facultades mentales tuvo en su época una gran repercusión que llegó también al establecimiento estudiado; prueba de ello es que a todos los enfermos se les hacía la medición craneana, sin que se observe, aparte de las medidas, ningún tipo de anotación sobre el particular, salvo excepcionalmente, que se señala algún cráneo más o menos grande de lo normal. Esta teoría influyó, al igual que las teorías lombrosianas, en la somatización de la enfermedad mental.

En los diagnósticos se observa la influencia de la escuela francesa: melancolía, demencia, epilepsia, idiotismo, imbecilidad, y

también los diagnósticos sintomáticos (delirio religioso sistematizado, delirio de grandezas, delirio de persecuciones, delirios varios propios de los degenerados, , etc.). La representación social del loco poseído por el demonio, manifestación de las primitivas concepciones mágico-simbólicas, se observan en los registros de algunas historias en los que el enfermo se cree poseído, endemoniado. Por el proceso de socialización han incorporado las creencias de la sociedad a su propia identidad. El sufrimiento es tan intenso para algunos que incluso intentan quitarse la vida. Lo que les ocurre es tan inexplicable, tan irracional que, utilizando sus propias palabras, "lo mismo puede ser obra del demonio que de Dios". Piensan que tiene que ser un ser sobrenatural el causante de sus transformaciones, de sus delirios y alucinaciones.

En el apartado del "Curso de la Enfermedad" observamos en los registros los cambios que se operan en algunos enfermos, sobre todo los que evolucionan hacia la demencia. Se producen las grandes mutaciones que la ciencia no puede explicar.

También se observa la gran resistencia física para aguantar las situaciones más insoportables, como permanecer de rodillas horas y horas, o resistir los cambios atmosféricos más duros de forma prologada. Esta tendencia que padecían algunos enfermos mentales a no demostrar cansancio, ni sentir el frío o el calor, soportar todas las miserias, hizo que durante los siglos XVII y XVIII se les considerase animales sin sentimientos, lo que fomentó el tratamiento de la dominación de sus mentes mediante el látigo y el castigo y encerrándoles en jaulas. Se pretendió justificar, basándose en ello, múltiples conductas vergonzosas por parte de los "normales" que sin duda fueron mucho más brutales que las conductas agresivas de los denominados locos.

El tratamiento más aplicado es el moral. Además de las funciones de asilo y custodia, también se ejerce la de control que convierte al establecimiento en reformatorio. Como hemos dicho, aunque en los protocolos se observa la concepción médico-organicista, en los registros del "Curso de la Enfermedad" y en los tratamientos, se sigue la concepción ética-moral. Mantener a los enfermos limpios, aseados, bien nutridos, con buen color de la piel, procurar que duerman bien y

tratarlos con reconstituyentes, tónicos, (aceite de hígado de bacalao), baños y duchas, etc. (aunque como ya se ha indicado la balneoterapia se utilizaba como tratamiento y también como castigo, tal es el caso de las duchas o baños de agua fría para combatir la agresividad) y proporcionarles una ocupación, para librarles de sus "perniciosos pensamientos", en los talleres y en el huerto. Los que saben tocan algún instrumento musical y a algunos se les deja salir al pueblo acompañados o solos, con la intención de "iniciarles gradualmente para volver a vivir en sociedad" (artº 20 del Reglamento).

Por los estudios que hemos efectuado, parece que el manicomio de Ciempozuelos tenía más medios que otros establecimientos (talleres, agua, buena alimentación, balneoterapia, etc.) y, sobre todo, como se observa en los registros, interés por llevarlo a la práctica, pero, probablemente, también careciese durante el siglo XIX de espacios interiores suficientes, ya que la gran demanda de ingresos producía el hacinamiento de los enfermos. En este sentido, hubo una denuncia por la Inspección de la Diputación de Madrid y aunque el centro fue defendido, también por un diputado, probablemente algo habría de verdad en ello ya que el propio establecimiento reconocía que con las nuevas anexiones, el edificio parecía precisamente lo que habían tratado de evitar, una cárcel y de este modo pronto se iniciaron las construcciones de los nuevos pabellones independientes. Respecto al resto de las alegaciones de la Inspección, no parecen ser ciertas si tenemos en cuenta la información recogida en los diversos documentos de la época y a los que ya hemos hecho mención en los capítulos precedentes.

Tampoco favorecía la práctica del tratamiento moral la división en pabellones de "sucios", "violentos", etc. Por el proceso de socialización los enfermos aprendían muchas conductas morbosas que no tenían antes. No obstante, no se debe ignorar que el tratamiento moral mejoró la situación de muchos enfermos que dejaron de ser tratados como animales y se vieron de alguna forma aliviados de los castigos y de la lamentable situación en la que se encontraban en los años anteriores.

En la relación familia-enfermo se observa un gran distanciamiento; no debemos olvidar que el aislamiento de su ambiente

era parte del tratamiento. Por parte del enfermo se observa rechazo y negación, muy probablemente por haber sido la familia la responsable del ingreso. Esta reacción negativa del enfermo hacia su familia se consideraba parte de su patología psíquica y se trabajaba por reanimar el afecto perdido. Por un lado se le aísla de la familia y, por otro, se le trata para que no pierda el afecto por ella. Ocasionalmente, algunos enfermos se han adaptado al manicomio donde se encuentran como en su propia casa y no quieren recordar su pasado, ni tienen interés por abandonar el establecimiento (esta actitud sería denominada años después hospitalismo y considerada una patología adquirida en el propio establecimiento). Otros, por el contrario, prefieren la cárcel al manicomio y piden que se les saque de allí (de la cárcel se salía, del manicomio difícilmente). Las altas se daban por curación, por traslados a otros centros, fugas y por fallecimientos.

Al ingresar, algunos enfermos niegan su identidad y rehusan dar ningún dato personal. Al no querer identificarse, ¿tratan de evitar el estigma que supone haber estado ingresado en un manicomio?

En 1903, bajo la dirección del arquitecto Aldama, comenzaron las obras del nuevo Manicomio que fue diseñado pensando ya en pabellones independientes rodeados de jardines que hiciesen más agradable el hábitat de sus residentes, comenzando el Período de Perfeccionamiento (1903-1925). A partir de 1909, se comienza a utilizar un nuevo protocolo de admisión en el que se aumenta considerablemente el inventario de síntomas para explorar el Estado Físico del enfermo, influencia de la concepción médico-organicista. No obstante, se hace notar la influencia de las teorías freudianas y se comienza a profundizar en la exploración del Estado Psíquico y se introduce una pequeña biografía del enfermo en las historias; la anamnesis deja de ser la historia de la enfermedad para pasar a ser la historia del enfermo. La psiquiatría de finales del siglo XIX hasta la Primera Guerra Mundial consideró primarios los síntomas fisiógenos y secundarios los síntomas psicológicos y sociales (influencia de la teoría de los síntomas de Bleuler); posteriormente, ante el fracaso del modelo anatomoclínico y la mayor influencia de Freud pasarán a ser considerados primarios los síntomas

psicológicos y sociales y secundarios los físicos en la exploración del enfermo mental.

Por otro lado, no debemos olvidar que mientras se desconozcan las causas de la enfermedad mental, la psiquiatría como rama de la medicina, no dejará de considerar los factores somáticos como probables causa de la enfermedad mental y las investigaciones continuarán en esta dirección. Para la psiquiatría de principios de siglo no es suficiente la descripción de la enfermedad y el registro de los síntomas y así pasará al interrogatorio. A partir de 1913 se empieza a utilizar un Cuestionario Clínico, cuyas preguntas van encaminadas a conocer aspectos somáticos, psíquicos y sociales del enfermo.

En las primeras décadas se observa en los diagnósticos la influencia de las escuelas francesa y alemana. Bajo la dirección de Gayarre la influencia de esta última es notoria e incluso encontramos en los expedientes un test psicológico para medir la capacidad de concentración (Prueba de Bourdon) en alemán (1913). La contratación de dos médicos (Domingo y Huete) que se habían formado en Alemania se hace sentir en el discurso psiquiátrico. El test de Bourdon se encuentra traducido a nuestro idioma posteriormente. A partir de 1912 se observa el diagnóstico de esquizofrenia, término inventado por Bleuler en 1911.

En el apartado del Curso de la Enfermedad se observa una psiquiatría mecanicista. En los distintos registros de las historias se repiten frases como si fueran un estribillo. También son frecuentes las anotaciones que indican que no ha habido variación desde el año anterior. Al enfermo le molesta que se tomen notas sobre lo que dice porque sabe que la historia clínica es el pasaporte hacia el encierro de por vida.

Se observa también la representación del sabio-loco: "Dice que sabe tanto que le van a tomar por loco". La influencia de la luna (para algunos enfermos) como factor causante: "En Cuba me dio la luna y me dan ataques". Se observa que no todos los enfermos psicóticos carecen de conciencia de enfermedad y algunos piden que se les encierren para evitar agredir a otros enfermos. A algunos enfermos se les ingresa en el

manicomio por el hecho de pedirles la policía la cédula de identificación y no tenerla; en estos casos, cuando no había patología psíquica, se les daba el alta por "no manicomiable".

En 1918, la denominación CASA DE SALUD. sustituye a la de MANICOMIO, aunque es el único cambio que se produce en el protocolo de admisión. En la solicitud de la licencia de apertura (1876) se mencionaba ya Manicomio o Casa de Salud. Pero no sería hasta 41 años después que figure sistemáticamente este término impreso en los protocolos. No se observa ya la medición craneana (la frenología va perdiendo terreno) que era habitual, pero si se señala cualquier tipo de anomalía que se observe en la configuración del cerebro.

En las primeras décadas del siglo XX se hace mucho hincapié en la exploración de los hábitos de beber y en las enfermedades venéreas (entendemos que como reacción a los descubrimientos sobre la P.G.P.) y en la herencia (influencia de la teoría de la degeneración de Morel que consideraba la enfermedad "una desviación malsana de un tipo primitivo" y las causas degenerativas eran la herencia y el alcohol). Se efectúan las pruebas de serorreacción de Wasserman en el propio establecimiento.

Los registros suelen ser muy breves, La exploración psicológica es más amplia que en los años precedentes, como ya hemos señalado. Hay un apartado para los conceptos éticos que registra poca información ("si supiera quien me ingresó le mataría", "normales, conserva cariño a su familia").

Se comienza a utilizar un protocolo de tratamiento que va más allá de la función de asilo y custodia del manicomio, en el que se complementan: puntos de vista terapéuticos, indicaciones a llenar, plan terapéutico y desarrollo del plan. Se comienzan los tratamientos de choque como los abcesos de fijación y las inyecciones de malarioterapia. La medicalización de los asilos se va haciendo sentir cada vez con más fuerza.

El desconocimiento de la causa hace posible la consideración de cualquier perspectiva que pueda abrir una esperanza para aclarar el enigma de la locura. Así hemos podido observar las distintas consideraciones que tienen las concepciones psiquiátricas sobre el origen de la enfermedad mental y como influyen en la sintomatología que estudian los profesionales para diagnosticar a los enfermos mentales.

SANATORIO DE SAN JOSE PARA ENFERMOS MENTALES

11. 1. SANATORIO DE SAN JOSE PARA ENFERMOS MENTALES (1925-1951).

El 22 de junio de 1925 se comenzó a utilizar un nuevo protocolo de admisión (pág. 567) con la denominación de:

SANATORIO DE SAN JOSE PARA ENFERMOS MENTALES

que sustituye a las antiguas denominaciones de Manicomio y Casa de Salud, aunque en la legislación de 3 de julio de 1931 que regula el internamiento de los enfermos mentales, en su artículo 2 mantiene los términos de manicomio, casa de salud y sanatorio indistintamente, prueba de que estos términos continúan utilizándose en el país.

El 7 de mayo de 1925 es nombrado director del establecimiento Santos Rubiano Herrera, Teniente Coronel y Jefe Clínico de la Clínica Militar, persona de gran prestigio y con una amplia experiencia que había adquirido a través de sus viajes por Alemania, Francia, Suiza y Estados Unidos. Bajo su dirección se organizó un curso para la formación de los auxiliares psiquiátricos, obligándoles a asistir a las clases, lo que repercutió en la asistencia a los enfermos. El P. Provincial Guillermo Llop (1928-34) consideró que los mil enfermos ingresados, no podían estar bien atendidos con sólo tres facultativos y

ordenó que se "nombraran todos los médicos necesarios, procurando escogerlos entre los más eminentes que por entonces se conocían en la especialidad" y de esta forma se amplió la plantilla y se hicieron una serie de importantes mejoras (ver pág. 356 y ss.). Mensualmente se celebraban sesiones clínicas a la que podían acudir estudiantes de la facultad de Medicina.

En el nuevo protocolo se mantienen los mismos datos de identificación y los de ingreso y salida del protocolo anterior. En la parte central superior se reserva un espacio para la fotografía del enfermo. Los pacientes que llevan muchos años ingresados tienen varias fotografías en cuyas fisonomías se van reflejando no sólo el paso de los años sino también las huellas de la enfermedad. Se menciona también el lugar de dónde procede y si estuvo previamente en observación, dónde, y el diagnóstico al ingresar, el diagnóstico del establecimiento y un espacio en blanco para indicar la fecha de la sesión clínica. También el lugar de nacimiento, fecha, nombre de los padres, estado civil, profesión y domicilio.

Como novedad, hay un Gráfico de Herencia donde se mencionan las probables enfermedades padecidas por los miembros de la familia (enfermedad mental, suicidio, epilepsia, sífilis, alcoholismo, diabetes, tuberculosis y cáncer). Este gráfico raramente está cumplimentado, aunque si se recogen estos datos en el apartado de antecedentes familiares.

La supresión de los items del "ESTADO FISICO" (exploración de la sintomatología somática) es un indicativo de que el modelo médico organicista va cediendo terreno a favor de las concepciones psicosociales, como veremos más adelante. No obstante, se sigue haciendo al ingreso del paciente un examen clínico rutinario.

En la segunda hoja del protocolo se recogen los "DATOS BIOGRAFICOS Y COMMEMORATIVO PATOLOGICO (Suministrados por la familia y de otros orígenes)" y en la tercera hoja el "RESULTADO DE LOS ANALISIS DE LABORATORIO PRACTICADOS".

Se cumplimenta un nuevo cuestionario "EXAMEN AL INGRESO" (pág. 568) que comprende una serie de preguntas agrupadas. En el grupo I se recogen los datos personales; en los grupos II y III se investiga la orientación temporo-espacial; en el grupo IV conocimientos aritméticos; en el grupo V se explora la memoria actual; en el grupo VI los aspectos de la enfermedad; en el grupo VII las asociaciones; en el grupo VIII los conocimientos elementales; en el grupo IX los conceptos éticos y, por último, se recogen una serie de preguntas relacionadas con la conciencia de enfermedad, porte, movimientos, mímica, tono de voz, tipo de lenguaje, estado del enfermo, tipo de palabras que utiliza, etc. Parece ser que la recogida de estos datos corría a cargo del Hermano encargado del pabellón.

En estos años, por los registros de las historias clínicas, se observa que el médico suele mantener una entrevista con el enfermo anualmente e incluso con menor frecuencia. El problema económico influye en el número de médicos, que al ser mínimo, puede ser la principal causa de que las revisiones sean menos frecuentes.

Parte de los datos los proporcionan las familias.

Cuadro 11. 1. Estado Civil de los Enfermos Ingresados (1927)

| EST. CIVIL | Soltero | Casado | Viudo | N/C | TOTAL |
|------------|---------|--------|-------|------|-------|
| Nº ENFERM. | 150 | 82 | 12 | 15 | 259 |
| % | 57,91 | 31,66 | 4,63 | 5,79 | 100 |

En 1929 la mayoría de los enfermos ingresaron a cargo del Ejército, las Diputaciones (enfermos de beneficencia), y privados, por este orden.

En el Cuadro 11.2. (pág. 529) se puede observar el movimiento de entradas y salidas de enfermos por departamentos (pensionistas, diputación y militares) durante los meses del año 1927.

CUADRO 11. 2. MOVIMIENTO DE ENFERMOS POR DEPARTAMENTOS Y MESES

| MESES | ENTRADOS | | | | SALIDOS | | | |
|----------------|--------------|------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|
| | Pensionistas | Diputación | Militares | Total | Pensionistas | Diputación | Militares | Total |
| Enero | 5 | 18 | 17 | 40 | 2 | 22 | 15 | 39 |
| Febrero | 5 | 14 | 11 | 30 | 5 | 14 | 18 | 37 |
| Marzo | 3 | 27 | 19 | 49 | 4 | 20 | 14 | 38 |
| Abril | 2 | 4 | 22 | 28 | - | 14 | 15 | 29 |
| Mayo | 1 | 4 | 10 | 15 | 1 | 18 | 13 | 32 |
| Junio | 7 | 6 | 14 | 27 | 3 | 20 | 16 | 39 |
| Julio | 10 | 12 | 24 | 46 | 9 | 9 | 17 | 35 |
| Agosto | 12 | 14 | 17 | 43 | 8 | 18 | 15 | 41 |
| Septiembr | 3 | 8 | 20 | 31 | 5 | 17 | 23 | 45 |
| Octubre | 5 | 7 | 20 | 32 | 4 | 11 | 11 | 26 |
| Noviembre | 6 | 8 | 25 | 39 | 4 | 8 | 19 | 31 |
| Diciembre | 6 | 6 | 11 | 23 | 9 | 10 | 20 | 29 |
| TOTALES | 65 | 128 | 210 | 403 | 54 | 181 | 196 | 431 |

FUENTE: Santos Rubiano Herrera: Memoria Anual, Sanatorio Psiquiátrico San José, Ciempozuelos, 1929.

Curiosamente los meses en los que se produce el mayor número de ingresos (julio y agosto) coincide con el período de vacaciones. En la actualidad, son estos meses cuando las familias ingresan a los enfermos, sobre todo a los ancianos, en residencias para disfrutar de sus vacaciones y, en muchas ocasiones, obtener un merecido descanso después de haber atendido durante todo un año a una persona que requiere la máxima dedicación. Sigue, en número de ingresos, el mes de marzo, que podría atribuirse al aumento de crisis que padecen los enfermos mentales durante la primavera.

Por el contrario, el número de altas es bastante regular durante todo el año, siendo septiembre el mes con el mayor número (45) y abril y diciembre con el menor número de altas (29 cada uno).

En el Cuadro 11.3. (pág. 531) se pueden observar el lugar de nacimiento y el estado civil de los enfermos ingresados durante 1928. Observamos además la diversidad de la procedencia e incluso el ingreso de algunos enfermos procedentes del extranjero (Argentina, Francia, Inglaterra, Uruguay). Durante este año ingresan ocho enfermos de los que se desconocen todos los datos.

El mayor número de ingresos proceden de la provincia de Madrid (55), como parece ser lógico por la situación geográfica del establecimiento, seguido por Cuenca (16) y Guadalajara (16). En el Cuadro 11.2 vimos que ingresaron 210 militares y 128 enfermos de las diputaciones. Estas últimas, al no tener un hospital psiquiátrico provincial se veían obligadas a firmar convenios con otros establecimientos, públicos o privados, para atender a sus enfermos y este es el motivo de que en Ciempozuelos la procedencia de los enfermos sea tan diversa.

Respecto al estado civil, en 1929 ingresaron 122 solteros y 42 casados y se desconoce este dato de 27 enfermos. Las causas ya han sido señaladas previamente. Respecto a las altas, los números están en relación con los ingresos. Salieron entre mejorados y curados 47 solteros y 17 casados y 16 enfermos de los que no consta su estado civil.

CUADRO 113
NATURALEZA Y ESTADO CIVIL DE ENTRADOS Y SALIDOS

| PROVINCIAS O NACIONES | ENTRADOS | | | | CURADOS Y MEJORADOS | | | | FALLECIDOS | | | | | | |
|-----------------------------|---------------|--------------|-------------|----------------|------------------------|---------------|--------------|-------------|----------------|------------|---------------|--------------|-------------|----------------|------------|
| | Solteros..... | Casados..... | Viduos..... | No consta..... | SUMAN..... | Solteros..... | Casados..... | Viduos..... | No consta..... | SUMAN..... | Solteros..... | Casados..... | Viduos..... | No consta..... | SUMAN..... |
| Albacete..... | | 1 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | | | | |
| Alicante..... | | 2 | | | 2 | | | | | | | | | | |
| Almería..... | | 1 | | | 1 | | | | | | 1 | 1 | | | 2 |
| Ávila..... | 1 | 1 | | | 2 | 1 | | 1 | | 2 | 1 | | | | 1 |
| Badajoz..... | 2 | 1 | | | 3 | | | | | | 1 | | | 1 | 2 |
| Barcelona..... | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | |
| Burgos..... | 2 | 1 | | | 3 | 1 | | | | 1 | 1 | | | | 2 |
| Cáceres..... | 3 | | | | 3 | | | | | 3 | | | | | 3 |
| Ciudad-Real..... | 1 | | | | 1 | | | | | 2 | | | 1 | | 3 |
| Córdoba..... | 1 | 2 | | | 3 | 1 | | | | 1 | 1 | | | | 1 |
| Coruña (La)..... | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| Cuenca..... | 9 | 4 | 1 | 2 | 16 | 3 | 1 | | 1 | 5 | 1 | 2 | | 1 | 4 |
| Granada..... | | 1 | | | 1 | | | | | 1 | 1 | | | | 1 |
| Guadalajara..... | 4 | 2 | | 10 | 16 | 2 | | 4 | | 6 | 4 | 2 | | | 6 |
| Guipúzcoa..... | 1 | 1 | | | 2 | 1 | | | | 2 | | | | | |
| Jaén..... | 1 | 1 | | | 2 | 1 | 2 | | | 3 | | | | 1 | 1 |
| León..... | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| Logroño..... | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| Lugo..... | 8 | | 1 | | 9 | 4 | | 1 | | 5 | 2 | | | | 2 |
| Madrid..... | 59 | 12 | | 4 | 55 | 21 | 7 | | | 28 | 20 | 5 | | 4 | 29 |
| Málaga..... | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| Murcia..... | 1 | | | | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | | | 1 | 2 |
| Navarra..... | 1 | | | | 1 | | | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 |
| Oviedo..... | 7 | 1 | | | 8 | 1 | 2 | | | 3 | | 1 | | | 1 |
| Palencia..... | 2 | | | 1 | 3 | | | 1 | | 1 | 1 | | | | 1 |
| Salamanca..... | 2 | 2 | | | 4 | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 3 |
| Santander..... | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| Segovia..... | 6 | 4 | | | 10 | | | 9 | | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 9 |
| Sevilla..... | | | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | | | 1 |
| Soria..... | 6 | | 1 | | 7 | 2 | | 1 | | 3 | | | | | |
| Toledo..... | 6 | 2 | | | 8 | 1 | 1 | | 1 | 3 | 2 | | | | 2 |
| Valencia..... | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Valladolid..... | 5 | | | | 5 | | | | | | | | | 1 | 1 |
| Vizcaya..... | 3 | | | | 3 | 1 | | | | 1 | 1 | | | | 1 |
| Zamora..... | 1 | 1 | | | 2 | | | | | | | | | | |
| Zaragoza..... | | 1 | | | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | |
| Marruecos..... | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| Argelia..... | | | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Argentina..... | 2 | | | | 2 | 2 | | | | 2 | | | | | |
| Francia..... | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| Inglaterra..... | | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | |
| Uruguay..... | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| Desconocida..... | | | | 8 | 8 | | | 2 | | 2 | 1 | | | 2 | 3 |
| <i>Suma</i> | 122 | 42 | 2 | 27 | 193 | 44 | 17 | 16 | | 77 | 43 | 21 | 3 | 19 | 86 |

FUENTE: Memoria 1929, Sanatorio Psiquiátrico San José,
Ciempozuelos (Madrid).

En el Cuadro 11.4 (pág. 533) se recoge el movimiento de enfermos por enfermedades agrupados según la clasificación de Kraepelin (1921). El número mayor de enfermos corresponde al diagnóstico de esquizofrenia (174) seguido por los distintos trastornos de este grupo que en total suman 498 enfermos diagnosticados dentro del grupo VIII de las esquizofrenias ingresados al comienzo de 1929. Le siguen las oligofrenias (121), el grupo VII de las epilepsias (104 enfermos), las demencias seniles, grupo VI (39 enfermos), las P.G.P. (34) y el alcoholismo crónico (25). Es un cuadro muy representativo de las enfermedades crónicas que se podían observar en un establecimiento de la época. En los hospitales actuales es raro observar un ingreso con P.G.P., y los cuadros de epilepsia que se observan es porque llevan asociado un retraso mental. Ha disminuido el número de ingresos por esquizofrenias y están aumentado las demencias seniles.

Tratamientos

Para el tratamiento de los enfermos agitados se aplicaba la narcosis prolongada de Klaessi (pág. 576). Podía durar de 5 a 10 días y se hacía con somnífero. A los enfermos con P.G.P. se les aplicaba malarioterapia y después de varios accesos febriles se cortaba el paludismo con quinina y al tercer día se les daba un antisifilítico. Los bromuros y el luminal se utilizaban como relajantes.

Curso de la enfermedad.

En el curso de la enfermedad se describen los cambios conductuales observados por las familias; en los esquizofrénicos, son frecuentes los deseos de viajar y el vagabundeo, el aislamiento y otras conductas patológicas. Se hace mucho hincapié en el porte y la forma de presentarse ante el médico. Algunos enfermos describen sus alucinaciones y comprenden que:

"estas cosas le trastornaban la cabeza";

Cuadro 11.4. Movimiento por Enfermedades Agrupadas según la Clasificación de Kraepelin (1921)

| Grupos | DIAGNÓSTICOS | Existencia anterior | AUMENTOS | | DISMINUCIONES | | | | QUEDAN |
|--------------|---|---------------------------|------------------|--------------------|--|------------------|-----------------------|--------------------|--------------|
| | | | Ingresados | Cambio diagnóstico | Curados y mejorados en término de curación | Fallecidos | Otros conceptos | Cambio diagnóstico | |
| | | | | | | | | | |
| I | Corea con trastornos mentales | 1 | | | | | | | 1 |
| II | Trastornos psíquicos en cerebropatías orgánicas | 1 | 1 | 1 | | 2 | | | 1 |
| | Casos neurológicos | 1 | 2 | | | | | | 5 |
| III | Alcoholismo crónico | 25 | 10 | | 5 | 1 | 5 | 1 | 21 |
| | Alucinosis alcohólica | 2 | | | | | | | 2 |
| V | Parálisis general progresiva | 54 | 14 | | 11 | 10 | 1 | 1 | 25 |
| | Tubo parálisis | 1 | | | | 1 | | | |
| | Sífilis cerebral | 1 | | | | | | | 1 |
| VI | Demencia senil | 18 | 5 | 1 | 1 | 9 | 2 | | 12 |
| | Idem presenil | 5 | 4 | | 2 | 1 | | | 4 |
| | Idem orgánica o arterioesclerótica | 15 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | 11 |
| | Presbifrenia | 5 | | | | 1 | | | |
| VII | Epilepsia con debilidad mental | 52 | 20 | | 10 | 10 | 4 | 1 | 27 |
| | Psicosis epiléptica | 72 | 6 | 1 | 2 | 7 | 1 | | 69 |
| VIII | Esquizofrenia | 174 | 22 | 5 | 10 | 9 | 12 | | 168 |
| | Idem final | 102 | 1 | 1 | | 6 | 1 | | 97 |
| | Idem demencial | 144 | 12 | | 5 | 11 | 11 | | 131 |
| | Idem catatónica | 48 | 7 | | | 5 | 2 | | 48 |
| | Idem hebefrénica | 21 | 4 | | | 1 | 2 | | 22 |
| | Parafrenia sistemática | 9 | 1 | | | 1 | | | 9 |
| IX | Psicomaníaco depresiva | 19 | 10 | | 6 | | 4 | | 19 |
| X | Psicopatía constitucional | 9 | 5 | | 2 | | 5 | | 7 |
| XII | Paranoia | 7 | 2 | | | 1 | | | 8 |
| XIII | Oligofrenia | 121 | 19 | | 7 | 6 | 10 | 2 | 115 |
| XVI | Por diagnosticar | 55 | 47 | | 17 | 5 | 11 | 2 | 49 |
| | <i>Suman...</i> | 896 | 195 | 7 | 77 | 86 | 72 | 7 | 854 |

Este estado se refiere solamente al Departamento Civil.

FUENTE: Memoria 1929, Sanatorio Psiquiátrico San José, Ciempozuelos (Madrid).

otros tratan de evitar expresar sus sentimientos, saben que se registra sólo lo patológico y temen hablar por miedo al internamiento:

"si le digo a Ud. más me cazan aquí",

"cree que se le quiere convertir en loco a todo trance".

11. 1. 1. Década de los 30.

Es director de establecimiento Antonio Vallejo Nájera (1930-1958) primer catedrático de psiquiatría por oposición de la Universidad Complutense. Se mantiene el mismo protocolo de admisión. El expediente, además de este protocolo, consta de los siguientes documentos:

- Hoja de observación (pág. 582)
- Protocolo de tratamiento (pág. 540)
- Cuestionario EXAMEN AL INGRESO (pág. 568)
- Protocolo ESTADO AL INGRESO (pág. 596)
 - I. PSIQUICO
 - II. FISICO
- Protocolos de tratamientos. Régimen Para Paludizados.
 - Narcosis permanente de KLAESSI (pág. 576)
 - Sábana mojada termógena (pág. 577).
- EXAMEN MENTAL de YERKES (pág. 572)
- Esquema de la Constitución (pág. 583)
- Cuestionario enviado a las familias (pág. 578)

pero pocos expedientes tienen cumplimentados todos estos protocolos.

A principios de los años 30 la mayor parte de los ingresos proceden de la Diputación de Madrid (enfermos de Beneficencia), jornaleros en su mayoría y empleados. Los enfermos privados ingresan, generalmente, a petición de sus familias.

El cuestionario de EXAMEN AL INGRESO (pág. 568), cuando está en el expediente está cumplimentado, tarea que realizaba el Hermano Encargado del Pabellón. El protocolo ESTADO AL INGRESO, II. FISICO (pág. 596) recoge información sobre la temperatura, peso, nutrición, hábito exterior, y los aparatos digestivo, circulatorio, génito-urinario, funciones vasomotoras y tróficas, sensibilidad, reflejos, pupilas, motilidad voluntaria, marcha, lenguaje, reacciones psicosenoriales, sueño, apetito, sed, y análisis de laboratorio y otros exámenes que se prescriben. (Raramente está cumplimentado, quizá porque no hubiese nada patológico que registrar).

A partir de 1930, se observa un nuevo protocolo, "Esquema de la Constitución" (pág. 583), influencia de las teorías de Krestchmer, que correlacionaban el tipo constitucional y la enfermedad mental y tuvieron un gran éxito (concepción constitucionalista). Bajo la influencia de esta teorías se vuelve a tener en los impresos la medición del cráneo aunque no se mide en la práctica de forma sistemática como se hizo bajo la influencia de la frenología y se describe la estructura corporal.

Ejemplos de Diagnósticos.

P. G. P.

Esquizofrenia

Esquizofrenia hebefrénica

Esquizofrenia paranoide

Esquizofrenia simple (procesal, residual

Psicosis maníaco-depresiva y alcoholismo crónico

Esquizofrenia. Oligofrenia. Epilepsia psíquica?

Demencia epiléptica con reacciones agresivas.

Epilepsia sistemática

Tabo parálisis

Demencia senil

Oligofrenia. Imbécil

Depresión simple psicogenética?

Alcoholismo

Psiconeurosis del tipo de Frenostenia

Demencia precoz

Depresión. Melancolía ansiosa
Demencia precoz

Antecedentes familiares.

Estos datos no están sistemáticamente recogidos en las historias. Cuando existe este tipo de información, se observan ocasionalmente antecedentes familiares de enfermedad psíquica.

Curso de la enfermedad.

Se explora lo siguiente:

Portes y normas de cortesía. Apariencia
Orientación en tiempo y espacio
Conciencia de enfermedad
Orientación autopsíquica y alopsíquica
Sentimientos éticos
Pensamiento
Afectividad
Memoria
Alucinaciones e ideas delirantes
Estereotipias, manerismos, fobias, etc.

Se da mucha importancia al porte y las normas de cortesía y al aspecto del enfermo:

"Entra sin pedir permiso. No guarda normas de cortesía. Permanece con la cabeza baja sin mirar al explorador" ("Esquizofrenia simple").

"Se presenta correcto, ordenado, guarda la actitud que corresponde a su situación. Permanece callado mientras no se le pregunta, Sonríe sin motivo mostrando cierta expresión de perplejidad" ("Esquizofrenia").

"Al entrar en el despacho hace el saludo con el puño en alto. Correcto, orientado". Año 1936. (Alcoholismo)

Para algunos autores, en los esquizofrénicos, el temor irracional a las relaciones humanas, síntoma del retraimiento social, le produce un sentimiento intolerable de soledad (síntomas primarios). Los delirios y alucinaciones (síntomas secundarios) representan un intento de soportar la soledad.

"De siempre fue solitario, tímido, raro y misántropo. Algunos días, sin embargo, salía de paseo con su jefe. A últimos de octubre de 1931 se le aparecieron los síntomas de perturbación mental en esta forma: aseguraba que tenía serpientes en el vientre y que el Padre Celestial se había caído del cielo, negándose también a comer. Cuando comía vomitaba algunas veces. A partir de la fecha señalada se le desarrolló el proceso de alienación, viniendo entonces la serie de rarezas y manías que padece en la actualidad" ("Esquizofrenia").

La preocupación por lo que escribe el explorador es una constante que, de una u otra manera, a menudo manifiestan:

"Esta Ud. escribiendo más que el Quijote de la Mancha" (1930).

Cuando se pregunta a las familias ¿a qué atribuyen la enfermedad?

"Pues yo opino a la mucha religión y a los muchos estudios".

"Al exceso de estudios. Es casi seguro que al no haber forzado tanto el entendimiento y la memoria, no hubiera adquirido la enfermedad que padece". ("Esquizofrenia catatónica?").

"Las causas son estas: la soledad, el retraimiento, la misantropía ... Creo que va a curar, ya que lo encuentro mejor" ("Esquizofrenia").

La risa inmotivada como un síntoma de esquizofrenia. También se presta mucha atención a la conciencia de enfermedad (se distinguía entre psicóticos, sin conciencia de enfermedad y neuróticos con conciencia de enfermedad):

"Risa inmotivada, parece un esquizofrénico estando bastante bien orientado, conciencia de enfermedad. Afectividad y atención disminuida ". Cuando se le pregunta porque se ríe "es costumbre que tengo". Hace más de un año que no sabe de sus padres sin que se preocupe de ellos. Pide su salida continuamente (Esquizofrenia, año 1934).

"Come mucho, duerme poco. Marcha con interceptaciones. Risas inmotivadas y frecuentes. Unos días obediente a lo que se le ordena de forma automática y otros se niega tenazmente. ... Conciencia completa de enfermedad. Sin ganas de hacer nada. ... Estoy aquí por un susto". No le causa la menor reacción afectiva encontrarse en el Sanatorio. "Donde no me importaría pasar la vida" (Esquizofrenia).

"... Sonríe sin motivo mostrando cierta expresión de perplejidad"

Un enfermo describe como empezó la enfermedad así:

"Dice que encontrándose en su trabajo de coser (era sastre) notaba cierta debilidad que le obligaba a abandonar este en diferentes ocasiones; estos estados fueron en aumento haciendo aparición unos ataques de nervios que le hacían caer al suelo sin sentido; después conforme estos ataques aumentaban, el carácter del enfermo cambió, haciéndose éste altamente agresivo y estando siempre amenazando y algunas veces dando golpes a los familiares. Llegó a no querer estar en casa y faltar y agredir a los convecinos, marchándose de casa durante días enteros, etc." La familia atribuye la enfermedad "a una perturbación mental por su clase de vida" (1934).

Ideas de ruina y de autoacusación:

"Soy el culpable de haberme gastado el dinero y de llevar a la cárcel a toda mi familia, en total unos 60 o 70 millones. No puedo comer a causa del remordimiento que tengo. Que me pongan en el sitio peor pues no voy a dejar parar a nadie en ningún momento. Soy un monstruo" (1934).

Delirios de celos de los alcohólicos.

Describe los celos que siente por su mujer. "Debió de engañarme. Una vez que veníamos a Madrid, decía en el tren a un muchacho: "Aquí, mi esposo". "Supone debía existir una amistad de gran intimidad entre la mujer y el muchacho al decir con tanta insistencia aquello" ("Delirio de celos alcohólico"). "En la radio decían el otro día: "Ya no soy padre" y esto me dio mucho que pensar, pues parecía que era una alusión hacia mí".

Se exploran los sentimientos éticos:

"He atizado a todos y se han ido con una brecha en la cabeza. He tenido cuatro mujeres: dos legítimas y dos ilegítimas".

"Sentimientos éticos algo embotados. Estigmas físicos de degeneración, escasa instrucción, sentido moral muy poco desarrollado" ("Imbecilidad con episodios maniacos").

Tratamientos.

Malarioterapia. Paludismo¹ (ver protocolos, págs. 576 y 577)

Insulina

Leucoterapia. Trabajo. Malaria

Trabajo

Piretoterapia química. Inyecciones de sulfopiretógeno

¹ El austriaco Julio W. Jauregg descubrió que inyectando sangre de un palúdico a un paciente con sífilis cerebral se conseguía una mejoría después de los ataques de fiebre, lo que dio lugar a esta forma de tratamiento.

Autohemoterapia. Cura de opio. Calcium Sandoz
Absceso de fijación (trementina)¹

Se mantiene el mismo protocolo de tratamiento que en años anteriores. Transcribimos el tratamiento recomendado para un enfermo diagnosticado de esquizofrenia:

Puntos de vista terapéuticos:

- Combatir la alucinosis y el autismo
- Provocar una remisión del proceso esquizofrénico
- Adaptación social
- Paliar la agitación psicomotriz

Indicaciones a llenar:

- Piretoterapia
- Hipnóticos

Plan terapéutico

- Abscesos de fijación y serie de vacunas antitíficas.

Desarrollo del Plan

Se describe día a día la medicación y reacciones del enfermo.

Para los enfermos que padecen una demencia no existen tratamientos:

¹ La trementina es un producto de la destilación de los derivados del pino. Unos pocos centímetros cúbicos inyectados en ambos muslos formaban un absceso muy doloroso. Este tratamiento se utilizaba para los maníacos exaltados. Zaglul, director de un Hospital Psiquiátrico de la República Dominicana opinaba acerca de este tratamiento: "La trementina era un síntoma de crueldad, una falsa demostración de autoridad para esconder la ignorancia de quienes dirigían el establecimiento y de sus subalternos". (Zaglul, 1991: 15-16).

"La edad del enfermo no permite otro tratamiento que obtener la mayor adaptación posible a la vida sanatorial. Emplearle en los trabajos que pueda efectuar" (Demencia senil)

Siempre que se puede se intenta algo:

"Modificar su estado mental. Tonificar al enfermo. Conseguir una remisión del proceso. Tratar el negativismo".

Se ha considerado interesante realizar un estudio del cuestionario remitido a las familias (pág. 578), para observar las características de los enfermos y actitudes de las familias a través de los datos proporcionados. Se eligió una muestra de los 15 primeros cuestionarios cumplimentados correspondientes a enfermos diagnosticados dentro del grupo de las esquizofrenias. Para localizar estos cuestionarios hubo que revisar todos los expedientes desde el 1º de junio de 1930 al 4 de febrero de 1932. Se eligió este diagnóstico por ser el que más investigaciones y estudios ha promovido, y sobre el que menos se sabe; existen múltiples teorías acerca de la naturaleza de esta enfermedad y grandes enfrentamientos entre sus defensores. Laing (1972: 73) decía que "el concepto de esquizofrenia es un chaleco de fuerza que ahoga a psiquiatras y pacientes" y lo definía tautológicamente: "Esquizofrenia es el nombre dado a un estado que la mayoría de los psiquiatras adscriben a los pacientes a quienes llaman esquizofrénicos" (Laing, 1972: 60).

En el X Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Madrid en agosto de 1996, se dijo que en España existen unas 300.000 personas que padecen esquizofrenia (1996). No existe ningún estudio que determine que factor (biológico, psicológico o social) tiene mayor peso en el desarrollo de la enfermedad. Personajes famosos como Van Gogh, el bailarín Vaslaw Nijinski y el matemático Premio Nobel Nash, la han padecido. El profesor John F. Nash de la Universidad de Princeton presentó una posible relación entre el desorden mental y el genio matemático. Kurt Gödel, lógico matemático checo, creía que le envenenaban y murió de inanición en un sanatorio norteamericano (X Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, 1996).

Algunos trastornos mentales se dice que potencian el genio. Para Van Gogh, parece que la locura era su motor de arranque para pintar. La esquizofrenia es la enfermedad más misteriosa que existe y que se presenta con mayor variedad de síntomas; a pesar de las numerosas investigaciones realizadas poco se ha descubierto sobre ella.

A continuación señalamos los resultados obtenidos, comenzando por las categorías diagnósticas:

| DIAGNOSTICOS | % |
|---------------------------|------|
| Esquizofrenia | 20 |
| Esquizofrenia hebefrénica | 26.6 |
| Esquizofrenia catatónica | 33.3 |
| Esquizofrenia paranoide | 20 |
| Total N = 15 | 100 |

Edad

Lo interesante hubiese sido conocer la edad al comienzo de la enfermedad. Al carecer de este dato se ha tenido en cuenta la que tenían al ingresar en el Centro. En su mayoría se trata de gente joven; un 60% tenía menos de 25 años, dato que se ajusta a la realidad ya que es una enfermedad que se presenta en edad temprana, a excepción de la forma paranoide que suele ser de inicio más tardío. El resto oscilaba, siendo el de mayor edad un enfermo con 54 años. Esta enfermedad suele comenzar unos años antes en el hombre que en la mujer.

Lugar de nacimiento.

La procedencia, como se ha observado a lo largo de este trabajo, es muy variada. Casualmente, en este grupo, no hay ningún enfermo nacido en Madrid.

| Lugar de nacimiento | % |
|----------------------------|----------|
| Santander | 6.6 |
| Albacete | 6.6 |
| Toledo | 20,0 |
| Oviedo | 6.6 |
| León | 6.6 |
| Orense | 6.6 |
| Zaragoza | 6.6 |
| Guadalajara | 23.3 |
| Segovia | 6.6 |
| Ciudad Real | 13.3 |
| Valladolid | 6.6 |
| Total N = 15 | 100 |

Profesión.

Se ha tenido en cuenta la profesión como un indicador del nivel económico. Estudios realizados en Chicago, por Fais y Dunhan (1939), daban un porcentaje superior de ingresos por esquizofrenia a las zonas donde el nivel social era más bajo. Otros estudios confirmaron estos resultados lo que dio lugar a formular una teoría en torno a la posible sociogénesis de la esquizofrenia, centrada en la desventaja social. Posteriormente, nuevas investigaciones criticaron estas hipótesis en cuanto a que se demostró que el nivel social más bajo era una consecuencia de la propia enfermedad, que produce un estancamiento social (Montes Rodríguez, 1996: 19).

| Profesión | % |
|------------------|----------|
| Profesor | 6.6. |
| Jornaleros | 26.6 |
| Estudiantes | 26.6 |
| Ferrovionario | 6.6 |
| Labrador | 20,0 |
| Sombrerero | 6.6 |
| N/C | 6.6 |
| Total N = 15 | 100 |

Un 26.6% tienen estudios superiores (estudiante de medicina, intendente mercantil, bachiller, comercio e idiomas), el resto ha realizado estudios de cultura general. Estos resultados confirman que "Las psicosis esquizofrénicas se extienden por todos los niveles intelectuales, desde los superdotados hasta los subnormales, pero el nivel intelectual medio de los sujetos que hacen una esquizofrenia es algo inferior al del término medio. Ello se debe a que las esquizofrenias hebefrénica y catatónica se acumulan especialmente en los niveles intelectuales bajos. Los deficientes mentales suelen adoptar la forma hebefrénica. En cambio, la morbilidad para la esquizofrenia paranoide descende en los niveles intelectuales bajos" (Alonso Fernández, 1978: 205)

Antecedentes familiares

Se han hecho múltiples estudios (estudios del riesgo familiar, estudios de gemelaridad, estudios de adopción, etc.) y la hipótesis hereditaria demostró que gemelos del mismo óvulo tienen mayor tendencia a desarrollar la enfermedad. Linares Zaragoza (1996: 24), basándose en los estudios realizados, señala lo siguiente:

- Para hermanos e hijos el riesgo es idéntico, éste es alrededor de 10 veces superior al de la población general y aumenta con el número de familiares afectados de esquizofrenia.
- La mayoría de familiares de un paciente esquizofrénico no están afectados por la enfermedad.
- Los padres de un paciente esquizofrénico tienen menor riesgo de padecer esquizofrenia que los hijos o hermanos. Esto puede ser debido a que la tasa de reproducción de los esquizofrénicos es reducida, dado que los individuos cuya enfermedad se inició en la juventud tienden a tener menor descendencia.

- Si ambos padres están afectados de esquizofrenia, el riesgo de padecer la enfermedad en sus hijos es alrededor de un 45% (según Propping, 1994) y del 68,1% (según Kallmann, 1994).

- Una importante cuestión es el grado de similitud del cuadro psicopatológico entre los familiares afectados de un probando esquizofrénico. Hay una tendencia hacia un único subtipo clásico (bien hebefrenia, esquizofrenia paranoide o esquizofrenia catatónica) entre los esquizofrénicos de una misma familia.

- Investigaciones realizadas mediante la aplicación del DSM-III, revelan que la frecuencia, no sólo de esquizofrenia, sino de otros trastornos psiquiátricos está aumentada entre los familiares biológicos de esquizofrénicos.

Los distintos tipos de estudios de adopción realizados han demostrado que el riesgo de la enfermedad está incrementado sólo entre los familiares genéticos de un esquizofrénico, la simple convivencia con un esquizofrénico no afecta al riesgo.

Para López Ibor (1996) los síntomas negativos de la esquizofrenia (retraimiento emocional, falta de iniciativa y comunicación) están más vinculados a aspectos genéticos, lesiones cerebrales muy precoces o en las últimas semanas del embarazo o primeros meses de vida que dejan algún tipo de vulnerabilidad. No obstante, aunque exista una clara disposición genética en determinadas personas, si se ha desarrollado la personalidad de manera normal puede no desarrollarse la enfermedad.

En la Universidad de Iowa, parece ser que se han detectado algunas anomalías en el tálamo y la materia blanca adyacente. La gran variedad de síntomas ha llevado a formular la hipótesis de que fuesen debidas a anomalías en las estructuras cerebrales que median en el proceso de información, pero no se ha encontrado ningún gen que lo confirme. Se ha estudiado también la posibilidad de que se debiese a un

trastorno de la neurotransmisión de los receptores de la dopamina (permite la comunicación de los nervios entre sí, y desarrolla un papel muy importante en las zonas del cerebro relacionadas con las emociones).

La serotonina, descubierta por primera vez en los 40, es una de las miles sustancias que actúan como mensajeras entre las neuronas del cerebro. Su función es regular procesos como la sexualidad, el hambre. Un nivel bajo produce depresión. El aumento de la segregación de serotonina disminuye la agresividad y viceversa. Sin embargo, aunque se ha aislado un factor biológico que está relacionado con la agresividad ello no significa que una persona nazca violenta o que lleve la brutalidad inscrita en sus genes, ya que la serotonina que tiene el cerebro de una persona se debe al entorno social. El psiquiatra inglés Oliver James dice que las personas de los barrios marginales son más violentas. El nivel de serotonina es el efecto y no la causa de las desigualdades sociales y de los problemas en general.

La mayoría de los enfermos pertenecen a familias numerosas, hecho que destacamos no por su relación con la enfermedad, sino como una característica de la época que contrasta con el descenso tan enorme de la natalidad que se ha producido en nuestro país en los últimos años. El 26.6% tiene 10 o más hermanos. Sólo un caso tiene dos hermanos que, incluido el enfermo, formarían en la actualidad familia numerosa, mientras que en aquella época figura como el caso con menor número de hermanos.

En el formulario se hace gran hincapié en los antecedentes familiares de enfermedad, ya sean estas de tipo somático (contagiosas, infecciosas), o psíquicas (nerviosas) u otras. El estudio abarca a los padres, hermanos, abuelos y otros parientes (primos, sobrinos o tíos). El primer estudio realizado en familiares de esquizofrénicos fue el Rüdín (1916).

| | | |
|--|------|------|
| Padre bebedor y violento | | 6,6% |
| Madre con ataques histéricos | | 6,6% |
| Relación de parentesco entre los padres (primos) | | 6,6% |

A la pregunta de si tienen algún pariente que haya estado recluido en un manicomio o padecido de enfermedad nerviosa, contestaron lo siguiente:

| Familiar (recluido o enfermo psíquico) | % |
|---|----------|
| No | 73.11 |
| Un tía materna y un tío paterno locos | 6.6 |
| Familiar demente (vía paterna) | 6.6 |
| Primo epiléptico y un tío se suicidó | 6.6 |
| Un familiar recluido | 6.6 |
| Total N= 15 | 100 |

A la pregunta de si han tenido parientes con graves trastornos de carácter: suicidas, delincuentes, despilfarradores, muy retraídos o tristes, preocupados de la religión o de la política, bebedores, mujeriegos, se obtuvieron las siguientes respuestas destacando que la mayoría respondieron que no (53,3%):

| Parientes con trastornos de carácter | % |
|---|----------|
| Abuelo paterno se suicidó | 6.6. |
| Se suicidó un tío | 6.6 |
| Un tío (2º grado perturbado) | 6.6 |
| Padres y hermanos mujeriegos | 20 |
| Parientes preocupados por la religión y la política | 6.6 |
| No | 53.3 |
| Total N = 15 | 100 |

Con respecto al temperamento dominante en la familia:

| Temperamento dominante en la familia | % |
|--------------------------------------|------|
| Violentos, rama paterna | 13.3 |
| Violentos, rama materna | 13.3 |
| Retraídos, sombrío o frío | 26.6 |
| N/C | 46.6 |
| Total N = 15 | 100 |

Las personas que más han influido en el carácter del enfermo han sido en un 60% los padres; en un 6,6% un hermano y la cuñada y el resto (33.3%) lo ignoran.

Antecedentes personales.

El lugar que ocupa el enfermo entre hermanos, atendiendo a los hijos nacidos no a los que viven, que más se repite es el tercero (un 26.6%), seguido por el cuarto (un 20%).

El 33.3% tuvieron un embarazo y parto normal, un 6,6% fue gemelo y el hermano murió en el parto y el 60% ignora como fue el parto.

El 86.6% tuvo una crianza materna y el resto (13.3%) fueron criados por una nodriza.

Las edades de comienzo a dentar, andar y hablar están dentro de los límites normales.

Hasta los 6 años las enfermedades padecidas son: el sarampión (33.3%), viruela (13.3%), enfermedad esta última erradicada en la actualidad. Hasta los 12 años se declara otro caso de viruela. De los 12 en adelante sólo un 6,6% menciona la enfermedad mental por la que está recluido el paciente (aunque probablemente no lo mencionen el resto

por suponer que el médico ya conoce este dato). Un 6,6% ha padecido sífilis, y un 6,6% tiene "adversión a usar la mano derecha".

Con respecto a las respuestas relacionadas con la ingesta de bebidas alcohólicas, sólo un 6,6% dice que bebía (medio litro de vino diario).

El programa medio de vida en un día de trabajo los describen las familias como normal (comer, trabajar y dar un paseo). Sólo un 6,6% se dice que hacía una vida solitaria; se levantaba tarde, leía el periódico y salía un poco al anochecer y otro 6,6% que trabajaba poco. De un 6,6% se dice que llevaba una vida crapulosa (vivía de noche y dormía de día) y su vida era más tranquila cuando no tenía dinero.

En los días festivos el programa consistía en ir al baile o a pasear (46.6%), ir a Misa (6.6%) o hacer lo mismo que un día de diario (46.6%).

De la mayoría se dice que no tuvieron contrariedades en su vida familiar, ni nadie en su casa que les enojase (80%). A un 6,6% le enojaba su madre, un 6,6% era indiferente a la familia y de un 6,6% se dice que tenía envidia a su hermano.

Con respecto a si les cambió o no el carácter con la enfermedad, se han observado los siguientes resultados:

| <u>Cambio de carácter</u> | <u>% Enfermos</u> |
|---------------------------|-------------------|
| No | 53.3 |
| Si | 20 |
| Siempre retraídos | 13.3 |
| Alegre y jovial | 6.6 |
| Mal carácter | 6.6 |
| Total N = 15 | 100 |

Al enfermo esquizofrénico se le suele describir como una persona solitaria, muy retraída, desconfiada. En nuestro estudio, los

resultados no son tan significativos ya que si bien en un 53,5% de los casos las familias responden que tenían rarezas, en el 46,5% restante se manifiestan en sentido contrario. Frieda Fromm-Reichman escribía en 1948: "El esquizofrénico es dolorosamente desconfiado y suspicaz respecto a otras personas, a consecuencia del severo rechazo que encuentra entre las personas para él más importantes en su primera y segunda infancia, **como sucede, principalmente, con una madre esquizofrénica**"¹. (cit. por Sáez Santamaría, 1981: 45). Muchos autores escribieron sobre las "madres esquizofrénicas" y aunque no se puede negar que ciertas madres tengan una influencia negativa y/o perjudicial sobre sus hijos, la madre esquizofrénica no fue más que un mito que hizo mucho daño a miles de familias. Como dice Sáez Buenaventura: "la relación madre-hijo parece estudiada, como si ambos seres fuesen observados en condiciones de laboratorio, por la mirada atenta de un entomólogo, no teniéndose en cuenta como significativos, más que los momentos en que ambos se encuentran juntos, sin que se consideren en absoluto otros estímulos que gravitan sobre cualquiera de ellos (físicos, interpersonales, ambientales, circunstanciales, etc.) y como si entre uno y otro existiese un sistema de rebobinado mutuo o heteromantenimiento perpetuo y exclusivo" (Sáez Buenaventura, 1981: 45).

Más llamativo son las respuestas referentes a la agresividad que no coinciden con la representación social que se tiene del esquizofrénico como loco agresivo. Casi la totalidad de las familias los describen como no agresivos (86.6%); incluso algunas familias se expresan en el sentido contrario (los describen como "cobarde", "nunca fue agresivo", "en absoluto"). Sólo de un 6,6% se dice que fue agresivo desde el inicio de la enfermedad y a otro 6,6% lo describen como agresivo de siempre. En contra de la imagen agresiva que se tiene del enfermo esquizofrénico (loco), cuando se pregunta a las familias casi siempre le describen como una persona más bien temerosa y tímida.

En un 20% se dice que ha habido cambios en su inteligencia; en un 13.3% en la memoria.

¹En negrita en el original.

Con respecto a si el enfermo oía voces lejanas (alucinaciones auditivas), sólo de un 6,6% se responde afirmativamente; el resto dicen que no o que lo ignoran. De un 20% se dice que han tenido visiones (alucinaciones visuales) y de un 6,6% que creía que venían a matarle, mientras que en un 6,6% influían en él por la electricidad. El 26.6% dejó de comer (un 6,6% por hacer penitencia para curarse). Sólo de un 6,6% se dice que se arruinó en sus negocios. Un 13.3% ha intentado suicidarse (uno "pidió la pistola para suicidarse por haber traído la monarquía").

A la pregunta ¿Ha permanecido aislado o en posturas extrañas?, de un 13.3% responden afirmativamente, de un 6,6% se dice que estaba todo el día tumbado en la cama y a un 6,6% le daban ataques de convulsiones.

Aunque las fugas suelen ser frecuentes en los esquizofrénicos, sólo de un 6,6% se dice que se ha fugado de su casa en dos ocasiones,

El aislamiento, la falta de comunicación, como una de las principales características de la esquizofrenia, se observa en el 53.3% de los casos. De un 6,6% se dice que sufre la enfermedad desde los 12 años, y de un 6,6% que ha estado enfermo pocas veces (debe referirse a enfermedades somáticas), un 6,6% si ha estado enfermo y el resto (26.6%) dicen que no.

Historia sexual.

Con respecto a la sexualidad se recogen los siguientes datos:

| Historia sexual | % Enfermos |
|--|------------|
| Se masturban: | |
| Si | 33.3 |
| Se ignora | 66.6 |
| Mujeriegos: | |
| Si | 13.3 |
| Algo mujeriegos | 13.3 |
| No | 73.3 |
| Homosexuales | |
| | 0 |
| Enfermedades venéreas (sífilis): | |
| Si | 13.3 |
| No | 73.3 |
| Se ignora | 13.3 |
| Impotencia: | |
| No | 60.0 |
| Se ignora | 26.6 |
| N/C | 13.3 |
| Anormalidades en sus relaciones matrimoniales: | |
| No | 33.3 |
| Solteros | 26.6 |
| N/C | 40.0 |
| TOTAL N = 15 | |
| | 100 |

Transcribimos las respuestas de las familias a las preguntas de cómo empezó y cómo se ha desarrollado la enfermedad que les ha obligado a recluir al enfermo y fechas de aparición de los trastornos y resultados de los tratamientos. Al final, entre paréntesis, se cita el diagnóstico que consta en la historia clínica:

" Hablaba mucho y no cumplía en el trabajo. Triste, llorón en el trabajo. Algunas veces no comía. Insomnio" Nunca ha estado recluido anteriormente. Los tratamientos que ha recibido con

anterioridad no le han hecho nada. La familia atribuye la enfermedad "al susto que pasó porque le robaron un sombrero" (Esquizofrenia hebefrénica).

"Le empezó porque creía que le despedían. Luego que le cogían. Decía disparates". No ha estado recluido. Los tratamientos no le han hecho nada. La familia atribuye la enfermedad al "exceso de trabajo y a debilidad al cerebro" (Esquizofrenia).

"Ha estado recluido varias veces en el Dr. Esquerdo" Con los dos primeros tratamientos notaron mejoría, luego no. Atribuyen la enfermedad al mucho trabajo y poca alimentación y a debilidad cerebral (Esquizofrenia hebefrénica).

"Pacífico, pero si se enfadaba muy violento. Volvió enfermo de Méjico" Nunca ha estado recluido. La familia no sabe a que atribuir la enfermedad. "Se masturbaba y de eso le vino la anemia. Tuvo varias caídas de niño" (Esquizofrenia simple).

"Le preocupaba que su hermano tuviera relaciones con la criada. También estaba muy preocupado por una deuda". No ha estado recluido. La familia dice que "estaba muy preocupado porque su casa iba mal. Los ataques empezaban en el estómago y le subían a la cabeza" (Esquizofrenia catatónica).

"Salió a la calle diciendo que en su casa se habían cometido asesinatos y que le querían envenenar. La policía le ingresó en el sanatorio del Dr. León. Como estaba loco le mandaron a Ciempozuelos". Nunca ha estado recluido antes de ahora, ni ha tenido tratamientos. Atribuyen la enfermedad a que quería vivir en Galicia pero no tenía dinero (Esquizofrenia paranoide).

"Un año antes poco comunicativo, pocas ganas de comer. Se quiso suicidar cortándose la muñeca con un cortaplumas". No ha estado recluido antes de ahora. Ignoran si los tratamientos le

han servido para algo y no saben a que atribuir la enfermedad (Esquizofrenia paranoide).

"Se creía perseguido. Tenía alucinaciones. Temía que le atropellaran, estado de excitación llegando a ser peligroso por lo que le ingresaron". No ha estado recluido antes de ahora. Los tratamientos no le han servido para nada. No saben a que atribuir la enfermedad (Esquizofrenia paranoide).

"En 1927 a consecuencia de un resfriado comenzó a sentirse nervioso". Ha estado ingresado tres veces antes de ahora. No contestan a la pregunta de si los tratamientos a que ha estado sometido le han servido para algo. "Atribuyen la enfermedad a que ha sufrido un pertinaz estreñimiento y una grande inapetencia" (Esquizofrenia catatónica).

"Después del tiroteo en la Facultad de Medicina (marzo) y de la quema de conventos, le cambió el carácter. Negativismo, labilidad afectiva, indiferencia" (Esquizofrenia hebefrénica).

"De siempre raro y aislado". Los tratamientos no le han servido para nada (Esquizofrenia catatónica).

"Empezó diciendo que los vecinos de arriba habían hecho un agujero y le arrojaban bichos" (Esquizofrenia catatónica).

"Tenía mucho miedo a enfermar de la cabeza. Se volvió llorón y luego violento" Lo achacan a debilidad por masturbarse. No ha estado recluido antes. Los tratamientos no le hicieron nada (Esquizofrenia).

"Le dolía mucho la cabeza. Se aislaba, No comía. Violento, rompía todo. Se ensuciaba en la cama". Estuvo recluido y mejoró. Los tratamientos no le han servido (Esquizofrenia catatónica).

"Conducta rara. Se escapó de casa y llevaba una vida extraña hasta que se le recluyó". No ha estado recluido antes. Los tratamientos no le han hecho nada. Se atribuye la enfermedad a los disgustos con la mujer (Esquizofrenia hebefrénica).

Independientemente del estudio anterior, se han recogido de otras historias la opinión de las familias respecto a qué atribuyen la enfermedad y estas son las respuestas:

"A un susto" (demencia precoz)

"Pues yo opino a la mucha religión y a los muchos estudios" (esquizofrenia catatónica)

"Al exceso de estudios. Es casi seguro que al no haber forzado tanto el entendimiento y la memoria, no hubiera adquirido la enfermedad que padece"

"Las causas son estas: la soledad, el retraimiento, la misantropía"

"A un perturbación mental originada por su clase de vida"

"Por transmisión de vicios del pecado original"

Un enfermo decía que la enfermedad la adquirió por contagio de las aguas:

"Viene a curarse la demencia que adquirió por contagio de las aguas de su pueblo", según le dijo el médico, y "su tía también hace treinta y cuatro años que está trastornada por las mismas aguas".

Las creencias populares atribuyen la enfermedad mental al estudio excesivo, a la falta de alimentos, a la mala vida, a las pasiones (religión, política, estudios), a la debilidad producida por la masturbación, a la soledad, (la soledad, ¿causa o efecto?) e incluso al contagio de las aguas. No olvidemos que en otros tiempos se atribuía a la influencia de la luna, a la posesión demoníaca o a la posesión divina.

Período 1936-39.

Se han estudiado especialmente estos años (1936-39) con la intención de observar la influencia que la Contienda Civil pudo tener en el psiquismo de los enfermos que ingresaron. Era, lamentablemente, una ocasión única para observar el efecto de las circunstancias ambientales, políticas, económicas y sociales. Desde julio de 1936 hasta febrero de 1937, el pueblo y los hospitales de Ciempozuelos estuvieron bajo la autoridad del gobierno de la República.

Fue nombrado Jefe de los Servicios Psiquiátricos del Ejército Republicano Emilio Mira y López con la categoría de Teniente Coronel. "Entre los numerosos problemas que Mira tuvo que afrontar tenemos el de los "simuladores", a quienes no vacilaba en inyectar cardiazol para provocar el shock y así, ante tan temida terapéutica, eliminar a quienes se hacían pasar por enfermos sin serlo" (cit. por Estalrich, 1996: 499).

Durante la contienda, E. Mira y G. Rodríguez Lafora pidieron apoyo a un grupo de científicos americanos que bajo la presidencia de Walter B. Cannon organizaron el Medical Bureau to Aid Spanish Democracy, dentro del cual funcionó un comité de conocidos psicólogos (Clark L. Hull, Tolman, Alport, Lewin, etc.).

En el período de la guerra fue director de ambos Hospitales de Ciempozuelos Dionisio Nieto Gómez. En este período, se produjeron ingresos por orden de la Diputación de Madrid, de la Dirección General de Seguridad, de la Comisión Pro-heridos y soldados procedentes de la Clínica Militar. En 1937 hay varios ingresos procedentes de los Establecimientos Provinciales de Beneficencia de Segovia. Se observan algunos ingresos de enfermos de otras nacionalidades: moros, portugueses (2) y un irlandés (todos soldados que habían participado en la contienda). Algunos no son conscientes de la guerra. Durante los años 1937-38 se reduce el número de ingresos a cifras sólo igualables a los dos primeros años de funcionamiento del establecimiento. En 1936 ingresaron 309 enfermos, en 1937 sólo 12 y en 1938 ingresaron 17. A partir de 1939 (201) y durante las décadas de los 40 y los 50 el número de

ingresos van a ser los más altos en su historia, destacándose el año 1956 con 406 ingresos (Cuadro 12.2., pág. 630).

En estos años de guerra los ingresos procedentes del Hospital Provincial traían todo su historial clínico (esto no se ha observado anteriormente), incluido un cuestionario que es prácticamente igual que el que se enviaba a las familias en Ciempozuelos (pág. 578). De este cuestionario transcribimos los siguientes párrafos:

"El Hospital Psiquiátrico está destinado a CURAR al enfermo, no a proteger a su familia de las molestias y peligros que el pudiera causar. Es obligación moral de las familias proporcionar al médico cuantos datos precise para curar a los enfermos internados. El negarse a facilitar estos datos traerá por consecuencia la pérdida del derecho a ser consideradas como personas dignas de atenciones, ya que, contra todo sentimiento humanitario, no quieren procurar el bien de su pariente enfermo.

Si en el improrrogable plazo de tres días, a contar desde el que se entregue esta hoja a los familiares, no se devuelve contestada, el personal médico y subalterno romperá toda relación amistosa con la familia culpable, ateniéndose a las normas estrictamente legales para el trato con ella".

Hemos creído interesante transcribir estos párrafos, como un indicativo de la relación familia-enfermo-institución. Las normas son muy estrictas y sólo pueden entenderse en el supuesto de que la colaboración por parte de las familias para proporcionar la información requerida fuese nula o muy deficiente. De esta forma, podemos comprender ahora porqué en Ciempozuelos hay tan pocos expedientes con este protocolo cumplimentado ya que, en un principio, dudábamos si ello era debido a que no se enviaban a las familias, o a que estas no los devolviesen cumplimentados.

En los registros del apartado del Curso de la Enfermedad se observa como la descripción patológica refleja también lo que estaba ocurriendo en el entorno:

"Vino de Valencia a encontrar trabajo como jornalero. Le encontraron unos milicianos. Tiros y se asustó. Le abandonaron cuando tenía 12 años". Extrañeza del mundo de la percepción. "Como si el mundo se oscureciera y todo le diera a uno asco. Parece que el aire, la tierra, todo me da angustia". No hay signos orgánicos de la catatonía" (Estupor catatónico).

"Se creía perseguido por la policía. Habían matado en el frente a su hermano y creía que le iban a matar a él. "Ya vienen. Ya vienen". Detenido por arrancar un cartel de derechas". "Cree que le envenenan la comida" (Esquizofrenia paranoide).

"Dice que le han traído porque aquí dan bien de comer. Año y medio en el paro" (Alcoholismo crónico. Psicópata).

Durante 1936 ingresaron varios enfermos sin filiación que se negaban a contestar y dar ningún tipo de información. Nos preguntamos si alguno de estos enfermos podría sufrir el cuadro que Mira describió como "Psicorrexis". "Frente a la opinión de otros psiquiatras, que mantenían la inamovilidad de las psicosis endógenas durante los conflictos armados, Mira describió la existencia de unos 100 casos de "psicorrexis", una forma de ansiedad maligna de evolución fatal" (Estalrich, 1966: 499). Se describe la psicorrexis como un cuadro clínico en el que "los pacientes sufrían de angustia y perplejidad sin actividad espontánea, sin contestar a las preguntas más que con un si o un no. Apenas podían concentrarse, pero no estaban muy confusos ... A primera vista parecían perros fatigados ... Al final de la primera semana, muchas veces antes, la temperatura ascendía rápidamente y el estado general empeoraba" (González Duro, 1978).

En los archivos de la parte civil de Ciempozuelos hay pocos expedientes que hagan mención a la contienda; por otro lado, y como ya se ha dicho, los ingresos fueron mínimos durante 1937-38. Ilustramos la reacción patológica al terror con los siguientes textos:

De un enfermo que ingresó el 18 de septiembre de 1936 por orden de la Dirección General de Seguridad se recoge:

"Perteneía al Bloque Nacional de Calvo Sotelo y por eso fue perseguido. Estaba empleado en el Ayuntamiento de Madrid y el 16 de febrero los marxistas le despidieron. Con esta fecha (19 febrero 1937) y desaparecidas las causas políticas que le hicieron ingresar en el Sanatorio, se le concede el alta por curación".

De un enfermo ingresado por la Comisión Pro-heridos:

"Reconoce que el motivo de su ingreso en este Sanatorio obedece a una depresión por temor, no del todo infundado de que le iban a matar e incluso aquí sospechaba durante los primeros días de su estancia si los barberos aprovecharían la oportunidad de afeitarle para cortarle el cuello". "Parece tratarse de un síndrome depresivo de naturaleza reactiva". "le toman, dice, como fascista y no hay derecho. El Frente Popular le tiene ya sentenciado. Lloro por la injusticia que esto representa. Estaba afiliado a la CNT" (año 1937).

"Le habían ingresado para salvarle la vida, pues como era de derechas querían liquidarle" (1937).

"Procesado por rebelión militar. Ingresó por Orden del Gobernador Civil de Segovia. El Juez Militar de Segovia pide que se le diga si está normal o anormal y se le informe cada 10 días" (año 1937). No hay más datos en la historia.

Independientemente de los registros anteriores, en los que se observa lo que está ocurriendo en el país, el establecimiento sigue su curso e ingresan pacientes ajenos a la contienda y que atribuyen su enfermedad a otros sucesos importantes:

"Según el paciente la causa de su enfermedad es el incendio del teatro Novedades".

Falta de conciencia de enfermedad o carencia de enfermedad

"Esto es una casa de locos pero yo no estoy loco. No han debido traerme adonde no deben"

11. 1. 2. Década de los 40

Se utilizan los mismos protocolos de la década anterior, incluido el cuestionario que se envía a las familias y dónde se pide información sobre aspectos socioculturales, además de físicos y psíquicos (pág. 578).

Los enfermos ingresan a cargo de las Diputaciones Provinciales, el Ejército, o privados. Estos últimos con un nivel económico y cultural más alto (perito mercantil, farmacéutico, catedrático). Los enfermos de la Diputación de Madrid proceden de la sala de psiquiatría del Hospital Provincial y suelen ingresar diagnosticados. Aportan el Certificado Médico Oficial para el ingreso de enfermos psíquicos (pág. 584).

En esta década, la mayoría de los registros son muy breves. Se observa una psiquiatría mecanicista. Hay pocos médicos y muchos enfermos, lo que minimiza la relación médico-paciente. Se hace una somera descripción patológica del enfermo y su forma de presentarse ante el explorador haciendo mucho hincapié en las normas de cortesía y en su fisonomía. Se describe su aspecto físico y enfermedades somáticas haciendo resaltar su debilidad, nada extraño debido a la situación económica por la que atraviesa el país como consecuencia de la Guerra Civil. Son años difíciles y de mucha penuria económica. Esto nos puede quizá ayudar a comprender que haya individuos que prefieran ingresar en el manicomio, donde comen, a permanecer en sus casas y morir de inanición.

"Dice que solo tiene debilidad, pues no tiene fuerzas. Animo ligeramente deprimido. Se le propone trabajar y dice que ha venido a comer. Ingresa cuando se queda sin trabajo para comer"

Este enfermo decía que cuando se quedaba solo veía a gente que venía a matarle; algunas veces decía que le sabía mal la comida. "La familia atribuye su enfermedad a los malos ratos que pasó cuando le prendieron los rojos". "La madre falleció de anemia a la cabeza". Fue diagnosticado de "esquizofrenia paranoide" y se le dio el alta antes de cumplir el mes.

Se dan muchas altas, "no se observan síntomas de perturbación psíquica" y "por no manicomiables". Las familias atribuyen la enfermedad a los horrores de la guerra. De un joven de 16 años, diagnosticado "psicópata" decía la familia que su enfermedad se debía a la debilidad; su obsesión era comer y vendía todo lo que había en su casa para comprar comida.

De otra historia:

"Le han ingresado en el establecimiento por sustraer de su casa un objeto para alimentar a la mujer con quien vive y a sus hijos". "Desde muy pequeño sustraía objetos a sus familiares y amigos siendo otras temporadas modelo de hermano". "No se descubre ningún trastorno mental".

Los enfermos y familias hablan de "debilidad de la cabeza" refiriéndose a la enfermedad.

"Dice que tiene debilidad cerebral porque los rojos le metieron en la cárcel".

"la guerra le ha trastornado. Debilidad por no comer".

"solo piensa en trabajar para que haya más comida".

"Atribuyen su enfermedad al temor que le producían los horrores que presenciaba en Madrid durante la revolución. Aún cuando no lo saben fijamente sospechan que fue amenazado" (1940).

"Ansiedad y angustia, reclamando continuamente un confesor, quiere morir en gracia de Dios". "Lo van a fusilar... Su conciencia no está limpia, es un pecador, necesita la absolución, está en trance de muerte, le van a fusilar". No posee conciencia de situación, ni de enfermedad mental. Su mujer achaca la enfermedad a la guerra y las preocupaciones, dice: "No ha tomado ninguna bebida siendo en todo modelo de jóvenes y de maridos cristianos" (Psicosis endógena).

Se investigan los antecedentes hereditarios y personales, como se observa en el siguiente registro de la historia del enfermo anterior:

"Por los datos obtenidos, no encontramos ninguna carga psicopática en los familiares, así como en lo que se refiere a constitución, temperamento y carácter, para poder apreciar en que genotipos puede venir enraizada la psicosis endógena que padece nuestro enfermo"

El síntoma más frecuente es la debilidad producida por el hambre, no obstante, no faltan las ideas delirantes relacionadas con "brujas y cosas divinas". Por el proceso de socialización se mantienen las concepciones mágico-simbólicas.

El explorador sigue haciendo mucho hincapié en investigar la ingesta de alcohol y las enfermedades venéreas.

Son frecuentes las ideas de referencia a través de la electricidad:

"Hablaban de él por alambres eléctricos"

"Se siente alguna vez como si tuviese corrientes por dentro"

"Me encuentro aquí por haberme enamorado de una chica. Me comunico con ella telepáticamente"

Se mantiene la influencia del enfoque constitucional a través de la tipología de Krestchmer, (leptosomático, atlético, pícnico). Entre las enfermedades familiares se observa el alto porcentaje de tuberculosis, reflejo de lo que ocurre a la población del exterior.

Aunque hemos observado muchas descripciones de conductas agresivas:

"arrebatos muy frecuentes con deseos de agredir a cuchillo a los que encuentra a su alcance" (diagnosticado de psicopatía constitucional)

raramente se indican las medidas que se toman, salvo el traslado al pabellón de agresivos. Es por ello que nos llama la atención el siguiente registro:

"Está con una careta de alambre y sujeto, por sus agresividades. Muerde y se rompe la ropa". Enfermo que debía su enfermedad "al exceso de abuso de su naturaleza, siendo dicho por el mismo" (1947).

Aunque es la primera vez que observamos en un registro el uso de una careta, si se describen en la literatura máscaras de cuero que cerraban herméticamente la boca para evitar mordiscos y gritos.

Los registros describen el aspecto del enfermo ("desnutrido"), normas de cortesía ("no se descubre, se sienta antes de indicárselo", "tranquilo, ropas en orden, guarda las normas de cortesía"), su conducta, pensamiento, memoria, afectividad, etc. Los términos "abordable, consciente, coherente, bien orientado" se repiten de forma mecánica. Se señala la conciencia o no de enfermedad y las interpretaciones que hacen los enfermos a conocidos refranes.

"Se presenta desarropado, sin guardar las normas de cortesía, desobediente. Hábito asténico, regular estado de nutrición. Perplejidad. Se pasea incesante hablando solo. Monologuea".
"Le es conveniente desde luego ahí (coge las cosas de encima de

la mesa) ... ahora de otra forma". "Disgregación de pensamiento". "Lo dicen yo allí ... no le digo a Ud. que para hablar conforme está Ud. así ... " (¿qué tal estás?) "Yo ahora bastante mal; pero no lo escribas (atención vigil). "Ahora a esto; yo no soy para decir no, esto no, lo que coincide lo he dicho por éste" No se puede explorar la orientación por el negativismo y disgregación. Agresivo, alucinado" (Diagnóstico esquizofrenia)

Siete días después:

"Se presenta correcto. Consciente, bien orientado. Pensamiento ordenado pero deficiente en cuanto síntesis. Critica su situación "Yo creo que he estado loco" (¿qué le pasaba?) "No recuerdo nada" Quisiera trabajar. Soy maestro nacional, pero aún no estoy para ejercer hasta que pasen unos meses, me encuentro bastante delgado". "Mejoró a raíz de ponerle un absceso de fijación. Se quedó muy débil y hubo que suspenderle el electrochoque. A los tres días pidió trabajo. Trabaja en la espartería. Adaptado, tranquilo".

Se complementa el estudio con análisis de laboratorio, Rx pulmonar, en algunos casos, análisis del líquido céfalo-raquídeo.

Ejemplos de diagnósticos:

Esquizofrenia
Epilepsia
Parálisis General Progresiva
Psicosis maniaco depresiva
Psicosis reactiva
Esquizofrenia catatónica
Alcoholismo
Demencia senil orgánica
Oligofrenia
Psicopatía histeroide
Psicópata constitucional
Esquizofrenia hebefrénica

Se dan tratamientos de insulina y electrochoques, abscesos de fijación, laborterapia, etc.

La situación económica del establecimiento debe ser agobiante ya que se refleja en múltiples detalles. Se escribe en el reverso de impresos ya utilizados para aprovechar el papel.

"no ha comunicado con la familia porque le pidió papel al hermano y no se lo ha dado, se conoce que está muy escaso".

Con la paz, se arrastraban los problemas consecuentes de la contienda y con ellos muchos trastornos psiquiátricos. La "época del hambre" produjo muchos trastornos psíquicos y la alimentación vitamínica deficitaria las "psicosis pelagrosas". También fueron frecuentes las alteraciones psíquicas entre los jóvenes cuando tenían que incorporarse al nuevo servicio militar obligatorio (miedo a todo lo relacionado con el ejército que provocaba procesos reactivos).

González Duro, refiriéndose a esta época, decía que para evitar pensiones se les tachaba a los enfermos de simuladores y se veían obligados a vagabundear. En los últimos años, con la desinstitucionalización, también hay muchos enfermos durmiendo en las calles y sin pensiones y, lo que es más lamentable, no en los años de una posguerra sino en la época del Estado de Bienestar.

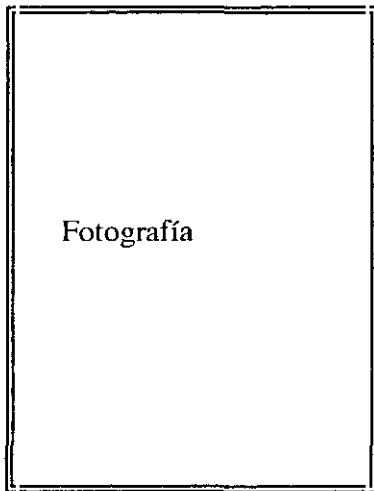
Vallejo Nájera, desde una ideología distinta, opinaba de otra manera: "nos hemos encontrado con una reacción psíquica colectiva vigente que no depende de la satisfacción política, ni del triunfo de los ideales, tampoco de que hayan cesado privaciones y persecuciones, sino de las inquietudes de la lucha por la vida".

Durante los años 1939, 40 y 41 se produjo entre la población española un aumento de la tasa de suicidios, consecuencia de la pérdida de esperanzas y hacienda y profundas alteraciones económicas, las cesantías y las depuraciones, el miedo por haber colaborado en algunos casos delictivos, etc. El año 41, conocido como el "año del hambre",

además de todos los problemas de la época tuvo que soportar una grave sequía; la situación debió ser tan terrible como para llegar a influir en que muchos individuos fingiesen estar "locos" con el fin de ingresar en una institución psiquiátrica para poder comer.

Protocolo de admisión utilizado a partir de 1925

**SANATORIO DE SAN JOSE PARA ENFERMOS MENTALES
A CARGO DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
CIEMPOZUELOS (MADRID)**



Fotografía

HISTORIA CLINICA DE

Expte. núm _____

INGRESO:

a petición _____

SALIDA:

por _____

Procede de _____

Estuvo en observación en _____

Diagnóstico de ingreso _____

Diagnóstico: _____

_____ Sesión clínica de _____

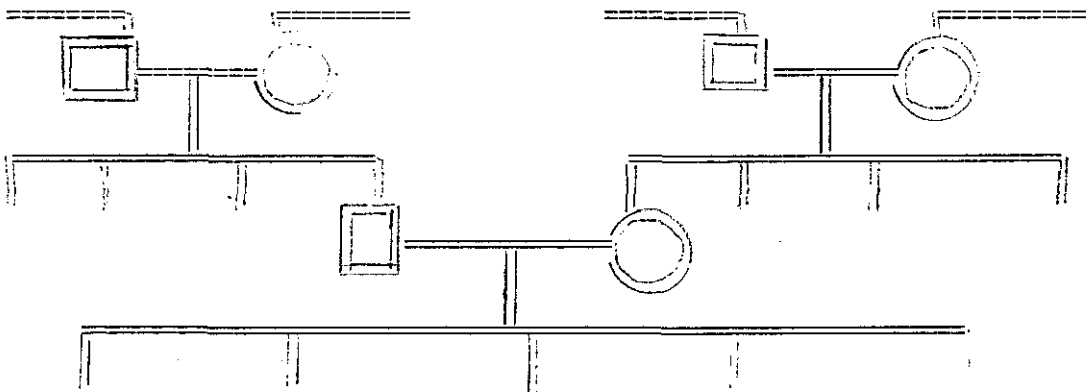
Nació en _____ provincia de _____

el _____ hijo de _____ y de _____

estado _____ profesión _____ avecindado en _____

GRAFICO DE HERENCIA

INDICACIONES: 1. Desconocida.- 2. Enfermedad mental.- 3. Suicidio.- 4. Epilepsia.- 5. Sífilis.- 6. Alcoholismo.- 7. Diabetes.- 8. Tuberculosis.- 9. Cáncer.



EXAMEN AL INGRESO

Nombre _____ Exped. núm, _____
Temperatura _____ Peso _____ Talla _____ Nutrición _____
Pulsaciones _____ Carácter del pulso _____
Trastornos orgánicos _____
Fecha _____ Explorador _____
=====

I

¿Cómo se llama usted? _____
¿Cuántos años tiene usted? _____
¿Cuándo nació usted? _____
¿Es usted casado? ____ ¿Tiene usted hijos? ____ Cuántos muertos? _____
¿A qué edad? ____ ¿De qué enfermedades? _____
¿Ha ido usted a la escuela? _____ - ¿Sabe usted leer y escribir? _____
¿Cuál es su profesión? _____ ¿Cuánto ganaba usted al mes? _____
¿Viven sus padres? ____ ¿De qué murió su padre? _____
¿Y la madre? _____

II

¿Qué fecha es hoy? _____ ¿Qué día de la semana? _____
¿Cuánto tiempo lleva usted aquí? _____
¿Dónde estaba usted hace un mes? _____
¿Dónde pasó la Nochebuena última? _____
Dígame los días de la semana _____
¿Cuántos días tiene el año? _____
¿Cuántas horas tiene el día? _____
¿Cuántos minutos tiene la hora? _____
¿En que época del año estamos? _____
¿Qué hora será? _____

III

¿Dónde ha vivido usted hasta ahora? _____

¿Qué vía o camino ha seguido usted para venir hasta aquí? _____

¿Qué altura tendrá este cuarto? _____

¿Qué longitud tiene su dedo medio? _____

¿Puede usted señalarme hacia dónde caen el Norte, el Sur, el Este y el Oeste?

¿Hacia dónde caen el Levante y el Poniente? _____

¿Cómo se llama el pueblo en que estamos? _____

¿Qué clase de casa es esta? _____

¿Quien le ha traído aquí? _____

¿Quien soy yo? _____

¿Qué clase de gente es la que vive en esta casa? _____

IV

¿Cuántas son 2×4 ? = _____

¿Y 5×7 ? = _____

" " $3 + 4$? = _____

¿Y $10 + 10$? = _____

" " $8 - 3$? = _____

¿Y $6 - 1$? = _____

" " $18 : 6$? = _____

¿Y $6 : 2$? = _____

V

Dígame todo lo que vea en la habitación _____

Ahora repítamelo con los ojos cerrados _____

¿Podría usted decirme qué cosas hay dentro de una iglesia? _____

VI

¿Se siente usted ahora enfermo? _____

¿Qué le duele? _____

¿Está usted alegre o triste? _____

¿Cómo empezó su enfermedad? _____

¿Siente usted en su cuerpo algo extraño? _____

¿Le atormentan ruidos o voces? _____

¿Ve usted lucecillas o figuras raras? _____

¿Siente usted pensamientos que le hagan sufrir? _____

¿Tiene usted que reprocharse alguna mala acción? _____

¿Alguien le ha hecho daño o le ha calumniado? _____

¿Es usted feliz en su matrimonio? _____
¿Se han burlado de usted en la calle o en otra parte? _____

VII

¿Qué diferencia hay entre la mano y el pie? _____
¿Y entre el buey y el caballo? _____
¿Y entre el hielo y el agua? _____
¿Y entre el cristal y la madera? _____
¿Qué pesa más: un kilo de plomo o un kilo de paja? _____

VIII

¿Cuántas clases de fruta conoce usted? _____
¿Qué animales conoce? _____
¿Cómo se llaman el Rey y la Reina? _____
¿Qué celebra la Iglesia en Semana Santa? _____
¿De dónde se saca el algodón? _____
¿Y la luna? _____

IX

¿Que haría usted si se encontrara una cartera llena de billetes de Banco? _____
¿Qué necesita usted para ser feliz? _____
¿Cuándo se dice que un hombre es valiente? _____
¿Cuándo se dice que un hombre es cobarde? _____
¿Cuándo se dice que una persona es noble? _____
¿Qué diferencia hay entre error y mentira? _____
¿Y entre amor y odio? _____
¿Y entre admiración y envidia? _____
¿Y entre avaricia y ahorro? _____

1. ¿Se da cuenta el enfermo de la exploración que se le hace? _____
2. ¿Cual es su porte y el cuidado de su persona durante el examen? _____
3. ¿Como son sus movimientos espontáneos? _____
4. Su mímica en reposo es de _____
5. ¿Denuncia su mímica el estado de ánimo? _____
6. ¿El tono de la voz es alto, bajo, altisonante? _____
7. ¿Habla espontáneamente o sólo cuando le preguntan? _____
8. ¿El habla es lenta, rápida, coherente, incoherente, incoercible, interceptada?

9. ¿Se muestra tranquilo, impaciente, contrariado, hostil, agresivo, indiferente?

10. ¿Hace movimientos inadecuados? ¿Ríe o llora sin motivo reconocible? _____
11. ¿Emplea palabras extrañas en su lenguaje? _____

Test que comienza a utilizarse a finales de los años 20 y que está sólo en algunas historias

SANATORIO PSIQUIATRICO SAN JOSE

EXAMEN MENTAL (YERKES)

Nombre _____
 Fecha de examen _____
 Examinado por _____

Edad _____
 Puntuación _____
 Edad mental _____

OBSERVACIONES

PUNTUACION
 Máxima Concedida

| | | |
|---|---|--|
| 1. ¿Cuál es la más bonita? (1 punto cada) | 3 | |
| 2. ¿Qué les falta a estos dibujos? (1 punto cada) | 3 | |
| 3. a) ¿Cuál es la raya más larga? (5 y 6 centímetros) | 1 | |
| b) ¿Cuál pesa más? (3 y 12 gramos) | 1 | |
| c) ¿Cuál pesa más (6 y 15 gramos) | 1 | |
| 4. Repita los números como yo los nombro | | |
| a) 375 581 | 1 | |
| b) 2947 6135 | 1 | |
| c) 35871 92736 | 1 | |
| d) 491572 516283 | 1 | |
| e) 2749385 6195847 | 1 | |
| 5. Cuente hacia atrás desde 20 hasta 1 (Si sólo de 15-1, 3 puntos; de 10 1, 2 puntos; de 5 1, 1 punto) | 4 | |
| 6. a) Repita estas frases: llueve, tengo hambre | 1 | |
| b) Su nombre es Juan: hace un día muy bueno | 1 | |
| c) El sol es grande y rojo. Nuestro tren llegó dos horas más tarde | 1 | |
| d) No se debe hacer daño a lo pobres pajaritos; es de noche y todo el mundo está descansando | 1 | |

PUNTUACION

Máxima Concedida

| | | |
|---|----|--|
| Suma anterior | 22 | |
| 7. ¿Qué me dices de esto? (enumeración, 1 punto cada, descripción, 2 puntos cada; integración, 3 puntos cada. | | |
| a) El hombre y el niño | 3 | |
| b) El hombre y la mujer | 3 | |
| c) El preso | 3 | |
| 8. Estos paquetitos que parecen iguales, pesan unos más que otros; ordénelos poniendo primero el que pesa más, y último el que pesa menos (Dos pruebas; la serie bien, menos 1 punto; la serie completa 2 puntos) | 2 | |
| 9. ¿En qué se diferencian? (2 puntos cada). | | |
| a) La pera y la naranja | 2 | |
| b) La madera y el vidrio | 2 | |
| c) El papel y la tela | 2 | |
| 10. ¿Qué es? (definición por el uso, 1 punto cada; superior al uso, 2 puntos cada). | | |
| a) Cuchara | 2 | |
| b) Silla | 2 | |
| c) Caballo | 2 | |
| d) Niño | 2 | |
| 11. ¿Qué raya es la más larga? (1 punto cada) | 6 | |
| 12. Copia la figura. | | |
| a) Cuadrado (1 a 2 puntos) | 2 | |
| b) Rombo (1 a 2 puntos) | 2 | |
| Suma y sigue | 57 | |

PUNTUACION

Máxima Concedida

| Suma anterior | 57 | |
|---|----|--|
| 13. Di las palabras que se te ocurran en tres minutos: 30-40 (1 punto); 45-50 (2 puntos) 60-74 (3 puntos); 75 ... (4 puntos) | | |
| 14. Escriba un frase u oración que contenga tres palabras: Madrid, dinero, estación. (Estas palabras en dos oraciones, 2 puntos; las tres palabras en una oración, 4 puntos) | | |
| 15. ¿Qué harías? (2 puntos cada) <ul style="list-style-type: none"> a) Si perdiese el tren b) Si quien te ofendió se arrepiente c) A quién crees más, al que promete o al que cumple d) Quién merece más perdón, el que hace daño acaloradamente, o el que lo hace a sangre fría. | | |
| 16. Dibuja después de mirarlos 15 segundos estos dibujos. (1 ó 2 puntos cada) | | |
| 17. ¿Dónde está el absurdo? (1 punto cada). <ul style="list-style-type: none"> a) El caballero del bastón b) El ciclista infortunado c) Los tres hermanos d) El cruce de dos caminos e) El último coche | | |
| 18. Reconstruye las siguientes oraciones (2 puntos cada una) <ul style="list-style-type: none"> a) Mi maestro, etc. b) Mi buen perro, etc. c) Salimos, etc. | | |
| Suma y sigue | 88 | |

PUNTUACION
Máxima Concedí da

| | | |
|--|------------|--|
| Suma anterior | 100 | |
| 19. ¿Qué es? (2 puntos cada). | | |
| a) Caridad | 2 | |
| b) Obediencia | 2 | |
| c) Justicia | 2 | |
| 20. ANALOGIAS (1 PUNTO CADA). | | |
| a) La ostra es a la concha como la naranja es a | 1 | |
| b) El brazo es al codo como la pierna es a | 1 | |
| c) Lo conocido es a lo desconocido como el presente a | 1 | |
| d) La cabeza es al sombrero como la mano es a | 1 | |
| e) La verdad es a la falsedad como la línea recta es a | 1 | |
| f) La tormenta es a la calma como la guerra es a | 1 | |
| Suma | <u>100</u> | |

OBSERVACIONES:

SANATORIO PSIQUIATRICO DE SAN JOSE

Enfermo D. _____

Sección de _____
Hoja Clínica núm. _____

REGIMEN PARA AGITADOS (B) NARCOSIS PERMANENTE DE KLAESSI

El enfermo alternará el reposo en cama con baños a la temperatura de 38°, de una hora de duración conforme a las instrucciones generales.

El tratamiento comienza por la inyección de escopolamina-morfina, seguida a la media hora de otra intramuscular de 2 c.c. de somnífero. Las inyecciones _____ de somnífero se repiten cada 8 a 12 horas (según efectos) a dosis de _____ c.c. Se sustituyen o se refuerzan los efectos de la inyecciones con la administración de 40 a 60 gotas de somnífero en una taza de tila templada.

ALIMENTACION: leche, huevos; papillas de trigo, avena; zumos de fruta; chocolate

Prevenciones

Su suministrará abundante bebida caliente (infusión de tila o manzanilla).

Una irrigación diaria los días que no obre espontáneamente.

Recoger, medir y anotar la cantidad de orina en 24 horas. Investigar albúmina.

Tomar y anotar el número de pulsaciones, respiraciones y temperatura cada tres horas.

Tomar la tensión arterial y anotarla dos veces en el día.

Procurar que el enfermo no pierda calor.

Precauciones

Se administrarán *diez gotas* de digitalina si se notan intermitencias en el pulso o las pulsaciones se elevan por encima de 120, o se nota un gran descenso en la tensión arterial.

Se avisará al médico de guardia y éste podrá ordenar se interrumpa el tratamiento:

- 1.° Si la temperatura se eleva por encima de 38°.
- 2.° Si el enfermo vomita repetidas veces.
- 3.° Si lleva más de 12 horas sin orinar.
- 4.° Si se altera profundamente el funcionamiento del corazón y éste no se repone después de haber administrado digitalina.

Desarrollo del tratamiento

Inyección escopolamina-morfina el _____ a las _____ .
Día _____

SANATORIO PSIQUIATRICO SAN JOSE

Enfermo D. _____ Sección de _____
Hoja Clínica núm. _____

**REGIMEN PARA AGITADOS (C)
SABANA MOJADA TERMOGENA**

El enfermo reposará en cama, aplicándosele a las _____ y a las ____ una sábana mojada termógena (envoltura de Krae-elin) conforme a las instrucciones generales recibidas. Temperaturas del agua _____ duración de la envoltura _____ horas.

La acción sedante se reforzará con la administración de _____

ALIMENTACION. Ración: ordinaria - especial - leche y huevos

Desayuno

Comida

Merienda

Cena

Suplemento de

Hora de los suplementos: mañana _____ tarde _____ noche _____

Prevencciones

Mientras el enfermo esté envuelto se le suministrará abundante bebida caliente

Se tomará el pulso en la arteria temporal, se anotará y se pondrá un inyección de ____ de aceite alcanforado si estuviera debilitado.

La sábana se quita si el enfermo se queja de molesta sensación de calor y ahogo.

No se perderá de vista al enfermo mientras esté aplicada la envoltura. Los principales peligros son la asfixia por estrangulación y el síncope del corazón.

No olvidarse de mantener constantemente un paño de agua fría en la cabeza, ni de renovarlo cuando se haya calentado.

Incidencias y desarrollo del tratamiento

Cuestionario enviado a las familias a partir de 1930.

**SANATORIO PSIQUIATRICO DE SAN JOSE
CIEMPOZUELOS (MADRID)**

Muy señor mío: Para el debido tratamiento del enfermo D. _____
es muy conveniente que tenga la bondad de suministrarnos, tan pronto le sea posible, los datos que se
interesan en la presente hoja.

Ciempozuelos _____

El Director Facultativo,

Sr. D. _____

Enviado el _____

Nombre _____

Edad _____

Naturaleza _____

Profesión _____

Ingresó en el Establecimiento en _____

Expediente núm. _____

Datos anamnésicos suministrados por D. _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Si viven los padres y si padecen alguna enfermedad _____

Padre _____

Madre _____

Si murieron, a qué edad y de qué enfermedad _____

Padre, a los _____ años de _____

Madre, a los _____ años de _____

Parentesco entre los padres _____ Edad de los padres
cuando nació: Padre ____ años. Madre ____ años.

Han sido _____ hermanos. Varones _____. Hembras _____.

Murieron _____ de _____

Viven _____. Padecen _____

Si murieron los abuelos, a qué edad y de qué enfermedad _____

Paternos _____

Maternos _____

¿Han existido en la familia parientes en primer grado (primo, sobrino o tío) que hayan padecido enfermedades hereditarias o contagiosas? _____

¿Han estado recluidos en un manicomio o padecido de enfermedad nerviosa? _____

¿Han tenido parientes con graves trastornos del carácter: suicidas, delincuentes, despilfarradores, muy retraídos o tristes, preocupados de la religión o de la política, bebedores, mujeriegos? _____

¿Ha habido en la familia personas que hayan padecido jaquecas o que se hayan orinado en la cama después de los 4 años? _____

¿Cuál es el temperamento dominante en la familia? ¿Hay caracteres violentos, irritables, fríos, alegres o tristes? _____

Rama paterna _____

Rama materna _____

¿Ha habido en la familia personas que hayan padecido enfermedades semejantes a la suya? _____

¿Qué personas de la familia son las que más han influido en su carácter? _____

Otros datos interesantes respecto a la historia familiar. _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Lugar que ocupa entre hermanos (atendiendo a los hijos nacidos, no a los que vivan).

¿Sabe si el embarazo fue difícil?

¿Le crió la madre, la nodriza o con el biberón?

¿A qué edad empezó a dentar?

¿A qué edad empezó a andar?

¿A qué edad empezó a hablar?

¿Qué enfermedades ha padecido hasta los 6 años?

- ¿Qué enfermedades ha padecido hasta los 12 años?
- ¿Desde los 12 en adelante?
- ¿A qué edad empezó a ir a la escuela, y qué aprendió en ella? Estudios superiores que ha hecho.
- ¿A qué ha estado dedicado hasta ahora?
- ¿Ha tenido vómitos de bilis o arcadas por las mañanas?
- ¿Ha abusado de las bebidas alcohólicas?
- ¿Qué cantidad aproximada bebía?
- ¿Cuál es el programa medio de su vida en un día de trabajo?
- ¿Qué hacía los días festivos?
- ¿Tenía contrariedades en su vida familiar o había en su casa persona que le enojara?
- ¿Ha recibido algún golpe o herida en la cabeza?
- ¿Ha cambiado de carácter durante su vida?
- ¿Ha tenido celos de su mujer?
- ¿Ha sido perezoso o tristón?
- ¿Tenía alguna rareza o extravagancia?
- ¿Ha sido agresivo?
- ¿Ha sufrido cambios en su inteligencia?
- ¿Ha notado cambios en su memoria?
- ¿Ha oído voces lejanas, misteriosas?
- ¿Ha tenido visiones?
- ¿Qué ve y qué oye en esa vida de ensueño?
- ¿Le sabe mal lo que come?
- ¿Ha dejado de comer por falta de apetito?
- ¿Ha notado que influyen en él por la electricidad?
- ¿Se ha arruinado en sus negocios?
- ¿Ha intentado suicidarse?
- ¿Ha permanecido mucho tiempo aislado o en posturas extrañas?
- ¿Ha tenido ataques de convulsiones?
- ¿Se ha fugado de su casa?
- ¿Ha hablado mucho o permanecía aislado y silencioso mucho tiempo?
- ¿Ha estado enfermo antes de ahora?

HISTORIA SEXUAL

¿Se ha masturbado el enfermo y hasta qué edad?

¿Era muy mujeriego?

¿Se ha sospechado o conocido vicio alguno con hombre?

¿Ha tenido enfermedades de mujeres? En caso afirmativo diga cuál, a qué edad la padeció y qué tratamiento ha seguido.

¿Ha estado en alguna época impotente?

¿Realizaba o propuso alguna anormalidad en sus relaciones matrimoniales íntimas?

¿Ha tenido disgustos maritales y en caso afirmativo a qué los atribuyen?

Relate Ud. con los mayores detalles cómo empezó y cómo se ha desarrollado la enfermedad que le ha obligado a Ud. a recluir al enfermo, especifique las fechas de la aparición de los trastornos y detalle los que presentase en la actualidad.

NOTA. Todos los datos recogidos en esta hoja son secretos y el médico se obliga a no hacer otro uso de ellos que no sea el de curar al enfermo.

Si alguna de las preguntas no puede contestar por desconocer la respuesta hágase constar así: dejar en blanco el espacio correspondiente podría inducir al médico a error.

Hoja de Observación. (Se utiliza a partir de 1928).

Sanatorio Psiquiátrico de San José de Ciempozuelos

Hoja de observación de _____ Núm. del expediente _____

Ingresado en _____ a petición _____

Mes de _____

| CURSO | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| 1. Adaptado | | | |
| 2. Tranquilo | | | |
| 3. Se entretiene | | | |
| 4. Comunica con su fam. | | | |
| 5. Inquieto | | | |
| 6. Excitado | | | |
| 7. Agitado | | | |
| 8. Ríe solo | | | |
| 9. Agresivo | | | |
| 10. Rompe ropas | | | |
| 11. " otras cosas | | | |
| 12. Habla solo | | | |
| 13. " insultando | | | |
| 14. Deprimido | | | |
| 15. No habla ni respond | | | |
| 16. Llora | | | |
| 17. Se desnuda | | | |
| 18. Apetito bueno | | | |
| 19. " escaso | | | |
| 20. Come por persuas | | | |
| 21. " a cucharadas | | | |
| 22. Se alimen p/ tubo | | | |
| 23. Va al retrete | | | |
| 24. Pide servicio | | | |
| 25. Defeca en cama | | | |
| 26. Enema | | | |
| 27. Se masturba | | | |
| 28. Duerme bien | | | |
| 29. " poco | | | |
| 30. " con hipnóticos | | | |
| 31. Toma medicamento | | | |
| 32. Los rechaza | | | |
| 33. Se le baña | | | |
| 34. Ataque epiléptico | | | |
| 35. " histérico | | | |
| 36. " paralítico | | | |
| 37. Intenta suicidio | | | |
| 38. " homicidio | | | |
| 39. " fuga | | | |
| 40. Temperatura | | | |
| 41. Peso | | | |

Observaciones particulares: _____

Ciempozuelos ____ de _____ de 193__

El enfermero,

Protocolo que se utiliza a partir de 1930

Esquema de la constitución

NUMERO _____ Fecha de observación _____

Nombre _____ Edad _____ Profesión _____

Dimensiones

| | | | |
|---|------------------------|------------------------|-----------|
| Cráneo: Perímetro horizontal | Tallamm. | Peso |kgs. |
| Diámetro sagital | Perímetro: Pecho | Antebrazo izqdo | |
| Diámetro frontal | Abdomen | Mano izqda. | |
| Anchura de la cara | Caderas | Pantorrilla izda. | |
| Longitud de la cara | Longitud: Pierna | Brazo | |
| | Ancho: Espalda | | |

Cara y cráneo

| | | |
|---|--------------------------|---|
| Forma de la cabeza: Alta, plana, pícnica, redonda, pequeña, cráneo en torre, en vejiga, indeterminada. | Contorno facial frontal: | En escudo ancho, pentagonal, plano, ovoide largo, ovoide corto, oval, infantil heptagonal, indeterminada. |
|---|--------------------------|---|

Arquitectura corporal

Indicar el estado del esqueleto, musculatura y grasa: señalar si existen deformaciones del tronco o extremidades.

Sistema piloso y vascular

Indicar el desarrollo y color del pelo en sus diferentes territorios de localización.

| | |
|---|-------------------|
| Vasos: Coloración de la cara: azulada, rojo oscuro, rosada, pálida Extremidades | Pelo |
|---|-------------------|

GLANDULAS

Si el estado de alguna no es normal, indicarlo. Especialmente tiroides, mamarias, testículos, indicar si hay anomalías sexuales.

Epocas

| | |
|--------------------------------------|---|
| Aparición del trastorno mental | Aparición engorde |
| Aparición de la pubertad | Aparición enflaquecimiento |
| Aparición de la involución | Aparición enfermedades corporales |

Resumen

Tipo constitucional de Kretschmer
Diagnóstico psiquiátrico

Certificado Médico Para Enfermos Psíquicos
Consejo General de Colegios de Médicos.

FORMULARIO (1)

Actitud general (ordenada, accesible, aislada, desordenada, irritable, desmadejada, enérgica, rígida, etc.) _____

Orientación (en el tiempo, lugar, personas, etc.) _____

Conciencia (clara, oscurecida, confusa, distraída, etc.) _____

Estado de ánimo (indiferente, triste, temeroso, angustioso, tranquilo, alegre, exaltado, variable, suspicaz, colérico, etc., variaciones periódicas: largas o cortas, de meses, años o semanas) _____

Inteligencia (disminución: progresiva, brusca, con alternativas, sin pérdida de memoria) _____

Actividad motora (inhibida, inquieta, agotada, amanerada, gesticulante, perseverante, negativista, quietud, rígida catatónica, etc.) _____

Conducta (sucio, cuidadoso, dócil, agresivo, impulsivo, sociable, se niega a hablar, come vorazmente, no come, erotismo, miente, inmoral, sistemático, sugestionable, etc.) _____

Peligrosidad (ideas o tentativas de suicidio, antes de la enfermedad, o actualmente, agresividad inmotivada de palabra o de hechos contra personas o cosas) _____

Alucinaciones e ideas delirantes (tipos y sentidos a que se afectan las alucinaciones, ideas de celos, persecución, grandeza, etc.) _____

Otros síntomas (memoria, sueño, convulsiones, parálisis, etc.) _____

Toxicomanías (alcohol, morfina, cocaína, etc.) _____

Síntesis global de la personalidad anterior (inteligente, sereno, serio, sistemático, reconcentrado, meticuloso, fantástico, confiado, modesto, débil, etc.) _____

Enfermedades mentales anteriores (lugar de tratamiento: casa de salud, sanatorio, en familia, etc.) _____

Estado jurídico ¿Está el enfermo incapacitado? ¿Ha estado alguna vez? _____

(1) Escríbase en cada grupo una o varias de las características indicadas o sus opuestos o añádase alguna que no conste

11.2. SANATORIO PSIQUIATRICO SAN JOSE (1951 - 1976).

11.2.1. Década de los 50

Durante la década de los 50, la dirección de la psiquiatría pasa de la escuela alemana a las escuelas norteamericana e inglesa. Los psiquiatras españoles, principalmente en la clínicas privadas, comienzan a tener en cuenta los tratamientos psicoanalíticos. El 14 de abril de 1955 las Cortes Españolas aprueban una ley por la que se crea el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) que daría un fuerte impulso a la asistencia psiquiátrica, ya que en las décadas siguientes comenzarían a funcionar los dispensarios antialcohólicos, los centros de orientación y diagnóstico, el primer centro piloto de salud mental, la escuela de especialización en psiquiatría para asistentes sociales, y la escuela de la misma especialidad para A.T.S., las escuelas de padres y además se impartirían numerosos cursos y seminarios para los profesionales y para todas aquellas personas interesadas por el tema de la Salud Mental. El PANAP en colaboración con el Patronato Nacional antituberculoso inauguraron en 1958 el Sanatorio Conde de Romanones, situado en la localidad de Alcohete (Guadalajara) para la asistencia de enfermos que padecían ambas enfermedades.

En Ciempozuelos, a partir de 1951 se produce un nuevo cambio en la denominación del establecimiento que pasaría de Sanatorio de San José para Enfermos Mentales a encabezar el nuevo protocolo de admisión con la nueva titulación de

SANATORIO PSIQUIATRICO SAN JOSE

que ya se venía observando en algún otro protocolo en los años precedentes. Con este cambio en la denominación se da un nuevo paso hacia la medicalización del manicomio. El resto del protocolo de admisión se mantiene exactamente igual (pág. 595).

Se cumplimentan, además, los siguientes apartados:

Datos biográficos y conmemorativo patológico (suministrados por la familia y otros orígenes).

I. Antecedentes familiares (número de hermanos y número entre hermanos, causa de fallecimiento si procede, carácter de los padres, hermanos y otros familiares).

II Antecedentes personales (parto, tipo de lactancia, edad comienzo dentición, andar, hablar, enfermedades infantiles, escolaridad, servicio militar, vida laboral, carácter, comienzo actividad sexual y enfermedades venéreas).

Curso

Autobiografía curso

ANAMNESIA

I. Antecedentes suministrados por la familia (véase protocolo pág. 578)

ESTADO AL INGRESO (pág. 596)

I. Psíquico

II Físico

Análisis de laboratorio y otros exámenes que se prescriben

Resultado de los análisis de laboratorio practicados

Se da prioridad a los síntomas psíquicos sobre los físicos. El protocolo del Estado Físico no suele estar cumplimentado (salvo que el explorador detecte alguna anormalidad). Las historias son muy breves.

Además de lo anterior el explorador, en el Curso de la Enfermedad, recoge información sobre lo siguiente:

porte, normas de cortesía, presentación, aspecto, etc.
conciencia de enfermedad,

abordabilidad
lucidez
orientación (auto y alopsíquicamente),
coherencia,
crítica de situación
pensamiento
memoria
afecto de ánimo
inteligencia,
temperamento
comunicación
contenido del pensamiento (alucinaciones, ideas delirantes)
interpretación de refranes
biotipo, etc.

Ejemplos de Diagnósticos.

Esquizofrenia procesual paranoide
Esquizofrenia paranoide
Esquizofrenia residual
Esquizofrenia catatónica
Esquizofrenia hebefrénica
Defecto esquizofrénico
Psicosis maníaco depresiva
Psicosis obsesiva
Epilepsia sistemática
Oligofrenia
Imbecilidad
Idiocia (Oligofrenia)
Idiocia endógena
Débil mental
Demencia Precocísima (Encefalopatía infantil. Epilepsia sistemática)
Sífilis cerebral
P.G.P.
Lues cerebral

Delirio de perjuicio presenil
Demencia Alzheimer
Demencia presenil
Enfermedad de Parkinson
Alcoholofilia
Delirium Tremens
Alcoholismo crónico
Alucinosis alcohólica
Psicópata alcohólico
Delirio de celos
Neurosis obsesiva (psicosis obsesiva)
Síndrome depresivo
Psicopatía
Personalidad psicópata
Psicópata asténico

La PGP disminuye en estos años. Los diagnósticos de imbecilidad e idiocia se van sustituyendo por el nuevo término de oligofrenia.

Profesiones:

Hortelano, músico, ingeniero industrial, labrador, funcionario, camarero, tintorero, panadero, pintor, médico, jornalero, mecánico de bicicletas, maestro, peón, director de orquesta, etc.

Ingresan los enfermos a cargo de las Diputaciones (Madrid, Cuenca, Avila, Ciudad Real, León), Ejército y privados. Los de la Diputación de Madrid proceden del "Departamento de dementes" del Hospital General. En el Cuadro 11.5 (pág. 589) puede observarse que la mayor parte de los ingresos proceden de la Diputación de Madrid, como parece ser lo lógico, que ingresaba expediciones de enfermos en una misma fecha. Además de este dato, recogimos el estado civil, edad, profesión y diagnóstico de los cien primeros enfermos ingresados en 1950, de los que hemos reflejado los 35 primeros. Se puede observar la variabilidad de los diagnósticos y profesiones, el número de solteros que dobla prácticamente al de casados y la edad al ingresar, siendo más frecuentes los que están en la década de los 20.

Cuadro 11. 5. Datos enfermos ingresados en 1950.

| Nº Hª | Ingresado por | E.C. | Edad | Profesión | DIAGNOSTICO |
|--------|----------------|------|------|--------------|----------------------------|
| 11.089 | Dip. de Avila | S | ---- | ---- | Epilepsia Asintom |
| 11.090 | Su familia | -- | 43 | Ing. Indust | Esquiz. paranoide |
| 11.091 | Su padre | S | 26 | Cobrador | Esq. proc. Paranoide |
| 11.092 | Su padre | S | 28 | Hortelano | Esquizofrenia |
| 11.093 | Dip. Madrid | S | 28 | Sin/prof. | Debilidad mental |
| 11.094 | Su esposa | C | | Músico | Depresión |
| 11.095 | Dip. de Cuenca | S | 27 | Jom campo | Débil mental |
| 11.097 | Dip. de Madrid | S | 26 | --- | Débil mental |
| 11.098 | Dip. de Madrid | C | 51 | --- | Lues cerebral |
| 11.099 | Dip. de Madrid | S | 29 | Dep.comercio | Esq. hebefrénica |
| 11.100 | Dip. de Madrid | C | 49 | Músico | Epilepsia |
| 11.101 | Dip. de Madrid | C | 38 | Mec. Elect. | Alcohol. crónico |
| 11.102 | Dip. de Madrid | S | 32 | Jornalero | Esquizofrenia |
| 11.103 | Dip. de Madrid | S | 20 | --- | Petit Mal? |
| 11.104 | Dip. de Madrid | C | 30 | Jom campo | Esq. hebefrénica |
| 11.106 | Dip. de Madrid | S | 17 | Botones | Psicopatía |
| 11.107 | Dip de Madrid | S | 33 | --- | Esquizofrenia |
| 11.108 | Dip. de Madrid | C | 53 | --- | P.G.P. |
| 11.109 | Dip. de Madrid | S | 28 | --- | Esq. hebefrénica |
| 11.110 | Su hermano | S | 50 | Capitán | Esq. paranoide |
| 11.111 | Su hermano | S | 44 | --- | Sin diagnosticar |
| 11.112 | Dip. de Madrid | S | 27 | Obrero | Epilepsia genuina |
| 11.113 | Orden judicial | C | 65 | Abogado | No trastornos psíquicos |
| 11.114 | Orden judicial | S | 29 | Tornero | Reacción depresiva |
| 11.115 | Su padre | S | 23 | Estudiante | ---- |
| 11.116 | Su esposa | C | 53 | Industrial | Síndrome maníac |
| 11.117 | Dip. de Avila | S | 27 | Jom. campo | Esq. injert. oligof. |
| 11.118 | Dip. de Madrid | C | 35 | Mecánico | Alcoholismo |
| 11.119 | Dip. de Madrid | C | 44 | --- | Acoh. crónico |
| 11.120 | Dip. de Madrid | S | 28 | Albañil | Esquizofrenia |
| 11.121 | Dip. de Madrid | Vdo | 74 | --- | Arterioesclerosis cerebral |
| 11.122 | Dip. de Madrid | S | 34 | --- | Esquizofrenia |
| 11.123 | Dip. de Madrid | S | 28 | --- | Parkinsonismo |
| 11.124 | Dip. de Madrid | C | 35 | --- | Epilepsia genuina |
| 11.125 | Dip. de Madrid | S | 19 | --- | Oligofrenia |

FUENTE: Elaboración propia. Datos de los primeros 35 expedientes de los enfermos ingresados en 1950. Ciempozuelos, 1995.

Volvemos a encontrar el mito de la falta de conciencia de enfermedad que se dice es una característica de los enfermos psicóticos. Un enfermo muy agresivo pedía el mismo que por la noche le ataran para evitar agredir a otros. Este enfermo sufría de "agresiones bruscas sin previo enfado", y "cuando se pega a sí mismo se queja y grita como si le pegara otro". El mismo no comprendía lo que le sucedía: "No puedo explicar esto". A este enfermo se le aplicaron todo tipo de tratamientos sin que experimentara ninguna mejoría.

No siempre se dejaba internado al enfermo ingresado aunque tuviese problemas con su familia:

"El enfermo se presenta correcto de portes y modales. Ropas en orden. Sintónico, abordable, lúcido, coherente en sus manifestaciones. Orientado auto y alopsíquicamente. Afecto fundamental con tendencia a la tristeza. Trabajaba de botones en un banco. Robaba en su casa. Dígitos bien. Meses del año bien. Pesos bien, tranquilo, adaptado, trabaja.

Antecedentes personales: mal carácter; algunas veces se marchaba de casa, se peleaba con la familia llegando algunas veces a la agresión; habiendo sufrido una fractura discutiendo con un guardia civil".

Diagnóstico: "Trastornos de la conducta de fondo psicopático". Se le dio el alta por no manicomiable.

Una medida de castigo consistía en encamar a los enfermos:

"Está encamado porque quiso fugarse. Justifica su fuga diciendo que es sonámbulo y que creía que le iban a matar y que por eso se fugó"

Tratamientos:

Se aplican los siguientes tratamientos:

Abscesos de fijación
Piretoterapia

Electrochoques
Insulina
Electronarcosis
Leucotomías
Lobectomía
Cura de opio
Psicofármacos (*reserpina, largactil, etc.*) etc.

Tratamientos de activación por el deporte, trabajo en la huerta, cocina, pabellón.

Los tratamientos somáticos son los más utilizados en estos años: "mediante el shock se modifican las regulaciones del humor", "mediante la lobotomía se liberan las adaptaciones orgánicas de sus sobrecargas afectivas". Son tratamientos que tienen un gran riesgo y de hecho algún enfermo en tratamiento de insulina fallece por edema cerebral. Comienza la época de los psicofármacos. Se dice que "no se da sistemáticamente largactil por falta de recursos" (1959).

Para los psicoanalistas, que consideran la enfermedad una defensa, este camino de curación no penetra jamás en los mecanismos internos de la enfermedad que sólo se consigue mediante el psicoanálisis acudiendo al inconsciente (instinto y latencia del pasado). Una condición de la enfermedad es el conflicto del medio humano y lo propio de la enfermedad es ser una reacción de defensa generalizada ante ese conflicto. Se actúa con los mecanismos patológicos para curarla. El psicoanálisis psicologiza lo real, para irrealizarlo. Foucault no lo recomienda: "No hay curación posible cuando se irrealizan las relaciones del individuo y su medio; sólo es curación la que produce nuevas relaciones con el medio" (Foucault, 1979: 122).

El sueño prolongado, en la Cura de Sueño, permite "recuperaciones funcionales que hacen desaparecer las inhibiciones de defensa, los núcleos de excitación y la inercia patológica".

En estos años, las familias ya no atribuyen la enfermedad a los efectos de la guerra, y a las debilidades por la falta de alimento, sino a

otras causas muy dispares: al trabajo, bebida y mujeres, a un susto, a los disgustos del noviazgo, a frío que cogió, e incluso a las comidas picantes, entre otras. Tratan de dar una explicación para lo que todavía hoy permanece inexplicable.

En 1951 un enfermo diagnosticado de esquizofrenia que oía hablar al médico del pueblo y creía que era el demonio, decía además:

"vi como un platillo volante en el pueblo y me pareció que caía en casa de un vecino""yo he visto en mi cosas milagrosas" (esquizofrenia)

se introducían los platillos volantes en las alucinaciones, objetos que muchas personas "normales" decían ver en aquella época.

Delirios de tipo místico, alucinaciones auditivas relacionadas con el demonio, brujas, etc.

"Soy el Papa, soy Dios, tengo todo el poder de la Divina Gracia"

"las brujas o el demonio no me dejan pensar" "Llegó a creerse elegido por la Virgen para predicar por los pueblos y convertir a los pecadores"

"Son cosas del demonio" diría otro enfermo

"Oye voces cree que son cosas del demonio"

"Cuando estoy agitado veo a Santos, a Nuestro Señor, a personas que me insultan"..... "no se lo que me pasa, estoy hecho un lío, no soy como antes" (diagnosticado de esquizofrenia, este enfermo mejoró y se le dio el alta).

Se sienten diferentes, no pueden explicar lo que les pasa:

"estoy hecho un lío"

"no soy como antes"

Problemas de identidad:

"si, he dado a luz una niña. Soy una mujer y me hija se llama Adolfina"

Con los enfermos diagnosticados de epilepsia con gran inquietud motora, se emplea la contención mecánica para evitar que se lastimen y también para los pacientes con gran agitación psicomotriz.

Otro síntoma frecuente es el apetito voraz:

"Me metieron en el Manicomio de Valladolid porque comía mucho y no podían alimentarme"

El vagabundeo y las fugas"

"se escapa de casa"

Al psiquiátrico también llega el problema económico que se vive en el exterior:

"al decirle que le vamos a dar el alta nos dice que no tiene trabajo en la calle y que su mujer está delicada y se dedica a coser para sostenerse ella y una hija que tienen y una boca más en casa no puede ser" (año 1958). Al no observar trastornos psíquicos se le dio el alta a los dos días ("personalidad psicopática").

Reflejan estos casos el drama de la lucha por la vida. El hambre obligó a muchas personas a elegir los manicomios como medio de subsistencia, simulando cualquier tipo de trastorno o a cometer algún pequeño delito para que les metieran en la cárcel y así poder comer durante un tiempo.

Las consecuencias de las alimentaciones inadecuadas; enfermo que se queja de "flojedad en las piernas por haber comido

mucha almorta", diagnosticado de latirismo fue dado de alta por no manicomiable.

"No habiéndose observado síntomas psíquicos patológicos desde su ingreso se le da el alta

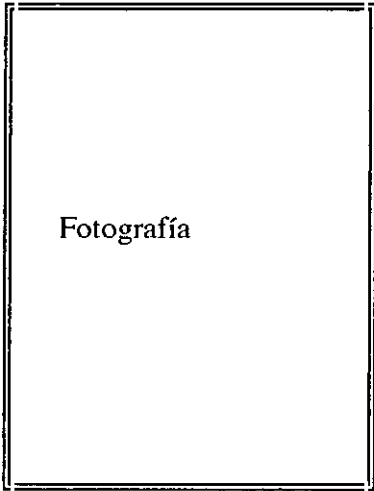
La depresión reactiva ante ciertas actitudes familiares:

"Salió con alta por curación. El cuñado le había vendido todo y se volvió a deprimir"

Un anciano diagnosticado al ingreso de "incompatibilidad social", es diagnosticado en el Centro de "demencia senil" y su estado somático es tan lamentable que se dice: "le traen a morir". El manicomio ya no es el reformatorio, sino el lugar donde van los que nadie quiere. Es la crítica que repetidamente hacía la dirección del establecimiento a la Diputación respecto al estado tan deplorable en que llegaban muchos de los enfermos.

Protocolo utilizado a partir de los años 51

SANATORIO PSIQUIATRICO DE SAN JOSE
A CARGO DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
CIEMPOZUELOS (MADRID)



HISTORIA CLINICA DE

Expte. núm _____

INGRESO:

a petición _____

SALIDA:

por _____

Procede de _____

Estuvo en observación en _____

Diagnóstico de ingreso _____

Diagnóstico: _____

_____ Sesión clínica de _____

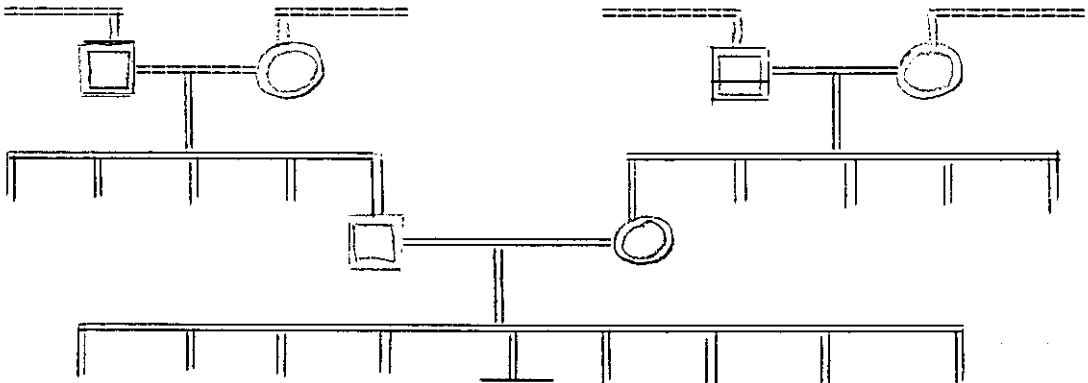
Nació en _____ provincia de _____

el _____ hijo de _____ y de _____

estado _____ profesión _____ avencidado en _____

GRAFICO DE HERENCIA

INDICACIONES: 1. Desconocida.- 2. Enfermedad mental.- 3. Suicidio.- 4. Epilepsia.- 5. Sífilis.- 6. Alcoholismo.- 7. Diabetes.- 8. Tuberculosis.- 9. Cáncer.



Nombre _____ Expte. núm. _____

ESTADO AL INGRESO

Dr. _____

I. PSIQUICO.

II. FISICO.

Temperatura _____ Peso _____ Nutrición _____

Hábito exterior _____

Aparato digestivo _____

Idem circulatorio _____

Idem genito-urinario _____

Funciones vasomotoras y tróficas _____

Sensibilidad _____

Reflejos. Tono muscular _____

Pupilas _____

Motilidad voluntaria _____

Marcha _____ Lenguaje _____

Reacciones psicosenoriales _____

Sueño _____ Apetito _____ Sed _____

ANALISIS DE LABORATORIO Y OTROS EXAMENES QUE SE PRESCRIBEN

11.2.2 Década de los 60.

Durante esta década se aumenta el número de médicos en el establecimiento y se crean los servicios de psicología y el de asistencia social (1968).

Las principales fuentes de ingresos continúan siendo las Diputaciones de Madrid, Avila y Cuenca con las que el establecimiento mantiene convenios. También se produce algún ingreso aislado de otras Diputaciones y algunos enfermos privados. En Madrid, proceden del Hospital Provincial - Sala de Neuropsiquiatría (término que sustituye a la sala de dementes de los años anteriores). De la misma forma, el diagnóstico de "enfermedad psíquica" sustituye al de "enajenado mental".

La proporción de enfermos solteros que ingresan es superior al doble que la de casados, como hemos venido observando desde los primeros años. Consideramos que este hecho se debe principalmente a varios factores:

- 1º. La gravedad de ciertos trastornos mentales son un impedimento para contraer matrimonio.
- 2º. El hombre casado tenía más posibilidades de ser atendido por su mujer e hijos que el hombre soltero. Estas pautas familiares de comportamiento han cambiado en la sociedad actual debido a la menor consistencia del matrimonio, al descenso del número de hijos y, sobre todo, a la incorporación de la mujer al trabajo.
- 3º. Estudios realizados demuestran que los hombres casados, en general, al llevar una vida más ordenada y poder compartir sus problemas con su pareja, mantienen mejor su estabilidad emocional que los solteros.
- 4º. Por otro lado, la responsabilidad del hombre casado para con su familia le obliga a conservar su trabajo; mientras que el soltero, libre de cargas familiares, no sólo no se ve tan presionado a trabajar sino que es arropado por sus padres, aspectos ambos que influyen en el psiquismo.

Estado Civil de los Enfermos Ingresados (1966)

| EST. CIVIL | SOLTERO | CASADO | VIUDO | N/C | TOTAL |
|------------|---------|--------|-------|------|-------|
| Nº ENFERM. | 70 | 34 | 10 | 6 | 124 |
| % | 56,45 | 27,41 | 8,06 | 4,83 | 100 |

Ejemplos de Diagnósticos.

Alcoholismo crónico
 Esquizofrenia crónica
 Enfermedad psíquica (esquizofrenia)
 Defecto esquizofrénico
 Hebefrenia
 Psicosis exógena
 Psicosis mixta
 Imbecilidad (Oligofrenia grado medio)
 Oligofrenia, débil mental.
 Epilepsia
 Demencia senil
 Enfermedad psíquica (depresión)
 P.G.P.
 Incompatibilidad social
 Peligrosidad e incompatibilidad social
 Psicopatía sexual
 Psicopatía (psicopatía histérica)
 Trastorno psicopático reactivo
 Toxicomanía

Al ingreso se procede a un diagnóstico de impresión. Los tres tipos de diagnósticos más frecuentes son: esquizofrénicos crónicos, oligofrenias y demencias seniles. Se observan también las etiquetas de peligrosidad social. Hay algún ingreso por toxicomanías (morfina y palfium) que suelen darse en profesionales con fácil acceso a este tipo de drogas (médicos, enfermeros, etc.)

Se registran los biotipos (biotipo indiferenciado, pícnico, leptosomático, atlético) de la clasificación de Krestchmer.

Profesiones:

Religioso, agente de correos, panadero, maestro nacional, perito industrial, jubilado practicante, herrero, peón albañil, labrador, botones, impresor, monaguillo, etc.

La exploración de síntomas es la misma que en los años cincuenta:

- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Orientación auto y alopsíquicamente
- Estado de ánimo
- Aspecto y modales
- Reconocimiento de colores y objetos
- Consciencia
- Coherencia
- Interpretación de refranes
- Semejanzas y diferencias
- Sexualidad
- Sueño
- Alucinaciones, ideas delirantes
- Sexualidad, etc.

El gráfico de herencia del protocolo de admisión se encuentra sin cumplimentar pero estos datos se hayan recogidos en el apartado de antecedentes hereditarios.

Exploraciones complementarias:

Medicina interna, Wasserman, punción lumbar, fondo de ojo, exploración neurológica, EEG, análisis sistemático de sangre y orina, RX, análisis líquido céfalo-raquídeo, etc.

Tests psicológicos

Roscharch

T.A.T.

Weschler

Bleuler

Bellevue-adultos (información, comprensión, memoria dígitos, cálculo, semejanzas).

Estas pruebas no se hacen de forma habitual para todos los enfermos sino cuando el facultativo lo estima conveniente.

Se piden antecedentes familiares. Exponemos la descripción que hacen algunas familias del desarrollo de la enfermedad:

"Empezó en el año 1957 con insomnios permanentes, pérdida de memoria y hablando solo. Otras veces por creerse un alto cargo en la política, se veía perseguido y en otras ocasiones esperaba una herencia, que no llegaba porque habían secuestrado al notario, diciendo repetidas veces que iba a eliminar a su propio hijo por llevar su mismo nombre y apellido ya que cree que le va a quitar la herencia. Y últimamente estando su esposa en cama intentó matarla con un hacha, sin haber discusión ninguna o sea por sorpresa". "Atribuye la enfermedad al abuso de alcohol durante años" (Psicosis exógena).

"Empezó el día 19 de marzo de 1950. Aquel día en misa se fue donde estaba el señor cura diciendo misa y estuvo de rodillas en el altar toda la misa llamando mucho la atención al pueblo. Desde aquel día no volvió a marchar bien hasta ésta. Su idea siempre de hacer la visita al Santísimo todos los días, con lo mismo, un día con una pedrada casi pegó al señor cura. Solo, era mucho compromiso poderle dejar" (Personalidad postesquizofrénica?).

"tuvo una novia que tenía mucho dinero y con la que se veía a escondidas. Cuando el padre se enteró cortó radicalmente y desde entonces empezó a cambiar no obedeciendo a sus hermanos y les quería pegar. El enfermo "atribuye su ingreso a las maniobras de sus hermanos que le han sacado las tierras a los padres, sin querer hacer parte para él, por lo que le han ingresado".

Observamos la discrepancias entre las versiones de la familia y la del enfermo.

"Me quedaba en la cama sin poder moverme. Perdía la sensibilidad. Empezaba por la cabeza, corría por todo el cuerpo, me quedaba insensible, pero no perdía el conocimiento. Esto era por la corriente del enchufe. Para que no me pasara esto tenía que poner un trapo tapando el enchufe" (Esquizofrenia).

"dice estar casado con la luna" y "yo soy capitán general" (esquizofrenia, 1965).

Tratamientos:

Psicofármacos (largactil, haloperidol, meleril, etc.)

Tratamientos somáticos (algún tratamiento de insulina y muchos electrochoques).

Laborterapia.

Algunos enfermos se quejan de los tratamientos con psicofármacos que les producen "demasiado sueño y le ponen nervioso". Son los efectos secundarios de la nueva medicación (visión borrosa, sequedad de boca, rigidez de los músculos, estreñimiento y cuando la dosis es alta temblor en ambas manos, rigidez de máscara de los músculos faciales, postura cargada de espaldas y pasos cortos y rápidos, etc.).

Las entrevistas con los enfermos (relación médico-enfermo) son irregulares y dependen de su estado físico y psíquico. A veces son

mensuales o cada dos, tres, cinco meses y menos (según constan en los registros).

Un enfermo decía de la historia clínica:

"drama que con letras españolas está ahí representado"

Los enfermos judiciales (han cometido algún delito, que no siempre consta en las historias) están internados por Orden del Juez. En el expediente figura el termino JUDICIAL. (En años anteriores, el término era PROCESADO). Estos enfermos estaban, si cabe, más vigilados y no se les podía dar el alta sin la autorización de la Audiencia Provincial. Un enfermo judicial, prácticamente estaba condenado a la pérdida de la libertad de por vida. "De la cárcel se sale, del manicomio no".

La legislación a este respecto ha cambiado muy recientemente (1996). El enfermo judicial, una vez cumplida su sentencia, podrá salir del psiquiátrico salvo que su estado psíquico se lo impida. Esto va a estar muy condicionado al informe del psiquiatra, médico forense y al propio juez.

11. 3. HOSPITAL PSIQUIATRICO DE SAN JOSE (1976 - 1992)

Durante la década de los 70, en los Hospitales psiquiátricos se comienzan a efectuar cambios importantes, en parte, como consecuencia de los distintos movimientos antipsiquiátricos.

En febrero de 1976 se modifica la denominación del establecimiento sustituyendo el término SANATORIO por HOSPITAL pero se conserva el mismo formato.

Desde el comienzo de los 70, algunos servicios como medicina interna, utilizaban ya el término "Hospital" en sus protocolos. En algunos expedientes, muy pocos, hay un cuestionario nuevo que se

enviaba sólo a las familias de enfermos con retraso mental. Podía ser cumplimentado por la familia o por el médico (pág. 619).

En Ciempozuelos entre 1973 y 1980 se inician y desarrollan las actividades socioterapéuticas. El establecimiento se divide en unidades funcionales: admisión, salud mental (rehabilitación y reinserción social), minusválidos psíquicos, (rehabilitación y educación social), psicogeriatría, hospitalización médica, etc. El Hospital se abre al exterior con la creación de las distintas consultas externas:

- En Madrid se crea el Centro de Higiene Mental. Se firma un convenio con la Comunidad de Madrid por el que se compromete a atender la salud mental del distrito de Arganzuela,
- Cuenca. En colaboración con la Diputación de Cuenca se atienden los problemas de Salud Mental de esta provincia, y
- Consultas en Ciempozuelos para atender a los enfermos de la zona sur.

En la actualidad sólo continúan abiertas las consultas externas en Ciempozuelos.

Los enfermos siguen ingresando principalmente a cargo de las Diputaciones de Madrid, Cuenca y Avila y también de ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas), otras entidades (Ayuntamiento de Madrid, ONCE, Telefónica), algún caso aislado de alguna otra Diputación (Santander o La Coruña, etc.) y privados. Como consecuencia del movimiento de la desinstitutionalización el número de ingresos disminuye durante los años 1978 y 1979 (Cuadro 12.2. pág. 630).

Los enfermos de la Diputación de Madrid proceden de la Sala de Neuropsiquiatría de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco o del Hospital Psiquiátrico Provincial Alonso Vega. Suelen traer cumplimentado el Certificado Médico para Enfermos Psíquicos de Beneficencia (Aprobado por el Consejo Superior Psiquiátrico, Colegio de Médicos).

La legislación para el internamiento de enfermos psíquicos se modifica a partir de la Ley 13/83, artículo 211, que regula los ingresos en los establecimientos psiquiátricos. Por esta Ley, salvo los enfermos que ingresan voluntariamente, todos tienen que tener un auto de internamiento para poder ingresar. Al juez se le tiene informado de todas las salidas del enfermo y todos los hechos relevantes que le ocurran. El ingreso puede ser voluntario, en cuyo caso el enfermo se ingresa para ser tratado por su trastorno psíquico y puede igualmente abandonar el centro cuando lo desee, excepto si el médico considera que por su patología no está en condiciones de hacerlo y decide mantenerlo internado, en cuyo caso deberá comunicárselo al juez en un plazo máximo de 24 horas; cuando esto ocurre, el ingreso deja de ser voluntario para pasar a la vía de urgencia.

Cuando el enfermo se niega a ingresar, se necesita el auto de internamiento. Normalmente, este no se consigue de forma inmediata por lo que la ley permite que en una situación de crisis que pueda suponer un peligro para el propio enfermo o para otras personas se pueda proceder a ingresarlo por la vía de urgencia. En este supuesto el Centro Hospitalario tiene que comunicárselo al Juez por escrito, en un plazo máximo de 24 horas, como decíamos anteriormente, haciendo constar la hora de ingreso, el motivo del ingreso, el nombre del médico que lo ingresó y haciéndole saber que el enfermo queda "ingresado a su disposición, a fin de que su Autoridad decida si procede o no la continuación de su internamiento". Posteriormente el juez y el médico forense visitarán al enfermo y procederán a autorizar o no el internamiento. Todos estos trámites se llevan a cabo minuciosamente y cada enfermo tiene un expediente administrativo donde hay constancia de su situación (auto de internamiento, tipo de ingreso, incapacidad jurídica, tutela, etc.). Tanto los expedientes clínicos como los expedientes administrativos son confidenciales y se mantienen rigurosamente guardados.

Cuando se solicita un ingreso se requiere la presencia familiar para aportar datos, pero a veces, aunque cada vez con menos frecuencia, "No se pueden obtener datos fidedignos por no acompañar ningún familiar".

Durante la década de los 70, en algunas historias, pocas, se observa la influencia de las corrientes sociológicas (antipsiquiátricas, etiquetado en cuanto disminuye el interés por el diagnóstico, la influencia de la familia en el trastorno y la presencia de madres esquizofrenógenas, la desinstitucionalización en cuanto hay un interés por evitar el internamiento), como veremos más adelante en algunos registros.

Desacuerdo en el diagnóstico:

"De momento no encuentro elementos válidos para el diagnóstico de "esquizofrenia hebefrénica" que traía. Podría, quizá, hablarse de trastorno esquizoafectivo o de grave neurosis de carácter?. En cualquier caso pienso que es muy determinante la actitud familiar".

Exploración del enfermo:

Se recogen la siguiente información:

- antecedentes familiares
- antecedentes personales (embarazo y parto, desarrollo psicomotor, escolaridad)
- curso vital (enfermedades venéreas y alcohol, homosexualismo y masturbación; respecto a estas últimas se hace referencia a hábitos y no vicios, como anteriormente)
- enfermedad actual, coherencia, curso del pensamiento, memoria de fijación y de evocación, abordabilidad, estado de humor, alucinaciones, comunicabilidad, personalidad, afectividad, refranes, fonemas, discurso, mímica, conciencia de enfermedad

El orden de la exploración tiene alguna variación, dependiendo del explorador:

Motivo de la consulta

Enfermedad actual

Antecedentes familiares
Historia
Personalidad previa
Exploración psicológica.
Exploración neurológica,
Exploración médica (cabeza, cuello, tórax, abdomen,
extremidades).

En el protocolo de admisión se indican los distintos documentos que componen la Historia Clínica, cuyos impresos son de diferentes colores:

- Datos generales (blanco)
- Anamnesis y exploración (blanco)
- Evolución (verde)
- Tratamiento (azul)
- Informes de enfermería (rosa)
- Informes clínicos (amarillo)
- Otros datos (amarillo)

también figura el guión general de la anamnesis y exploraciones (se intenta sistematizar la historia):

1. Motivo de consulta
2. Informante
3. Historia familiar
4. Historia personal
5. Historia médica
6. Personalidad previa
7. Enfermedad actual
8. Estado mental y exploración neurológica
9. Resumen de la historia y juicio clínico
10. Plan de tratamiento

Se suelen pedir informes médicos anteriores y se cita a la familia para que aporte la información necesaria.

Además, se suelen solicitar todas o algunas de las siguientes pruebas complementarias:

- Medicina interna
- Psicología: Los tests más utilizados son: C.I. y Rorschach, Weschler, Bellevue - índice de deterioro, Terman Merrill, Goodenough, Wais, Bender, figura humana, etc., según la patología del enfermo y la prueba solicitada por el psiquiatra.
- Análisis sistemático de sangre y orina
- Wasserman y complementarias
- Radiografías
- EEG

A partir de 1976 comienzan a realizarse los informes de enfermería.

Ejemplos de Diagnósticos.

En principio, suelen ser diagnósticos de impresión, o hipótesis diagnósticas:

Esquizofrenia paranoide
Esquizofrenia
Esquizofrenia catatónica
Esquizofrenia simple y homosexualidad
Psicosis injertada en débil mental
Psicosis maniaco depresiva
Epilepsia
Debilidad mental y crisis convulsivas
Oligofrenia
Oligofrenia y trastornos de conducta
Alcoholismo
Demencia alcohólica
Síndrome psico-orgánico (Korsakov)
Demencia orgánica
Demencia senil
Proceso demencial

P.G.P.
Personalidad neurótica
"Cisticercosis cerebral"

Se observan muy pocos diagnósticos sólo de epilepsia (suelen ir acompañados de algún tipo de retraso mental) y P.G.P. y, por el contrario, son más frecuentes los diagnósticos relacionados con la ingesta de alcohol y esquizofrenias.

La mayor parte de la información la aporta la familia y el propio enfermo. Ante la negativa del enfermo a ingresar, la familia lo lleva engañado, lo que dificulta posteriormente las relaciones:

"Le traen engañado diciendo que viene a Madrid a ver a un abogado (tenía problemas con su mujer). Voces que oía sin ver a nadie. "Le iban a matar". Eran de sus cuñados. Posteriormente a través de la electricidad. Alucinaciones de índole cenestopática. "a veces noto como si me quemaran el cerebro". Su historia está en música y todo el mundo lo sabe. "La banda de mi pueblo tocaba lo que hacía con mi mujer".

Difusión del pensamiento:

"Se enteran de lo que estoy imaginando"

Influencia del pensamiento:

"me hacen imaginar lo que ellos quieren"

Algún enfermo:

"considera al psiquiatra cómplice con sus padres por encerrarle"

Cuando esto ocurre, la falta de empatía necesaria para toda relación terapéutica, dificulta aún más la eficacia del tratamiento.

La familia le ingresa porque no sabe si es "un enfermo o un sinvergüenza":

"Ingresó voluntario para intentar estabilizar su inestabilidad con un trabajo. Vino con buena voluntad y buenas palabras e intenciones en plan de ponerse de monitor. Al encargársele de una sección, se cansó al poco tiempo y pide traslados frecuentes de una cosa a otra". "Como está voluntario puede marcharse cuando quiera, si no aguanta un cierto horario ocupacional".

A este enfermo no se le diagnosticó. Más adelante:

"Muy adaptado y centrado". Se le dio el alta.

El siguiente registro nos puede servir de ejemplo del modelo que se observa en muchas historias. Se da mucha importancia a las normas de cortesía y al aseo y aspecto personal que, en muchas ocasiones es un índice del deterioro del enfermo:

"Se presenta correcto, guarda normas de cortesía, limpio¹, bien orientado en tiempo y espacio, auto y alopsíquicamente normal, no tiene conciencia de enfermedad, memoria de evocación y fijación (repite 4 cifras), no alteraciones en el contenido y curso de pensamiento, niega alucinaciones".

Los casos de agresividad han disminuido desde que se iniciaron los tratamientos con psicofármacos pero siguen observándose:

"toda la obsesión de su vida ha sido la de matar a alguien para ir a la cárcel y estar sin trabajar. Ha pensado siempre que la gente hablaba de él. No dejaba salir a la familia de casa. Mantenía cerradas puertas y ventanas (dos cerrojos grandes y dos cerraduras". "Tengo una gracia de luna por eso no me hacen daño las culebras ni otros animales". "En los cruces se me echan los coches encima". (Demencia orgánica. P.G.P.).

La influencia de factores sociales en el internamiento y el trabajar con las familias para evitar la institucionalización:

¹ Se hace mucho hincapié en el estudio del aseo personal, ya que se considera que un deterioro de un nivel previamente normal puede ser un signo de depresión o esquizofrenia.

"En realidad este enfermo no es manicomiable, sino víctima de complicaciones familiares de índole económica. Su hijo ante el estado de su padre y para evitar el vagabundeo lo trae aquí. El presunto enfermo únicamente exterioriza un empobrecimiento psíquico global de mediana intensidad, en la que es difícil de evaluar la parte que le corresponde a los diferentes factores causales (escasez cultural, factores sociales condicionantes, etc.)". Se trabajó con la familia y al final se le dio el alta.

"consideramos que es un enfermo no manicomiable y que con medicación puede permanecer en el ambiente familiar"

Los exploradores hacen hincapié en los factores sociales condicionantes y en el peligro del hospitalismo.

"Piensa que la corta estancia aquí le ha proporcionado un paréntesis de reflexión, le ha permitido romper el círculo vicioso de inercia vital, depresión que le trastornaba, en definitiva, que ha recuperado la capacidad de lucha". "Resistencia a marcharse de alta, motivada por su problemática social (no tiene trabajo). Peligro de hospitalismo. Saldrá todos los días a buscar trabajo". Alta.

En los siguientes párrafos se observa el traslado del enfermo sin comunicarle dónde se le lleva, hecho que se produce con bastante frecuencia:

"El enfermo se presenta correcto de porte y modales. Consciente, coherente y bien orientado en el tiempo. Ligera desorientación espacial: "No se si esto es el Instituto del Seguro de Avila o de otra parte". Fue traído ayer en un coche por personal del Sanatorio Psiquiátrico de la Diputación de Avila y este motivo, que el no comprende, provocó su desorientación espacial, ya que no le dijeron dónde lo llevaban. No tiene conciencia de enfermedad física, ni mental. Durante la entrevista insiste, con frecuencia, en que lo dejemos marchar. Nos refiere que escucha

fonemas, que le formulan preguntas que el no sabe responder y se pone de mal humor. Otras veces, como durante la entrevista, oye conversaciones de personas conocidas: "oigo a mi tía que me está esperando a la puerta y viene a llevarme". También dice haber visto sombras de personas: "algunas veces creía estar durmiendo y no lo estaba". No se aprecian alteraciones en el esquema corporal, ni síntomas de despersonalización. Parece ser que su conducta era agresiva en el pueblo y esto ha motivado su ingreso".

Tratamientos:

Son los años de los psicofármacos: eskacine, fenegan, sinogan, largactil, valium, haloperidol, etc. Un "cocktail" es la mezcla de varios (ej. largactil, fenegan, valium y haloperidol). Los más estudiados son los antidepresivos, principalmente los inhibidores de la monoaminooxidasa y los antidepresivos tricíclicos (tofranil, tryptizol, etc.). Los efectos más importantes de estos fármacos se producen mediante los mecanismos de los neurotransmisores (noradrenalina, acetilcolina, dopamina, serotonina). Además de los antidepresivos, se utilizan los antipsicóticos o neurolépticos, ansiolíticos, etc. Cuando se aplican electrochoques se utiliza anestesia y relajantes.

Se realizan diversos trabajos en laborterapia, ya sea ayudando en los pabellones, cocina, trabajando en la granja, en los jardines y en los talleres (despegando sellos, montando flores de plástico, cartones, etc.).

Los pacientes se quejan de los efectos secundarios de la medicación:

"Acusa a la medicación de haberle hecho perder la memoria, de entorpecerle el habla y de haberle provocado temblores y dificultades motóricas".

Cuando los enfermos incumplen las normas establecidas se les aplican diversos tipos de castigos que dependen de la norma infringida: aislamiento, vistiéndoles con pijama (en casos de fuga),

prohibiéndoles las visitas y si son muy agresivos se utiliza el "cocktail" (camisa de fuerza farmacológica).

La relación médico-enfermo es bastante más frecuente que en etapas anteriores. Hay registros cada 15 días, que pueden variar, a más o menos, según las necesidades de los enfermos.

"Entrevista todos los días (año 1976). Estoy tratando de ganarme su confianza. Hablo mucho con él, no le fuerzo a nada y le consulto todas las situaciones". "Los padres se llevan muy mal. El marido anula absolutamente a la mujer. Esta se refugia en el hijo, cultivando una afectividad edípica. El hijo la respondió hasta que en un momento determinado se sintió traicionado y, entonces, la incluyó en la agresividad que originariamente era exclusiva hacia el padre".

A este enfermo se le dio el alta y se fue a una residencia para seguir un tratamiento ambulatorio ya que no era "aconsejable que volviera con su familia, ni que estuviese ingresado aquí".

En esta historia podemos observar lo siguiente: En primer lugar, el explorador no sólo describe signos y síntomas sino que los analiza (influencia de la concepción psicoanalítica). En segundo lugar, se refleja la influencia familiar, sobre toda de la madre, como agente causante o predisponente del trastorno (corrientes antipsiquiátricas - madre "esquizofrenógena"). En tercer lugar, se le da el alta para que siga un tratamiento ambulatorio (evitar el hospitalismo) y se le aleja de la familia y, por último, no se le diagnostica en un principio (teoría del etiquetado), aunque si se hace posteriormente "neurosis de carácter".

Bajo la influencia de las concepciones antipsiquiátricas se culpabilizó, principalmente a las madres (madres esquizofrenógenas), de tener una influencia negativa en los hijos y ser causantes de la enfermedad.

"Su aspecto es de miedo o indefensión preguntando constantemente por su madre como elemento protector en un medio del que aunque recuerda su estancia tiene sensación de

lugar ajeno y no protector". "La madre tiene una actitud enormemente sobreprotectora lo que favorece en él posturas regresivas de puerilidad y dependencia. En repetidas ocasiones se le había indicado que no estuviera viniendo continuamente ni le trajera comida" Hipótesis diagnóstica: Estado semiestuporoso (esquizofrenia catatónica?). Posibilidad de fondo orgánico en la sintomatología? Reacción histérico angustiosa?

"la madre es un fábrica de patología psíquica. Madre esquizofrenógena". "No acepta su nombre y quiere cambiarlo por otro y no le gusta haber nacido en enero, preferiría hubiese sido en abril". "Su infancia y adolescencia han sido psíquicamente traumáticas, llegando a nosotros con un cuadro claro de despersonificación, no aceptación de su propia imagen física y sintiéndose enormemente constreñido por el entorno socio-familiar que a lo largo de toda su vida ha sido el denominador común". "En resumen: en lo que hacemos un diagnóstico sobre la psicopatología de José, entendemos que hay una "impregnación familiar y que hay que buscar al "generador" de la patología que porta el paciente. Nos impresiona que aquí se cumple perfectamente el dicho psiquiátrico de que al psiquiatra no llega el miembro más enfermo de la familia, sino el más débil. Se lo hacemos ver a la madre y "enrojece" de forma elocuente. Comienza a culpar a su marido de la situación"

En este último registro se observa claramente la influencia de las teorías que consideraban a la madre "esquizofrenógena". Si de hecho no se puede negar la influencia perniciosa de ciertas madres, el error estuvo en generalizarlo sin tener en cuenta el daño que se hizo a miles de madres abnegadas que, además de la desgracia de tener un hijo esquizofrénico al que dedicaron toda su vida para atenderle, se vieron acusadas de ser las causantes de la enfermedad.

Reacción de un enfermo a la hospitalización (año 1976):

"Es un enfermo agresivo que grita y muerde". Es ciego y epiléptico. A lo largo de la entrevista nos dice bien claro que "no es que sea demente sino que no quiere estar aquí". "En el pabellón de San Luis los trastornos de conducta fueron en aumento hasta culminar en su fuga. Entiendo que eran trastornos puramente reactivos a la agresión ambiental (ciego, se le quitó el bastón). Pasaba el día con gente que no le hablaba, ni entendía, no podía pasear. Sus intentos de rebelión se trataron forzándole a medicarse, pinchándole a la fuerza, incluso con empleo de cierta violencia... Al corregir las agresiones ambientales con el cambio de relación (está en el Beato) y al hacerle concebir esperanzas de que saldrá pronto se ha regularizado su conducta". "Intenta arrodillarse para agradecernos el que se le saque de aquí".

El texto no necesita comentario por ser lo suficientemente elocuente por sí mismo.

Las familias suelen describir a los enfermos como personas muy tranquilas y apacibles en los años anteriores al brote de la enfermedad; la agresividad se manifiesta en algunos cuadros durante la crisis:

"El motivo del ingreso es porque está muy agresivo con toda la familia, no llega a los actos, pero los amenaza con martillos, etc."

"La mujer dice que ha sido esclavo de su trabajo y que ahora lo está pagando". "De convicciones religiosas profundas, el tiempo libre lo dedicaba al trabajo en la comunidad religiosa, dando charlas, cursillos, etc."

"Oía voces continuamente segundo a segundo, como durante años; eran multitud y me decían: Te odio, te odio, marica". Se fue a Inglaterra porque "tuve la intuición de que las voces tenían que ver con ese país". Allí fue fatal. "La T.V. emitía constantemente voces; los ingleses se comunicaban telepáticamente entre ellos".

Se observan cuadros psicóticos inducidos por drogas, que no son ya los profesionales con acceso a ellas, como se ha observado anteriormente, sino que corresponden a la nueva generación de jóvenes que comienzan a consumirlas:

"No nos atrevemos a etiquetarle psiquiátricamente hablando pero entendemos que sería conveniente el ingreso para un estudio y diagnóstico de posible patología somática? causa de esas pérdidas parciales de conciencia? y pruebas psicológicas que nos aportasen más datos para un diagnóstico definitivo, ya que el que trae no nos saca de dudas (posible psicosis exógena)".
Juicio clínico: "Síndrome psicótico depresivo apático en personalidad esquizotímica de etiología toxicofílica"

El contenido de las alucinaciones hace referencia a Dios y al Diablo y a las brujas:

"Al preguntarle de quien cree él que son las voces dice que pueden ser de Dios, le pregunto si hay alguien más, "yo creo que también está el diablo y hablan entre ellos mismos". "Yo creo que quien me quiere fastidiar es un grupo de brujas que hacen un círculo". "Clara sintomatología psicótica (alucinaciones auditivas, ideas delirantes auto-referenciales, falta de juicio crítico y un cierto comportamiento extravagante".

Los enfermos diagnosticados de retraso mental están bajo observación continua principalmente para protegerles (en el vestuario, en el comedor, en la sala, durante la noche):

Conductas repetitivas (golpearse en la cabeza, la espalda, balancearse, gestos extravagantes, jugar con un objeto, cogerse las manos en posiciones extrañas, correr o vagar sin objetivo concreto, morderse las uñas, chuparse o morderse dedos o manos, morderse, quejarse o llorar, dar vueltas, etc.

Problemas de conducta. Pegar a otros niños, pegar a los adultos, insultar, escupir, tirar cosas, romper objetos, rasgar ropa, morder, negarse, desnudarse, escaparse.

Escala de desarrollo.

Autonomía I. Auto-alimentación (si realiza deglución y masticación, si colabora para que se vierta el contenido de la cuchara en su boca, muerde alimentos sólidos, coge la cuchara, la lleva a la boca, lleva el vaso a la boca, pincha con el tenedor, trocea el pan, es limpio, correcto, se limpia con la servilleta o babero, lleva su servicio al carro, coloca las cosas en el carro, acerca la silla a la mesa).

Autonomía II. Vestido. Identifica su casillero, si se va quitando las piezas sucesivas de ropa, cremalleras, cinturón, botones, revés/derecho, delante, detrás lleva la ropa sucia al cubo.

Autonomía III. Aseo personal. Se lava, enjabona, se aclara, secado, lavado de dientes, pañuelo nariz, utiliza papel higiénico.

Destreza manual. Manejo de objetos, colorear, collage, puntea con punzón, dibuja la figura humana, maneja un pulverizador, etc.

Psicomotricidad.

- a) coordinación dinámica (anda sin ayuda y con estabilidad, sube y baja escaleras, se sienta solo, corre, sabe reptar, salta con los pies juntos, salta a la pata coja).
- b) control postural. Se pone de pie cuando está sentado en el suelo, se mantiene sobre una pierna, sube y baja por un tablón inclinado, etc.
- c) psicomotricidad con objetos. Arroja una pelota, la recibe, bota la pelota, le da una patada, monta en bicicleta, salta a la comba, hace ejercicios con aro, tiene la lateralidad establecida.

Lenguaje comprensivo.

- a) identificación de palabras (comprende el significado de palabras familiares, prendas de vestir, cuerpo).

- b) comprensión de instrucciones u órdenes. (Ven aquí, siéntate).
- c) comprensión de concepto (dame la pelota roja).

Lenguaje expresivo.

- a) Imitación vocal-verbal (imita sonidos vocales, consonantes, palabras, frases).
- b) Vocabulario de respuesta (lo emite sin necesidad de ofrecerle el modelo). Jerga de palabras o sonidos, dice algunas palabras.
- c) Espontaneidad y claridad. Lenguaje raramente espontáneo, no se entiende, claro, etc.

En resumen, se observan en algunos expedientes informes psicológicos, de enfermería y sociales. Los registros médicos son mucho más frecuentes. Se observa mucha más relación con las familias. Se ha suprimido en el protocolo de admisión el Gráfico de Herencia. En ese espacio se ponen las incidencias, haciendo constar la procedencia, y las fechas de licencia y reingresos.

Las Historias Clínicas están mucho más completas y se profundiza mucho más en la recogida de todos los datos de los apartados ya citados en el "Guión General de Anamnesis". "Ha sido explorado clínica, psicológica y electroencefalográficamente apreciándose un avanzado estado de deterioro cerebro orgánico por encefalopatía alcohólica".

HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN JOSE
ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
CIEMPOZUELOS - MADRID

| | | |
|--|---------------------------|------------------------|
| | Historia Clínica de _____ | Expediente núm. _____ |
| | _____ | Edad actual _____ |
| | D.N.I. _____ | Fecha de ingreso _____ |
| | | A petición de _____ |

Nación en _____ Provincia _____ el _____ de _____ de _____
Hijo de _____ y de _____ estado _____ profesión _____
Domicilio _____
Nombre y dirección del pariente más cercano _____

Parentesco _____

Ocupación actual _____
Dirección de su trabajo _____
Número de S.S. _____ Pertenece a la mutualidad de _____

Diagnóstico inicial _____
Diagnóstico definitivo _____

INCIDENCIAS

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Cuestionario que cumplimentan sólo las familias (ayudadas por el médico)
de enfermos diagnosticados con retraso mental

SANATORIO PSIQUIATRICO DE SAN JOSE DE CIEMPOZUELOS

Nombre del enfermo _____ Familiar D. _____

Dirección de la familia _____ Cuestionario relleno por _____

Diagnóstico: _____ Doctor D. _____

¿Ha padecido algún familiar del enfermo alguna enfermedad mental o neurológica?

_____ ¿Cuál era y que síntomas tenía? _____

¿Qué parentesco tenía con el enfermo? _____ ¿Ha habido en la familia deficientes mentales? _____ ¿Ha habido en la familia epilépticos, convulsiones, suicidas, alcohólicos, con alteraciones de conducta? _____

¿Ha habido en la familia deficientes mentales? _____ Decir intensidad y grado de parentesco _____ ¿Ha nacido algún hermano o se ha puesto inmediatamente muy hinchado? _____ ¿Murió? _____

¿Amarillo o icterico? _____ Edad de los padres al nacer el enfermo _____ Parentesco entre ellos _____ Profesión actual del padre y de la madre _____

Profesión de los abuelos _____ La familia ¿prospera de generación en generación? _____ ¿Permanece igual? _____

¿Baja de categoría? _____ La madre ¿ha tenido alguna transfusión de sangre? _____ Describir si hubo algún accidente en ella _____ Los padres ¿han tenido alguna intoxicación profesional o medicamentosa? _____

¿Se han tratado con rayos X o han vivido en un ambiente sometido a radiaciones en alguna época de su vida? _____ ¿Han tenido sífilis en alguna época de su vida? _____ Decir sintomatología y época del padecimiento _____

Los padres ¿han vivido siempre juntos? _____ ¿Cuántos han sido los hermanos del enfermo? _____ ¿Qué lugar ocupa el enfermo entre los hermanos nacidos? _____ Los demás hermanos ¿nacieron bien? _____ ¿Qué enfermedades han tenido? _____ ¿Hay entre ellos algún retrasado o de síntomas parecidos al del enfermo? _____

Los hermanos ¿han prosperado en la vida o han descendido con respecto a los padres? _____

En el embarazo correspondiente al enfermo ¿hubo vómitos? _____

¿Hubo eclampsia? (convulsiones de la madre) _____ ¿Se alimentó bien la madre? _____

¿Se dio algún golpe? _____ ¿Existen grandes problemas o preocupaciones en la madre? _____

¿Tuvo alguna enfermedad febril durante el embarazo? _____ ¿Sabe cuál? _____

¿Tuvo neumonitis, parotiditis, herpes, sarampión, rubeola o alguna sintomatología eruptiva de posible causa viriásica? _____ ¿Fue tratada la madre con algún medicamento especial? _____ ¿Con cuál? _____

¿Se presentó algo anormal en la evolución o en la posición del feto? _____ ¿Fue sometida a radiaciones de Rayos X en esa época? _____

¿Tuvo hemorragia o amenaza de aborto? _____

Decir fecha _____ El parto ¿fue a feliz término o se adelantó o retrasó? _____ (decir de que tiempo era) _____ ¿Cuánto tiempo exactamente duró? _____

¿Pasó mucho tiempo desde que rompió aguas hasta que nació? _____

La presentación del feto ¿era de cabeza o anormal? _____ ¿Se presentó alguna dificultad? _____

Los dolores ¿fueron fuertes y rápidos o débiles y espaciados? _____ El período de expulsión ¿fue muy corto o muy largo? _____

El niño ¿salió solo o le sacaron? _____ ¿Usaron forceps? _____

¿Había alguna vuelta del cordón? _____ El niño ¿respiró enseguida? _____

¿Lloró enseguida? _____

¿Hubo asfixia? _____ ¿Saben si existe incompatibilidad sanguínea entre el padre y la madre? (Rh) _____

¿Cuánto pesaba el niño al nacer? _____

Con relación a los hermanos ¿hubo mucha diferencia de peso? _____

¿Se puso intensamente amarillo o icterico? _____

¿Cómo estaban las fontanelas y los huesos del cráneo? _____ ¿Hubo alguna hematoma? _____

¿Dónde? _____ ¿Hubo dificultades en la succión del pecho? _____

¿Hubo exceso de sueño? _____ ¿Se puso morado? _____

¿Tuvo alguna convulsión o alguna crisis de cianosis? _____

¿Tenía alguna parálisis? _____ ¿Cómo fue criado? _____

¿Cuándo le salieron los primeros dientes? _____ ¿Cuándo sostuvo la cabeza derecha? _____

¿Cuándo se cerró la fontanela? _____ ¿Cuándo se mantuvo sentado?
 _____ ¿hubo estrabismo (bizqueo) en los primeros meses? _____
 ¿Cuándo hizo la primera sonrisa? _____
 ¿Cuándo pronunció los primeros balbuceos? _____ ¿Cuándo dijo las primeras
 palabras? _____ ¿Cuándo empezó a andar? _____ ¿Cuándo aprendió a
 leer? _____ ¿A escribir? _____
 ¿Cuándo dejó de orinarse o de hacerse sus necesidades levantado? _____
 ¿Y en la cama? _____ ¿Tenía costumbre de chuparse el dedo o cualquier otra y
 hasta que edad? _____ ¿Tuvo algún vicio sexual? _____ ¿Era zurdo?
 _____ ¿Asistió a la escuela? _____
 ¿Fracasó en ella? _____ ¿Qué tiempo asistió a ella? _____
 ¿Tuvo de pequeño alguna enfermedad febril con convulsiones? Dígase si se sabe
 _____ ¿Se dio algún golpe intenso en la cabeza con pérdida de
 conocimiento? (Descripción de localización, etc.) _____
 El retraso mental ¿se manifestó desde el nacimiento o a partir de qué edad?
 _____ ¿Fue en aumento? _____ ¿Qué otras enfermedades ha
 tenido y en qué época? _____
 ¿Ha tenido convulsiones? _____ ¿Ha tenido ataques de tipo epiléptico? Describir
 las características. (Aura, adersiones, tipo de convulsión, crisis psicomotoras,
 ausencias o amagos). _____
 ¿Era raro en su conducta? _____ ¿Era nervioso? _____ ¿Se llevaba
 bien con sus hermanos? _____ ¿Pegaba a los demás chicos? _____
 ¿Maltrataba a los animales y rompía cosas? _____ ¿Le gustaba jugar?
 _____ ¿Jugaba con los chicos de su edad? _____ Aparte de su
 retraso ¿cuál es el motivo del ingreso? _____ ¿A qué atribuye la
 enfermedad? _____

CENTRO DE SAN JUAN DE DIOS

Centro de San Juan de Dios (desde 1992).

El establecimiento comienza la década de los 90 como HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN JOSE para pasar a ser denominado

CENTRO DE SAN JUAN DE DIOS

a partir de 1992. La impopularidad de los centros psiquiátricos y las nuevas tendencias de las políticas sociales con respecto a estos enfermos, han influido no sólo en el cambio de su denominación, sino en toda su estructura a través de un largo y lento proceso que se ha visto agilizado en los últimos años.

En los expedientes, se observa mucha más documentación debido al aumento de los profesionales que componen el equipo terapéutico: informes de psiquiatras, médicos, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, educadores, etc. profesiones algunas que hace años ni siquiera existían. Además de toda esta documentación nos encontramos con la que se aporta al ingreso: informes médicos anteriores, informes sociales, la autorización del organismo que se hace cargo del pago del internamiento (Comunidad de Madrid, Servicio de Salud Mental o Servicio de Integración Social - Tercera Edad o Minusválidos, ISFAS, Ayuntamiento de Madrid, Muface, sociedades médicas (ASISA, ADESLAS, SANITAS, etc.), la familia, etc., documentos legales (auto de internamiento, o comunicación al juez del ingreso de urgencias ó el certificado firmado por el enfermo voluntario.

según proceda), fotocopia del certificado de minusvalía si lo tiene, fotocopia del D.N.I. y cartilla de asistencia médica. La historia clínica completa con hoja de tratamiento, hoja de indicaciones, hoja de evolución, resultados de pruebas complementarias, etc., etc. Los expedientes son muy voluminosos y complejos.

En la historia clínica se recoge la siguiente información:

- Datos de filiación
- Fecha de ingreso
- Motivo del Ingreso
- Antecedentes familiares (AF): descripción padres y hermanos (incluyendo lugar que ocupa entre hermanos) y/o cónyuge e hijos, edad, carácter, relación de cada uno de ellos con el enfermo, haciendo hincapié en las enfermedades mentales padecidas por cualquier miembro de la familia.
- Antecedentes personales (AP). Descripción de enfermedades de interés padecidas por el enfermo.
- Historia Vital premórbida (HVP). Otros médicos lo denominan Curva Vital Personal (CVP): (embarazo, parto, peso al nacer, enfermedades, desarrollo psicomotor, tipo de lactancia y hasta qué edad, descripción del bebé, si dormía y comía bien o no, si era tranquilo, nervioso, a qué edad comenzó a dentar, andar, hablar, enuresis, etc. Edad de comienzo de la escolaridad, estudios realizados, uso de drogas, alcohol, trabajos realizados, servicio militar.
- Exploración psicopatológica: personalidad previa a la enfermedad mental, historia enfermedad actual, comienzo enfermedad, sintomatología, el estado mental y la exploración psicopatológica (gestos, mímica, porte, normas de cortesía, abordabilidad, colaboración, lenguaje, memoria de fijación y evocación, trastornos curso y contenido del pensamiento, alucinaciones e ideas delirantes, contacto y sintonización afectivas, conciencia de enfermedad, alcohol y drogas, etc.
- Se remiten los enfermos a Medicina Interna (MI) para la Exploración física: antecedentes personales (A.P.), antecedentes familiares (A.F.), exploración (nutrición, coloración de la piel y

mucosas, pupilas, cabeza, oídos, boca, garganta, cuello, tórax, , abdomen, genitales, extremidades.

- Pruebas complementarias (analítica sangre y orina, RX tórax, EEG y otras, si procede)
- Se piden tests psicológicos. según proceda. (H.T.P., desiderativo, índice de deterioro, escala de inteligencia de Wechsler para adultos, test gúestáltico visomotor: Bender, test de frases incompletas, Rorschach, escala de valoración neurológica de deterioro orgánico (EVNDO), autobiografía, gráficos, etc.).

La anamnesis ya no es la historia de una enfermedad (etiología, síntomas y signos), es la historia de un enfermo a quien se estudia, como ser biopsicosocial, desde una perspectiva integral. Desde esta globalidad se exploran los factores físicos, psicológicos y socioculturales.

Ejemplos de Juicios Diagnósticos. (A veces Juicio Clínico)

Esquizofrenia latente (292.5)

Trastorno esquizofrénico residual (295.6x)

Psicosis maníaco-depresiva y psicosis mixta

Esquizofrenia paranoide

Esquizofrenia inducida por tóxicos.

Trastorno esquizofrénico afectivo (259)

Psicosis residual (OMS 295.6)

Trastorno esquizofrénico desorganizado (DSM-III)

Trastorno paranoide de la personalidad (301.00 DSM III)

Retraso mental moderado. Trastornos de conducta

Retraso mental leve (317.00 OMS)

Síndrome de Down

Deficiencia mental profunda

Dependencia alcohol (309.90 DSM III)

Síndrome de dependencia al alcohol (OMS 303)

Alcoholismo crónico

Demencia multi-infarto

Demencia senil

Demencia senil en fase inicial (292.2 OMS)
Psicosis tóxica
Trastorno de la personalidad. "Borderline"
Cuadro psicótico esquizofreniforme reactivo
Proceso psicótico. Psicosis tóxica
Trastorno bipolar
Anorexia nervosa
Esquizofrenia residual (F20.5)
Trastorno orgánico de la personalidad (F07.0)

Observamos que a los diagnósticos les sigue un código entre paréntesis. El código indica la clasificación que sigue el psiquiatra: en unos casos la CIE-9 de la OMS y otros el DSM-III de la APA. En los dos últimos diagnósticos se observa la utilización de la CIE-10, la última clasificación de la OMS, traducida recientemente al español. También se observan "nuevos diagnósticos" en el Centro como la "anorexia nervosa", enfermedad que afecta principalmente a mujeres entre 12 y 25 años, aunque también afecta a hombres y personas de más edad y que ingresan en la Unidad de Corta Estancia. La anorexia es una enfermedad que tiene un gran riesgo de muerte por desnutrición o suicidio y es el tributo que jóvenes inmaduras tienen que pagar por rendir culto al cuerpo. No obstante, el mayor número de ingresos de mujeres se corresponden con cuadros de demencia que ingresan en la Unidad de Psicogeriatría.

En el Cuadro 12.1 (pág. 628) se pueden observar los diagnósticos de los enfermos ingresados en el Centro a finales de diciembre de 1994. Los enfermos diagnosticados de epilepsia suelen llevar además otro trastorno psíquico asociado (retrasos mentales) que suelen ser la causa de su internamiento.

Los motivos más frecuentes de ingreso son: agitación psicomotriz, trastornos de conducta, dificultades de convivencia, alteraciones conductuales, abuso del alcohol, y en muchas ocasiones se alega agresividad.

Las exploraciones siguen siendo principalmente descriptivas de la patología observada durante la entrevista con el enfermo (síntomas y signos) y de la información proporcionada por el enfermo y la familia:

"Consciente, lúcido, coherente. Abordable. Bien orientado auto y alopsíquicamente. Inquieto y demandante. Sin conciencia de enfermedad. Un tanto prolijo. Tendencia a la impulsividad, expansividad e irritabilidad. Disfónico con cambios de humor. Aceptablemente manejable. No ideación delirante, ni trastornos senso-perceptivos. Me informa que duerme mal e ingiere alimentos de forma selectiva" ("Anorexia nervosa", 1994).

Las interpretaciones del estado psíquico del enfermo las encontramos más en los informes psicológicos como resultado de los tests realizados:

"En el plano cognitivo, si bien presenta un funcionamiento poco elaborado que da lugar a interpretaciones subjetivas del entorno, no se objetivan alteraciones graves en sus procesos perceptivos ni de pensamiento" ... "En el ámbito emocional se muestra reservado y cauteloso evitando implicarse en situaciones afectivas, así como expresar sus sentimientos. Ello da lugar a que sus intercambios personales sean superficiales y estereotipados no mostrando interés por establecer relaciones profundas aunque ello no impide que en colectivo puede mostrarse participativo y colaborador" (Psicosis tóxica, 1994).

Hay que destacar algún caso diagnosticado de psicosis tóxica (aunque en el establecimiento no se admiten toxicómanos), cuadros que se presentan como reacción al consumo de drogas:

"Cuando salga de aquí me compro un gramo de cocaína", puede ser una forma de rebelarse contra el ingreso, o una forma de llamar la atención de los demás.

El control al que se ven sometidos los enfermos en este tipo de establecimientos lo viven los enfermos de muy diversa manera, sobre

todo al ingreso, que ejerce sobre ellos un efecto negativo. Un enfermo opinaba lo siguiente de una clínica privada donde había estado internado anteriormente:

"pienso que pertenece a una secta satánica que practica un control mental semejante a la de los países del este"

Una vez explorado el enfermo, el psiquiatra procede a valorar la situación y a hacer un juicio clínico o juicio diagnóstico y pone el plan de tratamiento (en hoja impresa aparte).

Los tratamientos más frecuentes son los psicofármacos (haloperidol, valium, sinogan, tranxilium, largactil, lexatin, eskacine, necmactil, tagretón, etumina, etc.). Ocasionalmente se da algún electrochoque. En caso de que sea necesaria la contención mecánica para algún enfermo se informa de ello al juez, como también se le tiene informado de salidas y permisos terapéuticos y altas, traslados y fallecimientos. El tratamiento con psicofármacos se complementa con una serie de actividades que pueden desarrollarse en la Unidad (terapia ocupacional, psicoterapia individual y de grupo, ludoterapia) o en los talleres de laborterapia, salidas al exterior, campamentos, fiestas en el Centro, etc., según la tipología del enfermo.

No obstante los grandes cambios efectuados, se sigue observando en algunos enfermos la sensación de sentirse "poseído".

"me sentía poseído como si hubiera perdido mi ser en las tinieblas".

En la Unidad de Corta Estancia las entrevistas con el enfermo son mucho más frecuentes que en otras unidades, tal como lo requiere el tipo de enfermos allí ingresados. Las entrevistas suelen mantenerse diariamente o cada dos días, depende del caso y de la necesidad del enfermo. Las estancias son breves y las altas, en algunas ocasiones, están limitadas por las sociedades médicas que sólo pagan uno o dos meses y por el problema económico que supone para las familias que no pueden seguir costeadando un largo internamiento. Cuando un familiar decide

Cuadro 12. 1. Diagnósticos de los enfermos ingresados

| <u>DIAGNOSTICOS</u> | <u>Nº Enfermos</u> | <u>Porcentaje</u> |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|
| Retraso mental grave | 97 | 9.98 |
| Retraso mental profundo | 129 | 13.28 |
| Retraso mental discreto | 43 | 4.42 |
| Retraso mental moderado | 97 | 9.98 |
| Retraso mental no especificado | 2 | 0.2 |
| Epilepsia (asoc. retraso mental) | 110 | 11.32 |
| Demencia senil | 44 | 4.53 |
| Demencia arteriosclerótica | 7 | 0.72 |
| Demencia presenil | 5 | 0.51 |
| Enfermedad de Alzheimer | 6 | 0.6 |
| Demencia alcohólica | 10 | 1.02 |
| Síndrome dependencia alcohol | 32 | 3.29 |
| Psic. alcohólica tipo Korsakov | 5 | 0.51 |
| Esquizofrenia residual | 271 | 27.9 |
| Psic. esquiz. tipo simple | 10 | 1.02 |
| Psic. esquiz. tipo hebefrénico | 21 | 2.16 |
| Estado paranoide simple | 55 | 5.66 |
| Psicosis maníaco-depresiva | 7 | 0.72 |
| Psicosis orgánica transitoria | 4 | 0.4 |
| Otros | 5 | 0.51 |
| TOTAL | 971 | 100 |

FUENTE: Elaboración propia a partir del listado de diagnósticos del Centro al 31 diciembre 1994. Ciempozuelos, 1995.

llevarse al enfermo en contra del criterio médico se le hace firmar un escrito en el que se hace constar tal actitud.

Para que el tratamiento sea eficaz y el paciente pueda ser capaz de reintegrarse a la vida normal en un plazo lo más breve posible, es muy importante la confianza que el médico y el equipo sean capaces de transmitir al enfermo. En este sentido se expresa Wallace cuando dice: "En toda la medicina, pero sobretodo en la psiquiatría, independientemente del método de tratamiento adoptado, la respuesta del paciente va a depender de la confianza que se tenga en el médico y en su técnica" (Wallace, 1982: 422).

Cuadro 12.2 Nº de enfermos ingresados por año

| <u>AÑO</u> | <u>Nº Ingresos</u> | <u>AÑO</u> | <u>Nº Ingresos</u> | <u>AÑO</u> | <u>Nº Ingresos</u> | <u>AÑO</u> | <u>Nº Ingresos</u> |
|------------|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| 1877 | 9 | 1906 | 171 | 1935 | 228 | 1965 | 161 |
| 1878 | 8 | 1907 | 175 | 1936 | 309 | 1966 | 123 |
| 1879 | 16 | 1908 | 165 | 1937 | 12 | 1967 | 112 |
| 1880 | 16 | 1909 | 184 | 1938 | 17 | 1968 | 101 |
| 1881 | 30 | 1910 | 182 | 1939 | 201 | 1969 | 89 |
| 1882 | 65 | 1911 | 155 | 1940 | 178 | 1970 | 117 |
| 1883 | 51 | 1912 | 237 | 1941 | 270 | 1971 | 183 |
| 1884 | 143 | 1913 | 193 | 1942 | 113 | 1972 | 122 |
| 1885 | 111 | 1914 | 259 | 1943 | 398 | 1973 | 141 |
| 1886 | 116 | 1915 | 80 | 1944 | 212 | 1974 | 108 |
| 1887 | 69 | 1916 | 96 | 1945 | 267 | 1975 | 205 |
| 1888 | 207 | 1917 | 122 | 1946 | 349 | 1976 | 145 |
| 1889 | 51 | 1918 | 122 | 1947 | 234 | 1977 | 102 |
| 1890 | 42 | 1919 | 81 | 1948 | 235 | 1978 | 73 |
| 1891 | 56 | 1920 | 83 | 1949 | 292 | 1979 | 83 |
| 1892 | 48 | 1921 | 103 | 1950 | 313 | 1980 | 125 |
| 1893 | 133 | 1922 | 92 | 1951 | 256 | 1981 | 114 |
| 1894 | 59 | 1923 | 111 | 1952 | 319 | 1982 | 90 |
| 1895 | 116 | 1924 | 94 | 1953 | 288 | 1983 | 108 |
| 1896 | 97 | 1925 | 223 | 1954 | 291 | 1984 | 139 |
| 1897 | 98 | 1926 | 263 | 1955 | 312 | 1985 | 134 |
| 1898 | 128 | 1927 | 270 | 1956 | 406 | 1986 | 121 |
| 1899 | 119 | 1928 | 218 | 1957 | 356 | 1987 | 122 |
| 1900 | 133 | 1929 | 127 | 1958 | 400 | 1988 | 111 |
| 1901 | 140 | 1930 | 265 | 1959 | 289 | 1989 | 89 |
| 1902 | 175 | 1931 | 172 | 1960 | 169 | 1990 | 58 |
| 1903 | 135 | 1932 | 331 | 1961 | 124 | 1991 | 140 |
| 1904 | 142 | 1933 | 255 | 1962 | 174 | 1992 | 134 |
| 1905 | 156 | 1934 | 273 | 1963 | 254 | 1993 | 107 |

Fuente: Elaboración propia, Ciempozuelos 1994.

CONCLUSIONES FINALES

En el capítulo I dimos comienzo a la exposición de este trabajo aproximándonos a la historia social de la psiquiatría, lo que nos ha permitido conocer la presencia de personas a quienes por sus formas de comportarse, distintas a las de la mayoría, se les ha clasificado dentro de la categoría que hoy entendemos como enfermedad mental. Ahora bien, aunque su presencia haya sido una constante universal, lo que ha variado de unas sociedades a otras ha sido la explicación que se ha dado a estos comportamientos, la forma de denominarles y como se les ha tratado. Las causas a las que se han atribuido estas diferencias han variado mucho de unas sociedades a otras e, incluso dentro de una misma sociedad se pueden observar perspectivas distintas (González de Pablo (1993: 266).

Se dice que etiquetar al "loco" es un acto social, un concepto cultural y también que "cada sociedad tiene los locos que se merece". El enfermo mental, la psiquiatría y el marco en que se desenvuelven son socialmente contruidos por las expectativas, las normas culturales y las pautas de conducta.

"El lenguaje, las ideas y las asociaciones que rodean a la enfermedad mental no tienen significados científicos fijos para todas las épocas, sino que es mejor verlos como "recursos" que distintas partes pueden utilizar de forma diferente para propósitos diversos. Lo que es mental y lo que es físico, lo que es locura y lo que es malo no son cosas fijas, sino conceptos relativos a la cultura" (Porter, 1989: 22).

"En un intento de hacer la historia desde abajo, es decir, teniendo en cuenta los factores económicos concretos, así como las presiones y actitudes socio-culturales generadas en cada época en torno a la locura, se acaba llegando a la conclusión de que, en muy buena medida, la locura - transgresión por excelencia - tiende a ser fabricada o explicada

en función de las normas sociales y de las ideas dominantes en cada tipo de sociedad" (Huertas, 1993: 24).

El desconocimiento de las causas de la locura ha dado lugar a todo tipo de divagaciones que han tratado de explicarla desde las concepciones sobrenaturales, ético-morales, orgánicas, psíquicas y socioculturales. Los médicos de la antigüedad describieron el histerismo, que se cree tuvo su origen en Egipto hace 4.000 años, y hacían referencia a una serie de síntomas que estaban controlados por el útero lo que les hizo pensar que se trataba de una enfermedad sólo de mujeres, algo que se vino abajo cuando Thomas Willis (1622-1675) declaró que también lo padecían los hombres y que no era una enfermedad del útero sino del cerebro.

Otros médicos asignaban a la luna la causa del desorden mental ya que iluminaba al demonio para realizar su "nefando trabajo", de ahí la denominación de "lunáticos". Esta opinión la mantuvo también en el siglo XVI el famoso médico suizo Paracelso quien en su clasificación de las enfermedades mentales distingue, entre otras, entre el "obsesi" (enfermedad causada por el diablo) y el "lunatici" (causada por la luna y cuya conducta anormal estaba dirigida por sus fases y movimientos); hoy todavía se conserva en la creencia popular que asigna a la luna poderes para influir en los cambios de comportamiento.

En un fragmento hindú del Agur Vede (1400 a C.), Filckbord (1941) hace referencia a "una enfermedad producida por los demonios, en la cual la persona que la sufre es glotón, sucio, anda desnudo, ha perdido su memoria y se mueve de un lado para otro de manera difícil" (cit. por Garrido, 1991: 22).

Como medida terapéutica se trepanaban los cráneos para que a través de los agujeros los espíritus malignos pudieran escapar. Estas medidas alcanzaron su máximo desarrollo en el Perú de la Edad de Piedra, es decir 1000 o 2000 años atrás (Mora, 1982: 11). Entre los antiguos hebreos, los griegos, los chinos y los egipcios, el exorcismo se convirtió en una práctica frecuente que primero realizaron los hechiceros y luego los sacerdotes con el fin de expulsar los espíritus malignos del cuerpo del

enfermo (Vallejo Ruiloba, 1980: 3). Fue una práctica muy utilizada durante el renacimiento y la época medieval y que todavía se práctica en la actualidad.

En la Grecia del siglo V (a C.) la creencia popular consideraba la locura consecuencia de una maldición divina y al demente impuro y transmisor de la mala suerte. Sin embargo, para los filósofos griegos la racionalidad pasó a ser la facultad más noble del hombre sometiendo la naturaleza, la sociedad y el consciente a la razón. El pensamiento filosófico distinguía entre la mente o alma y el cuerpo y para Aristóteles las enfermedades mentales, independientemente de la causa, eran enfermedades del alma que equivalían a una serie de defectos (injusticia, cobardía, intemperancia e ignorancia).

Los médicos griegos, a diferencia del pensamiento filosófico, recalcan la unidad del cuerpo y la mente y, a partir de Hipócrates, con su teoría de los humores, consideran que la enfermedad mental se debía a causas orgánicas y no sobrenaturales como se creía (la epilepsia dejará de ser una enfermedad sobrenatural para pasar a ser una enfermedad física).

La teoría del "pneuma", en contra de la teoría humoral, fue defendida en el siglo II por Areteo de Capadocia para sostener que la causa de los trastornos mentales se debía a la substancia aérea que circulaba por las arterias y sostenía la vida. Al arremolinarse el pneuma en el cerebro se producían los vértigos y al escaparse ocasionaba la epilepsia (Peraza, 1947: 16).

En las creencias grecorromanas, se atribuía la enfermedad mental a causas sobrenaturales, divinas o a causas naturales que modificaban el psiquismo. La locura como trauma moral y la locura como enfermedad (el problema nunca resuelto de las teorías psicológicas y somáticas).

A partir de Galeno se inicia una etapa de oscurantismo y, en ocasiones, de horror que se extiende hasta el siglo XVIII. Para la teología cristiana, ajena a la filosofía griega centrada en el hombre, el trastorno era la lucha entre Dios y Satanás por la posesión el alma. A los locos se les

consideró poseídos por el demonio y se les persiguió por ello siendo torturados de forma espantosa y marcados con hierros incandescentes para distinguirlos de los considerados normales. La locura era una enfermedad del cuerpo, puesto que el alma no podía enfermar, y por ello se les dejaba morir de hambre y maltrataba cruelmente para ver si así el demonio abandonaba tan incómoda residencia.

Los médicos medievales no se preocuparon por las enfermedades mentales y sólo a partir del siglo XIII, en la Europa Occidental, comenzó un lento desarrollo del modelo médico con la denominada medicina escolástica que, además, no fue exclusivo sino que fueron distintos agentes sociales (médicos universitarios, religiosos, moralistas y prácticos de formas de medicina empírico-creencial) los que opinaron a este respecto y frecuentemente de forma distinta y encontrada (González de Pablos, 1993).

Desde la primera mitad del siglo XIV hasta entrado el siglo XVII la Europa occidental fue invadida por el virus que se denominó "bruja". Se les consideró como una secta de origen reciente ya que se creía que el "impacto de la Inquisición sobre la herejía había llevado al diablo a organizar un nuevo grupo, las brujas, para llevar a cabo sus malvados propósitos" (Rosen, 1974: 26). Esto causó que miles de mujeres inocentes, muchas enfermas mentales, fuesen condenadas a morir en la hoguera.

En 1575, Huarte de San Juan en su obra "Examen de Ingenios" da una visión "extremadamente biologizada de la enfermedad mental" y localiza "el alma racional y sus funciones racionales - entendimiento, memoria e imaginación - en los ventrículos cerebrales. Cualquier alteración racional se debería a un desequilibrio de la mezcla humoral". Las acciones de un sujeto se consideran enfermedad cuando se convierten en perjudiciales siendo, pues, el criterio moral el que sirve para diferenciar la salud de la enfermedad mental" (Arquiola, 1993: 46-47).

Una concepción distinta de la locura la tuvo Giorgio Baglivi quien descubrió en 1695 que en la región de Apulia (capital Taranto) había más locos que en el resto de Italia. En esta región abundaba la araña conocida como tarántula y los enfermos atribuían la enfermedad a su

picadura. El veneno se activaba en el cuerpo cuando llegaban los calores del verano y los enfermos bailaban sin descanso, bebían y hacían todo tipo de extravagancias. Sólo se curaban con la música de la tarantela. Se llevaron a cabo investigaciones en otros países y, en España, Pedro Domenech observó un caso a quien trató con la música de la guaracha por no tener partituras de tarantelas. Su aportación a la medicina motivó que la academia de medicina de Barcelona publicase partituras de tarantelas para que fuesen utilizadas como terapia.

Tissot en "Enfermedades de nervios producidas por el abuso de los placeres del amor y excesos el onanismo" describe los tres eslabones que quitan la vida mental en este mundo y la vida eterna en el otro y que son: el onanismo, la degeneración corporal y la degeneración espiritual (Peraza 1947).

Aunque con la Ilustración se reafirmó la fe de los griegos en la razón y a partir del siglo XVII se comenzaría a criticar y condenar la necedad y lo irracional por ser una amenaza para la sociedad, la enfermedad mental se mantuvo, relacionada principalmente con la posesión divina o demoníaca y la brujería, hasta el siglo XVIII.

Al loco se le convierte en el representante de la asociabilidad y a partir del siglo XVII se inicia el internamiento que tuvo su máximo apogeo en el XIX; no fue una iniciativa de la psiquiatría sino que partió de los filántropos, magistrados y de las familias. Es de destacar que durante el XVIII en los establecimientos sólo había locura, hasta los propios guardianes eran recluidos entre los mismos locos.

El empuje que la revolución científica dio a la anatomía y a la neurología motivó el interés por la locura, de tal forma que en los asilos de locos se produce, a finales del siglo XVIII, una fe en la terapia que dará lugar al nacimiento de la psiquiatría (Saurí, 1969). Los médicos se instalan en los asilos lo que iniciará la construcción social de la moderna psiquiatría.

Los primeros tratamientos consistieron en purgar los cuerpos de las sustancias que los envenenaban mediante sudores,

vómitos y laxantes, baños muy calientes, duchas frías, reconstituyentes y sillas que les impedían moverse. Estos tratamientos trataban de purgar, estimular y calmar. Para dominar la locura había que dominar la mente, las pasiones y la voluntad y así transformar el comportamiento. Por medio del castigo no se les enseñaba a dominarse pero se mantenía el orden social. A los violentos se les aislaba en habitaciones con el fin de evitar la formación de ideas delirantes o se utilizaban medios de contención mecánica para sujetarles.

Esta lamentable situación en la que se encontraban los locos movió las conciencias de algunos y avergonzó a otros lo que promovió el tratamiento moral que pretendía curar por medio de la amabilidad, la razón, humanitarismo y regeneración. La persuasión reposa en el postulado básico del determinismo moral y la figura del médico honesto, humanitario, debe conquistar la confianza del enfermo (Saurí, 1969).

El tratamiento moral fue la principal terapéutica durante el siglo XIX y con él se pretendía razonar con el enfermo, someterle al orden interno del establecimiento, fomentar el sentimiento religioso, la realización de algún trabajo y la utilización del binomio premio-castigo. Los locos no han perdido la razón del todo por las pasiones; tienen una asociación deficiente de ideas y sentimientos y obtienen conclusiones erróneas acerca de la realidad y el comportamiento apropiado. Por ello, hay que tratarles como a niños y mediante una disciplina mental hay que rectificar y readiestrar su forma de pensar y sentir mediante tareas. Los manicomios se convierten en escuelas reformatorio. Aunque como tratamiento su eficacia práctica no fue mucha, sí consiguió que se diera a los enfermos un trato más humanitario.

En la Segunda Parte se exponen los resultados del estudio del Centro donde hemos realizado la investigación. Así como son muchos los cambios que se han efectuado en la psiquiatría, muchos de los cuales han repercutido en el establecimiento, también son muchas las transformaciones que ha experimentado este establecimiento, sobre todo si lo comparamos con las descripciones que nos hacían de los manicomios del siglo pasado.

En los últimos años, el Centro ha modificado nuevamente su infraestructura con la construcción de nuevos pabellones (no se utiliza ya este término, sustituido por el de Unidades¹) y los nuevos edificios no recuerdan para nada la imagen que tenemos de los antiguos manicomios. Construcciones modernas rodeadas de amplios jardines sorprenden agradablemente al visitante que por primera vez se acerca a esta institución psiquiátrica.

Además del hábitat, también se ha modernizado la asistencia y los diversos programas que se llevan a cabo intentan conseguir una mejor calidad de vida para los residentes. Una novedad importante en el antiguo Manicomio de Varones es que, desde comienzos de esta década, ha dejado de ser exclusivamente "de varones", para pasar a ser mixto, aunque muy probablemente para muchos seguirá siendo el "Hospital de Hombres" para diferenciarlo del "Hospital de Mujeres", también sito en Ciempozuelos. También hay que destacar la inauguración de las Unidades de Corta y Media Estancia, que intentan romper, aunque difícilmente, con la imagen tradicional de hospital de crónicos que siempre le ha caracterizado. De esta forma, algo que no muchos años atrás se consideraba inviable es hoy una realidad y la presencia de mujeres (en la Unidad de Breve Estancia y Unidad de Psicogeriatría) y la presencia de enfermos agudos, aunque en número muy reducido, es un nuevo tipo de asistencia que se presta en el establecimiento. El esfuerzo realizado por la dirección, independientemente de las críticas que se hacen a este tipo de instituciones, parece no haber sido en vano, si nos atenemos al hecho de que este Centro está hoy considerado, entre los que se dedican a la atención de enfermos mentales crónicos, uno de lo mejores de España.

Fuera del establecimiento, pero con una gran repercusión en el mismo, otro cambio importante que se ha producido ha sido la promulgación de la Ley 13/83, cuyo artículo 211 sobre la tutela, regula el ingreso de los enfermos mentales en instituciones psiquiátricas. Con esta Ley, a excepción de los casos de ingresos voluntarios, es el Juez quien decide el internamiento del enfermo, aunque claro está asesorado por el

¹ Los edificios se denominan Unidades seguidos por un número romano, aunque siguen invocando a un santo que es el patrón de la unidad. El personal utiliza más esta última denominación.

médico forense. El Centro fue uno de los establecimientos pioneros en aplicar dicha ley a los enfermos ingresados, comenzando a legalizar su situación a finales de los 80, mediante la presentación en los Juzgados de Aranjuez de instancias individuales en las que se solicitaban los autos de internamiento, tramitaciones que en la actualidad las lleva a cabo el Juzgado de Valdemoro.

En España, a partir de la Reforma Psiquiátrica (1985), los enfermos mentales cuando tienen una crisis ingresan, según su distrito de procedencia, en las Unidades de Psiquiatría de los distintos Hospitales Generales de la Seguridad Social. De este modo, la Seguridad Social comenzó a cubrir la asistencia de los enfermos mentales aunque sólo en fase aguda, ya que no se hace cargo del internamiento de los crónicos. Por otro lado, las nuevas tendencias psiquiátricas, en las que influyen en gran manera las políticas sociales, jurídicas y económicas, limitan los internamientos y las estancias al mínimo, lo que reduce enormemente los ingresos a cargo del Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, que difícilmente se hace cargo de un ingreso salvo que se trate de enfermos muy deteriorados que, además de ser un problema para la sociedad, carezcan de soporte familiar

En el Centro, los enfermos "agudos" (en su mayoría crónicos reagudizados) suelen ingresar a cargo de las distintas sociedades médicas con las que tiene convenios. Estas últimas limitan, generalmente, los internamientos a uno o dos meses como máximo. Para las familias, la hospitalización psiquiátrica por períodos de tiempo más prolongados es casi prohibitiva, sobre todo cuando dependen de un sueldo medio, por lo que el factor económico es muy importante en la política de ingresos y altas que se sigue en la actualidad en los centros de asistencia psiquiátrica.

Desde pocos años después de su fundación, como ya hemos señalado, los enfermos de beneficencia ingresaban a cargo de las Diputaciones Provinciales que por Real Orden de 19 de abril de 1887 habían asumido el internamiento de los "dementes pobres". Esto hace que la mayoría de los internados estén a cargo de la Comunidad de Madrid (Servicio de Salud Mental, Servicio de Integración Social, y Tercera Edad, según se trate de enfermos mentales, minusválidos

psíquicos o enfermedades de la tercera edad) lo que indica, que la mayor parte de la población internada pertenece al sector social económicamente más débil. Por otro lado, como el Centro ha dispuesto siempre de ciertos recursos asistenciales que no siempre tienen otras clínicas privadas, nunca ha faltado la demanda de camas por parte de las familias aunque, en la actualidad, la dirección tiende a reducir estos ingresos al mínimo, debido al problema que supone para la economía familiar mantener los altos costes económicos de un internamiento prolongado. Para la población que no lo conoce, el establecimiento conserva el "estigma" del antiguo concepto de manicomio. Por el contrario, los que lo conocen y tienen la desgracia de tener que ingresar a algún familiar en un psiquiátrico, solicitan del organismo responsable (CAM, INSERSO, ISFAS, etc) plaza en Ciempozuelos, aunque no siempre lo consigán.

Ya hemos mencionado como la costumbre de internar a los enfermos mentales se inicia a partir del siglo XVII, mediante un movimiento segregativo que consideraba un bien para el enfermo aislarle del medio que favorecía su enfermedad; la realidad fue muy distinta ya que el supuesto aislamiento se convirtió en hacinamiento, y las condiciones en las que se les mantuvo encerrados fueron verdaderamente lamentables. Durante los siglos XVIII y XIX se produjo lo que Foucault denominó el "gran confinamiento" y los perturbadores pasarían a ser perturbados. Se restituye a la enfermedad mental su sentido humano, pero se aleja al enfermo mental del mundo de los hombres. La aportación del siglo XVIII consistió en considerar que la locura no es un añadido demoníaco a la obra de Dios, sino sólo la desaparición de las facultades más altas del hombre. Si el demente es un desposeído, la facultad que perdió fue la libertad. Para evitar la "alienación de hecho" se la sustituye por una "alienación de derecho" (Foucault, 1982).

Con Pinel nace la psiquiatría clásica francesa y se introduce el humanitarismo asistencial y una metodología; se impulsa la clínica y la terapéutica y se aporta una concepción de la enfermedad mental como algo negativo, una pérdida del juicio cuya causa ha de buscarse en la alteración funcional del sistema nervioso (Colodrón, 1990). "El médico por la naturaleza de sus estudios, amplitud de su ilustración y el gran interés que le liga al éxito del tratamiento debe ser informado y hacerse

juez natural de todo cuanto sucede en un manicomio" (Pinel, 1809: 225). Pinel rechaza las especulaciones aventuradas sobre las causas ocultas de los fenómenos (Castel, 1980: 116)

La psiquiatría del siglo XIX se adueñó de lo que tradicionalmente se consideraba vicio o pecado: los abusos sexuales, el alcoholismo, las perversiones eróticas, la enfermedad mental. Las líneas del pensamiento del psiquiatra francés son claras: "Lo Moral, con mayúsculas, se inquieta en especial por lo sexual que, de alguna manera, es el crimen más antisocial concebible" (Saurí, 1969: 44). La psiquiatría veía locura en todas partes y creaba los rasgos que decía curar.

Para la psiquiatría alemana de principios del siglo XIX la enfermedad psíquica, en opinión de Heinroth (1773-1843) su máximo representante, era una enfermedad del alma consecuencia del pecado, y lo más importante que había que destacar en ella era la pérdida de la libertad. Con Kraepelin, la psiquiatría se emancipó de la medicina interna y, paradójicamente, cuando se comienzan a aplicar a los enfermos psíquicos los mismos métodos de ésta (Alonso Fernández, 1978: 65); convencido del fracaso del modelo anatomopatológico decidió estudiar el conjunto del cuadro clínico, su evolución y su desenlace. Hizo varias clasificaciones que han servido de modelo para las clasificaciones actuales.

El fracaso del tratamiento moral, junto a los descubrimientos de la relación de la sífilis con la P.G.P., los de Broca (1861) de que las dificultades en el curso del habla se debían a una lesión en una porción determinada del hemisferio izquierdo del cerebro y los descubrimientos sobre las causas de la demencia de Alzheimer, la de Pick y la arterioesclerótica, condujeron a la somatización de la enfermedad mental. Con la famosa frase de Griesinger: "las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro" se situó a la psiquiatría en el marco de la medicina natural y encadenada, por tanto, a su destino (Corcés, 1983: 19). La causa de la enfermedad mental era una lesión cerebral y no ciertas anomalías en la esfera de las ideas y las pasiones. Con Griesinger se cierra una época salpicada de polémicas como las de los "somáticos" contra los "psíquicos" o las rivalidades de la "psiquiatría de asilo" con las de las "clínicas universitarias".

En los asilos a los enfermos se les separaba, según sus conductas, en pabellones de agresivos, sucios, tranquilos, etc. lo que favorecía que los enfermos continuasen manteniendo las mismas conductas y, lo que todavía es peor, a que aprendiesen patologías nuevas que antes no tenían. La función disciplinaria del castigo intentaba reducir las conductas anormales pero en muchas ocasiones consistía en trasladarles al pabellón de agresivos, donde a su vez se les castigaba introduciéndoles en las celdas de aislamiento, lo que no mejoraba la situación del enfermo.

El método descriptivo patológico utilizado por los médicos, tal como lo observamos en las historias clínicas, registra sólo la conducta morbosa del paciente, sólo aquello que fundamente la enfermedad. No obstante, y pese al rigor descriptivo, estos criterios de hacer hincapié sólo en los aspectos patológicos sin tener en cuenta el resto de la personalidad no responden a hechos reales. Para el psiquiatra racionalista enferma algo, no alguien; un cuerpo, no un hombre. El contenido del discurso del enfermo no es importante, lo que interesa es la alteración de su comportamiento. La anamnesis es la historia de una enfermedad, no de un enfermo.

Al ingresar un enfermo, el médico estudia los síntomas y establece un diagnóstico. El problema de la psiquiatría es que el síntoma no siempre es constante, ni se manifiesta de la misma forma, depende de las circunstancias, por ello se dice que el conocimiento de la enfermedad basado en la sintomatología da una visión incompleta del trastorno mental. No es extraño, pues, que hayan existido tantas escuelas con teorías y opiniones muy diversas y que la etiqueta que se aplica a la problemática individual del enfermo y los métodos que se usan para su tratamiento varíen independientemente de sus padecimientos y conductas. Se le diagnóstica o no, internamiento o tratamiento ambulatorio, fármacos o psicoterapia, son factores que dependen no sólo de la escuela a la que pertenece el psiquiatra, sino también de otros elementos. Una buena situación económica permite tomar una serie de alternativas que pueden ayudar a enmascarar el diagnóstico, mientras que la carencia de estos recursos facilita la cronificación. Estos últimos casos

son los más visibles y los que siempre responden a las estadísticas, que suelen reflejar los porcentajes más altos de ciertos trastornos (esquizofrenias, alcoholismo, etc.) entre los económicamente más débiles. La opinión médica respecto a la interpretación y manejo de los signos y síntomas tiene diferencias significativas según su concepción psiquiátrica, espacio y tiempo y los medios económicos. Como el enfermo "pobre" no elige a su médico, ni toma parte activa en su tratamiento, la opinión del psiquiatra que le corresponda determinará lo que le suceda.

"En psiquiatría se intentó agrupar síntomas en torno a una especificidad lesional, funcional, etiológica similar a la "especie morbosa" imperante en la patología ..." pero no se han encontrado las lesiones, ni trastornos, ni causas específicas". "Se trataba de describir cada vez mejor los diferentes trastornos para en un segundo momento buscar su especificidad anatómica o etiopatogénica. Este programa ha fracasado estrepitosamente" (Echevarría, 1995: 37).

Los diagnósticos psiquiátricos no identifican enfermedades como los diagnósticos médicos. El médico no identifica una enfermedad sino sólo la lesión anatómica o funcional en el paciente que explora. Más tarde, mediante un ejercicio deductivo y con toda la información de la historia clínica llega a la elaboración de un diagnóstico de la enfermedad. Contrariamente, el psiquiatra valora los síntomas y diagnostica directamente la enfermedad (Barcia y Pozo, 1988).

En psiquiatría no se han podido obtener datos objetivos y mensurables que revelen la existencia de ciertas lesiones salvo en algunos cuadros orgánicos cerebrales, como es el caso de las demencias. Todavía hoy, la misma enfermedad puede interpretarse de distinta forma desde distintas culturas e incluso según los distintos exploradores. Esta perspectiva niega la posibilidad de que los trastornos psiquiátricos posean unos aspectos universales, aunque esto no se suele negar en el caso de las psicosis, sin que deje de existir una gran indecisión y discusión para reconocer esta universalidad. Las psicosis pueden ser vistas transculturalmente aunque el brote y el curso de la enfermedad sean

distintos. Por otro lado, existen ciertos síndromes característicos de una cultura específica (Hughes, 1984: 22).

En el establecimiento que hemos estudiado se sigue el modelo médico organicista, habitual en este tipo de establecimientos que atienden a enfermos crónicos; nos hemos encontrado con lo que se conoce como la "psiquiatría pesada" o "psiquiatría de los asilos". Una psiquiatría mecanicista que poco puede hacer por la curación de estos enfermos. Hicimos un estudio de los diagnósticos de los enfermos ingresados a finales de diciembre de 1994, (ver Cuadro 12.1. pág. 628) y los resultados fueron que aproximadamente, el 60,36% correspondían a trastornos psíquicos con base orgánica demostrable (estados demenciales, retrasos mentales, alcoholismo, epilepsia) y el 38% a psicosis funcionales (esquizofrenias y psicosis maniaco depresivas principalmente).

Las demencias seniles están aumentando considerablemente, como consecuencia del incremento de la esperanza de vida, por lo que debido a la dificultad que supone el manejo de estos enfermos en los domicilios particulares, unido además al trabajo de la mujer fuera de casa, ha originado un aumento de la demanda de plazas en los establecimientos dedicados a la atención de estos enfermos, que se verá muy probablemente aumentada en los años venideros. Debido a esto, cuando se hace referencia al modelo de la desinstitutionalización que, indudablemente hay que tenerlo en cuenta para evitar el hospitalismo de muchos enfermos, no debe olvidarse que hay también otros muchos que por el deterioro que produce la enfermedad no pueden vivir en sus casas y para los que siempre será necesario un tipo de instituciones

José Rodrigo González, director del establecimiento de 1882 a 1903, convirtió el manicomio en una escuela-laboratorio y, siguiendo el modelo anatomoclínico estudió al enfermo no sólo en vida, sino que realizó múltiples investigaciones "postmortem" en la búsqueda de la lesión física que diera una solución al problema del origen de la enfermedad mental.

No es extraño pues, que siendo un organicista, no diese tanta importancia a las variables ético-morales y que incluso cuando se

utilizaron los protocolos del Manicomio de Almería donde si estaban registradas (causas de orden moral: educación, pasiones y emociones) se tachasen y se sustituyesen por el Examen Clínico que se realizaba normalmente en el establecimiento. Prácticamente todos los enfermos tienen cumplimentado el protocolo del Examen Clínico lo que demuestra la influencia de la concepción orgánica en el estudio de la sintomatología.

No obstante, en los registros del apartado Curso de la Enfermedad, que es donde se describe la conducta patológica del enfermo, si se observa esta concepción en muchos aspectos: hay que corregir los vicios sexuales (onanismo, homosexualismo, etc.) porque causan la enfermedad, el tratamiento más aplicado es el moral y se recogen las pasiones como las causas a las que las familias atribuyen la enfermedad. Muy probablemente si no hubiese sido por la concepción ético-moral y su teoría de la pasiones, no se hubiese atribuido con tanta frecuencia la enfermedad mental al excesivo trabajo intelectual, a su dedicación a la política, a la religión, etc. La forma de vestir extravagante o el descuido personal se considera un síntoma.

Se observa la función de asilo y custodia y el control de las conductas; lo importante es mantener a los enfermos limpios, aseados y bien alimentados, que duerman bien y, a los que pueden, procurarles una actividad (lectura, juegos, música, tareas en los talleres, etc.), según su clase social, que les distraiga de sus pensamientos morbosos.

La incomunicación era parte del tratamiento moral por lo que se les ingresaba para mantenerles aislados del exterior; se observa la escasa relación con la familia (no hay cartas y raramente se mencionan visitas). Paradójicamente, el médico explora la falta de afecto hacia la familia como un síntoma de la enfermedad y trata de recuperarlo como parte del tratamiento. Se crea un síntoma para luego tratarlo. A veces la pérdida del afecto a la familia es por haberle ingresado ("escribe cartas frecuentes al juez para que castigue a su familia por suponerle loco").

En "Exposición a la Frenología" (1806), Franz Josef Gall, defiende que las facultades mentales son innatas y relaciona las

protuberancias de la superficie craneana con las facultades mentales. Tuvo un gran prestigio en Inglaterra y sus teorías se hicieron sentir en el establecimiento estudiado donde prácticamente a todos los enfermos se les hacía una medición completa del cráneo. Durante años se buscó esta relación y se mantuvo esta práctica hasta que fue sustituida por la teoría de la constitución.

En las historias, en estos años, no constan prácticamente datos sobre los antecedentes personales y familiares. La exploración del enfermo se mantiene fiel a los principios empírico positivos. Aunque si se considera muy importante el factor hereditario (tal como lo había señalado Morel) o por lo menos una predisposición (como decía Magnan), causante de la enfermedad mental. Morel destacó entre las causas degenerativas de las enfermedades mentales, además de la herencia, los agentes tóxicos como el alcohol, lo que promoverá la investigación de los síntomas en esta dirección.

Los médicos utilizan una metodología descriptiva clasificatoria y los diagnósticos a veces son una descripción de síntomas (demonomanía, delirio de grandeza, delirio crónico megalomaniaco). Se observa la influencia de la escuela francesa en ciertos diagnósticos, monomanías e idiocia, términos utilizados por Esquirol y también de la escuela alemana ya que en 1881 se diagnostica a un enfermo de locura sistematizada de Griesinger. En 1912 se comienza a utilizar el diagnóstico de esquizofrenia, término inventado por Bleuler en 1911 y en la década de los veinte se utiliza la clasificación de Kraepelin de 1921.

A partir de 1909 se utiliza un nuevo protocolo de admisión (pág. 501) que al compararlo con el anterior, se observa el aumento de las variables del ESTADO FISICO, claro exponente de la influencia de la concepción orgánica. No obstante, la presencia del pensamiento freudiano se hace sentir en la exploración del ESTADO PSIQUICO (orientación, sensaciones, afectos, inteligencia, memoria, trastornos de la asociación, atención, etc.) sobre todo en el estudio de las asociaciones y los contenidos y porque se introduce ya la biografía del enfermo, aunque esta sea muy breve. El término psicótico que a finales del siglo XIX y principios

del XX significaba "trastorno de funciones mentales superiores", a partir de Freud va a significar "pérdida del contacto con la realidad".

La teoría de los síntomas de Bleuler distingue entre los síntomas primarios o fisiógenos (alteración del cerebro) y los síntomas secundarios o psicógenos (que bajo la influencia de Freud los considera consecuencia de la escisión de las asociaciones). En las historias clínicas se observa en los protocolos de admisión una prioridad de los síntomas primarios o fisiógenos sobre los secundarios o psicógenos, que en la práctica no puede decirse que se siga.

Se observa el deterioro que produce el hospitalismo como pérdida de la habilidades sociales ("cada vez más apático, ya no cuida de su aseo personal, ni siquiera se abrocha los pantalones").

El estudio del enfermo mediante sólo la descripción de la conducta patológica no resulta suficiente y, a partir de 1913, comienza el interrogatorio en el establecimiento enviando un "Cuestionario Clínico" (pág. 505) a las familias, en el que se recogen los antecedentes hereditarios (edad de los padres, parentesco entre ellos y enfermedades), antecedentes personales físicos, antecedentes mentales y antecedentes inmediatos. De esta forma se pasa de la deducción a la demostración. A algunos enfermos se les comienza a pasar un test psicológico, el Test de Bourdon, y curiosamente los primeros están en versión alemana. Coincide con la época de la dirección de Gayarre (1908-1919) y la contratación de dos médicos (Domingo y Huete) que se habían formado en Alemania, por lo que se observa en las historias una gran influencia de esta escuela. La falta de afecto a la familia y los vicios se siguen considerando síntomas de la enfermedad (concepción ético-moral), pero se estudia también el contenido de las alucinaciones y las asociaciones (Kraepelin observaba y Bleuler, bajo la influencia de Freud estudiaba en los contenidos las asociaciones). En estos años se hace mucho hincapié en explorar los excesos alcohólicos y las enfermedades venéreas o sifilíticas.

El enfermo sabe que se registra sólo su conducta patológica y tiene miedo a hablar: "si le digo a Ud. más me cazan aquí". "Todo lo ponen Uds. por locura".

De 1918 a 1925 se utiliza la denominación de Casa de Salud en el establecimiento. Los únicos cambios con respecto al período anterior es que deja de hacerse la medición craneana y desde los comienzos de la década de los 20 se introduce un protocolo de tratamiento en el que se observan los puntos de vista terapéuticos, indicaciones a llenar, el plan terapéutico y el desarrollo del plan. La función médica se va consolidando junto a las funciones tradicionales de asilo y custodia. Los asilos se medicalizan.

A partir de 1925 el establecimiento estrena la nueva denominación de Sanatorio que sustituye a la de Manicomio o Casa de Salud. El fracaso de la concepción organicista, por un lado, unido a la influencia de la escuela psicoanalítica, por otro, motivó un cambio en la prioridad del estudio de los variables (síntomas y signos) utilizadas por los psiquiatras para diagnosticar a sus enfermos. Los factores psicógenos pasarían a ser los primarios y los fisiógenos los secundarios. En el Centro, este cambio se advierte ya en el nuevo protocolo de admisión donde se suprimen todas las variables de tipo fisiógeno impresas en el protocolo anterior (Estado Físico). Por el contrario, se profundiza en el estudio de las variables psicológicas; se utiliza un test (Examen Mental de Yerkes) y un cuestionario de Examen al Ingreso (pág. 568) y a partir de 1930 se envía a las familias un amplio cuestionario en el que se solicitan datos sobre los antecedentes familiares, antecedentes personales y la historia sexual del enfermo. Este cuestionario incluye variables socioculturales (patrones de crianza, enseñanza, estabilidad socioeconómica, influencias religiosas, etc). La historia clínica psiquiátrica recoge datos sobre la enfermedad y sobre la sociobiografía del enfermo.

Hay una Hoja de Observación en la que se registran todas las conductas del enfermo (pág. 582), exponente del control que se ejerce sobre él. Se aplican tratamientos de choque: piretoterapia, autohemoterapia, narcosis permanente de Klaessi, sábana mojada termógena, absceso de fijación, etc. y también reconstituyentes y

terapéutica de ocupación. En alguna historia, muy pocas, se observa la palabra "psicoterapia" o "tratamiento psicoanalítico", que coincide con el período que ocupó la dirección Santos Rubiano (1925-1930); tratamiento que, por otra parte, poca aplicación tenía para este tipo de pacientes ya que, se decía, no se daban en los esquizofrénicos las ideas transferenciales. Sin embargo, si hemos considerado importante mencionarlo porque refleja la influencia de las concepciones vigentes,

A partir de 1930 se utiliza un nuevo protocolo, Esquema de la Constitución (pág. 583), que recoge la influencia de las teorías de Kretschmer, quien relacionó la estructura corporal con la enfermedad mental. Basado en la herencia, hizo una tipología que tuvo mucho éxito y que todavía se observa en las historias en la que distinguió cuatro tipos, según la constitución física: leptosomáticos (asténicos), atléticos, pícnicos y displásicos. que se correlacionan con otras enfermedades mentales: el leptosomático se correlacionaba con la esquizofrenia y el pícnico con la psicosis maníaco-depresiva. Esta tipología se observa con frecuencia en las historias. También el diagnóstico de "psicópata constitucional". La teoría de la constitución volvió a inclinar la balanza hacia la concepción somática de la enfermedad mental e hizo dirigir el estudio de los síntomas en esa dirección.

En la exploración al enfermo se tienen en cuenta: portes y normas de cortesía, apariencia, orientación en tiempo y espacio, conciencia de enfermedad, orientación autopsíquica y alopsíquica, sentimientos éticos, pensamiento, afectividad, memoria, alucinaciones e ideas delirantes, estereotipias, manerismos, fobias, etc.

Durante el período de la Contienda Civil (1936-39) fue nombrado director del sanatorio Dionisio Nieto Gómez. Durante estos años los ingresos descendieron enormemente. Mientras que en 1936 ingresaron 309 enfermos, en 1937 sólo lo hicieron doce y en 1938 sólo diecisiete. Es probable que debido a la situación por la que atravesaba el país nadie se preocupara por los locos. A través de las historias se puede vislumbrar el drama de lo que está ocurriendo en el exterior (los horrores del frente, el temor a que les matasen, la lucha de las distintas ideologías, etc.). Se observan en los diagnósticos depresiones reactivas.

Durante la década de los treinta comienzan a utilizarse los nuevos tratamientos biológicos (cura de Sakel, electrochoque, psicocirugía) que lo único positivo que aportaron a la psiquiatría fue el que se reanudase el interés por el tratamiento de las psicosis que había estado relegado desde la aparición del psicoanálisis, ya que era mucho más gratificante para los psiquiatras el tratamiento de las neurosis.

Las historias clínicas de la década de los cuarenta son muy breves y reflejan la situación por la que atraviesa el país. Muchos individuos intentan ingresar en el Sanatorio fingiendo una enfermedad psíquica para poder comer. Es la época del hambre que se reflejó en los comics en la figura de Carpanta. Se dan muchas altas por "no manicomiables". Se describe la debilidad física de los enfermos que ingresan. Las familias atribuyen la enfermedad a los horrores de la guerra y a debilidad de la cabeza por no comer. Entre los síntomas se introducen las ideas de referencia a través de la electricidad ("hablaban de él por alambres eléctricos").

Durante los cincuenta y los sesenta, los cambios son mínimos, salvo los que se producen en las denominaciones. A partir de 1951 el establecimiento cambia su denominación de Sanatorio para Enfermos Mentales por la de Sanatorio Psiquiátrico. Los enfermos de la Diputación de Madrid ya no proceden de la Sala de Dementes del Hospital Provincial, sino de la Sala de Neuropsiquiatría y la "enfermedad psíquica" sustituye a la "enajenación mental". Es parte de la construcción social de la psiquiatría.

En el estudio del Estado al Ingreso se contempla el Estado Psíquico Primario y el Estado Físico secundario. Los registros son muy breves. Se hace una exploración física rutinaria y se señalan el porte, normas de cortesía, presentación, aspecto, conciencia de enfermedad, los contenidos de las alucinaciones, ideas delirantes, crítica de la situación, comunicación, pensamiento, memoria, afecto de ánimo, inteligencia, biotipo, interpretación de refranes, etc. Las familias ya no atribuyen la enfermedad a los horrores de la guerra sino al trabajo, bebida y mujeres, a disgustos del noviazgo, a frío que cogió, a comidas picantes, etc. Se

destaca en algunos esquizofrénicos entre los síntomas, el apetito voraz y el vagabundeo y las fugas de casa. En 1951 un enfermo diagnosticado de esquizofrenia introduce los platillos volantes en sus alucinaciones ("vi como un platillo volante en el pueblo y me pareció que caía en casa de un vecino").

A finales de los cincuenta comenzaron los tratamientos con psicofármacos (reserpina y largactil) que supusieron una revolución en la psiquiatría ya que permitieron un mejor manejo de los enfermos en los establecimientos, por un lado, y, por otro, permitieron que muchos pudiesen permanecer en sus casas. En el establecimiento observamos que los enfermos se quejan de los efectos secundarios. Además de los psicofármacos se dan tratamientos de insulina y electrochoque, lobotomías y laborterapia. Los diagnósticos de epilepsia y P.G.P. disminuyen y se sustituyen la denominación de imbecilidad e idiocia por oligofrenia.

En algunas historias, durante los setenta, se observa la influencia de las corrientes sociológicas, que tanto dieron que hablar durante los años sesenta. Autores como Laing, Foucault, Goffman y Szasz subrayaron los aspectos coercitivos de los hospitales psiquiátricos y criticaron el etiquetamiento, consiguiendo la reforma de estos establecimientos, la desinstitucionalización de muchos enfermos y el desarrollo de una psiquiatría comunitaria. Algún psiquiatra trata de evitar el etiquetado, se describe la presencia de madres esquizofrenógenas y se observa un cierto interés por evitar el hospitalismo. La experiencia ha demostrado que el hospitalismo produce una pérdida de las habilidades sociales (Linn, 1982: 881). A partir de 1976 se comienza a utilizar la denominación de Hospital Psiquiátrico y se inauguran las consultas externas en Madrid, Cuenca y Ciempozuelos. Las actividades socioterapéuticas se desarrollan entre 1973 y 1992.

El antiguo Manicomio ha pasado a denominarse Centro San Juan de Dios a partir de 1992. En este cambio, no ha influido la psiquiatría, como hemos venido observando en los cambios anteriores, sino más bien factores políticos y económicos. Este cambio ha permitido poder firmar convenios con ciertos sectores de la Administración que no

cubren la asistencia en hospitales psiquiátricos pero si lo hacen tratándose de residencias asistidas (minusválidos psíquicos y personas de la tercera edad). De esta forma se crea un problema de competencias, con respecto a la asistencia de los enfermos mentales crónicos, entre los Servicios Sociales y Sanidad en el que tiene más fuerza lo económico aunque esto no sea del agrado de los psiquiatras.

Obviamente en el inventario de síntomas que se recogen en las historias clínicas no todos tienen el mismo interés para el diagnóstico. La edad del paciente al manifestarse la enfermedad es, por ejemplo, un factor muy importante. Hay enfermedades que se presentan en la juventud como la esquizofrenia (de ahí el nombre de demencia precoz que se le dio en un principio); de adultos como la P.G.P. o la paranoia y, otras típicas de la vejez como la demencia senil. Según el DSM-III no se puede diagnosticar una esquizofrenia si el primer episodio ocurre después de los 45 años.

La importancia que se daba al aspecto del enfermo y los hábitos de vestir, como hemos observado muy frecuentemente en los registros (higiene y aspecto personal que habría que comparar con los hábitos previos a la enfermedad para considerarlo un síntoma de enfermedad) tenía su explicación, en algunos casos, ya que el abandono personal de muchos enfermos es un síntoma de su enfermedad que desaparece cuando empieza a recuperarse. Muchas interpretaciones, no se podrían mantener hoy con las nuevas modas de vestimenta. El vestir con patrones infantiles se consideraba un apego regresivo a la infancia. El que las chicas adolescentes llevaran el pelo corto y pantalones vaqueros de chico, y los chicos llevaran melena o vistiesen con estilos femeninos se interpretaba como un rechazo a su identidad sexual. La moda reciente de llevar los pantalones rotos o llevar un pendiente los chicos, pocos años atrás se hubiese interpretado como un síntoma patológico.

También se dice en algunos manuales de psiquiatría que los enfermos paranoides solían llevar gafas oscuras para poder espiar a los demás sin ser espiados y que el olor corporal repulsivo, de algunos enfermos, por la falta de limpieza estaba calculado para mantener a un mundo amenazador a cierta distancia ("maniobra del zorrillo"). Hoy

existen grupos juveniles que también están reñidos con el agua y el jabón y, sin embargo, se hacen llamar "ecológicos" ya que dicen que es por no gastar agua.

Otro aspecto importante es la relación trabajo-salud. "Se necesita un grado mínimo de salud mental para trabajar con la máxima eficacia". El trabajo es una fuente importantísima de autoestima y el papel laboral se relaciona con la propia identidad o el autoconcepto. Cubre la necesidad de ser necesitado, por ello, la pérdida de trabajo puede ocasionar trastornos psíquicos y físicos graves. Freud consideraba que el hombre está ligado a la realidad a través del trabajo. Estudios realizados indican que la insatisfacción laboral está altamente correlacionada con ataques cardiacos, todo tipo de adicciones, depresión y el suicidio. La jubilación, además de la significación que tenga para el interesado, es un impacto destructor sobre los patrones adaptativos de una familia y puede provocar un círculo vicioso de psicopatología. Se destacan personas "adictas al trabajo" que llevadas por la culpa trabajan de forma compulsiva. Para ellos, la pérdida de trabajo o la jubilación perturban un estado adaptativo cuidadosamente equilibrado.

El deterioro laboral del enfermo esquizofrénico tiene también que ver con su tendencia al aislamiento. Muchos de estos enfermos han sido capaces de desarrollar un interesante trabajo cuando estaba muy bien estructurado y no exigía una relación con las demás personas. En los manicomios, a los enfermos de beneficencia se les ponía a trabajar y a los pensionistas se les recomendaba la música, lectura y los viajes. El tratamiento era diferente pero lo importante era mantenerles ocupados para liberarles de sus pensamientos.

A algunas enfermedades se las relacionaba con ciertas profesiones. Médicos y enfermeras eran más propensos a la adicción a las drogas debido a las presiones de su trabajo y al fácil acceso que tenían a los opiáceos. El alcoholismo se relacionaba con los vendedores y relaciones públicas. Los empleos no cualificados peligrosos, o monótonos o mal retribuidos solían ir acompañados de neurosis de accidente y tendencias a pleitear. Muchas de estas pautas culturales han cambiado en nuestra

sociedad y las adicciones (drogas y alcohol) son distintas como también lo son las situaciones relacionadas con el trabajo o la carencia del mismo.

Referente a las conductas de los enfermos se han observado también diversos cambios. En los expedientes, se registran menos conductas agresivas que en tiempos pasados. La literatura a este respecto dice que no está claro si esto se debe a un cambio en el carácter del esquizofrénico o al resultado de los métodos de control terapéutico (psicofármacos) más efectivos y más tempranos. Lo cierto es que la mayoría de las conductas agresivas están controladas por los psicofármacos. Hay menos enfermos catatónicos; aumentan los paranoides. Se hacen notar los efectos culturales, siendo más frecuente la influencia de la electricidad y de aparatos técnicos modernos, la lectura del pensamiento. Los delirios parecen más realistas.

También se ha observado un descenso en los sentimientos de culpabilidad religiosa y en las ideas delirantes sobre brujas y posesiones, en las historias. Aunque siguen existiendo, sobre todo si nos remitimos a las noticias que nos dan los medios de comunicación. Es más, nos atrevemos a decir que en el período de crisis actual es fácil que se produzca un aumento, como consecuencia del elevado número de sectas de todo tipo que pululan en nuestra sociedad y cuyas conductas son del todo irracionales. Parece ser que han aumentado considerablemente las sectas satánicas, algo que se relaciona con el cambio de milenio.

En los capítulos precedentes hemos recogido la diversa información utilizada por los exploradores psiquiátricos y la influencia que han tenido las distintas concepciones psiquiátricas en la exploración del enfermo. Obviamente, no ha habido una homogeneidad única de variables (físicas, psíquicas o socioculturales) en un momento determinado, algo imposible teniendo en cuenta la realidad de la persona como un ser biopsicosocial, pero si se ha observado en la heterogeneidad que concepción era la predominante por el tipo de variables utilizadas lo que ha hecho posible que pudiésemos confirmar nuestra hipótesis.

En la actualidad, parece que la tarea más importante de los psiquiatras es la clasificación. Grupos de expertos trabajan por conseguir

que distinguía cinco categorías. Paracelso, en el siglo XVI, distinguió seis (vesani, insani, lunatic, obsesi, melancholici y manía). Kraepelin, en su clasificación de 1924 distingue catorce categorías. En el censo de los Estados Unidos de América de 1880 hay siete categorías (manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia dipsomanía y epilepsia). Las últimas clasificaciones utilizan más de cien categorías lo que parece indicar que la preocupación principal de los psiquiatras gira en torno a clasificar todo tipo de conductas aunque muchas de ellas no sean más que respuestas a problemas de la vida. En la última clasificación de enfermedades (CIE-10) para evitar los problemas que plantea utilizar el concepto de enfermedad, se ha sustituido por "trastorno" aunque se reconoce que tampoco este es un término preciso.

Hemos observado en los registros de las historias como se dice que el enfermo no sólo no mejora sino que día a día va empeorando. Independientemente del carácter progresivo de algunas enfermedades, esta es una de las críticas más importantes que se hacen al hospital psiquiátrico que no sólo no cura sino que es causa de que el enfermo se degrade cada vez más, de ahí que se haga tanto énfasis en que las estancias deben ser lo más cortas posibles para evitar el hospitalismo. Además de perder su habilidades sociales, por el proceso de socialización el enfermo se adapta al tipo de vida manicomial y aprende conductas y comportamientos que suelen incluso ser más patológicos que los suyos propios. Construye sus acciones a través de la interacción con los demás. Desde el momento que es etiquetado, adquiere el status de enfermo mental y lo que se espera de él es que se comporte como un enfermo. Cumplir con su papel le supone construir una realidad nueva a través del dar y tomar de la interacción. Deberá dejar atrás sus papeles de esposo, padre, o hijo y adquirir el de enfermo. Ello implica acatar todas las normas del establecimiento si quiere evitar el castigo por infringirlas.

Desde las teorías sociológicas pocos cambios ha habido en la psiquiatría, a excepción del desarrollo de los psicofármacos. Por el contrario si se ha avanzado mucho en la tecnificación de la asistencia, que debido a la medicación, aunque se ignore el coste de los efectos

secundarios, permite un manejo mejor de los enfermos. A los enfermos ya no se les clasifica por sus conductas sino por su patología y edad y así se crean las unidades funcionales de admisión, salud mental (rehabilitación y reinserción social), minusválidos psíquicos (rehabilitación y educación social), psicogeriatría, hospitalización médica, etc. Se han puesto en marcha una serie de programas, que sin duda, han mejorado la calidad de vida de los internados.

En las historias se han perfeccionado los métodos de recogida de información. El estudio del enfermo es exhaustivo ya que, aunque se mantiene un modelo orgánico, se recoge la información desde una concepción ecléctica (variables somáticas, psicológicas y socioculturales). No hay nada en la vida del enfermo sobre lo que no se le interroge. Sin embargo, no han faltado tampoco las críticas a este modelo porque se dice que difícilmente se puede utilizar para la investigación etiológica de los trastornos mentales desde una perspectiva global y que tampoco explica la interacción entre los distintos niveles (Villagrán y Olivares, 1995: 142-143).

Las causas de la enfermedad mental (esquizofrenia) siguen sin conocerse y los investigadores sacan a la luz periódicamente nuevos descubrimientos que son una esperanza que no llega a confirmarse. No obstante, parece ser que la tendencia actual se inclina a considerar una causa somática del origen de la esquizofrenia, locura por excelencia, aunque nadie duda tampoco de la influencia de los factores psicosociales en los trastornos que padecen los sujetos.

El psiquiatra recoge la información y la interpreta según la escuela a la que pertenece y de acuerdo con su propia forma de percibir el problema. El estudio del enfermo, como hemos observado, en lugar de ser una respuesta a las situaciones reales presentadas por el enfermo responde a las concepciones psiquiátricas impuestas por las instituciones académicas. La teoría prescribe lo que debe hacer el psiquiatra (por ejemplo, la frenología les llevaba a medir el cráneo). Una teoría inadecuada será aceptada parcialmente o reemplazada por otra con el tiempo (la frenología fue sustituida por la teoría de la constitución).

En el X Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en Madrid durante el pasado mes de agosto (1996) se hizo mucho hincapié en los factores sociales como causantes de un elevado número de trastornos psíquicos. El desmoronamiento de instituciones como la familia, la religión, e incluso el gobierno, el envejecimiento de la población, estilos de vida, exposición a situaciones psicosociales adversas (paro, aislamiento, movilidad social, situaciones de exclusión social), situaciones de riesgo, SIDA, patrones de conducta de la juventud (alcohol, drogas), el gusto por el riesgo y la violencia, etc. favorecen el desencadenamiento de ciertos trastornos psíquicos.

El profesor Hiroshi Nakajima, director general de la OMS, señaló que existen más de cuatrocientos millones de personas que sufren trastornos de ansiedad; trescientas cuarenta de trastornos del estado de ánimo; doscientas cincuenta sufren de trastornos de la personalidad; sesenta padecen retraso mental; cuarenta y cinco esquizofrenia; veintidós demencia; cuarenta epilepsia y ocho millones traumatismo encefálico. Más de mil cien millones son dependientes de la nicotina; cien son dependientes del alcohol y quince millones consumidores de otras drogas. Se considera que más de mil quinientos millones de personas están afectadas por algún tipo de trastorno mental aunque sólo el 1% recibe tratamiento psiquiátrico y se estima que un 50% reconoce padecer estos problemas (ABC, 24.8.96).

El profesor Cullington de la Universidad de Chicago predijo que en el año 2000, el SIDA afectará a 30 millones de personas que sufrirán depresiones profundas, intentos de suicidio, demencias y otros trastornos de conducta. Otra enfermedad que va en aumento debido al envejecimiento de la población es la enfermedad de Alzheimer. Un 6% de los que la padecen tiene más de 65 años y un 20% más de 80. En España se estima que afecta a 350.000 personas y de ellas 220.000 son mayores de 80 años.

Con estas cifras debemos ser conscientes que la salud mental es un problema de todos. La deshumanización del hombre está aumentando el número de muchos de estos trastornos o, al menos,

agudizando los ya existentes, lo que no nos presenta una perspectiva muy alentadora del nuevo milenio.

En opinión de Castilla del Pino (1996) no ha subido el nivel de locura: "Hay más trastornos, que no enfermedades, y más pacientes, pero no más enfermos". Castilla del Pino debe hacer referencia a las enfermedades mentales con causa orgánica conocida y parece que no ha tenido en cuenta el incremento de las demencias. Enrique Rojas dijo en El Escorial que "La sociedad actual está enferma, neurótica", pero afortunadamente también manifestó "que sus dolencias tienen sanación" (El Mundo, 1.IX, 96).

Lo que es evidente es que se está psiquiatrizando la vida cotidiana. Cualquier comportamiento puede tener una categoría dentro de la CIE X y el DSM IV. Lo importante sería enseñar a las personas a resolver los problemas a los que se tienen que enfrentar diariamente y no incluirlas dentro de una categoría que como tantas veces se ha dicho no ayuda a solucionar el problema pero si perjudica al que la lleva y, además, crea una dependencia de una profesión. Se utilizan cantidad de píldoras para resolver problemas que en muchas ocasiones podrían solucionarse de otra manera. Los Servicios de Salud Mental se pueden ver inundados con problemas normales de la vida, con las dificultades y contratiempos a los que nos tenemos que enfrentar cada día.

BIBLIOGRAFIA

- ALIÑO TESTOR, L y F. Claramunt López. (1966). La Psiquiatría en España. Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.
- ALONSO FERNANDEZ, F. (1974). Psiquiatría Sociológica. Madrid: Paz Montalvo.
- (1978). Compendio de Psiquiatría. Madrid: Oteo.
- ALVAREZ-URIA, F. (1983). Miserables y Locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX. Barcelona: Cuadernos Infimos.
- ALVARO, J. L., TORREGROSA, J. R. y GARRIDO LUQUE, A. (comps.). (1992). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Madrid: Siglo XXI.
- ALVARO, J.L. y PAEZ, D. (1996). Psicología Social de la salud mental. En Alvaro, J. L., Garrido, A. y Torregrosa, J. R. (coord.) Psicología Social Aplicada. Madrid: McGraw-Hill.
- ARQUIOLA, E. (1993). "El concepto de enfermedad mental en el mundo moderno". HISTORIA 16, 211, 44-54.
- ARRIZABALAGA, J. (1993). "Locura y enfermedades mentales en el mundo medieval". HISTORIA 16, 211, 33-43.
- ATKINSON, D. T. (1958). Magic, Myth and Medicine. New York: Fawcett Publications.
- AYESTARAN, S. y D. Páez. (1986). "Representación social de la enfermedad mental". REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, VI, 16. 95-128.
- BABBIE, E. (1996). Manual para la práctica de la investigación social. Bilbao: Desclée De Brouwer
- BALUS, C. (1996). "Sobre el futuro de la Psiquiatría". REVISTA DE PSIQUIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA, XXIII, 6, 164.

- BARCIA, D. y P. Pozo. (1988). El Diagnóstico en Psiquiatría: El signo Clínico y la Prueba Funcional. En GUIMON, J. y otros. Diagnóstico en Psiquiatría, op. cit.
- BASTIDE, R. (1975). Sociología de las enfermedades mentales. México: Siglo XXI.
- BATLLE, E. y otros: (1982). Psicología, Sociología y Psiquiatría". Barcelona: Teide.
- BERGER, P. y LUCKMAN, T. (1979). La Construcción Social de la Realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- BERKE, E. y otros. (1975). Laing: Antipsiquiatría y Contracultura. Madrid: Fundamentos.
- BERNARD, P. y TROUVE, S. (1978). Semiología psiquiátrica. Barcelona: Toray Masson.
- BERRIOS, B. E. (1988). Descripción Cuantitativa y Fenómenos Psicopatológicos. En GUIMON, J. y otros. Diagnóstico en Psiquiatría, op. cit.
- BINSWANGER. (1930). Traum und Existenz. Neue Schweizer Rundschau, cit. por FOUCAULT, (1979), op. cit.
- BLAKE, R. R. y MOUTON, J.S. (1961). "Conformity, Resistance and Conversion" en J. A. BERG y B.M. BASS, eds. Conformity and Deviation. Nueva York: Harper. (cit. por Scheff, 1966: 63, op. cit.).
- BLONDEL, CH. (1914). La conscience morbide. París: Alcan, cit. por BASTIDE, (1975), op. cit.
- BOISSIER DE SAUVAGES (1772). Nosologie méthodique. Lyon, cit. por FOUCAULT, 1985: 282.
- CABANIS, P. J. G. (1823). Quelques principes et quelques vues sur les secours publics. Oeuvres complètes, t.II, pp. 201-202, cit. por CASTEL, 1980: 86.
- CABRUJA, T. (1988). Representaciones populares de la locura. En IBAÑEZ GRACIA, T. (coord.) Ideologías de la Vida Cotidiana. Barcelona: Sendai.

- CACABELOS, R. (1989). Salud Mental, Jano, núm. 37 (884), pp. 72-79, cit. por RODRIGUEZ-MARIN, J. en "Influencias sociales y psicológicas en la salud mental", 1992, p. 103.
- CAPARROS, N. y otros. (1975). Laing: Antipsiquiatría y Contracultura. Madrid: Fundamentos.
- CARPINTERO, H. (1978). Historia de la Psicología. Madrid: Unidad Didáctica 5, Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- CARR, A. C. (1982). "Pruebas psicológicas de inteligencia y personalidad". En FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J., op. cit.
- CASTEL, F., CASTEL, R. y COWELL, A. (1975). La Sociedad Psiquiátrica avanzada. El Modelo Americano. Barcelona: Anagrama.
- (1980). El Orden Psiquiátrico. La edad de oro del alienismo. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1978). Vieja y Nueva Psiquiatría. Madrid: Alianza Editorial.
- (1988). Análisis Estructural de la Conducta Psicótica: Su tipificación y taxonomía. En GUIMON, J. y otros. Diagnóstico en Psiquiatría, op. cit.
- CASTILLA DEL PINO, C y otros. (1989). De la Intimidad. Barcelona: Crítica.
- COE, M. R. (1973). Sociología de la Medicina. Madrid: Alianza Universidad.
- COLODRON, A. (1990). Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler. Madrid: Siglo XXI.
- COOPER, D. (1971). Psiquiatría y antipsiquiatría. Buenos Aires: Paidós.
- (1976). La muerte de la familia. Barcelona: Ariel.
- COOPER, J. E. (1988). Perspectivas para la CIE 10. Capítulo 5 (F). En GUIMON, J. y otros. Diagnóstico en Psiquiatría, op. cit.
- CORCES, V. (1982). "Un acercamiento al problema de psiquiatría comunitaria". DOCUMENTACION SOCIAL, 47, Madrid.

- CORCES, V. (coord.). (1983). Aproximación dinámica a la psicosis. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- CORRES, B. (1926). Historia del Sanatorio de San José de Ciempozuelos. Madrid: Imprenta del Asilo de Huérfanos del Sagrado Corazón de Jesús.
- CHINCHILLA MORENO, A. (1996). Las Esquizofrenias. Madrid: Masson.
- DAVIS, K. (1938). Mental Hygiene and the class structure. *Psychiatry* I cit. por ROSEN, G. op. cit. 1974: 373.
- DSM-III. (1983). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, S.A.
- DSM-IV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A.
- DUNOD. (1698). Project de la charité de la ville de Dole. Paris, cit. por CASTEL, 1980: 103, op. cit.
- DURAN, M. A. (1983). Desigualdad Social y Enfermedad. Madrid: Tecnos, Colección de Ciencias Sociales.
- EATON, J. W. y WEIL, R. J. (1955). Culture and Mental Disorders. Clencoe, The Free Press, cit. por ROSEN, G. (1974), op. cit.
- ECHEVARRIA PEREZ, R. (1995). "El Diagnóstico Categorical y las Estrategias de Investigación en Psicopatología". INFORMACIONES PSIQUIATRICAS, 141, 363-374. Barcelona.
- ECK, M. (1966). Los Enfermos Mentales y su tratamiento. Barcelona: Herder.
- ESPINO, A. (1995). "La salud mental en los noventa: guía para la discusión". REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, XV, 55. 149-159.
- ESPINOSA IBORRA, J. (1966). La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX. Valencia.
- ESQUIROL (1818). "Des établissements consacrés aux aliénés en France en "Des maladies mentales" (1838: 134). París, cit. por FOUCAULT (1985: 80).

ESTALRICH CANET, J. (1996). "Emilio Mira y la guerra civil española". REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, XVI, 59, 497-507.

FONDRINE, J. (1971). Un psiquiatra en busca de su profesión. Península, 1971.

FOUCAULT, M. (1979). Enfermedad Mental y Personalidad. Buenos Aires: Paidós.

(1982). Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. Madrid: Siglo XXI.

(1985). Historia de la locura en la época clásica. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H. I. Y SADOCK, J. B. (1982). Tratado de Psiquiatría. Tomo I. Barcelona: Salvat.

FREIDSON, E. (1977). Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York: Dodd, Mead & Co.

FREUD, S. (1972). Psicoanálisis Aplicado y Técnica Psicoanalítica. Madrid: Alianza editorial.

(1988). Proyecto de una Psicología para Neurólogos y otros ensayos. Obras Completas, Vol. 2. Barcelona: Orbis.

FROMM, E. (1984). El miedo a la libertad. Barcelona: Paidós.

GARCIA, R. (Recop.) (1975). Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial. Barcelona: Barral.

GARRIDO (1991). "Ultimos avances sobre la esquizofrenia". Revista JUAN CIUDAD, 366, Hermanos Hospitalarios, Madrid,

GOFFMAN, E. (1980). ESTIGMA. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

(1984). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

(1987). La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu.

GOMEZ, J. C. (1968). Historia de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España. Granada: ANEL.

- GONZALEZ DE PABLO, A. (1993). "La locura en la filosofía y la medicina antiguas", HISTORIA 16, 211, 26-33.
- (1993). "La configuración de la psiquiatría del siglo XX", HISTORIA 16, 211, 79-88.
- GONZALEZ DURO, E. (1987). Treinta Años de Psiquiatría en España: 1956-86. Madrid: ediciones Libertarias.
- (1978). Psiquiatría y Sociedad Autoritaria: España 1939-1975, Colección Manifiesto, serie Sociología, Akal editores.
- (1989). Memoria de un Manicomio. Madrid: Ediciones Libertarias.
- (1995). Historia de la locura en España. Tomo II. Siglos XVIII y XIX. Madrid: Temas de Hoy.
- GUIMON, J. y otros. (1988). Diagnóstico en Psiquiatría, II Congreso Mundial sobre el Diagnóstico en Psiquiatría, (Bilbao 1988). Barcelona: Salvat.
- HARRE, R. (1982). El ser social. Madrid: Alianza Universidad.
- HERZLICH, C. (1973). Health or Illness, London: Academic Press. Cit. por Durán, (1983), op.cit.
- HEYWARD, H. y Varigas, M. (1973). Antipsiquiatría. Una controversia sobre la locura. Madrid: Fundamentos.
- HUGHES, J. (1984). Manual de Psiquiatría Moderna. México: LIMUSA.
- HUERTAS, R. (1993). "El saber psiquiátrico en la segunda mitad del siglo XIX", HISTORIA 16, 211, 66-79.
- IBAÑEZ GRACIA, T. (1988). Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai.
- JASPER, K. (1964). Autobiografía filosófica. Buenos Aires. Cit. por Corcés, V., op. cit. (1983: 28).
- JERVIS, G. (1977). Manual Crítico de Psiquiatría, Barcelona: Anagrama.

- JONES, M. (1968). Social psychiatry in practice. The idea of the therapeutic community. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- KANT, I. (1995). Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza. REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, 337-351.
- KIRK, S. A., Siporin, M & Kutchins, H. (1989). "The Prognosis for Social Work Diagnosis". SOCIAL CASEWORK: THE JOURNAL OF CONTEMPORARY SOCIAL WORK.
- KIRK, S. A. & KUTCHINS, H. (1992). The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry. New York: Aldine de Gruyter.
- KOLLE, K. (1963). An introduction to Psychiatry Philosophical. New York: Library, New York. Cit. por Fondraine (1971), op. cit.
- KÖNIG, R. (1973). Tratado de sociología empírica. Madrid: Tecnos.
- KRIEGK, Cf. (1863). Heilanstalten Geistkranke ins Mittelälterliche Frankfort am Main. Cit. por Foucault (1985).
- KUTCHINS, H. y KIRK, S.A. (1988). "The Business of Diagnosis: DSM-III and Clinical Social Work". SOCIAL WORK, 33 (3), 215-220.
- LAIN ENTRALGO, P. (1950). La Historia Clínica. Madrid: C.S.I.C. Cit. por Barcia, D. y Pozo, P. (1988) op. cit.
- LAING, R. D. (1972). El Cuestionamiento de la Familia. Buenos Aires: Paidós.
- (1972). Esquizofrenia y Presión Social. Barcelona: Cuadernos Infimos.
- (1983). La Voz de la Experiencia. Barcelona: Crítica, Grupo Grijalvo.
- (1987). Razón, Demencia y Locura. La formación de un psiquiatra. Barcelona: Crítica.
- LEA, H. C. (1907). A History of the Inquisition of Spain. Nueva York: MacMillan Company, vol. III, 58-63. Cit. por Rosen, (1974: 28).

- LEURET, F. (1840). Du traitement moral de la Folie. Paris. Cit. por Castel (1980: 121) op. cit.
- LEVINSON, D. J. y GALLAGHER, E.B. (1971). Sociología del enfermo mental. Buenos Aires: Amorrortu.
- LEVY, A. (1971). Las Paradojas de la libertad en un Hospital Psiquiátrico. Madrid: Euramérica.
- LINE, Bruce G. (1987). "Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection". AMERICAN SOCIOLOGICAL REVIEW, 52, 96-112.
- LINK, B. G. (1987) "Understanding Labeling Effects in the area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection". AMERICAN SOCIOLOGICAL REVIEW, 52, 96-112.
- LINN, L. (1982). Diagnóstico y psiquiatría: Síntomas de los trastornos psiquiátricos. En FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J. Tratado de Psiquiatría, Barcelona: Salvat.
- LISON TOLOSANA, C. (1992). Las Brujas en la Historia de España. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- LLINARES ZARAGOZA, C. (1966). Etiopatogenia. Genética de la Esquizofrenia. En Chinchilla Moreno, A. Las Esquizofrenias. Madrid: Masson.
- MARQUEZ MORENO, M^a D. (1989). La Asistencia Psiquiátrica en Castilla-La Mancha durante el siglo XIX. Toledo: Servicio de Publicaciones, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- MARSELLA, A. & White, M. (1984). Cultural Conceptions of Mental Health & Therapy. Netherlands: Reidel Publishing Co.
- MAZA ZORRILLA, E. (1996). "Historia y enajenación mental. Acompasamiento y singularidad de una experiencia centenaria". REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, XVI, 57, 87-103.
- MEZZICH, J. E. (1988). Enfoque Prototípico y el Diagnóstico Psiquiátrico. En GUIMON, J. y otros. Diagnóstico en Psiquiatría. Barcelona: Salvat.

- MIGUEL, J. M. de. (1976). "Un modelo crítico sobre (supuestos) enfermos mentales". REOP: enero-marzo.
- MOFFATT, A. (1988). Psicoterapia del Oprimido. Buenos Aires: Humanitas.
- MONTES RODRIGUEZ, J.M. (1996). Epidemiología. En Chinchilla Moreno, A. Las Esquizofrenias. Madrid: Masson.
- MORA, G. (1982). Tendencias históricas y teóricas en psiquiatría. En FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Salvat.
- MULLAHY, P. (1982). Harry Stack Sullivan. En FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Salvat.
- NUÑEZ, R. (1985). Integración del estudio psicológico (con el uso del DSM-III). México: El Manual Moderno.
- O. M. S. (1960). Epidemiología de los trastornos mentales. Ginebra: 8º Informe, nº 185.
- (1992). CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.
- (1993). CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Tablas de Conversión entre la CIE-8, la CIE-9 y la CIE-10. Madrid: Meditor.
- (1994). CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid: Meditor.
- PAEZ, D. y col. (1985). Salud Mental y Factores Psicosociales. Madrid: Fundamentos.
- PARCHESI, P. (1979). Manual de Psiquiatría Clínica. México: Trías.
- PERAZA de AYALA, T. (1947). Psiquiatría Española en el siglo XIX. Madrid: C.S.I.C.
- PINEL, P. (1804). Tratado Médico-Filosófico de la enajenación del alma o manía. Madrid.
- (1809). Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale. París. Cit. por CASTEL (1980: 53) op. cit.

- PLUMER, K. (1983). Los documentos personales. Introducción a los problemas y la bibliografía del método humanista. Madrid: Siglo XXI.
- POLAINO LORENTE, A. (1983). Psicología Patológica. Madrid: UNED.
- POLO GRIÑAN, C. (1996). "El jofrismo: del mito primigenio a la deformación histórica". REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA. XVI, 58, 313-324.
- PORTER, R. (1989). Historia de la Locura. Barcelona: Grijalvo.
- PORTORIERO, E. y otros. (1983). Diagnóstico Psicológico y Psiquiátrico. Buenos Aires: Helguera Editores.
- RAYNOR, P. (1985). Social Work, Justice and Control. Oxford: Basil Blackwell.
- RENDUELES, G. (1989). El manuscrito encontrado en Ciempozuelos. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- ROSEN, G. (1983). Locura y Sociedad. Sociología Histórica de la Enfermedad Mental. Madrid: Alianza Universidad.
- ROSSELL, T. y Tizón, J. L. (1983) Salud Mental y Trabajo Social. Barcelona: Publicaciones de la Escuela Superior de Asistentes Sociales de la Universidad de Barcelona.
- ROVECHE, B. (1960). Alcohol. New York: Grove Press, cit. por WOODRUFF, GOODWIN Y GUZE (1978: 74), op. cit.
- RUIZ OGARA, C. (1988). El Diagnóstico Psiquiátrico y el Diagnóstico Psicoanalítico. En GUIMON, J. Y Otros. Diagnóstico en Psiquiatría, op. cit.
- RUIZ OLABUENAGA, J. I. y ISPIZUA, M^a A. (1989). La Descodificación de la Vida Cotidiana. Métodos de Investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- SACKS, Oliver (1987). El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Muchnik editores.
- SAEZ BUENAVENTURA, C. (1981). "Una aproximación al "mito" de las madres patógenas" REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, I, 2, 31-56.

SANCHEZ VALLEJO, J. (1974). Psiquiatría, Sociología y Tecnocracia. En ALONSO FERNANDEZ, F. Psiquiatría Sociológica, op. cit.

SANDWITH, F. M. (1985). The Cairo lunatic Asylum. JOURNAL OF MENTAL SCIENCE vol. XXXIV, cit. por FOUCAULT (1985: 187), op. cit.

SANTO DOMINGO, J. (1974). Participación de la Psiquiatría. En ALONSO FERNANDEZ, F. Psiquiatría Sociológica, op. cit.

SARTORIUS, N. (1988). Perspectivas Internacionales de las Clasificaciones Psiquiátricas. En GUIMON, J. y otros. Diagnóstico en Psiquiatría, op. cit.

SAURI, J. J. (1969). Historia de las ideas psiquiátricas. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohlé

SCHEFF, T. J. (1973). El rol de enfermo mental. Buenos Aires: Amorrortu.

(1975). Labeling Madness. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

SCHWARTZ, H. y JACOBS, J. (1984). Sociología Cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad. México: Trillas

SEDGWICK, P. (1975). R.D. Laing: El si mismo, el síntoma y la sociedad. En CAPARROS, N. (compilador). LAING: Antipsiquiatría y Contracultura. Madrid: Fundamentos.

SENDRAIL, M. (1983). Historia cultural de la enfermedad. Madrid: Espasa Calpe, S.A.

SERIGO SEGARRA, A. (1969). Bases Sociales de la Asistencia a los enfermos mentales. Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.

(1972). Medicina Preventiva y Social (Introducción a la Medicina Comprensiva). 3 Tomos. León: Instituto Fray Bernardino de Sahagún de Estudios e Investigaciones, Excma Diputación Provincial de León.

(1975). Temas de Asistencia Psiquiátrica. Madrid: Publicaciones de la Dirección General de Sanidad.

SHADISH, W. R., Jr., Lurigio, A. J. y Lewis, D. A. (1989). "After Deinstitutionalization: The Present and Future of Mental

Health Long-Term Care Policy". JOURNAL OF SOCIAL ISSUES, Vol. 45, 3, 1-15.

SIEGLER, M. y OSMOND, H. (1974). Models of Madness, Models of Medicine. New York: Mac Millan. Cit. por Durán, (1983: 55), op. cit.

SILVANA DE ROSA, A. The Social representations of mental illness in children and adults. En DOISE, W. y MOSCOVICI, S. (edit.). Current Issues in European Social Psychology. Volume 2.

SILVESTRI, A. y BLANK, G. (1993). Bajtín y Vigotski: la organización semiótica de la conciencia. Barcelona: Anthropos.

SODDY, K. (edit.). Mental Health and Value Systems. Comité Científico de la Federación Mundial para la Salud Mental, cit. por SZASZ, T. (1970), op. cit.

SPITZER, R. L y WILSON, P. T. (1982). Clasificación en psiquiatría. En FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H. Y SADOCK, B.J. (1982). Tratado de Psiquiatría, Tomo I. Barcelona: Salvat.

STONE, L. (1984). "Stone-Foucault: La locura en la época clásica". REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, IV, 10, 240-267.

STROMGREN, E. (1988). Concepto de Psicosis Reactiva. En GUIMON, J., MEZZICH, J.E. y BERRIOS, G.E. Diagnóstico en Psiquiatría. Barcelona: Salvat.

SULLIVAN, H. S. (1971). La Entrevista Psiquiátrica. Buenos Aires: Psique.

SZASZ, T. (1970). Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

(1982). El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

TAJFEL, H. (1975). La categorización social. En MOSCOVICI, S. Introducción a la Psicología Social. Barcelona: Planeta.

TAYLOR, I., Walton y J. Young, J. (1977). La nueva criminología. Contribución a una teoría social de la conducta desviada. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- THOITS, P. A. (1985). "Self-labeling Processes in Mental Illness: The Role of Emotional Deviance". AMERICAN JOURNAL OF SOCIOLOGY, 91, 2, 221-249. University of Chicago.
- VALLEJO NAJERA, A. (1970). Psicosis de Guerra". Cit por GONZALEZ DURO (1970: 10), op. cit.
- VALLEJO RUILOBA, J. y otros (1984). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Salvat.
- VENTIS, W. L. (1995). "The Relationships Between Religion and Mental Health". JOURNAL OF SOCIAL ISSUES. Vol. 51, No. 2, 33-48.
- VIETH, I. (1965). Hysteria. The history of a disease. Chicago: University of Chicago. Cit. por WOODRUFF, GOODWIN Y GUZE. (1978: 46) op. cit.
- VILLAGRAN, J. M. y J. M. OLIVARES (1995). "¿Hay alguna psiquiatría que no sea biológica?". REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, XV, 54, 137-150.
- VIVES, J. L. 3§(1985). Del Socorro de los Pobres. Madrid, Marsiega.
- VOLTAIRE. (1935). Locura. En DICTIONNAIRE PHILOSOPHIQUE París: Benda. Cit. por FOUCAULT (1985: 282), op. cit.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H. y JACKSON, D. (1976). Teoría de la Comunicación Humana. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- WOODRUFF, R. A. Jr., GOODWIN, D. W. y GUZE, S. B. (1978). El Diagnóstico en Psiquiatría. México: El Manual Moderno.
- ZAGLUL, A. (1991). Mis 500 Locos. Memorias de un director de un un manicomio. Santo Domingo: edic. de Taller.