

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL**

**ESTUDIO DE LAS VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL
DIAGNOSTICO DE LAS
ENFERMEDADES MENTALES A TRAVES DE LAS HISTORIAS
CLINICAS DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO**

CANDIDA ACERO SAEZ

Director de la Tesis:

JOSE RAMON TORREGROSA

Mayo, 1997

**ESTUDIO DE LAS VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL
DIAGNOSTICO DE LAS
ENFERMEDADES MENTALES A TRAVES DE LAS HISTORIAS
CLINICAS DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO**

TRABAJO PRESENTADO POR CANDIDA ACERO SAEZ
PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE DOCTOR EN
CIENCIAS POLITICAS Y SOCIOLOGIA

DIRECTOR DE LA TESIS:
PROF. D. JOSE RAMON TORREGROSA

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a los Hnos. de San Juan de Dios por haberme prestado su colaboración para poder consultar los archivos del Centro de Ciempozuelos, al profesor D. José Ramón Torregrosa, Director de la Tesis, sin cuyas orientaciones no hubiese sido posible realizarla y a José Luis Alvaro por sus recomendaciones bibliográficas.

Dedicatoria

A los enfermos mentales que han estado
internados en Ciempozuelos.

INDICE

	Página
INTRODUCCION GENERAL	13
Objetivos	33
Hipótesis de trabajo	34
Método de Trabajo	36

PARTE PRIMERA

Capítulo I

APROXIMACION A LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA

1. Aproximación a la historia de la psiquiatría	46
1.1. La locura en la antigüedad.....	49
1.2. La locura en la Edad Media y el Renacimiento	58
1.3. Los siglos XVIII y XIX	70
1.4. El nacimiento de la psiquiatría.....	74
1.4.1. La Escuela Francesa	75
1.4.2. La Escuela Alemana	84
1.4.3. La Psiquiatría Norteamericana	91
1.5. La psiquiatría anterior a la Primera Guerra Mundial.....	92
1.5.1. Dirección Clínica	93
1.5.2. Investigación psicopatológica	93
1.5.3. Investigación psicoanalítica	93
1.6. La psiquiatría durante las décadas de los 20 y 30	96
1.7. Final de la Segunda Guerra Mundial.....	98
1.8. Desde mediados de los 50 hasta mediados de los 60....	100
1.9. La Psiquiatría actual	101

Capítulo II.

CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

2.1. Introducción.....	104
2.2. Concepto de salud mental versus concepto de enfermedad psíquica	110
2.3. Concepto de enfermedad psíquica versus concepto de salud mental	116

Capítulo III

LAS CLASIFICACIONES PSIQUIATRICAS

3.1. Introducción	130
3.2. Las primeras clasificaciones psiquiátricas.....	137
3.3. Las clasificaciones psiquiátricas en Estados Unidos	147
3.4. El D.S.M. y la C.I.E.	148
Categorías principales de la CIE-10	159
Clasificación DSM-IV	173

Capítulo IV

INSTRUMENTOS DE EVALUACION DIAGNOSTICA 196

4.1. El diagnóstico psicopatológico	197
4.1.1. El diagnóstico dimensional	199
4.1.2. El diagnóstico categorial	200
4.1.2.1. El enfoque nosológico	200
4.1.2.2. El enfoque prototípico	202
4.1.3. El diagnóstico dinámico	202
4.2. Signos y síntomas típicos de los trastorno mentales	205
I. Conciencia	208
II. Afecto.....	209
III. Conducta motora	210

IV. Pensamiento	211
V. Percepción.....	214
VI. Memoria	215
VII. Inteligencia	215
4.3. El DSM, la CIE y otros instrumentos.....	216
4.4. Pautas para el diagnóstico de la esquizofrenia (CIE-10)	228
F.20 Esquizofrenia	230
F.20.0 Esquizofrenia paranoide.....	233
F.20.1 Esquizofrenia hebefrénica	234
F.20.2 Esquizofrenia catatónica.....	235
F.20.3 Esquizofrenia indiferenciada.....	237
F.20.4 Depresión postesquizofrénica	237
F.20.5 Esquizofrenia residual.....	238
F.20.6 Esquizofrenia simple	239
4.5. Los tests psicológicos	240

Capítulo V

PRINCIPALES CONCEPCIONES PSIQUIATRICAS

5.1. Ideología y Salud Mental	246
5.2. Principales concepciones psiquiátricas	250
5.2.1. Concepciones médico-organicistas	253
5.2.2. Concepciones psicodinámicas	254
5.2.3. Concepciones conductistas	256
5.2.4. Concepciones sociológicas.....	256
a) Concepciones antipsiquiátricas.....	257
b) Concepción ético-sociológica.....	260
c) Teoría del etiquetado	261
5.2.5. Concepciones holísticas	263
5.2.6. Conclusiones	264

PARTE SEGUNDA

HISTORIA DEL CENTRO DE SAN JUAN DE DIOS

Introducción	267
--------------------	-----

Capítulo VI

PERIODO DE FUNDACION (1877-1903)

6. Período de Fundación (1877-1903)	283
6.1. Descripción del Manicomio	293
6.2. El servicio facultativo	296
6.3. Sostenimiento económico	298
6.4. El Reglamento del Manicomio	302

Capítulo VII

PERIODO DE PERFECCIONAMIENTO (1903-1925)

7.1. Descripción del Establecimiento	308
7.2. Sostenimiento económico	317
7.3. La vida religiosa de los enfermos	325
7.4. El equipo médico	326
7.5. Los tratamientos del enfermo mental	329
7.6. Requisitos de ingreso	334
7.7. El servicio de asistencia	335

Capítulo VIII

PERIODO DE REMODELAMIENTO (1925-1970)

8. Período de Remodelamiento (1925 - 1970)	337
8.1. Distribución de los enfermos	339
8.2. La asistencia a los enfermos	340
8.3. Sostenimiento económico	344
8.4. Legislación vigente	346
8.5. El servicio de asistencia médica	356

Capítulo IX

PERIODO ACTUAL

9. Período actual (desde 1970)	360
9.1. AREA DE SALUD MENTAL (HOSPITALIZACION)	
Unidad IX. San Juan de Dios	369
9.2. AREA DE SALUD MENTAL (REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL)	375
Unidad IV. Beato Juan Grande	376
Unidad V. San Rafael.....	377
Unidad VI. San Camilo	378
9.3. AREA DE RESIDENCIA ASISTIDA (Psicogeriatría)	379
Unidad VII. San José	381
Unidad IX. San Juan de Dios (Psicogeriatría mujeres)..	384
9.4. AREA DE MINUSVALIDOS PSIQUICOS (Rehabilitación y Educación Especial)	386
Unidad I. Niño Jesús	390
Unidad II. San Luis	390
Unidad III. San Ricardo Pampuri	391
9.5. AREA DE HOSPITALIZACION MEDICA	392
Unidad VII. Antón Martín.....	393
Unidad X. Beato Benito Menni	393
9.6. Conclusiones	402
Principios Ideológicos de la Orden Hospitalaria.....	426

PARTE TERCERA

ESTUDIO DE LAS VARIABLES QUE INFLUYEN EN LOS DIAGNOSTICOS DE LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS

INTRODUCCION	428
--------------------	-----

Capítulo X

MANICOMIO DE VARONES EN CIEMPOZUELOS

10.1. Manicomio de Varones en Ciempozuelos (1877-1908	442
10.2. Manicomio de los Hermanos de San Juan de Dios (1909-1917)	488
10.3. Casa de Salud (1918-1925)	506
10.4. Conclusiones (1877-1925)	514

Capítulo XI

SANATORIO DE SAN JOSE PARA ENFERMOS MENTALES

11.1. Sanatorio de San José para Enfermos Mentales (1925-1950)	526
11.1.1. Década de los 30	534
Período 1936-39	556
11.1.2. Década de los 40	560
11.2. Sanatorio Psiquiátrico San José (1951-1976)	585
11.2.1. Década de los 50	585
11.2.2. Década de los 60	597
11.3. Hospital Psiquiátrico San José	603

Capítulo XII

CENTRO SAN JUAN DE DIOS

Centro San Juan de Dios	622
Conclusiones	632

INDICE DE CUADROS.

Cuadro 1.	Sistemática Historiográfica de la Psiquiatría	49
Cuadro 6.0	Estadística de los Manicomios en España	281
Cuadro 6.1.	Estadística de la Casa desde 1877 a 1886.....	292
Cuadro 6.2.	Entradas, salidas y muertes en diversos hospitales ..	292
Cuadro 6.3.	Contratos con Diputaciones y fechas.....	300
Cuadro 7.1.	Enfermos residentes (1º Mayo 1914)	315
Cuadro 7.2.	Movimiento estadístico de la casa (1903-1918)	324
Cuadro 9.1.	Diagnósticos en Corta y Media Estancia (1992-1994)	374
Cuadro 9.2.	Distribución por diagnósticos psiquiátricos	379
Cuadro 9.3.	Distribución por diagnósticos (Retrasos Mentales)	380
Cuadro 9.4.	Distribución por edades	380
Cuadro 9.5.	Distribución por diagnósticos psiquiátricos (Unidades VIII y IX)	385
Cuadro 9.6.	Distribución por diagnósticos. Retraso Mental. (Unidades VIII y IX)	385
Cuadro 9.7.	Distribución por edades (Unidades VIII y IX)	386
Cuadro 9.8.	Distribución por Diagnósticos (Unidades I, II y III).....	392
Cuadro 9.9.	Distribución por Edades (Unidades I, II y III).....	392
Cuadro 9.10.	Distribución por Diagnósticos Psiquiátricos. Unidades VII y X)	395
Cuadro 9.11.	Distribución por Edades (Unidades VII y X).....	395
Cuadro 9.12.	Estadística General Hospitalaria	397
Cuadro 9.13.	Plantilla de Personal	397
Cuadro 9.14.	Personal religioso.....	399
Cuadro 9.15.	Personal Arrendamiento de Servicios.....	400
Cuadro 9.16.	Personal Contratas de Servicios	400
Cuadro 9.17.	Nº de enfermos ingresados anualmente en el Centro desde su fundación	401
Cuadro 10.	Guía de Historias	441
Cuadro 10.1.	Estado Civil Enfermos (años 1881 y 1900)	451
Cuadro 10.2.	Movimiento general de enfermos (1876 a 1926)	511
Cuadro 11.1.	Estado Civil Enfermos Ingresados en 1927	528
Cuadro 11.2.	Movimiento de Enfermos por Departamento y Meses	529
Cuadro 11.3.	Naturaleza y Estado de Entrados y Salidos	531

Cuadro 11.3.	Naturaleza y Estado de Entrados y Salidos	531
Cuadro 11.4.	Movimiento por Enfermedades Agrupadas según la Clasificación de Kraepelin (1921)	533
Cuadro 11.5.	Datos Enfermos Ingresados (1950)	589
Cuadro 12.1.	Diagnósticos de los enfermos ingresados	628
Cuadro 12.2.	Nº Enfermos ingresados por año	630

INDICE DE PROTOCOLOS

Protocolo de Admisión (1877)	486
Examen Clínico	486
Protocolo de Admisión (1909)	501
Estado Físico	501
Estado Psíquico	502
Cuestionario Clínico (1913)	505
Certificado Médico para Enfermos Psíquicos	584
Protocolo de Admisión (1925).....	567
Examen al Ingreso (1925)	568
Examen Mental de Yerkes (década de los 20)	572
Hojas de tratamientos:	
Narcosis permanente de Klaessi	576
Sábana mojada termógena	577
Cuestionario enviado a las familias (1930).....	578
Hoja de Observación	582
Esquema de la Constitución	583
Protocolo de Admisión (1951)	595
Estado al Ingreso (I. Psíquico, II. Físico)	596
Protocolo de Admisión (1976)	618
Cuestionario para enfermos con retraso mental	619
BIBLIOGRAFIA	659

INTRODUCCION GENERAL

"Apartarse de la razón sin saberlo, porque se está privado de ideas, es ser imbécil; apartarse de la razón, sabiéndolo, porque se es esclavo de una pasión violenta, es ser débil; pero apartarse con confianza, y con la firme persuasión de que se la sigue, es ello, me parece, lo que se llama estar loco".

(Encyclopédie, artº "Locura")

El presente trabajo tiene por objeto el estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales. Este estudio lo hemos realizado mediante la observación de las historias clínicas de un hospital psiquiátrico y abarca un período de tiempo que se extiende de 1877 a 1995.

La elección del tema de la tesis, algo que en un principio preocupa en gran medida a todo doctorando, fue una tarea fácil como tuvimos ocasión de comprobar posteriormente, cuando nos tuvimos que enfrentar a los muchos obstáculos que fueron surgiendo durante la realización de la misma. Mi interés se centraba en torno a algún aspecto dentro del ámbito de la psiquiatría por lo que cuando el profesor Torregrosa, director de la tesis, sugirió el tema no dudé un momento en aceptarlo.

Tampoco hubo ningún problema en la elección del Centro dónde poder realizar la investigación. El Centro San Juan de Dios había celebrado años atrás su centenario y por su antigüedad (fue inaugurado en 1877) y el elevado número de expedientes (más de 19.000) que conserva en sus archivos nos ofrecía, probablemente como ningún otro centro en España, el lugar idóneo para realizar nuestro trabajo.

El motivo principal que nos decidió a elegir este tema parte del desconocimiento que se tiene sobre las causas de la enfermedad

mental. Es un hecho evidente, como lo demuestra la literatura sobre el particular, que este desconocimiento ha dado lugar a todo tipo de divagaciones que han tratado de explicar este fenómeno desde las distintas concepciones psiquiátricas (sobrenaturales, ético-morales, organicistas, psicológicas y socioculturales). Con el nacimiento de la psiquiatría van a surgir multitud de escuelas que, aunque tampoco dieron una solución al enigma de la locura, si diagnosticaron al enfermo de tal forma que se llegó a decir que cada escuela tenía su propia clasificación. De esta controversia surgió nuestro interés por averiguar los síntomas en que se apoyaban los psiquiatras para diagnosticar las enfermedades mentales y nada mejor para contestar a nuestra pregunta que elegir este tema para la realización de nuestra tesis doctoral.

Por otro lado, una vez conocidos los síntomas utilizados (biológicos, psicológicos y socioculturales) tendríamos que interpretar su relación con las distintas concepciones psiquiátricas. Frente a la objetividad de los síntomas de la enfermedad física hay que destacar la subjetividad de los síntomas mentales y su dependencia de las distintas concepciones psiquiátricas.

Por último, al no haber encontrado publicado ningún trabajo sobre este tema nos pareció de gran interés poder iniciar la investigación con este tipo de documentos, de tal forma que esperamos dejar abierto el camino para la realización de futuras tesis que puedan verificar o refutar nuestros resultados, por un lado, y por otro reiniciar el interés por el campo de la psiquiatría.

Antes de seguir adelante queremos aclarar que hemos utilizado en el título de la tesis, y también lo utilizaremos con frecuencia a lo largo de la exposición, el término "variable" porque encaja mejor dentro de la terminología sociológica; en la terminología médica, aunque a veces también lo utilizan, hacen referencia a signos y síntomas y también, etiología y curso de la enfermedad.

Para el DSM-III (un manual de clasificación de enfermedades) el término "enfermedad", por lo general, implica una etiología o un proceso fisiopatológico específico. En psiquiatría, debido al

desconocimiento de la etiología de la enfermedad, se utilizó el término "síndrome" que hace referencia a "un conjunto de síntomas que aparecen juntos y que configuran un estado reconocible" y se intentó elevarlo al rango de enfermedad sin que esto haya sido posible.

Los síntomas que denotan una enfermedad son datos sensibles que se observan en el espacio y tiempo; en las enfermedades mentales, salvo que tengan una causa orgánica demostrable, raramente ocurre esto. El síntoma es la manifestación de un estado patológico que en algunas acepciones se limita a las quejas subjetivas (lo que el enfermo manifiesta al explorador). El signo es la "manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el examinador más que manifestados por el sujeto". Frecuentemente, "el uso común incluye dentro del síntoma signos objetivos que reflejan el estado patológico".

La tesis se ha dividido en tres partes: en la primera se exponen, a través de los cinco capítulos de que consta, los conocimientos teóricos adquiridos como resultado de nuestra investigación bibliográfica y que hemos considerado necesarios para poder iniciar el estudio de las historias clínicas; en la segunda se desarrolla a lo largo de cuatro capítulos el estudio del establecimiento en el que se ha realizado la investigación y, por último, en los tres capítulos que componen la tercera parte, núcleo central de la tesis, se exponen los resultados y conclusiones a las que hemos llegado tras realizar el estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales.

Una vez elegido el tema, el lugar y organizado el trabajo, nos dispusimos a comenzar el estudio, y con esta intención iniciamos la investigación bibliográfica que nos proporcionó la información que se ha recogido en la primera parte y que consideramos necesaria para poder abordar sin demasiados problemas la observación de las historias clínicas.

El desconocimiento de las causas de la locura ha dado lugar a todo tipo de divagaciones en torno a la naturaleza de la enfermedad mental, la mayor parte de las veces tan irracionales como la locura misma. Sin embargo, aunque se ignore qué es la locura, no se duda de que nos encontramos ante una realidad universalmente aceptada; de

siempre han existido individuos a los que por transgredir la normas sociales, o por sus conductas incomprensibles o formas de comportarse anómalas se les ha etiquetado de muy diversas maneras pero dentro de la categoría que hoy conocemos como enfermedad mental. Las respuestas que las distintas sociedades han dado a esta realidad han estado bajo la influencia de sus creencias religiosas, filosóficas, supersticiosas, mágicas o médicas.

La enfermedad mental se estudió por primera vez en la Grecia del siglo V (a.C.). Los filósofos griegos, defensores de la racionalidad como la facultad más noble del hombre, no pudieron aceptar la concepción sobrenatural y consideraron la locura un trauma moral. Por el contrario, para sus colegas médicos la enfermedad era un fenómeno natural que la mente podía llegar a descubrir y lo explicaron mediante la teoría de los humores y los temperamentos. Se observa ya el problema nunca resuelto entre las teorías psicológicas y las teorías somáticas.

A partir de Galeno comienza la denominada Edad de las Tinieblas, etapa de oscurantismo en la que predominó la concepción sobrenatural que se extendió hasta el siglo XVIII. Para los teólogos cristianos, ajenos a la filosofía griega, la enfermedad mental era la consecuencia de la lucha entre Dios y Satanás por la posesión del alma. Los locos, poseídos por el demonio y causantes de múltiples desgracias, sufrieron una persecución constante que les llevó incluso a ser acusados de herejes o brujos y a ser juzgados por los Tribunales de la Inquisición que, en muchas ocasiones, les condujeron a la hoguera. Otra forma de tratar al loco poseído fueron los exorcismos que realizaron los clérigos en los monasterios. "Las mentalidades medieval y renacentista podían considerar la locura como religiosa, como moral o médica, como divina o diabólica, como buena o mala" (Porter, 1989: 27).

En el siglo XVII, se comienza a ingresar a los locos y la medicina empieza a reclamar su derecho sobre la enfermedad mental y así Pablo Zachias (1624-1650) defiende que el diagnóstico de la enfermedad mental, tal como lo establece el Derecho Romano y el Canónico, lo deben hacer los médicos, pero las familias no siempre acuden a ellos sino que

ingresan al enfermo teniendo en cuenta sus conductas, es decir, más por su carácter moral que por su enfermedad. Para Tissot (+ 1787) el onanismo, la degeneración corporal y la degeneración espiritual son los tres eslabones que quitan la vida mental en este mundo y la vida eterna en el otro (Peraza, 1947).

A finales del siglo XVIII, al loco se le convierte en el representante de la asociabilidad; no transgrede una ley como el criminal sino que se le considera capaz de transgredir todas a la vez. La solución es internarle y así se produce, en palabras de Foucault, el "gran confinamiento"; de perturbador pasa a ser perturbado. De esta forma se pretende proteger al loco de la sociedad y a la sociedad del loco.

La psiquiatría, término acuñado por Christian Reil en 1808, nació en los asilos y se adscribe al movimiento de la Ilustración que estimuló una actitud racional ante lo psíquico morboso y dio lugar a un proceso de secularización que transformó los "movimientos mágico-eclesiásticos en movimientos racionales" (Alonso Fernández, 1978: 26). Proliferarán las distintas escuelas y formas de pensar y cada una tendrá su propia terminología. De tanta palabrería en opinión de Jaspers, uno de los padres de la psiquiatría, irán surgiendo las perlas que conformarán la naciente disciplina pero, recomienda a los psiquiatras que aprendan a pensar (Jaspers, 1964: 21).

Con Pinel nace la psiquiatría clásica francesa, escuela que dirigió la psiquiatría durante el siglo XIX. A Pinel se le ha considerado el padre de la asistencia psiquiátrica por liberar a los locos de sus cadenas y organizar el espacio de los asilos (reexpedir, separar, redistribuir). Inició la anamnesis, descripción de la enfermedad, dando lugar a las historias clínicas. Rechazó las especulaciones aventuradas sobre las causas ocultas de los fenómenos (Castel, 1980: 116). No más hipótesis en torno a la enfermedad mental, diría Pinel, y comenzó a observar y describir los hechos para después analizarlos. "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, 1975: 196).

Pinel convirtió al médico en juez natural de todo cuanto sucede en el manicomio y medicalizó el tratamiento moral que antes había sido utilizado por un comerciante cuáquero en York y un celador hospitalario en París. Pinel y Esquirol comenzaron los estudios empíricos de la enfermedad mental y siguiendo un modelo médico especularon sobre sus orígenes somáticos, lo que motivó que se abandonaran casi por completo las interpretaciones demonológicas. Por otro lado, la concepción ético-moral de la enfermedad mental condujo al tratamiento moral del loco convirtiendo los manicomios en escuelas reformatorios.

Con Morel y Magnan la psiquiatría se orientará hacia una especie de racismo antiloco al poner las nociones de degeneración y constitución en primer plano la "perversión" del enfermo mental (Castel 1980: 53). Para Morel ciertos trastornos dependen de una debilidad hereditaria y considera el alcohol una causa degeneradora, lo que motivará que se investigue la herencia y el alcohol como causas de la locura. Con la teoría de la degeneración se da un paso más de la semiología a la etiología.

Las teorías de Franz Josef Gall publicadas en "Exposición a la frenología" (1806) donde relacionaba las facultades mentales con la protuberancias del cerebro tuvieron un gran éxito, al igual que las teorías de Lombroso quien defendió que la "insania moral" del criminal obedecía a alguna anomalía física, lo que le llevó a caer en un determinismo biológico que pretendió olvidar que el comportamiento criminal es un hecho social. Griesinger defendió que las enfermedades mentales eran enfermedades del cerebro lo que dio lugar al modelo organicista. Con Griesinger se cierra una época que muchos han dado en llamar la prehistoria de la psiquiatría moderna y, en palabras de Corcés, el hecho de considerar las enfermedades mentales enfermedades del cerebro, situó a la psiquiatría en el marco de la medicina natural y encadenada, por tanto, a su destino (Corcés, 1983: 19). El loco, que a principios del siglo XIX había ganado la condición de ciudadano, ha de ganarse ahora la de enfermo en cuanto a que sus padecimientos han de ajustarse al patrón de enfermedad.

Convencido de la inutilidad de las investigaciones anatomopatológicas que tanto auge tuvieron durante la segunda mitad del siglo XIX, Kraepelin, "el gran hombre de la psiquiatría pesada" o "psiquiatría de los asilos", se centró en el estudio de la etiología, los síntomas y el curso de la enfermedad. Frente a Kraepelin surgió Freud, "el gran hombre de la psiquiatría ligera", o "psiquiatría de los consultorios", que introdujo la biografía del enfermo en la historia clínica lo que dio lugar a que la anamnesis, de ser la historia de una enfermedad, se convirtiese en la historia de un enfermo y a partir de entonces se intentará comprender el comportamiento del enfermo estudiando su sociobiografía. El término "psicótico" que a finales del siglo XIX y principios del XX se interpretaba como un trastorno de las funciones mentales superiores, a partir de Freud, pasaría a significar la "pérdida de la realidad".

Durante la década de los 20, Kretschmer (1923) encontró una correlación entre psicosis y constitución que dio lugar al desarrollo del modelo constitucionalista cuya tipología tuvo una gran aceptación. A partir de aquí, no surgirán nuevas teorías en torno a las causas de la enfermedad mental hasta los años 60 que aparecen las teorías sociológicas que tanta repercusión tuvieron en la psiquiatría.

Lo más importante a destacar, durante la década de los 30, fueron los tratamientos de choque (cura insulínica de Sakel, electrochoque, psicocirugía) que, debido a los efectos que producían en los enfermos, dieron lugar a múltiples críticas, principalmente por parte de la Iglesia Católica y la Unión Soviética. Las críticas a los manicomios habían dado lugar a que se creara en Estados Unidos el Comité Nacional de Higiene Mental (1909) y más tarde la Liga Internacional de Higiene Mental (1930) que promocionarían, años después, una serie de alternativas a estos establecimientos y la desinstitucionalización de los enfermos.

Al final de la Segunda Guerra Mundial se impone la psiquiatría norteamericana caracterizada por la dicotomía entre una orientación biologicista y una orientación dinámica, debido esta última al fuerte arraigo que en este país tuvieron las teorías freudianas. Es

importante destacar en esta escuela la figura de Sullivan que bajo la influencia de científicos sociales (Cooley, Benedict, Mead, Sapir, etc.) hizo de la psiquiatría la ciencia de las relaciones interpersonales. El objeto de la psiquiatría deja de ser el individuo para pasar a ser una situación interpersonal en un momento dado. En los 50 se introduce la psicofarmacología que va a permitir la desinstitucionalización de muchos enfermos y realizar una psiquiatría comunitaria que, obviamente, no va a desarrollarse por igual en los distintos países.

En la historia de la psiquiatría hay que destacar los esfuerzos realizados en la búsqueda de la causa de la enfermedad mental que, al mismo tiempo, justificase su propia existencia como rama de la medicina. El debate entre los que defendían la enfermedad mental como enfermedad del alma y los que consideraban que se debía a alteraciones del soma ya que el alma no podía enfermar, ha dirigido las investigaciones en uno u otro sentido y, aunque los estudios han sido exhaustivos, raramente se han visto coronados por el éxito.

No es de extrañar, pues, que las representaciones sociales en torno a algo tan enigmático como son las causas de la enfermedad mental hayan sido tan distintas, según se hayan atribuido las causas a fenómenos sobrenaturales, ético-morales, biológicos, psicológicos o sociales y así hemos podido observar la imagen del loco poseído por el diablo, lunático, peligroso como los criminales y delincuentes, irresponsable como los niños, inmoral como los libertinos, improductivo como los enfermos e impedidos, ó, desde un punto de vista más positivo, poseído por Dios, portador de una enfermedad sagrada, gurú, sabio-genio, entre otras.

En los párrafos anteriores hemos intentado reflejar algunas de las interpretaciones que en torno a la locura han destacado a lo largo de la historia de la psiquiatría y que ampliamente se desarrollan en el capítulo I.

Los conceptos de salud y enfermedad mental, tal como se abordan en el capítulo 2, no son fáciles de definir, pues se basan en razones que dependen con frecuencia de las concepciones psiquiátricas

vigentes y del contexto social en que se definen. No hay una delimitación clara entre ambos conceptos y las fronteras son difíciles de establecer en este continuo a no ser que se impongan, "técnica o dogmáticamente desde el poder médico" (González Duro, 1987), ya que como muchos sostienen el "concepto de salud mental no es un concepto científico, sino un juicio de valor" (Eateon y Weil, 1955: 189). En definitiva, como dijo Jaspers, considerado uno de los padres de la psiquiatría, "la cabeza del médico se rompe cuando piensa sobre lo que significa sano y enfermo" (cit. por Corcés, 1983: 28).

Los términos razón y locura son inseparables pero no existe un lenguaje común entre ellos. El lenguaje de la psiquiatría, nos dice Foucault, se ha establecido sobre este silencio. Paradójicamente no se sabe lo que es la locura pero todos identificamos al loco. "Voltaire se asombra de que no se sepa cómo un alma puede razonar falsamente, ni cómo puede cambiar algo en su esencia, en tanto que, sin vacilación, "se la conduce, sin embargo, a los manicomios" (cit. por Foucault, 1985: 282).

Para Cacabelos (1989), la salud mental de la persona, desde su gestación, depende de factores hereditarios, de la educación familiar y escolar, del nivel de bienestar social, del grado de realización personal en el medio sociolaboral, del grado de equilibrio y las demandas sociolaborales, socioeconómicas, socioculturales y psicosociales y de un envejecimiento digno. No debe extrañarnos, pues, la ambigüedad de un concepto en el que intervienen tantos factores y, al mismo tiempo, nos preocupa el grave riesgo al que estamos expuestos ante una salud mental tan frágil.

En el capítulo 3 se tratan las clasificaciones psiquiátricas. Aunque los psiquiatras no llegaron a delimitar la frontera entre lo normal y lo patológico, ni encontraron las causas de la enfermedad mental, si la diagnosticaron y clasificaron. Una de las críticas que se han hecho al nosólogo psiquiátrico es que no sólo describe la llamada enfermedad del paciente, sino que también describe su conducta futura. Durante el siglo XVIII proliferaron tantas clasificaciones que se llegó a decir que cada médico tenía la suya propia. De esta confusión surgiría en el siglo XIX la nosología de Kraepelin que se erigiría como modelo

standard de la moderna psiquiatría. Kraepelin trató de poner un orden en el mundo de la locura y, basándose en la descripción de los síntomas y el curso de la enfermedad, construyó una clasificación que tuvo una gran aceptación en los países en los que la psiquiatría había adquirido cierta entidad, pero adaptándola a la psiquiatría de cada lugar respectivo. Para Corcés, ello muestra la falacia del ecumenismo psiquiátrico (Corcés, 1983: 32).

La psiquiatría se ha tenido que enfrentar a una crisis profunda de identidad y ha trabajado por construir las actuales clasificaciones que tienden a homologar los diferentes centros de poder psiquiátrico o el discurso de las numerosas escuelas. Con este propósito, los equipos de investigadores de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han llegado después de muchos años de investigación y debates internacionales a diseñar los actuales manuales de clasificación, DSM-IV y CIE-10 respectivamente, que son revisados periódicamente y que según sus promotores han conseguido una mayor fiabilidad del diagnóstico pero no han aportado gran cosa con respecto a su validez. Como afirman muchos psiquiatras "el diagnóstico psiquiátrico aunque pretende ser empírico está lleno de hipótesis subyacentes que no se reconocen, ni abordan, ni facilitan la comprensión del sentido y las motivaciones de las vivencias y conductas anormales que aparecen en los trastornos psíquicos" (Ruiz Ogara, 1988: 259).

"Las actuales clasificaciones, aunque se proclaman ateóricas y desarrollan importantes esfuerzos en pos de un eclecticismo, no han podido escapar a esa tendencia que comporta el riesgo de alentar a sus usuarios hacia un cierto reduccionismo biologista. Sin embargo, es de hacer notar que los sesgos en el proceso diagnóstico dependen, en realidad, más de la orientación teórica del psiquiatra y de determinadas características de la personalidad que de los instrumentos diagnósticos en sí mismos. En última instancia, pues, el problema del diagnóstico es una cuestión de educación psiquiátrica" (Guimón, 1988: 7).

Los psiquiatras tratan de construir una psiquiatría científica que les permita un entendimiento mutuo y, con esta finalidad, se han

reunido en Madrid, del 23-27 de agosto de 1996 y han celebrado el X Congreso Mundial de Psiquiatría con el lema "Un Mundo, un lenguaje".

En el capítulo 4 se tratan los criterios e instrumentos de evaluación diagnóstica. En un mundo tan ambiguo y complejo como es el de la psiquiatría, no es extraño que sean múltiples los criterios que se siguen para diagnosticar al enfermo mental y, menos aún, que estos dependan de la escuela o de la concepción a la que pertenece el explorador. Las críticas al diagnóstico han sido muy numerosas y, no sólo desde la teoría del etiquetamiento, debido en parte a la poca fiabilidad del diagnóstico. En los Estados Unidos se decía que para curar la esquizofrenia no hacía falta más que cruzar el Atlántico. No es extraño, pues, que el interés por el diagnóstico haya tenido muchas fluctuaciones teniendo en cuenta que, en el mejor de los casos, al enfermo no le favorece y, en el peor, le estigmatiza de por vida. En la actualidad, los criterios están especificados en las últimas revisiones de los manuales DSM y CIE, que tampoco están libres de críticas ya que, como dice Malt (1986): "La comprensión psicológica basada en la intuición y en la interpretación no se considera científica".

En el capítulo 5 nos hemos aproximado a las distintas concepciones psiquiátricas. Para Szasz, no hay duda que la psiquiatría no es simplemente un "arte de curar" sino una ideología y una tecnología para la estructuración radical del ser humano. Las distintas concepciones psiquiátricas (biológicas, psicológicas y socioculturales) han defendido durante años sus distintas posturas sin tener en cuenta la realidad del ser humano como un ser biopsicosocial. El modelo biopsicosocial trata de dar una explicación desde los tres niveles pero se le critica que aunque estudian la conducta desde una perspectiva global difícilmente pueden ser utilizados para la investigación etiológica de los trastornos mentales, ni tampoco explican o lo hacen de forma insuficiente en que consiste la interacción entre los distintos niveles (Villagrán y Olivares, 1995: 142-143).

En la segunda parte, capítulos 6-9, se exponen los resultados del estudio del establecimiento donde estuvieron ingresados los enfermos cuyas historias clínicas han hecho posible la realización de esta

tesis. En la introducción, hemos tratado de dar una visión de la escabrosa situación del enfermo mental en la España anterior a la creación del establecimiento para intentar comprender el por qué de su fundación. Las primeras estadísticas datan de 1848 y nos revelan que existían 7.277 dementes en la península e islas adyacentes. En España, los poderes públicos no se interesaron por el enfermo mental hasta la publicación de un Real Decreto de 27 de diciembre de 1821 que motivó la creación de los primeros manicomios. La Ley de Beneficencia de 1836 responsabilizó de las "casas de los locos" a las Juntas de Beneficencia, sucesoras de los Cabildos, pero poco se hizo en su beneficio.

A mediados del siglo XIX, en el país que tuvo los primeros manicomios del mundo, decía como preámbulo ministerial de un Real Decreto dirigido a las autoridades gubernativas provinciales, instigándolas a que de cualquier modo crearan el servicio de alojamiento de dementes: "la humanidad se estremece al considerar el modo en que, por lo general, se desempeña esta alta obligación; jaulas inmundas y tratamientos crueles aumentan por lo común la perturbación mental de aquellos". El poder central confesaba así su impotencia (cit. por Corres, 1926: 7).

El antiguo Manicomio de Varones de Ciempozuelos ha sido testigo mudo de una etapa sombría de la vida de miles de individuos que permanecieron encerrados dentro de sus muros, privados de libertad y, cuyas historias, la mayoría de las veces dramáticas, se conservan silenciosamente en sus archivos. A lo largo de todos estos años, este establecimiento ha pasado por distintas etapas que reflejan no sólo los cambios operados en la institución psiquiátrica, sino también los cambios políticos, económicos, sociales y jurídicos que han influido en los acontecimientos acaecidos en su interior e, incluso en el cambio de su propia denominación (Manicomio, Casa de Salud, Sanatorio para Enfermos Mentales, Sanatorio Psiquiátrico, Hospital Psiquiátrico y, desde 1992, Centro San Juan de Dios.)

Para organizar nuestro trabajo y, al mismo tiempo, hacer más comprensible su exposición hemos dividido la trayectoria del establecimiento en cuatro períodos que coinciden, principalmente, con

los cambios operados en su infraestructura, lógicamente los más visibles pero no los más importantes, aunque si lo suficiente como para haber influido también en su estructura interna. Cada período se ha desarrollado en un capítulo.

- Capítulo 6. Período de fundación (1877 - 1903).
- " 7. Período de perfeccionamiento (1903 - 1926).
- " 8. Período de remodelamiento (1926 - 1976).
- " 9. Período actual (desde 1976).

A finales de 1876, Benito Menni había comprado a D^a Josefa López de Alcaraz, una finca con casa y huerta en Ciempozuelos, que distaba 34 kms. de la capital, con el propósito de fundar un asilo para alienados. Con el ingreso del primer enfermo, ocurrido en mayo de 1877, damos comienzo al período de fundación.

En la actualidad, nada queda del antiguo manicomio. Las nuevas construcciones, modernas y funcionales, rodeadas de amplios jardines adornados con múltiples plantas, flores y mucha arboleda, le dan un aspecto agradable y muy distinto de la imagen que la mayoría de la población tiene de estos establecimientos. Los enfermos, física y psíquicamente capacitados, disponen libremente de las zonas de recreo y de una amplia cafetería, además de un salón de cine y teatro, iglesia, y los distintos servicios necesarios para el buen funcionamiento de un establecimiento moderno. No obstante, y a pesar de la teoría de "puertas abiertas", las salidas al exterior siguen estando controladas y son pocos los enfermos que gozan del privilegio de entrar y salir libremente. Por la Ley 13/83, en su artículo 211 que regula los ingresos psiquiátricos, sólo los enfermos que ingresan por su propia voluntad gozan de este privilegio, además de aquellos que obtienen la autorización de su psiquiatra.

En la Tercera Parte se expone el núcleo central de la tesis, el estudio de las variables que influyen en los diagnósticos psiquiátricos. A lo largo de tres capítulos (10-12) se describe la información recogida, interpretación y análisis y las conclusiones a las que se ha llegado como resultado de la investigación realizada,

Es importante hacer hincapié en que, desde sus comienzos, el establecimiento donde se ha realizado la investigación ha dependido económicamente de los convenios con las distintas Diputaciones, compromiso que le ha obligado a aceptar prácticamente a todos los enfermos que estas le remitían, en general, los casos considerados "incurables" por su grave patología. Los enfermos allí internados, en su mayoría, están diagnosticados desde hace muchos años lo que implica un largo período de tratamiento con varias experiencias de internación en otro u otros hospitales. Nos encontramos con un hospital de crónicos, lo que inclina nuestra investigación hacia lo que se ha denominado "psiquiatría pesada" o "psiquiatría de los asilos", muy distinta, por la patología de los enfermos, de la "psiquiatría ligera" o psiquiatría que se practica en los consultorios. Para Alonso Fernández, la primera pervive en forma de una psiquiatría neurológica maciza y mecanicista que ve la enfermedad como una "especie de monstruo mecánico que produce síntomas" y la psiquiatría ligera "que se caracteriza por el imperio monopolizador de la psicodinamia, por lo que adolece de excesiva fluidez y escasa consistencia"(Alonso Fernández, 1978: 16).

Mediante la observación de cientos de expedientes se han estudiado las variables recogidas por los psiquiatras en las historias para diagnosticar a los enfermos psíquicos. En la relación médico-enfermo se permite hablar al enfermo pero los registros suelen recoger sólo aquella información que se quiere oír, aquella que fundamenta la enfermedad que se va a diagnosticar o, por lo menos, una conducta anómala. A través de nuestras lecturas hemos podido observar como los psiquiatras han tratado de hacer del arte de la psiquiatría una ciencia y mediante la realización de múltiples investigaciones han intentado encontrar las causas de la enfermedad mental. Al fracasar en sus intentos, estudiaron los síntomas que agruparon en síndromes, lo que daría lugar a las distintas clasificaciones psiquiátricas.

Hasta finales de la década de los 70, comenta Colodrón, los especialistas norteamericanos diagnosticaban la esquizofrenia con gran facilidad, comparándoles con los especialistas europeos. "El posicionamiento doctrinal condiciona el diagnóstico en razón de los criterios por los que se define la enfermedad" (Colodrón, 1990)

El hombre discrimina, abstrae y generaliza, tratando de reducir la complejidad y variabilidad del universo a una estructura de conceptos limitada que hace posible la categorización. Para M. de Vega (1985: 341): "Las categorías diagnósticas de los psiquiatras han sufrido tradicionalmente críticas por la falta de acuerdo o la heterogeneidad de los pacientes incluidos en una misma categoría".

La crítica al concepto de especie morbosa hizo que muchos investigadores se planteasen como alternativa la búsqueda de una especificidad biológica respecto de los síntomas: "Las modificaciones biológicas deberían relacionarse, más que con enfermedades, con los síntomas, que son estados reales. Por eso no es contradictorio que aparezcan las mismas alteraciones en diferentes enfermedades ..." (Barcia y Pozo, 1988: 24).

Alonso Fernández distingue 3 posturas nosográficas: una nosografía básica en la que aparecían infinidad de discrepancias en las distintas clasificaciones de los trastornos psíquicos. Se admiten varios tipos de enfermos mentales y se practica el diagnóstico en cuanto juicio clínico comentado que implica un pronóstico y una orientación terapéutica; una actitud antinosologista que defiende la tesis de la enfermedad psíquica única o unitaria y que ve el diagnóstico como un obstáculo para la comprensión individual y singular del enfermo y, por último, una actitud hipernosologista que subdivide los tipos psiquiátricos clásicos en numerosas categorías y sigue formulando los diagnósticos-etiqueta. (Alonso Fernández, 1978: 23-23). En la actualidad es esta última actitud la que predomina si nos remitimos al amplio uso del DSM y la CIE.

Aunque es evidente que la psiquiatría se tiene que enfrentar a la incurabilidad de la enfermedad mental, lo que le impide cumplir con el objetivo principal de la medicina, curar al enfermo, nadie duda de que desarrolla una actividad dentro de la medicina, que tiene su propia literatura, su propio lenguaje y que está ampliamente respaldada por asociaciones internacionales. Pero, al igual que los conceptos de enfermedad y salud mental no son fáciles de definir, tampoco resulta

fácil señalar cuáles son los objetivos de la psiquiatría y qué se entiende por enfermo mental. La sociedad acepta la medicina como la única ciencia legitimada para curar; en psiquiatría el arte de curar se ha desplazado a la gestión de la vida del enfermo.

Los tres elementos de la psiquiatría son el enfermo mental, el psiquiatra y el marco en el que ambos se desenvuelven. Los tres han sido socialmente construidos por las expectativas sociales, las normas culturales y las pautas de conducta. La psiquiatría es una actividad en la que los participantes interactúan a través de roles sociales especiales (rol de psiquiatra y el rol de enfermo mental). Su naturaleza viene parcialmente definida por estos roles.

Para Berger y Luckman (1979) el conocimiento de la realidad nos sirve de guía de nuestras conductas. Cada persona tiene una forma distinta de observar la realidad, pero ello no nos impide que podamos intercambiar nuestros conocimientos, lo que permite objetivarlos, organizarlos y poder compartir los mismos criterios. El uso de la práctica psiquiátrica ha permitido a los psiquiatras compartir sus conocimientos y actuar, en cierta medida, de común acuerdo. Cuando una mayoría comparte los mismos criterios se llega a su institucionalización convirtiéndose en legítimos. El criterio social es pues un producto de los criterios humanos. Al estar ampliamente compartido el conocimiento de la realidad no se duda de su objetividad y por el hecho de educar a las personas para aceptar esa realidad, ellas son también, en cierta manera, un producto de la sociedad.

Las diversas concepciones psiquiátricas se han integrado en un todo que es lo que constituye la propia naturaleza de la psiquiatría. Estas concepciones (biológicas, psicológicas y socioculturales) tuvieron su vigencia en tiempos y espacios determinados y las distintas teorías constituyeron un pilar importante para la propia identidad de los psiquiatras, aunque no existiese entre ellos un mutuo entendimiento.

El propósito de esta investigación consiste precisamente en observar el tipo de información recogida por los psiquiatras en las historias clínicas para diagnosticar a los enfermos mentales. Partimos de

la hipótesis de que en la elección de los síntomas que sirven de base para el diagnóstico, influyen las distintas concepciones psiquiátricas lo que demuestra la naturaleza subjetiva de los síntomas mentales, algo que pudimos corroborar a lo largo de nuestro estudio. Tales concepciones son parte de la construcción social de la práctica psiquiátrica y, mientras se siga ignorando el origen de estas enfermedades, es de esperar que continúen las divagaciones teóricas en torno al tema. Lo positivo de las múltiples investigaciones realizadas, es que, aunque no hayan dado una solución a la búsqueda de la causa, han permitido tener un conocimiento mucho más profundo del ser humano.

Las distintas culturas han enfocado el problema de diferente manera apreciándose una visión distinta en la sociedad occidental que en la oriental e, incluso, dentro de la sociedad occidental el enfermo esquizofrénico se curaba sólo con atravesar el océano, se decía, para demostrar la poca consistencia del diagnóstico. La proliferación de escuelas, cada una con su propio lenguaje, aumentó más si cabe la propia confusión dentro de la psiquiatría, lo que obligó a instituciones de reconocido prestigio, como la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Americana de Psiquiatría a promocionar grupos de expertos internacionales que trabajasen para homologar una clasificación internacional de las enfermedades mentales que permita a todos los psiquiatras entenderse en un mismo idioma.

La psiquiatría, nacida en los asilos, es una actividad socialmente construida, que forma parte de una estructura compleja en la que se mezclan diversas teorías y actividades profesionales que sólo se pueden comprender dentro del contexto sociocultural de los elementos participantes. Las teorías que existen sobre la enfermedad mental son producto del entorno en el que se desarrollan. Pero estas teorías van a influir también en el ambiente ya que afectan a la forma de pensar y actuar de la gente con respecto al enfermo mental, lo que motiva un cambio de actitudes, ideas y valores.

El perfil del psiquiatra queda configurado por las expectativas ocupacionales, por la naturaleza como ocupación, enunciados y criterios organizados, los antecedentes de la enfermedad mental; sus relaciones

con otros grupos profesionales e instituciones sociales le dan carta de naturaleza como ocupación. Dicha naturaleza cambia, crece y quizá declina a tenor de los cambios sociales; de esta forma, el conocimiento y las ideas que utilizan los psiquiatras responden también a estos cambios.

Los antecedentes de la psiquiatría se encuentran en los distintos países, pero la mayor parte de la bibliografía que conocemos procede de Europa occidental y de Norteamérica. La práctica y la teoría están también influenciadas por diversos factores sociales ajenos al desarrollo académico y práctica de la profesión; a modo de ejemplo podemos citar los cambios de las políticas sociales y los cambios jurídicos, los cambios en las necesidades sociales, los laboratorios farmacéuticos, etc. La legislación y aspectos económicos, la organización de los servicios y de los organismos públicos, las técnicas gerenciales, son factores importantes que intervienen en la práctica del psiquiatra.

El objeto de la psiquiatría son los enfermos mentales. Ellos construyen parcialmente la actividad a través del proceso que les convierte en enfermos. El enfermo mental no supone siempre un estado invariable o absoluto. Los enfermos mentales interactúan con los psiquiatras y esta relación se ve afectada por el status de ambos. Al enfermo mental se le ve desde las distintas representaciones de las instituciones, la familia, la sociedad. Pensemos por ejemplo en las distintas actitudes que se tienen con respecto al enfermo alcohólico. A veces, incluso se le asocia a una determinada clase social. Aunque no se sabe qué es la enfermedad mental todo el mundo reconoce al loco, aunque las actitudes hacia él no son las mismas.

En medicina se puede decir que la enfermedad es un proceso que termina cuando al enfermo se le da el alta por curación, pero en psiquiatría esto raramente ocurre. Cuando la persona empieza a notar que hay algo dentro de ella que no funciona y que no puede explicarse por sí misma, puede ocurrir que decida pedir ayuda o que alguien la presione para que lo haga. Elegir el centro o el profesional va a depender de sus propias representaciones y también de su situación económica o de lo que esté dispuesto a gastar. Una vez diagnosticado, adquiere la categoría de enfermo que puede modificar su status a medida que vaya pasando por

diferentes consultas, o cuando las actitudes de su familia, de su comunidad y las de otros organismos cambien respecto a él, al conocer que está en tratamiento psiquiátrico. El estigma del etiquetamiento le enfrenta a la dura realidad; la dificultad de dejar de ser un enfermo mental. Con el tiempo cambiará sus propias actitudes hacia sí mismo y aceptará su rol de enfermo mental. La persona se ve como enferma y actúa de acuerdo con ello. El yo es un producto social y la forma como actuamos y nos vemos es en parte una consecuencia de la forma como otras personas actúan con respecto a nosotros.

La psiquiatría es interactiva por propia naturaleza; ante la demanda del enfermo o la familia, atiende el médico y se cambia de tratamiento siempre que este no responda a las expectativas del psiquiatra. A los enfermos se les trata como categorías, no como individuos; se les convierte en un caso y dejan de ser tratados como personas desde que se les priva de su capacidad de autodeterminación. La personalización se produce cuando se le respeta y se le deja participar en las decisiones y esto lo debería tener en cuenta la moderna psiquiatría que, para evitar el fracaso, debería ser un reflejo de la moderna construcción social de la realidad psiquiátrica elaborada por los clientes, por los psiquiatras y por sus respectivos entornos sociales. Programas de este tipo han comenzado hace pocos años a llevarse a la práctica en Inglaterra.

En la relación psiquiatra-enfermo mental hay poca comunicación y poca identificación por parte del psiquiatra. La mayoría interpretan la información bajo sus propias ópticas profesionales y las concepciones a las que están adscritos. Los enfermos aprenden que es lo que pueden esperar y como deben comportarse. La presentación del enfermo será reinterpretada no sólo en función de las presunciones de los psiquiatras, sino también las presiones sociales, la institución. Con frecuencia, la rigidez de los organismos tiene más influencia en el tratamiento que la propia teoría y práctica psiquiátrica. El contexto orgánico modela y controla la psiquiatría como ocupación, así como el etiquetar de enfermo a una persona en particular.

El diagnóstico y el tratamiento definen la necesidad de la atención médica. Teóricamente, la sociedad evalúa las necesidades con la racionalización de los servicios. La familia y la comunidad ayudan a la desinstitucionalización de los enfermos (psiquiatría comunitaria de Max Jones). Ahora bien, debido a la incorporación de la mujer al trabajo, la escasa dimensión de las viviendas, la carencia de recursos sociales alternativos a la institucionalización, etc. la colaboración por parte de las familias es cada vez más difícil; por el contrario y desde un punto de vista más positivo, parece ser que la nueva psicofarmacología facilita el manejo de estos enfermos y, por tanto, la desinstitucionalización, siempre, claro está, que el enfermo no se niegue a tomar la medicación debido a los efectos secundarios que ella produce.

La psiquiatría se construye socialmente a través de la interacción con los enfermos, a través de la formación como profesión y a través de unas fuerzas sociales que la definen a lo largo de su contexto. Entre los conflictos y debates teóricos surgen teorías para la práctica en un momento determinado. La teoría para la práctica tiene que adaptarse a las presiones sociales de cada momento. Independientemente de estas presiones, los psiquiatras son responsables del diagnóstico psiquiátrico y de sus consecuencias para el enfermo.

Por ello, como dice Echevarría Pérez, "no es el síntoma ni el trastorno (síndrome o enfermedad). Es el paciente en tanto que persona" la unidad de análisis fundamental en psicopatología. La actividad diagnóstica coloca a los psiquiatras en la posición de tener que individualizar y generalizar inevitable y simultáneamente. "Clasificar significa buscar lo unitario en lo múltiple, lo genérico en lo individual. El peligro es que esta generalización que supone clasificar nos impida acceder a lo personal. La clasificación es un momento de la evaluación diagnóstica y debe ponerse siempre al servicio del trato individualizador del paciente". "... en su intento de homogeneizar los elementos pertenecientes a una misma categoría, en su intento de homogeneizar los fenómenos clínicos y los mecanismos etiopatogénicos, el enfoque nosológico evita la consideración de las variables individuales y personales. Como se ha dicho en múltiples ocasiones, al adquirir un estatuto científico la enfermedad se deshumaniza, se separa cada vez más

de la vivencia de la persona que la padece. Se despersonaliza. (Echevarría Pérez, 1995: 373-374).

Hasta que se llegue a esta humanización de la psiquiatría y a este diagnóstico personal de cada paciente que no tenga en cuenta el diagnóstico categorial, y el prestigio de una profesión, sino sólo la persona que sufre y la intención de ayudarla, la mayoría de los psiquiatras continuarán poniendo una etiqueta que de hecho no ayuda al enfermo y si estigmatiza al que la lleva.

En las páginas anteriores hemos expuesto someramente el contenido de la tesis para cuya realización nos hemos tenido que introducir dentro de un terreno tan polémico como ha sido y es el psiquiátrico. Durante las últimas décadas poco se ha progresado en el sentido de dar una respuesta al enigma del origen de la enfermedad mental, aunque se siguen realizando múltiples investigaciones. Los psicofármacos han permitido desinstitucionalizar a muchos enfermos pero el abuso de la desinstitucionalización ha creado nuevos problemas que siguen sin resolver y que siguen poniendo en tela de juicio la eficacia de la psiquiatría aunque no siempre sean los psiquiatras los únicos responsables de estas medidas.

Objetivos

Los principales objetivos que nos propusimos al inicio de nuestra investigación y que junto con la hipótesis de trabajo nos sirvieron de guía para su realización fueron los siguientes:

Objetivo general:

Estudiar las variables recogidas en las historias clínicas para diagnosticar a los enfermos mentales durante el período 1877-1995 y analizar la influencia que en la elección de estas variables habían podido tener las distintas concepciones psiquiátricas.

Objetivos específicos:

- 1º.- Observar y describir los distintos tipos de variables (biológicas, psicológicas y socioculturales) utilizadas en cada etapa en las que se ha dividido el período estudiado (1877-1995).
- 2º.- Observar cuando se producen cambios significativos para nuestro estudio en la elección de variables e interpretar las relaciones que tienen con las distintas concepciones psiquiátricas.
- 3º.- Observar el criterio prioritario seguido en la elección de estas variables y analizar su relación con las distintas concepciones..
- 4º.- Analizar el discurso psiquiátrico centrado en el estudio de las distintas variables, desde una perspectiva interdisciplinar que nos permita, con el respaldo de los conocimientos teóricos aportados por las distintas disciplinas, no sólo exponer los acontecimientos y comprenderlos, sino interpretarlos de la forma más adecuada.

Hipótesis de trabajo.

El desconocimiento de las causas de la enfermedad mental ha dado lugar a todo tipo de divagaciones teóricas en torno al origen de estas enfermedades. A diferencia de la enfermedad somática, no existe una etiología, síntomas y signos que definan la enfermedad mental y hagan posible un diagnóstico, pronóstico y tratamiento comúnmente aceptado por la comunidad psiquiátrica internacional. De ahí la gran proliferación de escuelas que surgieron durante el siglo XIX, con sus distintas teorías y distintas clasificaciones que trataron de explicar este fenómeno desde sus respectivas perspectivas. En las últimas décadas, los esfuerzos de los investigadores han ido encaminados a tratar de evitar esta dispersión mediante la utilización de unos criterios diagnósticos y una clasificación internacional que permita un mejor entendimiento entre los psiquiatras.

El fracaso en la búsqueda de la causa de la enfermedad mental condujo a estos profesionales a centrarse en el estudio de los síntomas, al ser el síntoma la manifestación de un estado patológico. Al conjunto de síntomas que aparecen juntos y que configuran un estado reconocible lo denominaron síndrome. La psiquiatría categorizó los síndromes y trató de elevarlos al rango de enfermedades, algo que no prosperó. Por otro lado, los síntomas psíquicos no siempre se presentan de la misma manera. Frente a la objetividad de los síntomas físicos se señala la subjetividad de la naturaleza de los síntomas mentales.

Para los psiquiatras, la representación de las causas de la enfermedad mental depende de las distintas concepciones psiquiátricas vigentes o del modelo que les marque la escuela a la que están adscritos. A lo largo de la historia de la psiquiatría hemos podido observar como se han atribuido las causas de la enfermedad mental a fenómenos sobrenaturales, ético-morales, biológicos, psicológicos o socioculturales. La característica principal de la psiquiatría ha sido la falta de unanimidad entre sus profesionales con respecto a la etiología, el diagnóstico y el pronóstico de las enfermedades mentales. En la actualidad, aunque la mayoría aboga por el modelo biológico no suelen dejar de lado los aspectos psicológicos y sociales.

De la polémica en torno hacia dónde dirigir el estudio de los síntomas (físicos, psíquicos o sociales) surgió nuestro interés por el tema que hemos elegido para la realización de esta tesis doctoral. Nos preguntábamos por el tipo de síntomas que estudian los psiquiatras para diagnosticar a los enfermos mentales e intentamos dar una respuesta mediante la formulación de nuestra hipótesis de trabajo:

A lo largo de la historia de la psiquiatría, la elección de los síntomas estudiados por los psiquiatras para diagnosticar a los enfermos mentales ha estado influida por las distintas concepciones psiquiátricas. La diversidad de criterios demuestra la subjetividad de la naturaleza de la enfermedad mental.

Método de trabajo.

El hecho de no haber encontrado en nuestro entorno ningún estudio sobre esta temática que, en cierta medida, nos hubiera servido de modelo y con el que hubiésemos podido contrastar nuestros resultados, nos puso en la situación de tener que enfrentarnos no sólo a algo desconocido, sino además tan complejo como son las historias clínicas de un hospital psiquiátrico. Como ya hemos indicado, dividimos la tesis doctoral en tres partes. Con el fin de confeccionar los capítulos que componen la primera consultamos una amplia bibliografía que nos permitió, a través de sus obras, comunicarnos con muchos autores y las ideas de aquellos que nos dejaron huella pueden observarse a lo largo de nuestra exposición. Si encontrar la bibliografía adecuada, seleccionar los artículos pertinentes, ordenarlos analizarlos e interpretarlos tuvo sus dificultades, no resultó más sencillo la elaboración de la segunda parte, el estudio del establecimiento, pues aquí, además de los problemas anteriores, nos encontramos con la dificultad de encontrar las fuentes documentales necesarias para ello.

No obstante, consideramos que el estudio del establecimiento, aunque no fuese propiamente el objeto de nuestra investigación, era necesario realizarlo en cuanto que fue el lugar donde ocurrieron los acontecimientos que íbamos a investigar y, por tanto, tendría un papel muy importante en el desarrollo de los mismos. Es obvio que no nos desanimamos, y con el tiempo y manteniendo siempre vivo nuestro interés, fuimos localizando los documentos, tal y como se citan oportunamente, que nos permitieron realizar el estudio de uno de los centros psiquiátricos más emblemáticos de nuestro país por haber ocupado un lugar destacado en la asistencia a los enfermos mentales crónicos durante los últimos 120 años.

Para comprender la evolución histórica de la institución manicomial es importante tener en cuenta dos instancias: en primer lugar, la jurídica-política que regula todas las normas para el internamiento de los enfermos mentales y que da lugar, con el pretexto de mantener un orden social, a la existencia de un grupo dominante que, con la ayuda de ciertas instituciones, ejerce su poder sobre el grupo

dominado. Y, por otro lado, la aplicación de la ideología dominante que por encima de las distintas ideologías o concepciones hará posible la reproducción del sistema anterior.

La elaboración de las dos primeras partes nos proporcionaron unos conocimientos teóricos, creemos que suficientes, para poder introducirnos en las historias clínicas y dar comienzo al estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales.

Las historias clínicas son los documentos donde se registra toda la información recogida por el médico para el estudio, diagnóstico y tratamiento de los enfermos mentales. En Psiquiatría, hasta Freud, la anamnesis fue la historia de una enfermedad; a partir de Freud se convertiría en la historia de un enfermo, registrando no sólo las operaciones básicas del proceso clínico sino también la sociobiografía del enfermo. Se consideró que el método descriptivo patológico utilizado hasta entonces no era suficiente y se amplió el conocimiento del enfermo mediante la utilización de cuestionarios con el fin de tratar de descubrir la unidad etiológica. Se pasó de la descripción al interrogatorio, de la deducción a la demostración.

En un principio la cuestión del método nos preocupó enormemente, conscientes como éramos de la importancia que tiene en los resultados de la investigación la elección del método adecuado. Abrumados por el elevado número de historias (más de 19.000), pretendimos llevar a cabo una investigación cuantitativa que, de haberse realizado, nos hubiera simplificado enormemente el trabajo, pero pronto tuvimos que abandonar esta idea al advertir lo inadecuado de nuestra elección. Por otro lado, las tablas estadísticas nunca nos hubieran proporcionado la riqueza de información que hemos conseguido mediante el análisis cualitativo. No obstante, no se descartó por completo la cuantificación que se ha utilizado en algún estudio concreto.

Esta primera decepción no supuso ningún tipo de impedimento para nuestro trabajo, pues en aquellos momentos hubiéramos estado dispuestos a proceder al estudio de todo nuestro universo, si ello hubiese sido necesario, con el fin de conseguir nuestros

objetivos. Lo importante era que disponíamos de unos documentos recopilados a lo largo de un período que se extendía desde 1877 hasta 1995 y que nos ofrecían toda la información necesaria para llevar a cabo nuestro propósito. Nuestra hipótesis y nuestros objetivos nos delimitaban claramente la realidad a investigar, y el elevado número de historias era más que suficiente para poder obtener todos los datos que necesitábamos.

Por otro lado, teniendo en cuenta que nuestro estudio se extendía a lo largo de un amplio período de tiempo, se procedió a dividirlo en distintas etapas, que nos permitió realizar un estudio histórico-comparativo. Para hacer esta división se consideró lo más adecuado partir de los propios protocolos de admisión ya que lógicamente deberían servir de guía a los propios médicos para la recogida de información y, de este modo, hemos seguido también, a través de los protocolos, los cambios en la denominación del centro, que a su vez, implicaban un cambio en la recogida de información y, por tanto, en el número de protocolos utilizados con este fin. Ello nos ha permitido observar que tipo de variables predominaban en cada momento y su relación con las distintas concepciones psiquiátricas. Estos protocolos, sobre todo los más representativos, junto con los cuestionarios, los hemos transcrito y pueden observarse al final de cada etapa. Mientras que el establecimiento los ha utilizado, han sido una guía importante para observar la información utilizada y los cambios efectuados, a pesar de no estar cumplimentados de forma sistemática.

El amplio período de tiempo abordado nos ha permitido seguir a través del estudio de las variables, la evolución de la psiquiatría, las relaciones entre la teoría y la práctica, las distintas ideas y perspectivas, las representaciones de la enfermedad mental, etc. En definitiva, a través de un proceso histórico, que mientras no se conozcan las causas de la enfermedad mental permanece inacabado, hemos intentado estudiar los cambios ocurridos en el estudio de la sintomatología de la enfermedad psíquica. Se ha observado con frecuencia, una psiquiatría mecanicista, característica de estas instituciones por el tipo de enfermos crónicos ingresados, pero ello no ha impedido, debido al elevado número de expedientes, que hayamos podido realizar el estudio sistemático de las

variables y observar el mayor o menor hincapié que se hacía en la elección del tipo de variables (físicas, psíquicas o sociales), e interpretar su relación con las concepciones psiquiátricas vigentes.

Siguiendo, además, una metodología discursiva se han observado y analizado prácticamente todas las historias que existen hasta 1926, recogiendo las distintas categorías de variables utilizadas. En 1926 se llega al expediente número 5.600 aunque, recordamos, no es éste el verdadero número de historias que se conservan en los archivos. A partir de aquí, se consideró que no era necesario continuar con un trabajo tan exhaustivo y se decidió elegir una muestra compuesta, como mínimo, por las 25 primeras historias recogidas de los años terminados en cero, aunque en realidad siempre se han revisado muchas más. Además, como norma, si se observaba que se había producido algún cambio en el tipo de variables, se retrocedía hasta encontrar la fecha en que este se había efectuado.

Para poder desplazarnos sin dificultad por los archivos, avanzar o retroceder en el tiempo, según fuese necesario, confeccionamos una Guía de Historias (Cuadro I, pág. 44). que nos ha permitido localizar sin problemas los expedientes.

Además de la información recogida en los protocolos y en los cuestionarios, que fueron de gran ayuda mientras se utilizaron en el establecimiento, ya que eran una guía sistemática para la recogida de información, es fundamental la información recogida en el apartado Curso de la Enfermedad, dónde el explorador registra, además de la exploración del enfermo y todo lo observado durante las entrevistas, todos los datos proporcionados por otras fuentes. Del Curso de la Enfermedad hemos transcrito, con frecuencia, párrafos completos para ilustrar no sólo diversas situaciones sino también muchas de nuestras argumentaciones. Nunca hemos reproducido una historia completa, no sólo por cuestiones éticas, sino por no haber tenido necesidad de ello. Cuando se ha estimado conveniente, se ha profundizado más en el estudio de una época determinada, tal es el caso del período de la guerra civil y la posguerra, para tratar de observar la influencia que tales acontecimientos podían tener en los diagnósticos.

Mientras no se conozca el origen de la enfermedad mental, la búsqueda de la causa será la preocupación principal de los investigadores psiquiátricos. En la práctica, la tendencia actual aunque la mayoría de los psiquiatras siguen el modelo biológico, lo hacen desde una posición más ecléctica, que considera la manifestación de la enfermedad el resultado de la interacción de fuerzas biológicas, psicológicas y socioculturales. La complejidad del fenómeno exige, para su comprensión, de un estudio interdisciplinar. Ello nos hizo recurrir a otras disciplinas que nos han aportado el marco de referencia epistemológico necesario para el análisis y sistematización de los resultados. Las instituciones psiquiátricas (OMS y APA principalmente) pretenden llegar a un consenso categorial y para ello editan periódicamente sus manuales de clasificación (CIE y DSM) en los que se recomienda el estudio desde esta perspectiva ecléctica, además de seguir unos determinados criterios y pautas para el diagnóstico psiquiátrico que permitan una mayor fiabilidad de los mismos.

Esta concepción ecléctica respecto a la recogida de información se observa en los expedientes más recientes, donde el inventario de sintomatología es exhaustivo. En estos expedientes, además de la historia clínica realizada en el establecimiento, se guardan todo tipo de informes médicos, informes psiquiátricos previos, psicológicos, sociales, de enfermería, terapia ocupacional, documentos legales y administrativos, etc. lo que nos obligó a hacer un gran esfuerzo de concentración para no alejarnos de nuestros objetivos.

El análisis del discurso psiquiátrico nos ha permitido llegar principalmente a una serie de conclusiones que reflejan las teorías, ideas, e intereses de los psiquiatras en relación con el proceso diagnóstico y, además, analizar aspectos de la vida de los pacientes internados, tratamientos, actitudes de la familia y otros temas tal y como se reflejan en la exposición de los resultados.

El análisis de las operaciones cognoscitivas del explorador en las entrevistas con el enfermo revelan, en las primeras décadas, el uso del método empírico descriptivo patológico con el que se pretendía la objetividad de la información registrada. Las historias siguen reflejando

un metodología descriptiva patológica que recoge incluso textualmente las manifestaciones de los enfermos. Pero la realidad es que al seleccionar únicamente las conductas y respuestas patológicas que condicionan el diagnóstico, queda sesgada la información por la propia percepción del explorador. La valoración de este tipo de conductas que no reflejan lo que de normalidad hay en el enfermo, es un sesgo importante que inclina siempre la balanza a favor del diagnóstico pero no del enfermo. Se ignora lo que hay de normal en el enfermo y, aunque las historias hablan, las voces de los pacientes son voces silenciadas, en gran medida, por los que al poseer la credibilidad que el conocimiento les otorga describen sólo aquello que pueda confirmar un diagnóstico psiquiátrico.

En muchas historias, los registros son muy breves y con frecuencia el estudio-diagnóstico se convierte en una rutina, probablemente debido al tipo de pacientes crónicos que ingresan, con diagnósticos similares y a la propia experiencia del explorador para diagnosticar a este tipo de enfermos, todo ello unido al escaso número de médicos y, por tanto, poco tiempo disponible para profundizar en los estudios, aunque más probable sea debido al tipo de psiquiatría mecanicista al que ya hemos hecho referencia.

Finalmente, queremos hacer hincapié en que por cuestiones éticas en todo momento se ha respetado el anonimato de los enfermos. Somos conscientes de la dificultad que existe para poder trabajar con este tipo de documentos, ya que las instituciones suelen negarse a colaborar amparándose en el juramento hipocrático. No se ha hecho ninguna fotocopia de las historias, aunque algunas hubieran sido muy interesantes, ni tampoco de fotografías, ni siquiera de los protocolos al estar cumplimentados con los datos personales, habiendo tenido que transcribirlos manualmente, antes de pasar la información al ordenador, lo que puede dar una idea del trabajo tan enorme que esto ha supuesto. En ningún momento se menciona ningún nombre o dato personal que pueda desvelar la identidad del enfermo en cuestión. El único nombre que se cita es el del primer enfermo ingresado en el establecimiento y ello porque así lo hemos visto en diversos documentos publicados. Actuando así, hemos pretendido mantener las puertas abiertas para futuras investigaciones que consideramos de gran interés para la sociología pues,

como hemos dicho, son pocas las realizadas en este terreno y con este material.

El estudio sistemático y exhaustivo que se ha realizado de datos tan concretos como el tipo de variables y su relación con las distintas concepciones psiquiátricas debería hablar a favor de la fiabilidad de los resultados. Las conclusiones hermenéuticas a las que hemos llegado nos han permitido verificar nuestra hipótesis de que las distintas concepciones psiquiátricas influyen en la elección de los síntomas estudiados para diagnosticar a los enfermos mentales. No hubiésemos podido afirmar lo mismo si se hubiese pretendido confirmar la consistencia de los diagnósticos, o los criterios seguidos para confirmar o no la presencia de la enfermedad mental, por ejemplo, algo que de antemano hubiese sido imposible realizar. Respecto a otras interpretaciones que se hacen puede que existan diferencias ya que las hay no sólo entre sociólogos y psiquiatras sino también dentro de una misma profesión, entre los mismos colegas que tienen distintas concepciones de ver las cosas.

Hemos estudiado la realidad existente en un centro determinado que por su trayectoria ha ocupado y ocupa un lugar importante en la historia de la psiquiatría de este país. Al escribir estas líneas recordamos la extrañeza que nos produjo el no verlo mencionado en la "Historia de la locura en España", Tomo II, Siglos XVIII y XIX, escrita por González Duro (1995).

A través de este estudio hemos recorrido la historia de la psiquiatría, su pasado y su presente y hemos vivido la lenta evolución de la institución psiquiátrica. Hemos observado una y otra vez las historias psiquiátricas tratando de impregnarnos de su contenido para poder analizar, libre de prejuicios, toda la información relevante para nuestro estudio. Pero, aunque hemos pretendido ser objetivos y creemos que en el estudio concreto de las variables lo hemos logrado, debemos admitir que nuestras propias actitudes condicionan nuestra capacidad para comprender y explicar los acontecimientos y esto ha podido influir en algunas de nuestras interpretaciones.

Los psiquiatras, según la concepción psiquiátrica a la que están adscritos, estudian la sintomatología que les sirve como modelo para llegar a un determinado diagnóstico. En Ciempozuelos, en general, se ha observado en los exploradores la influencia del modelo médico-organicista, como por otro lado es normal teniendo en cuenta el tipo de enfermos que acoge; la mayor parte con una base orgánica demostrable (demencias y retrasos mentales) y el resto enfermos mentales crónicos (principalmente esquizofrenias). No obstante, este estudio se ha podido realizar porque los psiquiatras, salvo que estén adscritos a una concepción determinada y esto suele observarse principalmente en las consultas privadas y en los consultorios, siguen las concepciones vigentes en la épocas en que estuvieron en auge. No obstante, es obvio que nunca se hubiera podido aplicar en Ciempozuelos el modelo antipsiquiátrico como se hizo en la Villa 21 del Shenley Hospital en Inglaterra.

A lo largo de la exposición de los tres capítulos que componen la tercera parte de esta tesis doctoral se pueden observar la descripción de los datos recogidos, análisis y principales deducciones y conclusiones a los que hemos llegado durante la realización de la misma. Por último, queremos mencionar que si existe algún error en la interpretación de algún término puramente médico, se tenga en cuenta que este trabajo lo ha realizado una socióloga a la que ha movido sólo su interés por el tema investigado. En un principio, cuando se intentó consultar alguna duda a algún psiquiatra siempre hubo algún tipo de evasiva para eludir la respuesta. Parece que, o bien el cuerpo médico no desea que los sociólogos penetren en su terreno o que piensen, como frecuentemente se dice, que el hecho de hacer un estudio de este tipo les sugiere la imagen de una "visión descalificadora de su rol social". No hemos pretendido descalificar a nadie; nada más lejos de nuestra intención. Si hemos recopilado una gran cantidad de citas que recogen las distintas opiniones y las distintas concepciones de sus distintos autores, en su mayoría psiquiatras. Nuestra única intención ha sido hacer un estudio sociológico dentro del campo psiquiátrico. El esfuerzo realizado para la realización de este trabajo se ha visto compensado por la satisfacción de verlo concluido.

CUADRO 1. GUIA DE HISTORIAS

AÑO 1º Enero	Nº Historia	AÑO 1º Enero	Nº Historia	AÑO 1º Enero	No Historia	AÑO 1º Enero	Nº 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. Madrid, 1995.

PARTE PRIMERA

APROXIMACION A LA HISTORIA DE LA LOCURA

APROXIMACION A LA HISTORIA DE LA LOCURA

"Los hombres son tan necesariamente locos, que sería estar loco de alguna otra manera el no estar loco".

Pascal

La universalidad de ciertas conductas raras, extrañas, diferentes a las de la mayoría y que entran dentro de lo que se ha categorizado como enfermedad mental, es algo que no pretendemos poner en tela de juicio pues ya ha sido probado suficientemente por la literatura existente sobre este particular. Ahora bien, la forma de denominar a estas personas (poseídos, lunáticos, alienados, dementes, locos, insanos, enfermos, pacientes, etc.) y el trato que se les ha dado, ha variado mucho de unas sociedades a otras en el transcurso de los tiempos y, de siempre, la actitud social frente a esa realidad ha estado influida por creencias religiosas, filosóficas, supersticiosas o mágicas. La forma de describir y entender estos comportamientos, de juzgarles y ayudarles ha variado mucho y se puede afirmar que, en general, nunca se les ha tratado bien; esto se ha justificado achacándolo unas veces a la ignorancia y otras al miedo que el hombre siente ante lo desconocido, por un lado, y muy probablemente, por otro, por no haberse detenido nunca a pensar que el podía estar sujeto también a contraer el mismo mal.

Las distintas interpretaciones que existen de la locura, desde los culturas primitivas a las culturas científicas racionalistas, no han dado nunca una respuesta que pueda ser válidamente aceptada. El enigma de la locura permanece; no existe aún en nuestros días un consenso racional

sobre su naturaleza, sus causas y su tratamiento y las explicaciones que han dado los enfermos, los psiquiatras y la sociedad están en desacuerdo aunque por sentido común, en general, no se niega esta realidad.

"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). Se dice que etiquetar al "loco" es un acto social, un concepto cultural y también que "cada sociedad tiene los locos que se merece" por lo que se podría pensar en la posibilidad de la fabricación de la locura.

"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).

Se piensa que el mundo científico actual está muy lejos de las culturas primitivas que consideraban al loco, desde concepciones mágico-animistas, o demonológicas, como poseído por el diablo, hereje o brujo, entre otros, pero nada más lejos de la realidad. Hoy se siguen haciendo exorcismos y la época de crisis política, económica y religiosa en que vivimos nos hace pensar que esto no va a desaparecer, por lo menos a corto plazo, sino más bien todo lo contrario como lo demuestran la gran proliferación de sectas religiosas existentes y sus actos irracionales que llevan a sus adictos a terminar frecuentando las clínicas psiquiátricas.

"La dicotomización entre "pueblos primitivos/países desarrollados e interpretaciones religiosas o mágicas/interpretaciones científicas-rationales" es excesivamente simplista y refleja un pobre conocimiento, tanto de la función social de la medicina en los pueblos así

llamados primitivos, como en las sociedades contemporáneas más desarrolladas tecnológicamente" (Durán, 1983: 37).

"La trayectoria de la psiquiatría está jalonada por saltos en múltiples direcciones, por avances y retrocesos, por esclarecimientos y aberraciones. La psiquiatría sufre de diferentes aplicaciones. Existe claro está, una finalidad aparente que siempre necesita figurar como meta explícita: "la curación de los enfermos". Nada hay más vago y vidrioso que esta afirmación. Curar, ¿qué?, enfermos, ¿por qué y de qué?. Cada orden social alimenta sus propias contradicciones y una y otra vez reaparecen las mismas preguntas. Las preguntas engendran una actitud y ésta nuevas preguntas" (Heyward y Varigas, 1973: 10).

Vamos pues a comenzar un viaje por este mundo fascinante de la locura deteniéndonos sólo en aquellos parajes más relevantes para nuestro estudio; aquellos que nos permitan conocer justo lo necesario para poder comprender por qué se etiqueta a unas personas y por qué se les encierra, si es que esta posibilidad existe algo que de antemano dudamos.

El profesor Alonso Fernández distingue tres etapas en la historia de la psiquiatría (Cuadro 1, p. 49): "la era pretécnica que comprende desde los orígenes de la Humanidad hasta la Grecia de los siglos VI y V a. J.C.; la que se inicia con los antiguos griegos y se extiende hasta aquel umbral de la Edad Moderna que señala una transformación auténticamente científica de la disciplina, si se quiere un renacimiento de la actividad científica y la era moderna que se inicia con este renacimiento y llega hasta nuestros días. (Alonso Fernández, 1978: 59). Para este autor, "El Renacimiento científico de la psiquiatría acontece en el filo de los siglos XVIII y XIX, cuando Pinel introduce en ella el método experimental y destierra por principio la especulación gratuita".

Cuadro 1. Sistemática historiográfica de la psiquiatría

Era pretécnica	Concepción mágico-animista Papiros egipcios	
	Era técnica	Concepción antigua de la técnica psiquiátrica pre-científica
Concepción moderna de la técnica: Psiquiatría científica		Ilustración (1740-1800) Romanticismo (1800-1848) Positiv. Naturalista 48-1914 Actual (desde 1914)

Fuente: Alonso Fernández, Madrid, 1978: 59

1. 1. La locura en la antigüedad.

Desde la antigüedad, la presencia de individuos "diferentes", "peculiares", transgresores de las normas comunes y clasificados bajo lo que se ha denominado locura, ha sido una constante universal, ahora bien, las formas de describirles, etiquetarles, tratarles, y, en definitiva, comprenderles, así como las causas a las que se han atribuido estas diferencias ha variado mucho de unas sociedades a otras e, incluso dentro de una misma sociedad se pueden observar distintas perspectivas, tal como nos lo explica González de Pablo (1993: 26): "La filosófica muestra especialmente cómo fue concebida la locura en sí misma. La médica indica cómo se intentaba curar a los enfermos mentales. La literaria expone la forma en la que era contemplada la vivencia de la locura, y, por último, la social aporta conocimientos en torno a cómo la sociedad

protegía a los locos y también cómo se protegía de ellos". En las páginas que siguen vamos a exponer algunas de las respuestas que las diversas culturas han dado al problema de la locura, problema al que todavía hoy se está muy lejos de dar una solución.

Se conoce muy poco sobre las causas de los trastornos psíquicos, hasta tal punto que enfermedades tan frecuentes en nuestra sociedad como las derivadas de las dependencias del alcohol y las drogas, no tienen una etiología conocida aunque si se considera muy importante el factor social, tal como se observa en las tasas de incidencia en las distintas clases y culturas. Para Roveche, el uso del alcohol por el hombre y sus consecuencias data cuando menos de los tiempos del paleolítico. La evidencia de esta afirmación proviene de la etimología y de los estudios de las culturas de la Edad de Piedra que han sobrevivido hasta el siglo XX. Al hombre paleolítico le era accesible el jugo de frutas fermentadas (vino), el grano fermentado (cerveza) y miel fermentada (aguamiel). La evidencia etimológica sugiere que el aguamiel pudo haber sido la bebida alcohólica más antigua. La palabra aguamiel deriva en el idioma inglés de "mede" y de "meodu" que provienen a su vez de palabras antiguas de origen indoeuropeo como "meti" (griego) y "madhu" (sánscrito). En sánscrito y griego el término significa "miel" y "bebida intoxicante". La asociación de la miel, y no del grano ni de la fruta, con la intoxicación puede señalar su gran antigüedad como fuente de alcohol (Roveche, 1960). En nuestra cultura es muy frecuente el uso social del alcohol, a pesar de que el abuso de su ingesta pueda producir, entre otras, enfermedades tan temibles como el síndrome de Korsakov y la demencia alcohólica, trastornos que podrían evitarse si el individuo fuese capaz de controlar su ingesta. La intoxicación alcohólica no fue considerada enfermedad hasta la publicación de los escritos de Benjamín Rush y el médico británico Thomas Trotter en la segunda mitad del siglo XIX.

Se dice que el histerismo probablemente tuvo su origen en Egipto y que tiene por lo menos una antigüedad de 4.000 años. Su denominación data de tiempos de Hipócrates: "isteros" significa útero y el sufijo "ismo" significa "dependiente de", "controlado por". Hacía referencia a un conjunto de síntomas controlados por el útero, lo que

hizo que se la considerase una enfermedad sólo de mujeres. Creyendo que el desplazamiento físico del útero causaba los distintos síntomas, los médicos intentaban atraer al "útero errante" de nuevo a su sitio original, colocando sustancias dulces en la región de la vagina, o haciendo ingerir a las enfermas materiales de sabor desagradable para alejarle de la parte alta del cuerpo (Vieth, 1965). Esta teoría descartaba la posibilidad de que existiesen hombres histéricos y, sin duda, cuando se les diagnosticó así se dejó de pensar, por lo irrelevante, en el útero como agente causal.

El término "lunático" que hasta principios de este siglo fue uno de los apelativos utilizados para denominar a estos enfermos, y que aún en nuestros días se utiliza en tono despectivo cuando alguien dice o hace algo que nos parece irracional, proviene de la creencia de los médicos de la antigüedad que asignaban a la luna la causa del desorden mental ya que iluminaba al demonio para realizar "su nefando trabajo". "El poseso actúa de modo violento, posee una fuerza y unas cualidades extraordinarias, hace ruidos como un animal, habla lenguas que nunca aprendió y tiene otras muchas características poco corrientes. El diablo debe ser arrojado por exorcismo".

Filckbord (1941) hace referencia a un fragmento hindú del Agur-Vede (1400 a. J.C.) en el que se describe lo que hoy sería la esquizofrenia, como "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)

En el Bhagavad-Gita, una parte del Mahabharata, se menciona un proceso de desintegración de la razón que conduce a la demencia: "El pensar en los objetos sensuales produce el apego a ellos; el apego causa su deseo; del deseo surge la ira; de la ira surgen las convicciones delirantes; de las convicciones delirantes se produce una pérdida de memoria; de la pérdida de memoria surge la pérdida de la discriminación y de esta última el fin de todo" (Mora, 1982: 13).

En el Antiguo y Nuevo Testamento y en el Talmud de Babilonia y Jerusalén se describen síntomas patológicos, como el delirio.

En el Deuteronomio se dice que Dios castigará a los que violen sus mandamientos con la "locura, la ceguera y la paralización del corazón, es decir, con la manía, la demencia y el estupor". En la Biblia, el caso más famoso de locura que se menciona es el de Saúl que siendo joven tuvo algunos trastornos de conducta y después una irritabilidad anormal, suspicacia hacia David e impulsos incontrolables que terminaron en el suicidio; aparentemente se encontraba afectado por una psicosis maníaco-depresiva (Mora, 1982: 14).

"Entre los antiguos israelitas un criterio objetivo para definir la enfermedad mental era la manifestación de una conducta impulsiva, desordenada e irracional" (Rosen, 1974: 55).

Hace aproximadamente 4.000-5.000 años, como primer enfoque terapéutico, se llevaron a cabo en los países del Mediterráneo oriental y del norte de África las trepanaciones del cráneo, que alcanzaron su máximo desarrollo en el Perú de la Edad de Piedra, es decir, 1.000 o 2.000 años atrás (Mora, 1982: 11). Los espíritus malignos tenían la posibilidad de escapar a través de los agujeros. Los síntomas que el sujeto presentaba orientaban hacia la clase de espíritus buenos o malos que intervenían. 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).

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. Esta forma de pensar quizá pueda hacer algo más comprensible el que se le arrojaban piedras para mantenerle alejado, se evitara el contagio escupiendo en la pechera y se celebraran ritos de exorcismo para defenderse de él.

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. Por medio del autoconocimiento, la razón podía entender la naturaleza humana y de este modo controlar los apetitos más bajos. Para algunas escuelas, los estoicos en particular, lo irracional era un problema que la razón debía combatir y aunque sentían

miedo por las fuerzas de la mente, admiraban el "fuego" que se apoderaba de genios y artistas. El pensamiento filosófico distinguía entre la mente o alma y el cuerpo, en lo referente a sus estratos superiores.

Sócrates (470-399 a.C.) se refirió al demonio "como una fuerza inspiradora y divina que da atributos sobrenaturales al pensamiento. Todo ello no es más que una anticipación de la tesis de las relaciones entre el genio y la locura, que fue puesta de nuevo sobre el tapete por Lombroso y sus discípulos a fines del siglo XIX" (Mora, 1982: 19).

Platón (428-347 a. C) en la República diferencia entre el alma apetitiva (necesidades básicas de la persona), el alma afectiva (emociones, percepciones - conocimiento de las cosas concretas y particulares) y el alma racional (funciones mentales más elevadas, conocimientos de las cosas generales y abstractas). Las dos primeras estaban relacionadas con el cuerpo pero el alma racional era inmaterial e inmortal.

A partir de Platón surge la dicotomía de lo racional y lo irracional prevaleciendo lo primero en la moral y lo científico; la locura de lo irracional sería definida como la antípoda de la dignidad humana. Platón distinguió dos tipos de locura: la primera era consecuencia de las enfermedades de los hombres y la segunda se debía a la ruptura divina de las normas consagradas de conducta social. En el Fedro considera que, en realidad, esta última puede ser un regalo de los dioses y la divide en cuatro tipos: profética, poética, mística y erótica. Hipócrates niega en "Sobre la Enfermedad Sagrada" que unas enfermedades sean más divinas que otras y afirma que el origen de la enfermedad es siempre natural y la mente humana puede llegar a descubrirlo.

Aristóteles (384-322 a C.), aunque concibe el alma de forma más biologicista y holística, distinguió también un alma vegetativa, sensitiva y racional. Esta última era inmaterial e inmortal y privativa del hombre. Las enfermedades mentales, independientemente de la causa, eran enfermedades específicas del alma que equivalían a una serie de defectos (injusticia, cobardía, intemperancia e ignorancia).

Los filósofos griegos recomendaron tratamientos de carácter físico para purificar el cuerpo mediante ejercicios, dietas y drogas como jugo de opio, vino o la mandrágora con el fin de que posteriormente repercutieran sobre el alma. Utilizaron también dos tratamientos psíquicos: el platónico consistente en una "catarsis verbal persuasiva" que por medio de la palabra produce un bello discurso que pretende introducir nuevas creencias en el alma y modificar las existentes para corregir el desorden de la enfermedad psíquica y el aristotélico mediante la "catarsis verbal violenta".

Los médicos griegos, a diferencia del pensamiento filosófico, recalcan la unidad del cuerpo y la mente y, a partir de Hipócrates (460-377 a. C.), consideran que la enfermedad mental se debía a causas orgánicas y no sobrenaturales como se creía. La epilepsia, enfermedad sagrada, dejará de ser considerada sobrenatural para pasar a ser una enfermedad física. La enfermedad, en general, se va a explicar por la teoría humoral basada en la teoría de los cuatro elementos (tierra, agua, aire y fuego) de Empédocles (s. V a. C.) que consideraba que todos los elementos de la tierra estaban formados por la mezcla de estos.

El cuerpo, debido a los distintos procesos fisiológicos, produce en diversas partes de su organismo cuatro humores con cualidades básicas distintas: sangre (calor), pituita o flema (frío), bilis amarilla (humedad) y bilis negra o atrabilis (sequedad), que darán lugar a los temperamentos colérico, flemático, sanguíneo y melancólico respectivamente. La bilis pasaba a la sangre calentándola y acelerándola; si lo que pasaba era la pituita, la enfriaba y el sujeto moría. Para Hipócrates, definir un temperamento ("naturaleza") era distinguir los caracteres morfológicos, funcionales y psicológicos cuya síntesis permitiría prever el comportamiento de cada uno ante la agresión mórbida. El cuerpo sufre las influencias del año y se modifica a medida que pasa por sus períodos. En primavera lo rige la sangre, en verano la bilis, en otoño la atrabilis y en invierno la pituita. (Sendrail, 1983: 134). Un exceso o deficiencia de humor era suficiente para que se produjese una enfermedad mental y así, el exceso de bilis negra o atrabilis producía la melancolía, la deficiencia de flema producía la parálisis, el exceso de bilis amarilla en el encéfalo la manía y el exceso de pituita o flema la letargia.

Hipócrates hizo una clasificación pionera de la enfermedad mental distinguiendo tres categorías: manía, melancolía y frenitis que se mantuvo durante toda la civilización griega y romana (Vallejo Ruiloba, 1984). Con la idea de que las enfermedades siguen un curso, desde sus primeros indicios a su climax o crisis, y después a su desenlace fatal o feliz, introdujo el concepto histórico de enfermedad (Sacks, 1987: 12). La medicina de Hipócrates no comenzó a superarse hasta el siglo XIX.

La teoría del "pneuma", en contra de la teoría humoral, fue defendida por Areteo de Capadocia (s. II) 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).

Para Galeno (aprox. 130-200 d.C), la tesis de la migración del útero resultaba ridícula ya que la salud se debía a la proporción correcta de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). La mezcla inadecuada o discrasia conducía a la enfermedad. "La mayor o menor capacidad o necesidad en la parte lógica del alma (dice Galeno en "Quod animi mores corporis temperamenta sequantur") depende de la complexión humoral la cual, a su vez, depende de la primera generación y de una norma de vida que procure un buen estado humoral, yendo ambas cosas íntimamente unidas. Una complexión humoral cálida vuelve irascible y la irascibilidad inflama el calor innato; los que tienen una complexión humoral equilibrada tienen los movimientos del alma moderados y les es fácil la tranquilidad de carácter" (cit. por González de Pablos, 1993: 30). La bilis negra, si se sitúa por encima del estómago y del diafragma, forma la melancolía, y envía vientos estruendosos hacia abajo, y trastorna el entendimiento. Por eso, en tiempos anteriores, se las llamaba personas melancólicas y flatulentas. "La histeria, según Galeno, tendría una etiología sexual, bioquímica y no erótica, ni sexual-mecánica, como había apuntado Hipócrates, idea también sustentada por Freud con relación a la etiopatogenia de las neurosis propiamente dichas" (Alonso Fernández, 1978: 60).

El médico griego distinguió los siguientes factores etiológicos:

- físicos (frío, calor, conmoción),
- fisiológicos (exceso de bebida, excesos sexuales, desaparición de la menstruación, hemorroides, drogas),
- psicológicos (aflicción, ira desmedida, ansiedad, agotamiento mental) y
- sensoriales (producido por el estudio, los negocios y otras actividades).

Entre los romanos, Asclepiades (124 a.C) rechazó la tesis humoral de Hipócrates y señaló la influencia del ambiente, oponiéndose a los *tratamientos inhumanos y al encierro de estos enfermos*. Fue el primero en distinguir entre alucinaciones, ilusiones y delirios, así como en diferenciar las enfermedades mentales en agudas y crónicas (Vallejo Ruiloba, 1984: 3-4).

En la medicina helenística (desde el s. II a.C. hasta el s. II d.C.) surgió la preocupación por la clasificación de las enfermedades distinguiendo cuatro entidades nosológicas de carácter somático pero con influencia sobre la psique:

Locuras agudas

frenitis (con fiebre y excitación)

letargia (con fiebre y abatimiento)

Locuras crónicas

manía (sin fiebre y con excitación)

melancolía (sin fiebre y con abatimiento).

Se hicieron múltiples descripciones de ellas y Sorano de Efeso (s. II) describe la melancolía como "angustia mental, aflicción, silencio, animosidad hacia los miembros de la familia, a veces un deseo de vivir y otras veces un deseo vehemente de morir, sospechas por parte del paciente de que se está tramando algo contra él, llanto sin razón, murmullos incomprensibles y, de nuevo, jovialidad ocasional, distensión precardiaca, sobre todo después de las comidas; frialdad en los miembros, sudor suave, dolor agudo en el esófago o el corazón ..., pesadez

de cabeza, tez verdosa negruzca o algo azulada, cuerpo delgado, debilidad, indigestión con eructos con mal olor, retortijones, vómitos, a veces sin echar nada y otras con sustancias amarillas, rojizas o negruzcas, así como descargas similares por el ano" (González de Pablos, 1993: 32).

El tratamiento médico se hacía mediante dietas, ejercicios físicos, sangrías y la administración de un purgante, el heléboco negro, al que se atribuían facultades para curar la locura y que hizo famosa a la ciudad de Anticira donde se producía. La frase "Ve a Anticira" que aparece en Las Avispas de Aristófanes (448-385 a.C.) significaba "tu estás loco" (Mora, 1982). El mandar, pues, a alguien a Anticira en aquella época tenía el significado que tiene para nosotros el mandarle a Ciempozuelos o Leganés, ya que suponía el padecer una enfermedad psíquica, aunque no siempre esto fuese cierto.

El pueblo, por su parte, seguía pensando que la locura se debía a algo sobrenatural o a algún ser que entraba en el cuerpo. Los dioses o espíritus y también los encantamientos y gritos en los que a veces estaban implicadas las divinidades del mundo subterráneo, especialmente Hécate y Hermes, causaban la locura (Rosen, 1974: 115).

En las culturas grecorromanas se observaba pues, por un lado, la creencia popular que atribuía la enfermedad mental a causas sobrenaturales, divinas y, por otro, la creencia médica que de forma más racional la atribuía 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). Parece ser que estas culturas aceptaron, en general, bastante bien a las personas con trastornos mentales siempre que no se desviaran de modo excesivo de las normas sociales y que funcionaran más o menos en sociedad. Los sistemas culturales y las prácticas y creencias religiosas facilitaron a estos individuos su adaptación a la sociedad.

A partir de Galeno se inicia una etapa larga de oscurantismo y en ocasiones de horror que se extiende hasta el siglo XVIII. Sólo se mantienen los postulados humanitarios de los griegos en la cultura árabe que crea el primer hospital mental en Bagdad en el año 792 y en la ciudad

egipcia de Alejandría, donde siguiendo la línea de Hipócrates, se internaba a los enfermos tratándoles mediante el ejercicio físico, fiestas, paseos, hidroterapia y conciertos musicales.

1.2. La locura en la Edad Media y Renacimiento.

Durante la Edad Media, la enfermedad mental fue un tema escasamente estudiado y si se pretendiesen comparar las clasificaciones psiquiátricas y los tratamientos actuales, con las etiquetas y tratamientos de aquel entonces, nos sorprendería por lo poco que tienen en común, algo que aunque difícilmente comprensible sólo se puede llegar a ello dentro de su contexto histórico.

Los médicos medievales galenistas consideraban enfermedades mentales a las enfermedades de la cabeza, localizadas en el cerebro, sede del alma. El cerebro, además de las facultades animales, sensación y movimiento, desarrollaba las facultades superiores exclusivas del hombre: fantasía (imaginativa), entendimiento (estimativa o cogitativa) y la memoria. Las enfermedades mentales se producían por abolición, disminución o perversión de estas facultades (Arrizabálaga, 1993: 37).

Para la teología cristiana, ajena a la filosofía griega centrada en el hombre, el trastorno mental era la lucha entre Dios y Satanás por la posesión del alma. Se llegó a prohibir a los locos el acceso a las iglesias, aunque el derecho eclesiástico no les vedaba los sacramentos (Foucault, 1985: 24). La Edad Media se caracterizó por una persecución constante a todos aquellos cuya conducta se consideraba anormal, ya que la creencia popular los consideraba poseídos por el demonio, achacándoles innumerables males como ser responsables de las sequías, de las tormentas que arrasaban sus cosechas, de impedir el crecimiento de los niños y de múltiples crímenes más. Debido a ello, miles de personas fueron torturadas de forma espantosa y marcadas con hierros incandescentes para distinguirlas de las consideradas normales, o se les dejaba morir de hambre y maltrataba cruelmente para ver si así el demonio abandonaba tan incómoda residencia. Este trato tan inhumano

se extendió hasta el siglo XVIII y aquí no hubo distinción de clases, como podemos observar en el siguiente párrafo que hace referencia a como la profesión médica trató a Jorge III (1738-1820), rey de Gran Bretaña e Irlanda cuando "... se volvió loco - enjaulando su cuerpo en aparatos, encadenándolo a una estaca, golpeándolo, matándolo de hambre, amenazándolo, aplicándole cantáridas y sangrías, dándole digitálicos, eméticos y otras medicinas no menos dañinas ..." (Stone, 1984: 244).

Incluso el gran filántropo inglés Thomas Moore llegó a defender el azote público de los lunáticos en 1810 (Atkinson, 1958: 69). Se tranquilizaban las conciencias explicando que era un acto de compasión ya que lo que se pretendía era arrojar al demonio del cuerpo poseído. Por la misma razón, se les mantenían despiertos hasta agotar sus fuerzas pensando que así el demonio les abandonaría.

En las Etimologías de San Isidoro de Sevilla (560-636), Libro Cuarto, capítulos VI y VII se hace referencia a las enfermedades agudas y crónicas. Entre las agudas (o te matan o se pasan enseguida) son de interés para nuestro estudio la "phrenesis" o frenesí, una perturbación con agitación y demencia provocada por la fuerza del humor colérico, y la "lethargia" o letargo, opresión del cerebro con olvido y sueño perenne como el del que duerme profundamente. Entre las crónicas, incluyó la epilepsia, la manía y la melancolía. "Los médicos medievales asignaron una localización cerebral a las facultades superiores, que situaban en las tres celdas o ventrículos cerebrales: la imaginativa en el ventrículo anterior, la estimativa en el medio y la memoria en el posterior; localización que, consecuentemente, también aplicaban a sus alteraciones" (Arrizabálaga, 1993: 38).

A partir del siglo X se observan verdaderas manías epidémicas de danzas frenéticas colectivas en las que se bailaba y bebía. Estos desajustes psíquicos se extendieron hasta el siglo XVII, siendo más frecuentes en períodos de guerras y pestes. La Edad Media estuvo marcada por un sentimiento de melancolía y pesimismo y durante el siglo XI aparecieron movimientos en los que se mezclaba lo político, lo económico y lo religioso pensando en la implantación del reino de Dios y el establecimiento de un nuevo orden social, que se extendieron hasta

mediados del siglo XVII. La lucha contra el Anticristo, unido al surgimiento de varias herejías, y lo que ello supuso como amenaza contra el cristianismo, hizo creer en el poder del diablo. La Iglesia les acusó de estar aliados con Satanás y equiparó a los herejes con los hechiceros y los brujos. Incluso Tomás de Aquino (1225-74) defendió la posibilidad de relaciones sexuales entre seres humanos y el diablo. Junto con Alberto el Grande, consideraron la locura una enfermedad del cuerpo puesto que el alma no podía enfermar. A mediados del siglo XIII, la Inquisición que en principio estuvo dirigida contra los herejes, empezó a juzgar a hechiceros, magos y adivinadores.

Los médicos no tuvieron interés 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, como dice González de Pablo (1993), fueron distintos agentes sociales (médicos universitarios, prácticos de formas de medicina empírico-creencial, religiosos y moralistas) los que opinaron a este respecto y frecuentemente de forma distinta y encontrada. Las bases de esta medicina estuvieron en la filosofía aristotélica, en los textos de Hipócrates y Galeno y en los árabes Haly Abbas, Rhazes, Avicena y Averroes y se desarrollaron en las facultades de medicina de las nacientes universidades.

El médico escolástico Valescus de Taranta (1382-1417) describe la manía lupina: "La manía cursa con movimiento desordenado y agitación. Al impulsar a los afectados a provocar daños, a veces hay que sujetarles y atarles con el fin de que no se dañen ellos ni dañen a otros. Se les llama rabiosos y tienen un aspecto terrible. Su manía se conoce como lupina. Hay también otra especie llamada canina. Estos no se enfurecen así y a veces obedecen tanto a quienes les atienden como a otros, aunque inmediatamente se descarríen. Tampoco son tan locuaces como los primeros. Yo vi a uno de este último grupo en París, el cual, mientras su hermano y yo estábamos junto a un pozo en cuyo borde una criada había puesto muchos pozales de estaño, arrojó de un golpe todos los pozales al fondo del pozo y, al ser reprendido, se cubrió de rubor. Sobre esta (especie) dice Avicena que está más próxima a la sanguínea" (cit. por Arrizabálaga, 1993: 38).

El "mal de amores" fue tema de interés médico desde el siglo I hasta el siglo XV. El amor heroico, amor no correspondido, estaba provocado por un exceso humoral de melancolía o bilis negra. El resultado era una pasión melancólica cuyos signos externos eran: "ojos hundidos con grandes ojeras y pulso fuerte y anormal". Arnau de Vilanova (1240-1311) escribió un "Tractatus de amore heroico" en el que describe: el "amor heroico es la aprehensión vehemente y asidua de un objeto deseado con la confianza de obtener el placer percibido en él". "Este amor furioso parece incendiarse entre hombre y mujer al quedar subyugado el imperio de la razón como consecuencia del singular placer producido por el coito". "Para Arnau, los accidentes del amor heroico son consecuencia de la progresiva desecación corporal que este sobrecalentamiento provoca en todo el cuerpo" (Arrizabálaga, 1993: 42). El tratamiento recomendado para evitar la melancolía y la manía e incluso la "muerte de languidez" iba encaminado a olvidar el objeto amado: viajes, música, distracciones, baños, conversar con amigos, cultivar el arte del coito con parejas, oír música y canto, etc.

Desde la primera mitad del siglo XIV hasta entrado el siglo XVII, la Europa occidental estuvo invadida por el virus mental que se denominó "bruja". En Suiza, Alemania y Países Bajos, los tribunales seculares trataron de descubrir a las brujas y someterlas a la justicia lo que causó que miles de mujeres inocentes, muchas enfermas mentales, fuesen condenadas a morir en la hoguera. 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). En 1484, el Papa Inocencio VIII les declaró la guerra abiertamente con la promulgación de su bula "Summis desiderantes", "documento clave en la historia de la brujería ya que en el se promulga la creencia en la configuración satánica brujo y hace jurisprudencia para que en adelante, quede fundamentada la actuación inquisitorial en los procesos de brujería" (Lisón, 1992: 45) Para Pichot: "Es difícil determinar que proporción de mujeres acusadas y quemadas por brujería presentaban en realidad manifestaciones histéricas" (cit. por Alonso Fernández, 1978: 61).

En España, Gracia la Valle, primera bruja procesada por la Inquisición, fue quemada en la hoguera en Zaragoza en 1498. No obstante, "desde 1526 a 1596, período en el que la Suprema intervino en nueve "complicidades de brujas", no permitió que se encarcelaran sin su consentimiento y decisión. Caso absolutamente único en toda Europa; la locura brujeril imperante chocaba contra un único bastión de sensatez, prudencia y racionalidad: el Consejo de la Suprema y General Inquisición española" (Lisón, 1992: 84). La Suprema con su saber pensar, observar y hacer, evitaron mucho sufrimiento y muchas muertes en la hoguera (Lisón, 1992: 12).

Parece ser que otra forma de deshacerse de los locos fue encomendarles a los marineros para que los trasladaran a otros lugares, práctica bastante frecuente en Alemania, aunque se cree que este trato se daba sólo a los extranjeros ya que a los locos del lugar se les atendía en lugares reservados para ellos. Estos relatos, aunque muy utilizados por novelistas y pintores, debieron ocurrir realmente si tenemos en cuenta los escritos históricos de la época: "En Francfort, en 1399, se encargó a unos marineros que librasen a la ciudad de un loco que se paseaba desnudo". "En ocasiones los marineros dejaban en tierra, mucho antes de lo prometido, estos incómodos pasajeros; como ejemplo podemos mencionar a aquel herrero de Francfort, que partió y regresó dos veces antes de ser devuelto definitivamente a Kreuzmach" (Kriegk, 1863).

La única explicación que se ha dado a todos estos lamentables sucesos ha sido la de creer que la humanidad estaba dominada por el miedo, un miedo que les hacía actuar de forma irracional. Sin embargo, si hubo algunas personas cuyas conciencias se manifestaron en contra del tratamiento inhumano que se daba a estos desgraciados seres. El 24 de febrero de 1409 cuando Fray Juan Gilabert Jofré, fraile mercedario, se dirigía a la Catedral de Valencia se encontró en el camino con un grupo de jóvenes que apedreaban a un pobre demente. Jofré le protegió y ya en la Catedral pronunció un sermón en defensa de los locos y pidió protección para ellos. Fue escuchado por un grupo de mercaderes valencianos que, en defensa del proyecto, se dirigieron al rey y de este modo el 15 de mayo de 1410 el rey de Valencia, Don Martín el Humano, firmó el Real Decreto en el que se constituye el "Hospital de Ignoscents,

folls e orats". Jofré "no ve en el loco al endemoniado o al poseso, sino al enfermo". (Aliño y Claramunt, 1966: 7). Poco después se fundaría el Bethlem Hospital de Londres.

A algunos enfermos se les admitía en los monasterios pero la mayoría permanecían con sus familias o vagabundeando por las calles. En 1425, el Rey Alfonso V de Aragón fundó el manicomio de Zaragoza y pocos años más tarde, se crearon: el Hospital de los Inocentes de San Cosme y San Damián de Sevilla (fundado en 1436 por Marcos Sánchez Contreras), el Hospital de Barcelona (1481), el Hospital de Nuestra Señora de la Visitación o del Nuncio de Toledo (en 1483 y erigido a instancias de Francisco Ortiz con la finalidad de acoger 13 niños expósitos en simbólico recuerdo de Jesús y los 12 Apóstoles y 33 personas dementes, los años de vida terrenal de Cristo según la tradición cristiana), la Casa de Orates u Hospital de Inocentes de Valladolid (1489), y el Hospital de Granada (1507).

Fue también un español, Bernardino Alvarez de Herrera, nacido en Utrera (Sevilla), exsoldado y exconquistador, el que fundó el Hospital de San Hipólito en Méjico, primero del continente americano. Aunque con la fundación de los primeros manicomios se pretendió proteger al loco de la sociedad, dándole un trato más humano, la realidad es que con el tiempo, como tendremos ocasión de ver, la situación de los internados se hizo insostenible.

Son muchos los historiadores que defienden la gloria para Valencia, y por extensión para España, por haber creado el primer hospital exclusivamente para locos en el mundo. No faltan quienes afirman que, con anterioridad ya existían en el "... mundo árabe, verdaderos hospitales reservados a los locos; quizás en Fez desde el siglo VIII, quizás también en Bagdad a finales del siglo XII, ciertamente en El Cairo durante el siglo siguiente; se practica allí una especie de cura de almas en que intervienen la música, la danza, los espectáculos y la audición de relatos maravillosos; son médicos quienes dirigen la cura y

deciden interrumpirla cuando consideran haber triunfado" (Sandwith, vol. XXXIV, pp. 473-474)*.

El carácter primigenio de la fundación y su alta misión "debió alcanzar de pleno a Lope de Vega, quien durante su destierro valenciano quedó fascinado por la magna obra - "que nadie viene aquí que no la vea" -, contribuyendo a propagar su difusión al incluirla entre "las siete maravillas que la piedad en este mundo ha hecho", a través de la excelente resonancia que, en su tiempo, conseguía provocar el teatro: "Tiene Valencia un hospital famoso, / donde los frenéticos se curan / con gran limpieza y celo cuidadoso". (En "Los locos de Valencia", acto I, escena 1ª, cit. por Polo Griñán, 1996: 317).

En Metz, los lunáticos fueron defendidos por Henry Cornelius Agrippa (1486-1535) nacido en Cologne y secretario del emperador Maximiliano. Estudió medicina y trataba de explicar que los locos no eran seres endemoniados sino enfermos del cerebro, preocupándose de darles un tratamiento y una vida más confortable. Al ser perseguido por la Inquisición tuvo que abandonar la ciudad lo que no evitó que pasara temporadas en prisión.

En su obra "Del Socorro de los Pobres", Luis Vives (1492-1540), notable humanista valenciano, que destacó además en teología, filosofía, psicología, educación, politología y literatura, describe todo un sistema de asistencia a lo que hoy denominamos la marginación social y, como medida innovadora, defendió la intervención pública. Con relación a los locos dice:

* Para los que consideran que no fue el de Valencia el primer Hospital que se creó para los locos citamos la nota al pie de página de Aliño y Claramunt (1966: 7): "Teniendo en cuenta la susceptibilidad de los psiquiatras, remitimos al lector interesado a la obra de J.B. Uller Sperger, traducción española del Dr. V. Peset, "Historia de la Psicología y la Psiquiatría en España", en la que menciona que en el mundo árabe medieval existía una activa policía en relación con los enfermos mentales y acaba el traductor haciendo la siguiente observación: "La probable existencia de Manicomios antes de 1409 tiene, para el desarrollo de la terapéutica y de la ciencia psiquiátrica, la misma importancia que el descubrimiento de América por los vikingos: sólo desde la llegada de las carabelas españolas hubo Nuevo Mundo; sólo desde Jofré hay Manicomios dignos de tal nombre".

"Y ya que el asunto nos brindó ocasión, para tratar de los privados del uso de la razón, no habiendo en el mundo cosa más excelente que el hombre, ni en el hombre cosa más soberana que el entendimiento, se ha de procurar con el mayor afán que la mente esté sana, y hemos de pensar que el mayor beneficio posible es, o bien volver a la sanidad a las ajenas mentes enfermas o bien mantenerlas en equilibrio y robustez".

"Llevado, pues, al hospital un hombre de facultades mentales perturbadas, se ha de averiguar antes que todo si la locura es natural o fue provocada por algún acontecimiento; si da esperanzas de salud o es un caso del todo desesperado. Es de compadecer una mengua tan grande en esta nobilísima facultad humana y se ha de tratar al que la ha padecido con tal tiento y delicadeza, que no se le aumente ni siquiera se le alimente su locura, como acontece con los furiosos, haciendo burla de ellos, provocándolos e irritándolos, y con los fatuos asintiendo y aprobando lo que dijeren o hicieren neciamente o incitándolos para que desbarren con mayor ridiculez, como quien fomenta y ceba la insulsez y la necedad. ¿Qué mayor inhumanidad puede mentarse que la de enloquecer a uno por tener de qué reír y hacer materia de diversión de una tan grande desventura? Propínense a cada uno los remedios adecuados: unos necesitan alimentos y reconstituyentes; otros, trato benigno y afable, porque se amansen poco a poco como las fieras; otros, han menester instrucción. Los habrá que necesitarán castigo y coacción física, pero con tal tino se les debe aplicar este tratamiento enérgico, que con ellos, no se exalten y exacerben más aún; y por todos los medios y hasta el punto que fuere posible debe introducirse en sus almas aquella placidez y sosiego con que fácilmente vuelven el juicio y la salud mental" (Vives, 1985: 110-111).

Vives propugnaba en 1525 un tratamiento moral que tardaría siglos en llevarse a la práctica.

En 1575 aparece en Baeza la obra de Huarte de San Juan (1529-1588), "Examen de Ingenios", en la que da una visión "extremadamente biologicizada 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. "Todos los humores

de nuestro cuerpo que tienen demasiada humedad hacen al hombre estulto y necio y que el exceso de calor produce frenesía, manía y melancolía". "La diferencia que hay del hombre al bruto animal es la misma que se halla entre el hombre necio y el sabio, no más de por intensión". "La sabiduría y la locura son vecinas cercanas. No hay más que media vuelta de la una a la otra" (Charrón). Son tan débiles los límites entre salud y enfermedad que como decía Huarte: "Y si es que el hombre cae en alguna enfermedad por la cual el cerebro de repente mude su temperatura - como es la manía, melancolía y frenesía - en un momento acontece perder si es prudente, cuanto sabe, y dice mil disparates; y si es necio, adquiere más ingenio y habilidad que antes tenía". "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).

Theophrast von Hohenheim (1493-1541), conocido como Paracelso, describió el baile de San Vito cuyas causas eran naturales y no demoníacas y sobrenaturales como se creía. También describió la relación entre el bocio endémico y el cretinismo (idiocía o estullicia) que se daba en determinados lugares por lo que pensó que el agente causal era el agua. Mantuvo que la histeria era una enfermedad psíquica pero también creyó en seres con poderes sobrenaturales (diablo, brujas, demonios) causantes de la demencia. Distinguió en el hombre un cuerpo visible, integrado por un cuerpo animal y un "cuerpo sidéreo que hace posible el ánimo, la sabiduría y el arte", y otro invisible, "que hace del hombre un ser libre, superior a la naturaleza y capaz de resurrección". La alienación se produce por la discordancia entre el cuerpo animal y el cuerpo sidéreo. Para Paracelso, convencido del poder de la imaginación, las creencias o las supersticiones son las causantes de enfermedades espirituales (Arquiola, 1993: 49). Hay autores que le consideran el descubridor del papel del inconsciente en la patogenia de las neurosis.

En esta época, la mayor parte de los tratamientos los hacían los clérigos en los monasterios y los poderes mágicos y sagrados y los exorcismos eran frecuentes. Tampoco debe extrañarnos mucho todo esto, ya que en la actualidad todavía se considera posible, en algunos círculos, la posesión demoníaca y tampoco faltan los exorcismos. Lisón menciona

que el Cardenal neoyorquino O'Connor autorizó en 1988 a dos sacerdotes a exorcizar a feligreses (Lisón, 1992: 364) y prácticas de este tipo se publican ocasionalmente en la prensa. También se utilizaron recursos medicinales (purgantes, narcóticos, eméticos, mandrágora, eléboro), baños, sangrías, cauterización. Denis utilizó la transfusión de sangre de carnero para curar la manía y la melancolía; Chirac, médico de Luis XV, utilizó el sillón móvil para curar la melancolía. Tratamientos que aunque surgen de los médicos no son reconocidos como científicos por las instituciones médicas.

"Las mentalidades medieval y renacentista podían considerar la locura como religiosa, como moral o médica, como divina o diabólica, como buena o mala" (Porter, 1989: 27). Muchos interpretaban la locura como un objeto que había que expulsar y en este sentido fueron frecuentes las peregrinaciones a lugares donde un santo patrón podía liberarles de la posesión demoníaca (Saint Ménoux, San Colombano,, Saint Dizier, etc). Santa Dymphna, hija de un rey de Irlanda, tuvo que huir a Bélgica para librarse de su padre que había enloquecido y quería tener relaciones incestuosas con ella. El padre la persiguió y la localizó en Gheel dándole muerte. En aquel lugar se construyó una iglesia donde se la enterró y desde entonces se la convirtió en protectora de los enfermos mentales que, con el fin de curarse convierten a Gheel en un lugar de peregrinación (Zaglul, 1991: 23). También en nuestros días se realizan peregrinaciones en busca del milagro que cure cualquier tipo de enfermedad (Lourdes, Fátima, etc.).

Durante el Renacimiento los locos fueron perseguidos de forma mucho más cruenta que durante la Edad Media; los exorcismos fueron sustituidos por la muerte en la hoguera y estos acontecimientos dieron lugar, no sin razón, a que se escribiera la crónica negra de la psiquiatría.

Poco a poco, la voz de la razón en las Iglesias y en la propia Inquisición y el nuevo orden social produjeron un cambio en la interpretación de la brujería. "En España la Inquisición reconoció ya en 1537 que los supuestos brujos podían ser enfermos mentales, y constan varios casos en los que tales individuos fueron trasladados a hospitales"

(Lea, 1907: 58-63). En 1680 se suprimió en Francia la pena de muerte por hechicería. La enfermedad mental no será considerada una posesión demoníaca y la sífilis será atribuida a un contagio libertino y no a una misteriosa intervención celestial, aunque se siga pensando que es un castigo para los que llevan una mala vida.

Durante el siglo XVII, bajo la influencia del racionalismo, surgen nuevas interpretaciones naturalistas que se enfrentarán a la teoría humoral y que defienden la composición del cuerpo integrado por múltiples partículas geométricas (doctrinas iatrofísica e iatroquímica). Descartes (1596-1650) parte de una antropología dualista y espiritualista en la que el ser humano está compuesto de espíritu (*res extensa*) y carne (*res cogitans*), en contra de Galeno que era monista y naturalista. "La armonía entre las operaciones del espíritu y los movimientos del cuerpo se debería al cuidado de Dios sobre ello, y la comunicación entre el alma humana y los espíritus animales que rigen la sensibilidad y el movimiento tendría lugar en la glándula pineal" (Arquiola, 1993: 50).

La escuela iatroquímica, fundada por Francisco von Helmont (1618-1699), defendía la eficacia de oír y dejar deslizar palabras para aliviar la pena y el dolor. Para los iatroquímicos el movimiento propio de los seres vivos era el resultado de procesos químicos lo que les lleva a introducir los conceptos del "fermentatio", transformación material de orden químico, y el de "fuerza", principio animador o "fuerza vital específica". El principal defensor sistemático de este modelo iatroquímico fue George Ernst Stahl (1660-1734) quien distinguió entre las enfermedades de origen somático y las de origen anímico (pasiones y emociones) y atribuyó las enfermedades mentales a una alteración en el ánimo o principio vital. Sus ideas influirían en las escuelas francesas y alemanas del siglo XIX y dieron lugar al inicio de la investigación fisiológica del sistema nervioso y al estudio de la mente y su influencia sobre el cuerpo.

La doctrina iatrofísica fue defendida por Giorgio Baglivi (1668-1707), quien coincidiendo con la visión cartesiana del cuerpo humano expuso que la contractura de las meninges dificultaba la circulación lo que producía dolores de cabeza, vértigo, delirios,

insomnios, torpeza y melancolía. Baglivi describió el tarantismo (1695), enfermedad muy frecuente en Apulia, capital Taranto, donde había más locos que en el resto de Italia. En esta región abundaba la araña conocida como tarántula y los enfermos atribuían el trastorno a su picadura; el veneno permanecía en el organismo y cuando llegaban los calores del verano se reactivaba. Bailaban sin descanso, bebían vino en cantidad, e incluso se desnudaban y hacían todo tipo de extravagancias. La música era el único tratamiento que los curaba, por eso les tocaban las tarantelas sin parar hasta que los enfermos no podían continuar y caían desfallecidos y "curados". Aunque los médicos no pudieron demostrar que la causa fuese la picadura de la tarántula si creyeron que la curación era la música.

Se llevaron a cabo investigaciones en otros países para tratar de descubrir casos de tarantismo y en España se describieron varios. Pedro Domenech observó el caso de un pastor picado por la tarántula que le produjo un fuerte dolor, dificultad para caminar y hasta parálisis (mareos, náuseas, sudoración, opresión torácica, etc.). Se utilizó la música con resultado positivo. El enfermo bailaba pero no con cualquier ritmo y como no se conocía la tarantela le tocaron la guaracha. "Dispuse tocaran la guaracha, por ignorar la tarantela, que oída por el paciente principió a respirar y a alegrarse, mejorándose de golpe todos los síntomas y prorrumpiendo a voces de que se hallaba bien, que nada le dolía y le daban impulsos de bailar". La música sonó durante tres días y cada vez que paraban se repetía la misma escena en el enfermo. El color rojo les estimulaba mientras que el negro les entristecía. La aportación de Domenech motivó que la Academia de Medicina de Barcelona publicase partituras de tarantelas para que fuesen utilizadas como terapia.

Thomas Willis (1622-1675), destacado por sus estudios de fisiología y patología neuropsiquiátrica, al localizar los fenómenos mentales en la sustancia cerebral, se aleja de los que situaban las funciones cerebrales en los ventrículos, ya que son las alteraciones anatómicas de estas las que repercuten en las funciones racionales. Esto condujo al estudio de los cadáveres en la búsqueda de las lesiones anatómicas responsables de los síntomas que padecían los enfermos, siendo el punto de partida del modelo anatomoclínico. Describió la parálisis cerebral y la miastenia y afirmó que la histeria no era una

enfermedad del útero sino del cerebro y que también existía la histeria masculina. La "amentia" fue considerada por muchos médicos del siglo XVII consecuencia de una enfermedad del cerebro y de la lesión de las facultades racionales que en él se localizan.

Otro médico inglés, T. Sydenham (1624-1680) investigó las neurosis en los consultorios aportando una valiosa contribución a la psiquiatría. Sydenham consideró que la histeria era la enfermedad más extendida y la más difícil de tratar y, aunque era mucho más frecuente en las mujeres, también se daba en los hombres, en cuyo caso prefería denominarla hipocondría. Se caracterizaba por un comportamiento caprichoso, oscilaciones sin razón entre odio y amor y depresión. Para tratarla suprimió las sangrías, dietas y purgantes y recomendó la sobrealimentación a base de leche y preparados de hierro.

En "Cuestiones médico-legales", Pablo Zacchias (1624-1650) defiende que el diagnóstico de la enfermedad mental, tal como lo establece el Derecho Romano y el Canónico, lo deben hacer los médicos. No obstante, no siempre se acudía a ellos y las familias y los vecinos solían ingresarles, teniendo en cuenta las características de sus conductas, más por su carácter moral que por enfermedad. Tissot (+1787) escribió "Enfermedades de nervios producidas por el abuso de los placeres del amor y excesos del onanismo". El onanismo, la degeneración corporal y la degeneración espiritual son los tres eslabones que quitan la vida mental en este mundo y la vida eterna en el otro. Tissot habla de pasiones para referirse a los estados de ánimo. (Peraza, 1947).

1. 3. Los siglos XVIII Y XIX

El Renacimiento, la Revolución Científica y la Ilustración que tantos cambios iban a ocasionar en la sociedad no encontraron una solución al enigma de la locura. Hasta el siglo XVII, salvo algunas excepciones como las ya mencionadas, la enfermedad mental estuvo relacionada principalmente con la posesión divina o demoníaca y la brujería. La Ilustración reafirmó la fe de los griegos en la razón y a partir de mediados del siglo XVII se va a criticar y condenar la necedad y lo

irracional por ser una amenaza para la sociedad, siendo cada vez más fuerte la división entre "razón" y "locura". A finales del s. XVII, John Locke abogaría por "El Cristianismo racional" y considera la locura como un fallo en el sistema mental, no en el emocional; es un efecto del razonamiento, mientras que para Thomas Hobbes (1588-1679) no es otra cosa que un exceso de pasión. En el propio cristianismo se va a negar la locura religiosa a la que tanta importancia se había dado durante los siglos de la Reforma y la Contrarreforma: la "buena" y la "mala", la de Dios manifestada en éxtasis y en poderes proféticos y la del diablo manifestada a través de las brujas, poseídos y herejes.

Los tribunales de justicia reinterpretaron los "actos brujeriles" como *delusiones, consecuencia de la historia individual y colectiva, obra de mentes ignorantes*. Estos cambios intelectuales y culturales ampliaron la línea divisoria entre lo racional y lo irracional, las personas "normales" y las personas "extrañas" y también, como dice Porter, este abismo puede verse "en términos de poder clasista desnudo: la razón como instrumento para reprimir a los pobres. Al fin y al cabo, dentro de la propia cultura elitista la excentricidad estaba en boga y más adelante llevaría a las ideas románticas del genio loco y la degeneración dandista" (Porter, 1989: 30).

Las actitudes y la conducta se identificaron con la falsa conciencia y la locura. Los "perturbadores" pasan a ser "perturbados" y comienza lo que Foucault denominó "el gran confinamiento", es decir, el segregamiento de todos aquellos considerados "distintos", "extraños" o "peligrosos" metiéndoles en las numerosas instituciones que para albergarles fueron creadas por toda Europa durante los siglos XVIII y XIX y que se mantendrían hasta pasada la primera mitad del siglo XX que comenzaría, primero en Estados Unidos, el movimiento de la desinstitucionalización. De esta forma se pretendía proteger al loco de la sociedad y a la sociedad del loco. "El castigo ha pasado de ser un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos" (Foucault, 1982: 18). "Como efecto de esa nueva circunspección, un ejército entero de técnicos ha venido a relevar al verdugo, anatomista inmediato del sufrimiento: los vigilantes, los

médicos, los capellanes, los psiquiatras, los psicólogos, los educadores" (Foucault, 1982: 19).

Para Foucault (1982: 16) el trato que se daba a los delincuentes, y nosotros lo extendemos aquí también a los enfermos mentales, fue una "muestra de la barbarie de los siglos y de los países y como las pruebas de la débil influencia de la razón y de la religión sobre el espíritu humano".

Esta tendencia a la reclusión que se inició en el s. XVII^{*} y tuvo su máximo apogeo en el XIX no fue sin embargo una iniciativa, como podría pensarse, de la psiquiatría sino que partió de los filántropos, magistrados y de las familias. Durante el siglo XVIII, en los establecimientos, además de la propia locura, no había nada ya que los propios guardianes eran reclutados entre los mismos locos. Aunque no se niegue el interés de los médicos por la locura, si conviene señalar que la psiquiatría, a finales del siglo XVIII, estaba anclada en los asilos y, siguiendo la tradición griega, seguía un modelo organicista. El tratamiento era a base de fármacos para estimular a los melancólicos, tranquilizar a los maniacos, purgas para librar al cuerpo de aquellas sustancias que le envenenaban provocando sudores, vómitos y laxantes, baños de agua muy caliente, duchas de agua fría, restricciones mecánicas (grilletes, camisas de fuerza, sillas de restricción mecánica, etc.). Con todo esto se pretendía dominar la mente, las pasiones y la voluntad para transformar el comportamiento.

Cuando se observó que con estos tratamientos poco se conseguía, algunos filántropos intentaron humanizar el maltrato dado durante siglos a los locos y comenzaron a aplicar a mediados del siglo XVIII el tratamiento moral. Destacaron entre ellos, Müller en Alemania, William Battie (1703-1776) en Londres, Vincenzo Chiarugi (1759-1830) en Toscana, William Tuke (1732-1887) en el condado de York, Jean Baptiste Pussin (1746-1811) y Phillipe Pinel en París, siendo este último considerado el padre de la asistencia psiquiátrica francesa. Dirigiéndose a

^{*} Durante el siglo XVII se crearon grandes internados, pero no es tan conocido que más de uno de cada cien habitantes de París estuvo encerrado allí, aunque sólo fuera por unos meses (Foucault, 1985: 79)

los ciudadanos les decía: "tengo la convicción de que si los alienados son tan intratables, es porque se les priva de aire y de libertad".

Con el tratamiento moral se pretendió regenerar a los locos mediante la humanidad, la amabilidad, la razón, es decir, tratándoles como a personas normales. En el manicomio, "el trabajo estará despojado de todo su valor de producción; se impondrá sin más título que el de regla moral pura; limitación de la libertad, sumisión al orden, sentido de responsabilidad, con el único fin de desalienar el espíritu perdido en el exceso de una libertad que el constreñimiento físico limita sólo aparentemente" (Foucault, 1982: 225). Para Tuke (1732-1822) era más importante la necesidad de estima, la consideración de los otros. El loco no había perdido toda su capacidad de raciocinio, como el idiota, por lo que había que tratarles como a niños a los que había que educar mediante una rigurosa disciplina lo que dio lugar a que los manicomios se convirtieran en escuelas reformatorias. Cada vez había más enfermos ingresados y la experiencia era que pocos insanos se curaban. El manicomio pasó a ser un instrumento de recogida de todos los incurables psíquicos, el lugar donde se arrojaba todo aquello que molestaba a la sociedad.

A finales del siglo XVIII al loco se le convierte en el representante de la asociabilidad. Puede ser capaz no de transgredir una ley, como el criminal, sino todas a la vez. El loco, por haber perdido las facultades mentales consideradas exclusivas del hombre, pierde también sus derechos a ser tratado como persona. Agresividad e irresponsabilidad van unidas, y por haber perdido la razón, el atributo más importante del hombre, se convierte en un "ser digno de lástima". Como no hay ninguna contradicción entre compasión y ciencia, ni entre benevolencia y autoridad, se les interna para "protegerles", dando lugar a una nueva relación, la relación de subordinación.

Socialmente la locura era negativa. La negatividad de la sinrazón se ofrecía a la racionalidad médica. La sinrazón de la locura se abría a la racionalidad de la medicina para contarle sus secretos, pero a distintos niveles según las diferentes formas de locura. Como esencia de la locura, en el polo de la negatividad extrema podría situarse la

demencia que era conocida por la mayoría de los médicos de los siglos XVII y XVIII. El defecto de la inteligencia, falta de juicio, desorden, descompostura del pensamiento, todo estaba dentro de la sinrazón que podía ser una afección del cerebro o una perturbación de los "espíritus" o una combinación de ambas.

En el siglo XIX se comenzó a legislar sobre los locos, promulgándose en Francia la famosa "Ley de 30 de junio de 1838", que más adelante serviría de modelo a las disposiciones que durante más de un siglo regularían las condiciones jurídicas de los enajenados. Fue la primera medida legislativa que reconoció un derecho a la asistencia y a los cuidados de una categoría de indigentes o enfermos, promoviendo la invención del manicomio (Castel, 1980).

1. 4. El nacimiento de la psiquiatría.

Para Alonso Fernández, el nacimiento de la psiquiatría científica debe adscribirse a la Ilustración porque este movimiento estimuló la adopción de una actitud racional y científica ante lo psíquico morboso. Tierno Galván (1962) destaca entre las características de la Ilustración "el antimagicismo y la clara voluntad de progreso y secularización". El proceso de secularización consistiría en "la transformación de los elementos mágico-eclesiásticos en racionales" (Alonso Fernández, 1978: 26). Colodrón manifiesta: "La Psiquiatría científica llegó con las mareas del siglo XVIII: el siglo de las luces, el siglo de la razón, el siglo que proclamó los derechos del hombre, liberó a los locos de sus cadenas, aventó revoluciones y consagró la máquina de "Monsieur" Guillotin" (Colodrón, 1990). El término "psiquiatría" sería utilizado por primera vez por Johann Christian Reil (1759-1853) en 1808.

Con el nacimiento de la psiquiatría van a surgir muchas escuelas de las que mencionaremos las más representativas, junto con algunas de sus figuras más destacadas, ya que con sus aportaciones hicieron posible la historia de esta disciplina. Acerca del inmenso trabajo que desarrollaron diría uno de sus representantes más notables: "La frondosísima literatura psiquiátrica surgida a lo largo de más de cien

años, resultaba en buena parte pura palabrería. Iba descubriendo en ella las perlas: nociones definidas, expuestas con claridad conceptual y en forma inteligible por tales o cuales autores. Frecuentemente una misma cosa era tratada con otras palabras, las más de las veces confusamente. ¡Con decir que las distintas escuelas manejaban su propia terminología! Parecía que no existiera una psiquiatría científica uniforme, común a todos los investigadores" (Jaspers, 1964: 21). Y Jaspers también diría: "los psiquiatras deberían aprender a pensar".

1. 4. 1. La Escuela Francesa.

La mayoría de los autores sitúan el nacimiento de la psiquiatría científica en 1801, cuando Philippe Pinel (1745-1826) publica su "Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental o la manía". Se dedicó a observar a los enfermos, describir los hechos y después analizarlos y recomendó no formular más hipótesis. Clasificó la alienación en: la manía o delirio universal con estado de agitación y furor, la melancolía (delirio exclusivo y limitado a una serie particular de objetos con una especie de estupor y afecciones vivas y profundas), la demencia (debilidad general que afecta a las funciones intelectuales y afectivas) y el idiotismo (estados de obliteración de la razón con movimientos rápidos y automáticos de impulsión). Pinel observó y anotó detenidamente el comportamiento de los enfermos, iniciando las historias clínicas.

A finales del siglo XVIII, como dice Foucault, surge el problema de la entrada del individuo en el campo del saber, problema de la entrada de la descripción singular, del interrogatorio, de la anamnesis, del "expediente en el funcionamiento general del discurso científico". El nacimiento de las ciencias del hombre hay que buscarlo en esos archivos de poca gloria donde se elaboró el juego moderno de las coerciones sobre cuerpos, gestos, comportamientos. "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, 1975: 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. Se hace de la descripción un medio de control y un método de dominación". "La vida cuidadosamente cotejada de los enfermos mentales o de los delincuentes corresponde, como la crónica de los reyes o la epopeya de los grandes bandidos populares, a cierta función política de la escritura; pero en otra técnica completamente distinta del poder" (Foucault, 1975: 196) "El examen como fijación a la vez ritual y "científica" de las diferencias individuales, como adscripción de cada cual al rótulo de su propia singularidad indica la aparición de una modalidad nueva del poder en la que cada cual recibe como estatuto su propia individualidad, y en la que es estatutariamente vinculado a los rasgos, las medidas, los desvíos, las "notas" que lo caracterizan y hacen de él, de todos modos un "caso".... "El examen se halla en el centro de los procedimientos que constituyen el individuo como objeto y efecto de poder, como efecto y objeto de saber" (Foucault, 1975: 197).

La novedad que introdujo Pinel consistió en "observar minuciosamente los signos de la enfermedad según el orden de aparición, según su desarrollo espontáneo y su terminación natural". "... rechaza las especulaciones aventuradas sobre las causas ocultas de los fenómenos." (Castel. 1980: 116).

Con Pinel nace la psiquiatría clásica francesa y además, según algunos autores, 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). Pinel ha pasado a la historia de la psiquiatría por haber liberado al alienado de sus cadenas intelectuales y físicas y por haber iniciado el tratamiento moral, entendido no como una acción moralizante sino como una actividad terapéutica. Refiriéndose a los locos decía: "lejos de ser culpables que hay que castigar, son enfermos cuyo lamentable estado merece todos los respetos debidos a la humanidad doliente y se debe procurar devolverles la razón perdida con los medios más sencillos" (Pinel, 1809: 202).

Introdujo en la psiquiatría lo que él entiende como método experimental, la observación repetida de los hechos, y el análisis racional de los mismos. En 1810, en la cuarta edición de su "Nosographie philosophique", Pinel define la medicina experimental como "una ciencia que consiste en observar con atención, no referirse más que a signos sensibles, repetir varias veces las observaciones". "Bernard señala que el método experimental no exige el empleo de los experimentos o procedimientos de experimentación, es decir, observaciones provocadas, sino que parte de observaciones espontáneas, que después son objeto de razonamientos, para extraer de los hechos observados la verdad". El observador científico o experimental escucha a la naturaleza, y el experimentador, con sus experimentos, la interroga y la estimula a contestar. "Entre el método experimental y el método empírico por excelencia no existe ninguna diferencia sustancial" (cit. por Alonso Fernández, 1978: 27).

Castel considera que el acto fundador de Pinel no consiste en romper las cadenas de los alienados, sino en ese ordenamiento del espacio hospitalario - reexpedir, separar, redistribuir (Castel, 1980). El espacio ordenado supuso una conducta regulada, y así: "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). De este modo, medicalizó una terapéutica que previamente había sido utilizada por Tuke, un comerciante cuáquero de York, o Pussin, un celador hospitalario de París, por ejemplo.

"Pinel, volviendo a un sistema hipocrático de clasificación, consideró todas las enfermedades mentales como enfermedades originadas por causas físicas, sin fiebre, inflamación, hemorragia, ni lesión anatómica" (Guimón, 1988). Según Martínez Pérez (1993: 60), los principios en que basó Pinel el tratamiento moral fueron:

- 1º La amabilidad con el alienado.
- 2º La necesidad de transmitir una imagen de autoridad por parte del terapeuta.

- 3º Tener como objetivo principal combatir y destruir la idea delirante.
- 4º Conceder al manejo de las pasiones un papel relevante en el tratamiento.

Situó el tratamiento moral sobre una base científica debido a que:

- 1º Estableció la relación entre el tratamiento y las causas de la locura.
- 2º Especificó el mecanismo por el que actuaban las causas y se producían las curas de los sometidos al tratamiento moral (actuación sobre las ideas delirantes mediante actuaciones teatrales).
- 3º Analizó las pasiones para poder manejarlas en el tratamiento moral convirtiendo al médico, al desplazar a los filósofos, en el gran experto de las pasiones.
- 4º Aplicación de los métodos estadísticos.

El tratamiento moral pretendía curar a los locos con los mismos medios que la burguesía defendía para conseguir el éxito: la autodisciplina y el trabajo.

Al discípulo predilecto de Pinel en la Salpêtrière, Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), se le consideró el gran reformador de las instituciones. Modificó la clasificación de Pinel aunque mantuvo tres de sus cuatro grandes grupos: manía o delirio generalizado; demencia o debilitamiento intelectual generalizado; e idiotismo que llamó idiocia. Sustituyó el término de melancolía por el de monomanía (delirio parcial crónico). "El concepto de monomanía rompía con la tradición antigua de considerar a la locura como un trastorno de la razón. La monomanía mostraba la existencia de casos en los que aquella no estaba alterada y sólo un médico bien entrenado, lo que justificaría la existencia de especialistas, sería capaz de reconocerla" (Martínez Pérez, 1993: 64). Dentro de las monomanías, consideró la lipemanía o locura triste y el resto, que se caracterizan por una pasión excitante o alegre, las clasificó, de acuerdo a la función psíquica afectada, en tres apartados:

monomanía instintiva o de la voluntad, monomanías afectivas y monomanías intelectuales. La clasificación de Esquirol quedará así: manía, lipemanía, monomanía, demencia e idiocía. Se le describe como un gran observador que llegó a separar los síntomas y a distinguir entre el comienzo, el curso y el final de la enfermedad.

El tratamiento moral tuvo su crítica con E. J. Georget (1795-1828), quien inició un nuevo programa terapéutico. No estuvo de acuerdo con Pinel y Esquirol y fue el primero en considerar el delirio como un primer síntoma de la enajenación mental que no debía confundirse con la naturaleza de la enfermedad. Para Georget, "la medicina empírica de los síntomas pierde solvencia: se sabe que hay que llegar a la raíz del mal y no a las ramificaciones, que no se deben administrar remedios sin conocer su acción y sin prever los efectos que podrán producir, tanto sobre el órgano enfermo como sobre el resto del organismo" (Georget, 1820: 245). Defendió un tratamiento diferencial, mediante la administración de medios medicamentosos internos y externos. Posteriormente, según Castel (1980: 119), defendería lo contrario: "los tratamientos directos, empíricos o morales, siempre necesarios, producen efectos casi constantes y de una utilidad mucho mejor constatada que los otros. Sólo ellos pueden curar muchas locuras". Desde una posición ecléctica, distinguió los problemas mentales debidos a una causa orgánica conocida y aquellos otros meramente funcionales, lo que promovió la distinción entre neuropsiquiatría y psiquiatría. Las causas de la locura eran morales.

En 1835, J. C. Pritchard (1786-1848) describió una nueva entidad nosológica, la locura moral, que acentuaba los signos de debilidad mental con las perversiones y terminaba en la locura. "Tales individuos, sostiene el psiquiatra francés, son cada vez menos fecundos, hasta que, en los idiotas, desaparece la potencia fecundante y el germen psicopático degenerativo deja así de transmitirse (Saurí, 1969: 121). La locura moral pronto sería absorbida por la teoría de la degeneración de Morel ("locura de los degenerados").

El primer estudio clínico sistemático sobre la patología de la parálisis general progresiva (P.G.P.) fue publicado en 1822 por Antoine

Laurence Bayle (1799-1858). En 1857, Esmarch y Jessen relacionan la sífilis con la P.G.P. y esto sería confirmado por Jasperden en 1874. El descubrimiento de la causa de la sífilis dio lugar a que el modelo anatomoclínico fuese imitado durante más de medio siglo. En ello influyó también el descubrimiento llevado a cabo, en 1861, por el francés Paul Brocca (1824-1880) de que la afasia o dificultades en el uso significativo del habla se debían a una lesión en una porción determinada del hemisferio izquierdo del cerebro (Sacks, 1987: 22). Aunque muchos de los estudios anatomopatológicos fracasaron, ocasionalmente se vieron coronados por el éxito, tal es el caso de la demencia de Alzheimer, la de Pick y la arteriosclerótica. Ahora bien, cuando la lesión fundamenta el conocimiento, lo mórbido se hace sinónimo de déficit, desintegración y muerte. "Para el psiquiatra racionalista enferma *algo* no alguien; un cuerpo, no un hombre. Este modo de proceder pone la alteración *afuera*, en un terreno quizá neutro, pero inanimado. Simultáneamente, como el psiquiatra se codea con la muerte mental, aparece, a los ojos de los legos, inmerso en una atmósfera maléfica y misteriosa; es el médico de locos y loco, seguramente, él mismo" (Saurí, 1969: 119).

El modelo anatomoclínico, debido a su escaso éxito, cedió su lugar a la teoría de la degeneración. Benedict Augustin Morel (1809-1873), científico y religioso, publica en 1857 su "Traité des dégénérescences physiques intellectuelles et morales de l'espèce humaine", en el que describe el concepto de degeneración como "desviación malsana de un tipo primitivo". Supone que ciertos trastornos mentales dependen de una debilidad hereditaria. Considera que la herencia patológica se agrava de generación en generación, además de que son muchas las causas degeneratrices de las enfermedades mentales entre las que además de la herencia destacan ciertos agentes tóxicos como el alcohol. Morel lo interpreta de forma muy peculiar a través de una relación entre la ética y la heredobiología. Para él no se trata de una degeneración que pueda derivarse de una interpretación evolucionista, "sino, de una herencia desemejante, por transformación, en la que la causa primera es el pecado original". Describió gran cantidad de "estigmas" propios de los alienados físicos, intelectuales y morales.

La degeneración se regiría por la "Ley de progresividad": en la primera generación aparece el temperamento nervioso; en la segunda, la neurosis, en la tercera, la psicosis; en la cuarta, la oligofrenia, y con ello la conclusión de la descendencia (Alonso Fernández, 1978: 64). Las leyes de Mendel acabaron con las teorías que servían de base a la teoría de la degeneración.

A pesar de su enunciado simplista y de sus errores, la teoría de la degeneración ofrece un primer modelo biológico de la enfermedad mental que atiende al organismo (herencia) y al medio (Colodrón, 1990: 23). Con la teoría de la degeneración se dio un paso más, de la semiología a la etiología; si se saben las causas o se intuyen se pueden diagnosticar enfermos potenciales y, por lo tanto, poner los medios para prevenirlas. De este modo los psiquiatras saldrán de los manicomios, ofreciendo a los poderes públicos su colaboración preventiva a través de las Ligas de Higiene Mental.

Por su parte, Valentín Magnan (1835-1916) seguidor de Morel y de sus trabajos sobre la degeneración, continuó con el estudio de la psicosis, lo que le separó del resto de los componentes de la escuela francesa que se dedicarían al estudio de las neurosis. Consideró "que todos los estados que se incluyen bajo el nombre de locura son meramente estigmas patológicos de la locura hereditaria". Transformó en "predisposición" lo que en Morel era fatalismo; como tal "predisposición", la transmisibilidad hereditaria de la locura estaba latente en la elaboración por Moebius de su concepto de lo endógeno, que ha llegado hasta nuestros días por haber sido utilizado por Kraepelin". Magnan llevó a cabo un intento de síntesis clínica y evolutiva y delimitó, por su desarrollo, un delirio crónico que cursa en estados sucesivos (intranquilidad, ideas de persecución, ideas de grandeza y demencia). Asoma así la noción de entidad nosológica, un curso peculiar que, aunque con fases sintomáticas diversas constituye una unidad evolutiva" (Colodrón, 1990). Las teorías de Magnan dominaron la etapa final de la psiquiatría clásica francesa.

La hipótesis de la degeneración psíquica aunque impregnó el pensamiento psiquiátrico tuvo también sus retractores como Jean Pierre

Falret (1824-1902) quien manifestó: "Ciertos médicos no hesitan en afirmar que la herencia existe en todos los hechos de la locura, sin excepción, y para establecer esta exagerada proporción, extienden más allá de sus límites la esfera de la herencia; no sólo la buscan en las enfermedades nerviosas y en los excesos alcohólicos de sus ascendientes, sino que hasta afirman que todas las enfermedades hereditarias son hermanas... Estos autores, queriendo probar demasiado, destruyen el resultado que quieren producir. En efecto, si todas las afecciones hereditarias pudieran ser causa de locura, como no hay familia que no tenga determinada enfermedad hereditaria, todas las familias se encontrarían predispuestas a la locura; por consiguiente, la influencia de la herencia como causa predisponente desaparecería al generalizarse y la parte principal sería la de las causas ocasionales en la producción de tal enfermedad más que de tal otra" (Falret, 1864: 2).

Para Huertas, la teoría de la degeneración con su "Patología constitucional y hereditaria, causas físicas, localización cerebral, etcétera, eran también formas de soslayar, bajo pretendidas razones científicas, los evidentes motivos sociopolíticos y económicos que intervinieron en la génesis del alcoholismo, la criminalidad y no pocas formas de enfermedad mental a lo largo de la segunda mitad de la pasada centuria". "La teoría de la degeneración responde a la inquietud de los psiquiatras positivistas por encontrar las causas de la alienación mental" (Huertas, 1993: 68-69)

Desde otro punto de vista, Castel considera que "La psiquiatría no se orientará hacia una especie de racismo anti-loco hasta Morel y Magnan, cuando las nociones de degeneración y constitución hayan puesto en primer plano la "perversión" del enfermo mental" (Castel, 1980: 53).

La frenología fue fundada por Franz Josef Gall (1758-1828), fisiólogo vienés, quien tenía un profundo conocimiento del cerebro. Postuló 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 que se 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. Se podía leer el carácter del individuo a través de la configuración anatómica de la bóveda craneana. En 1806 se publicó su libro "Exposición a la frenología". Acusado de materialista tuvo que abandonar Viena. Alcanzó cierto éxito en Francia, aunque breve ya que fue acusado de materialismo, pero triunfó en Inglaterra donde gozó de gran prestigio hasta 1850. En España, la figura más destacada fue el catalán Cubí que examinó una gran cantidad de cabezas y publicó su "Manual de frenología".

La práctica de la psicología descriptiva en la psiquiatría fue introducida por Falret, quien describió en 1852 lo que denominó la "locura circular", al mismo tiempo que Baillarger que la denominó "locura de doble forma". Años antes, el médico aragonés, Andrés Piquer Arrufat, la había descrito con todo detalle como "melancolía-manía" en su "Discurso sobre la enfermedad del rey Fernando VI" a quien trató en 1758. Falret y Baillarger intentaron aislar las entidades nosográficas describiendo, además de los síntomas, los signos. De esta forma se pasó de una sintomatología a una semiología que intentará dar sentido a las manifestaciones externas y la evolución de la enfermedad mental.

En las investigaciones sobre la histeria, destacó la figura de Jean Mailin Charcot (1825-1893) quien trabajó en La Salpêtrière donde realizó sus famosos estudios. Utilizó la hipnosis que con su prestigio arrancó al "charlatanismo de feria o a la superstición" y que sería utilizada por Freud y Breuer para el tratamiento de las neurosis.

En las últimas décadas del siglo XIX alcanzó un gran auge la antropología criminal, basada en los estudios de Lombroso, lo que supuso un paso más en el proceso de somatización de la enfermedad mental. Cesare Lombroso (1835-1909) estimaba que la "insania moral" del criminal obedecía a alguna anomalía física o estado patológico de detención del desarrollo o regresión atávica. La escuela lombrosiana, "al pretender ignorar que el comportamiento criminal es, sobre todo, un hecho social, olvidó, cayendo en un vulgar determinismo, que el

individuo vive en sociedad y en continua relación dialéctica con otros hombres y con la naturaleza" (Huertas, 1993: 72).

1. 4. 2. La Escuela Alemana.

La Escuela Alemana surgió a principios del siglo XIX, bajo la influencia de la naturphilosophie, y en un momento histórico en el que destacan la revolución liberal burguesa, la revolución industrial y el romanticismo y dirigió la psiquiatría en el mundo hasta 1933. Su comienzo tuvo lugar gracias a la polémica entre los que defendían que la enfermedad mental era consecuencia de una alteración exclusiva del alma y los que consideraban que se debía a alteraciones del soma ya que el alma no podía enfermar (la eterna discusión entre los psíquicos y los somáticos). La psiquiatría alemana de principios del s. XIX estaba absorbida por las especulaciones éticas y religiosas. Para los alemanes del siglo XVIII, la enfermedad era una consecuencia del pecado. Su principal representante fue Ch. Heinroth (1773-1843), quien ocupó la primera cátedra de psiquiatría en la ciudad de Leipzig en el año 1811. La enfermedad psíquica era una enfermedad del alma consecuencia del pecado y lo más esencial era la pérdida de la libertad.

Con Kraepelin, la psiquiatría se emancipó de la medicina interna. Para Alonso Fernández: "Se produce aquí la nota aparentemente paradójica de que la psiquiatría toma carta de independencia precisamente en el momento en que Kraepelin comienza a aplicar a los enfermos psíquicos los mismos métodos que privaban a la sazón en medicina interna" (Alonso Fernández, 1978: 65).

Entre sus figuras más importantes destacamos a W. Griesinger (1817-1868) ocupó la cátedra de psiquiatría en 1866 lo que impulsó el carácter científico del estudio de la locura. Consideró que las enfermedades mentales eran enfermedades del cerebro, lo que dio lugar de manera formal y sistemática al modelo organicista, aunque no todas las enfermedades del cerebro se manifiestan con alteraciones mentales. Las causas de la locura pueden ser físicas, psíquicas o mixtas aunque las más frecuentes son las psíquicas y los factores predisponentes son la

herencia, la educación, las preocupaciones. Independientemente de cuales sean las causas, la locura no es más que un conjunto de síntomas consecuencia de estados anómalos del cerebro. Expone una única psicosis (teoría de la psicosis unitaria) en contraposición de las 36 enfermedades mentales descritas por Heinroth.

Al no conseguir una clasificación de las enfermedades mentales a través de la neuropatología cerebral, intentó una clasificación fisiológica, desarrollando en realidad unos criterios psicológicos ya que dividió los cuadros clínicos en dos grupos: los trastornos de los afectos y los trastornos del pensamiento y de la voluntad. Los trastornos psíquicos clasificados como trastornos afectivos (melancolía, manía y delusión) se producen como consecuencia de las enfermedades del cerebro. "A través de diferentes estadios, la locura puede conducir hasta la destrucción completa de la vida psíquica". "Con Griesinger se cierra una época - prehistoria de la psiquiatría moderna - salpicada de polémicas como la de los "somáticos" contra los "psíquicos" o las rivalidades de la "psiquiatría de asilo" con los de las "clínicas universitarias" ... y "la famosa aseveración de Griesinger "las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro", situó a la psiquiatría en el marco de la medicina natural y encadenada, por tanto, a su destino" (Corcés, 1983: 19).

Debido a los hallazgos de Broca, la investigación neuropsiquiátrica continuó en Berlín tratando de encontrar un fundamento para las ideas localizacionistas y aunque si consiguió ampliar el conocimiento del cerebro, no tuvo ningún éxito con respecto a encontrar las causas de la esquizofrenia. Los estudios fueron exhaustivos y se tuvieron en cuenta además, las relaciones entre los cuadros psicóticos y la pubertad, el puerperio y el climaterio.

Convencido de que se podría llegar al diagnóstico etiológico, Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) se interesó más por los conjuntos de *síntomas o síndromes que por la enfermedad subyacente* (Guimón, 1988). Consideró la necesidad de valorar el curso completo de la enfermedad para poder dar un diagnóstico y además la necesidad de tener en cuenta las circunstancias que le rodeaban. El trastorno comienza de forma solapada para concluir en la alienación. Denominó "parafrenia hebética"

(1863) a la enfermedad que comienza en la juventud. Su discípulo Ewald Hecker (1843-1909) la denominó "hebefrenia". Kahlbaum denominó "heboidofrenia" a los trastornos que aparecían en edades algo más avanzadas a los que atribuía un papel muy importante al factor herencia y se caracterizaban por "perversidad moral, conducta distorsionada y fracaso psíquico, con muy escasa tendencia al embrutecimiento progresivo".

En 1904, Diehm describió la "demencia simplex" (insipidez, falta de iniciativa para el trabajo, desgana, embotamiento afectivo y lasitud). Con el tiempo desaparecería la diferencia entre demencia simple y hebefrenia. Paul Julius Moebius (1853-1907) inició la investigación de los trastornos psíquicos, tanto exógenos como endógenos, que utilizaría Kraepelin para su clasificación.

Una de las figuras más importantes de la psiquiatría es Emil Kraepelin (1856-1926) que trabajó en el Hospital Psiquiátrico de Leipzig y estudió con Flechsig la anatomía cerebral y con Wundt la psicofisiología experimental. A partir de 1903 se hizo cargo de la cátedra y de la Clínica Universitaria de Psiquiatría de la Universidad de Munich que transformó en 1909 en el famoso Instituto de Investigaciones Psiquiátricas, financiado, en parte, por la fundación Rockefeller. Estudió las enfermedades psíquicas independientes, con una etiología, unas manifestaciones, un curso y una histopatología peculiar. "Convencido de la inutilidad de la investigación anatomopatológica y etiológica para ordenar el complejo mundo de las psicosis" decidió, siguiendo a Kahlbaum, estudiar todo el cuadro clínico, su evolución y el desenlace. Estuvo muy interesado en el estudio descriptivo de la conducta tratando de encontrar semejanzas y diferencias sistemáticas y estudió los síntomas que aparecen y desaparecen. Fue partidario de una clasificación de las enfermedades que facilitaría los diagnósticos y tratamientos. Como buen organicista consideró que el desorden mental era universal, a pesar de las variaciones culturales que observó.

Utilizó por primera vez el término de "demencia praecox", tomado de Morel, para describir lo que Hecker denominó "hebefrenia". "Caracteriza la demencia precoz el estado de déficit, el bloqueo, el

negativismo, la debilidad del juicio y la discriminación de la productividad psíquica, el empobrecimiento motor, la pérdida de energía y el embotamiento afectivo" (Colodrón, 1990). Admitió que un 13% de los casos curaban completamente. Según la evolución de la demencia precoz distinguió entre una progresiva que conducía a un déficit permanente y otra que cursaba en brotes sin déficit definitivo.

En 1883 publicó la primera edición de su "Kompendium der Psychiatrie". En la 6ª edición (1889) separó las demencias paranoides de la paranoia (en las paranoias no hay verdaderas alucinaciones) y aparece el concepto de demencia precoz que posteriormente Bleuler denominaría esquizofrenia. Colodrón destaca en la clasificación de Kraepelin:

- a) demencia precoz (crónica, con trastornos del pensamiento, alucinaciones y delusiones poco sistematizadas, demenciadora)
- b) paranoia (crónica, en algún caso agudo, sin trastornos del pensamiento, sin alucinaciones, con delusiones bien sistematizadas, no demenciadora)
- c) parafrenia (crónica, no demenciadora, sin trastorno del pensamiento, alucinaciones, delusiones extravagantes parcialmente sistematizadas)
- d) delusión presenil de perjuicio (crónica, tardía, sin deterioro grave, con delusiones fantásticas y poco sistematizadas y, excepcionalmente alucinaciones)

Kraepelin las consideró psicosis endógenas y Bleuler las denominó esquizofrenias. Kraepelin abandonaría lo motivacional y las experiencias emocionales para cargar el acento en lo disposicional y tóxico. A pesar del éxito de las clasificaciones nosológicas, hubo autores como Hoche que las consideró una tarea inútil y afirmaba que no "podía hablarse de especies morbosas exógenas, ni endógenas sino de complejos sintomáticos en tanto modos de reacción típicos del organismo frente a las distintas etiologías" (González de Pablos, 1993: 79-80). El pensamiento de Kraepelin persiste hoy. Como dice Guimón se intentan detectar síndromes psiquiátricos por sus síntomas y su evolución. Sin embargo, se les intenta de inmediato elevar al rango de enfermedades, procurando adscribirlos a alteraciones biológicas o incluso cerebrales. La clasificación

de Kraepelin fue adoptada en España el 30 de diciembre de 1924, un día después de la creación de la Asociación Nacional de Neuropsiquiatría.

Kraepelin y su escuela surgieron en la fase de expansión del capitalismo industrial y sus contradicciones internas ante las que se producen dos reacciones: la revolucionaria, que suponía una revisión radical de la estructura socioeconómica imperante y la conservadora que condujo a un intervencionismo estatal que pretendía detener los avances de las fuerzas revolucionarias y superar la crisis. En opinión de Huertas: "Es en este contexto en el que Kraepelin construye una psiquiatría para un burguesía instalada en el poder y empeñada en la normativización social. Así, el loco, que ganó con el alienismo filantrópico de finales del siglo XVIII y comienzos del XIX su consideración de ciudadano, ha de ganarse ahora la de enfermo, en el sentido más ortodoxo del término, es decir, su padecimiento ha de estar ajustado al patrón de enfermedad establecido por la clínica médica" (Huertas, 1993:72-73).

Frente a Kraepelin, el gran hombre de la psiquiatría "pesada" (la de los asilos y las psicosis graves), surgiría Sigmund Freud (1856-1936), el gran hombre de la psiquiatría "ligera" (neurosis y consultorios). Introdujo el registro de la biografía del enfermo; la historia clínica psiquiátrica dejaría de ser la historia de una enfermedad para transformarse en la historia de un enfermo. Para los psiquiatras, ambos enseñaron las dos lecciones básicas de la psiquiatría: por un lado, observar al hombre enfermo con mirada científico-natural (Kraepelin) y, por otro, escucharlo y comprenderlo (Freud).

Como ya se ha dicho, Eugen Bleuler (1859-1940) creó el término de esquizofrenia que se caracteriza por la alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior. Influido por Freud buscó en la psicología asociacionista, justo en las ideas, la clave para entender la enfermedad. Se distinguió de Kraepelin en considerar que el rasgo central de la enfermedad no es un curso, sino un estado "una escisión de la personalidad, una disolución, un hendimiento de las funciones psíquicas y como consecuencia de esta escisión se produce la interiorización de la vida psíquica y la pérdida del contacto con el medio social (autismo). La esquizofrenia es un grupo de psicosis y no

una entidad unitaria. Es una enfermedad que no puede entenderse en sí misma por lo que hay que estudiar el contenido de los síntomas generales a través de procedimientos psicológicos. La teoría de los síntomas los ordena en primarios o fisiógenos (surgen del propio proceso patológico y se traducen en una alteración del cerebro) y secundarios o psicógenos (comienzan cuando la psique enferma reacciona ante algunos procesos internos o externos y son consecuencia de la escisión de las asociaciones) (Colodrón, 1990: 47).

Bleuler distinguió los síntomas fundamentales (trastornos de la asociación y de la afectividad, predilección por la fantasía en oposición a la realidad y autismo) de los síntomas accesorios (alucinaciones e ideas delirantes). además de las perturbaciones de la memoria y los cambios de la personalidad. "Con Bleuler el empirismo se hundió sobremanera en el subsuelo de un psicologismo freudiano que, en ciertos epígonos menos juiciosos, abocó al menosprecio del diagnóstico" (Colodrón, 1990: 47).

A partir de ahora se van a ver dos formas para entender la esquizofrenia. Por un lado los seguidores de Kraepelin que se concentran en la observación de las funciones mentales puras y, sólo secundariamente, los contenidos y, por otro lado, los seguidores de Bleuler que, en cierto modo influidos por el psicoanálisis, se concentran en los contenidos y tratarán de averiguar el por qué los síntomas son distintos de unos enfermos a otros.

La clasificación de los síntomas en fisiógenos y psicógenos planteó el problema de la dirección ya que a la hora de diagnosticar una esquizofrenia no se sabía si se tenían que dirigir hacia un proceso somático o hacia una disposición meramente convencional de factores psíquicos. La dificultad y falta de unanimidad en el diagnóstico ha sido una característica de la psiquiatría y citamos como ejemplo la facilidad con que los psiquiatras norteamericanos diagnosticaban la esquizofrenia hasta finales de la década de los 70, al compararlos con los psiquiatras europeos. "Para curar la esquizofrenia, se decía en Estados Unidos, basta cruzar el Atlántico". Decía Langfeldt "hablamos de cosas diferentes" (cit. por Colodrón, 1983: 183).

En Karl Jaspers (1883-1969) se observa la influencia de la fenomenología de Husserl y la psicología comprensiva de Dilthey. La fenomenología es un método descriptivo que se mantiene por la conversación con el paciente y cuyo objeto es el mundo subjetivo del enfermo, sus vivencias y modos de vivenciar. Introdujo y diferenció los términos de desarrollo (lo ya contenido, como potencialidad dentro de la persona, se intensifica y si bien se separa de la normalidad, se comprende como un despliegue de aquella) y proceso (irrumpe algo nuevo en la personalidad y modifica su estructura). El proceso de naturaleza orgánica o psíquica conduce a una "limitación o destrucción de la personalidad". Jaspers publicó su tratado de Psicopatología General en 1913 y en esta obra fundamenta los métodos de la fenomenología, de la comprensión y de la explicación para el conocimiento en psiquiatría. Con la fenomenología se obtenían los ladrillos del edificio de la enfermedad mental y con la comprensión y la explicación se levantaba el edificio. La comprensión (das Verstehen) "establece relaciones internas de motivación o de sentido. La explicación (das Enklären) proporcionaba las conexiones externas o de causalidad entre los distintos elementos psicológicos. Con la comprensión se podía conocer el desarrollo de la personalidad y con la explicación el proceso. Difería con Freud en que para este último la comprensión era ilimitada mientras que para Jaspers tenía su límite en la explicación que, a su vez, se veía limitada por la inabarcabilidad del hombre (González de Pablo, 1993: 84).

La relación entre la estructura corporal y la enfermedad mental fue desarrollada por Ernest Kretschmer (1888-1964) quien consideró la constitución como un "conjunto de todas las cualidades individuales basadas en la herencia". Diferenció cuatro tipos somáticos: leptosomáticos (asténicos), atléticos, pícnicos y displásicos. "En los primeros dominarían las formas alargadas, en el atlético el desarrollo de esqueleto y musculatura, el pícnico poseería contornos redondeados y adiposidad, mientras que los displásicos aparecerían como "tipos raros, deformes, antiestéticos" (Carpintero, 1978: 26-27). Encontró una importante correspondencia entre el tipo pícnico y la psicosis maniaco-depresiva cíclica y entre el grupo leptosomo-atlético y la esquizofrenia. Llegó a referirse a tipos somatopsíquicos y a distinguir entre

personalidades ciclotímicas, de orientación expansiva, y esquizotímicas, introvertidas e interiorizadas. No estableció una delimitación precisa entre lo anormal y lo normal.

1. 4. 3. La Psiquiatría Norteamericana.

El primer tratado de psiquiatría publicado en América se debe a Benjamín Bush (1745-1813) formado en Edinburgo y autor de "Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind" (1812). Introdujo en el Hospital de Pensilvania el tratamiento moral y fue considerado el padre de la psiquiatría americana (Vallejo Ruiloba, 1984: 9).

El modelo kraepeliano fue introducido por Adolf Meyer (1866-1950), "pero oponiendo al concepto etiológico el de reacción psicobiológica (somática, psicológica y social)" (Vallejo Ruiloba, 1984: 15). Concebía los trastornos mentales como esquemas de reacción (conductas) a las situaciones vitales a las que se enfrentaban los pacientes (Mullahy, 1982: 675). Rechazó los tratamientos de shock y se centró en la psicoterapia denominada análisis de la personalidad.

Harry Stack Sullivan (1892-1949) hizo de la psiquiatría la ciencia de las relaciones interpersonales. Formado en la psicobiología de Meyer y en el psicoanálisis clásico, recibió también la influencia de científicos sociales como Cooley, Benedict, Mead, Sapir, etc. Consideró que la conducta humana debía estudiarse desde una perspectiva interdisciplinaria para una comprensión más profunda y global de las relaciones interpersonales. El objeto de estudio no es el individuo sino una situación interpersonal en un momento dado.

Sullivan consideró al paciente como una persona y no como un objeto y sus técnicas fueron dirigidas al mantenimiento y desarrollo del amor propio del paciente y de su seguridad personal. Distinguió el Yo personificado (aquel al que nos referimos cuando decimos yo, mi, yo mismo) como un subsistema del yo o dinamismo del yo. En otras palabras, hay procesos del yo que dado que nunca han sido formulados o

se han dejado de lado selectivamente, no se consideran normalmente como parte de "mi". No dió una definición del yo pero hizo grandes esfuerzos por describir su desarrollo y funciones. El yo no es sinónimo de la personalidad. Esta incluye además aquellas cosas que en el curso del desarrollo dejaron de ser significativas para la persona o tuvieron que ser excluidas de su conciencia en razón de su fuerza generadora de ansiedad. La parte o conjunto de procesos que no pertenece al yo se dice que está disociada, funcionalmente escindida del YO y de toda experiencia vital significativa (Mullahy, 1982: 674 y ss.).

1. 5. La psiquiatría anterior a la Primera Guerra Mundial.

Durante la segunda mitad del siglo XIX comenzaron a aparecer, como ya hemos señalado, y cada vez con mayor intensidad, tendencias somaticistas que darán lugar a lo que se ha denominado la "somatización de la enfermedad mental", por considerar la locura consecuencia de una lesión orgánica y no el resultado de "anomalías en la esfera de las ideas y las pasiones". Una explicación a esta somatización de la locura habría que buscarla en el fracaso del tratamiento moral, el auge de la mentalidad anatomoclínica, la teoría de la degeneración y las relaciones entre psiquiatría y criminología (Huertas, 1993: 67). Aunque la concepción moral de la enfermedad mental, psicogenética y social principalmente, mantuvo la base fisiológica y aplicó ambos tratamientos (médico y moral). Los psiquiatras organicistas positivistas, en un principio progresistas, criticaron el tratamiento moral que no conseguía curar a los enfermos pero, como tampoco consiguieron encontrar una lesión orgánica causante de la enfermedad mental, condujo a un completo abandono de los manicomios y al considerar incurable la enfermedad se condenó al enfermo al encierro de por vida.

En los años siguientes el diagnóstico cayó en descrédito, en parte por la influencia del psicoanálisis, según Guimón, que proponía una etiología única a los trastornos psíquicos. Tres escuelas fuertes de la psiquiatría norteamericana (el psicoanálisis, el psicobiologismo y el interpersonalismo) van a defender una corriente antinosológica.

A principios del siglo XX triunfa el organicismo. "Cierta número de alienistas se esfuerzan por escapar a los dilemas entre causas morales - causas orgánicas, descripción de los síntomas - búsqueda de la radicación, para establecer una inteligibilidad de la enfermedad en función de su evolución y no de la descripción de sus síntomas" (Castel, 1980: 284). Se observan tres líneas de investigación psiquiátrica:

A. Dirección Clínica

Se cita como punto de arranque la publicación de la obra de Bleuler "Dementia Praecox oder Gruppe er Schizophrenien" en 1914. El diagnóstico se basa en los síntomas ordenados jerárquicamente y en su dependencia del proceso morboso (síntomas primarios o fisiógenos y secundarios o psicógenos) y, además, se reconoce el "carácter psicodinámico" de parte de ellos. Se observa por primera vez una influencia psicoanalista.

B. Investigación psicopatológica.

En 1913 se publica la primera edición de la obra de Jaspers "Allgemeine Psychopathologie".

"Se clasifican los síntomas psíquicos en primarios y secundarios según sean o no directamente dependientes del proceso morboso, al propio tiempo que devienen en comprensibles e incomprensibles respectivamente. "Los síndromes carentes de sentido son incomprensibles, están ligados al proceso morboso que los "causa". Los síndromes con sentido sin solución de continuidad, comprensibles, tanto en sus aspectos formales y el contenido cuanto en su génesis misma, han de ser considerados dependientes de "motivos" y, en consecuencia, deben proceder de un desarrollo (anómalo) de la personalidad".

Se dividen los síntomas en procesales y de desarrollo. Puede observarse en este periodo la influencia de Dilthey y de Husserl.

C. Investigación psicoanalítica.

El psicoanálisis y la psiquiatría tienen muchos puntos de contacto, cosa que no es de extrañar si tenemos en cuenta la formación médica de Sigmund Freud (1856-1939) que le llevó a la búsqueda de los factores etiológicos, mecanismos de acción e

incluso la delimitación de cuadros clínicos. En un principio Freud aceptó las categorías diagnósticas sin ningún problema y las instrumentalizó para ilustrar la aplicación y contingencia de sus propios conceptos. El psicoanálisis nació como respuesta a la crisis del pensamiento médico. Freud elaboró los rasgos fundamentales de su doctrina entre 1899 ("La interpretación de los sueños") y 1905 ("Tres ensayos sobre la sexualidad"). Distinguió en la mente el "ello" (nivel inconsciente en el que se sitúan los instintos y dominado por el instinto del placer), el "superyó" (nivel de las prohibiciones, regido por el principio del deber) y el "yo" (en gran medida consciente, aunque se defiende de la pulsiones del "ello" mediante mecanismos de defensa inconscientes y regido por el principio de la realidad). Las psicosis se deben a un conflicto entre el yo y el mundo externo y son conceptualizadas, junto con las neurosis, como complejos sintomáticos más que entidades patológicas. Ambas son consideradas conceptualmente entidades distintas, resultado de patogenias diferentes, pero cuando se trata de buscar la similitud de la patogenia de ambos procesos, en muchas ocasiones, se observa que ésta es idéntica.

El psicoanálisis sienta sus bases doctrinales entre 1914 y 1916 poniendo el énfasis en la interpretación de los síntomas y síndromes de la psicosis como objeto de estudio. 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". Se consideran los síntomas como conflictos latentes de la personalidad, pero "no ha desarrollado un sistema nosológico y un diagnóstico coherente con sus supuestos básicos que relacionen los trastornos psíquicos con las características y conflictos de la personalidad". El método psicoanalítico consistía en llegar al inconsciente mediante la asociación libre y el análisis de resistencias y de transferencias. Algunas de las ideas freudianas, principalmente la importancia que se daba a lo sexual, fueron muy discutidas incluso entre sus propios

seguidores lo que produjo algunos desidentes tan famosos como Adler, Horney, Fromm y Sullivan.

De gran importancia para el conocimiento de la psique fueron los estudios de Pierre Janet (1859-1947), médico y filósofo, que realizó su análisis psicológico "a partir de la división de la mente en tres tendencias: a) las tendencias inferiores (incluyen los actos reflejos, los perceptivo-suspensivos, los sociopersonales y las acciones intelectuales elementales; b) las tendencias medias (acciones y creencias inmediatas y acciones y creencias reflexivas; y c) las tendencias superiores (acciones racional-energéticas, experimentales y progresivas). Explicó el funcionamiento del psiquismo a través de las fuerzas psicológicas (capacidad de realizar actos psicológicos numerosos y rápidos) y la tensión psicológica (capacidad para utilizar la fuerza psíquica a "un nivel más o menos alto de la jerarquía de niveles"). La relación entre fuerza y tensión psicológica sería similar a la que existe entre temperatura y corriente eléctrica. La insuficiencia de la fuerza psicológica (síndrome asténico) o insuficiencia de la tensión psicológica (síndrome hipotónico) producen las enfermedades mentales (González de Pablos, 1993: 80-81). Influyó en distintos autores (Bleuler, Jung, Adler y Freud) pero, principalmente, en la psiquiatría francesa hasta principios de siglo que emergió el psicoanálisis.

Como hemos señalado, en la psiquiatría anterior a la primera guerra mundial, unos atribuían un origen orgánico a la causa de la locura y otros consideraban que las causas eran morales, pero cuando Bayle describió el treponema pálido, causante de la parálisis general progresiva, en su obra "Traité des maladies du cerveau" (1824), se pensó que al darse la sífilis entre prostitutas y soldados se debían los trastornos mentales a causas morales y la parálisis a causas físicas. A partir de entonces se tratará de encontrar una lesión orgánica a la enfermedad mental lo que desarrolló la práctica de autopsias.

En España, Arturo Galcerán perteneciente a la escuela de psiquiatría catalana y con una orientación positivista y organicista escribe en 1881: "La naturaleza de la locura queda determinada por la de la razón.

Ambas son modos de funcionar del cerebro y la vida de éste es un fenómeno químico-mecánico" (cit. por Huertas, 1993: 67).

1. 6. La psiquiatría durante las décadas de los años 20 y 30

En el siglo XIX destacó una psiquiatría positiva, cientifista, en la que Castilla del Pino resalta como característica general la INCOMUNICACION. Junto a una resistencia al psicoanálisis se da una resistencia a la renuncia de los valores burgueses. Durante los años 20 y 30 este autor distingue:

1. Una orientación clínica. Kretschmer (1923) hizo un intento de ordenación de los fundamentos únicos para una psicología y psiquiatría, a expensas de la investigación sobre las bases constitucionales del temperamento y carácter, tratando de encontrar una correlación entre psicosis y constitución.
2. Investigación fenomenológica. La corriente fenomenológica engloba muchas tendencias pero teniendo en cuenta el psicoanálisis se citan a Jaspers en la oposición y a Binswanger como tendencia más próxima a Freud. A partir de Ludwig Binswanger (1881-1966), fundador de la analítica existencial, se introduce el conocimiento de la existencia humana en la psiquiatría. Pretendía analizar el "ser en el mundo" o el "estar presente" de los distintos individuos. Trató de reconstruir el mundo interno del enfermo psicótico para que pudiese ser comprendido por el terapeuta. Las interpretaciones psicoanalíticas estaban muy cargadas de acento instintual, mientras que la analítica existencial constituía una reacción espiritualista.
3. La obra de Freud aportó dinamicidad psicológica y psicopatológica. Castilla del Pino se pregunta hasta que punto la doctrina psicoanalítica puede presentarse ya como la base psicopatológica única de una psiquiatría clínica. Los cuadros clínicos clásicos son interpretados a partir del análisis de las

relaciones. La pauta del comportamiento debe ser analizada, comprendida y superada a través de la sociobiografía del paciente (Castilla del Pino, 1978: 15-16).

Alrededor de 1930 se desarrolla en los Estados Unidos la medicina psicosomática basada en la creencia de que los fenómenos psíquicos y los somáticos son dos aspectos de un mismo proceso, de tal forma que todas las enfermedades podían considerarse psicosomáticas, aunque en no todas ellas fuese visible la patología psíquica. Durante estas décadas y hasta el comienzo de la Segunda Guerra Mundial, se marcan las bases de lo que será la investigación bioquímica y metabólica. Las investigaciones de la neuropatología, salvo en las psicosis netamente orgánicas, resultaron infructuosas lo que dio lugar a los estudios sobre las alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y de las proteínas sin ningún resultado positivo. Lo mismo ocurrió con la investigación endocrinológica.

Predominan las psiquiatrías nacionales (alemana, francesa y norteamericana). Durante la década de los 30 se puede pretender saber psiquiatría con sólo estar intelectualmente adscrito a una escuela determinada, con práctico desdén de las restantes (Castilla del Pino, 1978: 21).

Debido al desarrollo de la anatomía, neurología, bioquímica y endocrinología, tuvieron un gran auge los tratamientos biológicos. En 1917 Wagner von Jauregg (1857-1940) comenzó a tratar la parálisis general progresiva sifilítica mediante la inoculación del paludismo lo que le valió el Premio Nobel en 1927. En 1933 comienzan a practicarse los tratamientos de choque con la cura insulínica de Manfred Sakel (1900-1957) basada en una reducción del nivel de azúcar, provocando comas hipoglucémicos. L. von Meduna (1896-1964) había observado que los epilépticos no padecían de esquizofrenia por lo que en 1934 introduce la cardiazolterapia basada en la provocación de crisis epilépticas para el tratamiento de enfermos psicóticos. En 1938, basado en el mismo falso supuesto, surge el electrochoque de Cerletti y Bini. Egas Moniz (1874-1955) introdujo la psicocirugía realizando en 1936 una lobotomía prefrontal que le valió el Premio Nobel en 1949. Con la utilización de

relajantes y anestesia se redujeron muchas de las fracturas y luxaciones que el electrochoque ocasionaba.

Todas estas técnicas motivaron un optimismo respecto al tratamiento de las enfermedades mentales graves que careció de realismo. Si se puede sacar algo positivo de ello, es el nuevo interés puesto en el tratamiento de la psicosis que, desde el psicoanálisis, había estado relegado y centrado en el tratamiento de las neurosis siempre más gratificante para los psicoterapeutas. Las críticas contra los manicomios fueron en aumento y, aunque habían surgido a finales del siglo pasado, las primeras alternativas se crean en el siglo XX, siendo precursor el Comité Nacional de Higiene Mental (1909) fundado en los Estados Unidos. Fueron imitados en distintos países lo que dio lugar a la creación en 1930 de la Liga Internacional de Higiene Mental que pasaría a ser en 1947 la Federación Mundial para la Salud Mental. Con esto se conseguiría la sustitución de los Manicomios por Hospitales Psiquiátricos cuyo objetivo pretendía la rehabilitación social del enfermo mental, aunque con frecuencia lo único que se consiguió fue un cambio de nombre del establecimiento.

1. 7. Final de la Segunda Guerra Mundial.

En este período se produce un cambio total en el sistema de valores que caracteriza el pensamiento dominante psiquiátrico. Dentro del mundo occidental se impone la forma de actuar norteamericana:

- estimación de los aspectos científicos positivos de la investigación
- consideración de la dinámica psicoanalítica
- valoración de los factores sociales y psicosociales.

Lo que va a caracterizar este período va a ser la dicotomía entre la orientación biológica y la orientación dinámica. La escuela biológica estuvo más extendida en los países europeos en cuanto que los estudios hispatológicos, bioquímicos y genéticos abrieron una vía para la comprensión científica de ciertas enfermedades psíquicas.

Para muchos psiquiatras la comprensión psicodinámica de los trastornos psíquicos no excluía la organicidad de los mismos. Fueron necesarias la neurología de John Hughings Jackson (1835-1911) y la psicología anglosajona para edificar una teoría psiquiátrica que diese entrada a las exigencias de somaticidad y psicogenicidad que en la actualidad se consideran imprescindibles.

A partir de 1945 la investigación somática experimenta un auge extraordinario. Se obtienen nuevos conocimientos acerca de la fisiología y la fisiopatología de los lóbulos frontales y de sus relaciones y un gran desarrollo de la neuroquímica y de la psicofarmacología. En 1952 se introduce la clorpromacina (lagactil) y la reserpina. Comienza a producirse el cambio de las clínicas psiquiátricas y disminuyen los ingresos de los enfermos psíquicos.

Una concepción unitaria de los procesos fisiológicos y psicológicos fue posible gracias a los fundamentos que el psicoanálisis ofrece a una "psicologización" de la medicina. El psicoanálisis, desde el principio al fin, ha mantenido su fidelidad a sus fundamentos biológicos, sobretodo en Alemania y Estados Unidos. La gran influencia del psicoanálisis se hizo notar en la consideración de los factores sociales, en el análisis de la estructura del medio y en el enriquecimiento de los conceptos básicos acerca del desarrollo de la persona.

La investigación en medicina psicosomática tuvo una gran importancia durante los años 40 y 50. La interacción mente-cuerpo fue observada en la siguientes enfermedades crónicas: la colitis ulcerativa, el asma bronquial, la hipertensión, la artritis reumatoidea, la neurodermatitis y el hipertiroidismo.

A principios de los 40, Leo Kanner atribuyó el síndrome de autismo infantil a la falta de relaciones emocionales maternas. René Spitz describió el síndrome de hospitalismo para los niños que crecían en un ambiente privados del afecto y estimulación materna adecuados, junto con la depresión anaclítica en los niños que en su época infantil carecieron de los cuidados maternos apropiados.

Se consideraron muy importantes los estudios de Ruth Benedict y Margaret Mead para explicar como los rasgos individuales y familiares eran determinados por la cultura. Gran popularidad tuvieron las terapias de grupo y el psicodrama de Moreno que permitieron al enfermo expresar y verbalizar sus conflictos en la escena mediante técnicas específicas. Otros investigadores intentaron introducir un método más objetivo en el proceso terapéutico, como Carl Rogers que con su "terapia centrada en el cliente" intentaba dar al paciente una atención genuina e incondicional mediante una comprensión empática y precisa. El alemán Kurt Lewin (1890-1947) intentó introducir la terminología matemática en la conducta humana mediante el uso de la teoría de campo. Mucho éxito tuvo la obra de Erich Fromm, "El Miedo a la Libertad", donde el autor presenta la situación de enfermedad de la persona que aspira a la libertad pero que tiene que convivir con los sistemas colectivos alienantes. A pesar de la importancia de sus obras, estos autores sólo fueron tenidos en cuenta por la psiquiatría en casos aislados.

1. 8. Desde mediados de los 50 hasta mediados de los 60.

El hecho más importante fue la introducción de la psicofarmacología y la revolución que ello produjo en los hospitales psiquiátricos. Los tratamientos por electrochoques e insulínicos fueron muy populares durante los 40 lo que hizo que se centrara el interés en los enfermos psicóticos y se abriera una luz de esperanza con respecto a un pronóstico más favorable. Se hicieron muchas investigaciones pero todavía permanecen en la oscuridad los efectos que el shock producía. Muchas instituciones reaccionaron en contra de los procedimientos psicoquirúrgicos como la Iglesia Católica y la Rusia Soviética (Mora, 1982: 77).

A partir de que los franceses Pierre Deniker, Henri Leborit y Jean Delay descubrieran la clorpromacina (lagactil) en 1952, se fueron introduciendo nuevos psicofármacos y ello hizo que muchos enfermos fuesen capaces de funcionar de forma más aceptable, lo que repercutió en

los centros e incluso muchos pudieron volver con sus familias y a la comunidad (Mora, 1982: 78). La psiquiatría social, término acuñado por Thomas Rennei en 1956, adquirió un rápida prominencia en sus dimensiones ambientales, socioculturales, ecológicas, interdisciplinarias y transculturales. En Inglaterra se llevó a cabo una política de puertas abiertas y una terapéutica comunitaria basada en una mejor relación personal-paciente y una participación del paciente en el programa terapéutico, tal como lo desarrolló Max Jones. Empezaron a crearse las casas a medio camino, la atención familiar, los servicios de poscura y la colaboración de voluntarios en las instituciones mentales.

En "Social Class and Mental Illness", se recogen los resultados de una investigación llevada a cabo en 1958 por August Hollingshead y Frederik Redlich, y se demuestra que las personas de la clase media y superior utilizan más las clínicas privadas y los ambulatorios mientras que los enfermos de las clases inferiores utilizan más los hospitales. Es obvio en cuanto a la influencia del factor económico.

En esta época, en los Estados Unidos la investigación recibió un gran impulso a través del National Institute of Mental Health. "La investigación, en particular interdisciplinaria y conducida por científicos de la conducta más que por psiquiatras que tienden a carecer de los fundamentos apropiados para la metodología científica, se ha centrado en las dimensiones biológicas (quimioterapia, privación sensorial, electroencefalografía, bioquímica de la esquizofrenia y de la depresión, neurofisiología del sueño, aspectos genéticos de los ácidos ribonucleico y desoxirribonucleico, identificación de errores congénitos del metabolismo, defectos enzimáticos y anomalías de los cromosomas sexuales)" (Mora, 1982: 79).

1. 9. La Psiquiatría actual.

Algunos autores citan entre algunos de los desarrollos más importantes que han tenido lugar en la psiquiatría de los últimos tiempos: el condicionamiento operante de Skinner, el hombre

unidimensional de Marcuse, el mito de la enfermedad mental de Szasz, el estructuralismo de Levi-Strauss, los puntos de vista sobre la esquizofrenia de Laing y Cooper, entre otros, y el nuevo enfoque de las alteraciones sexuales y un nuevo campo de técnicas psicoterapéuticas que van desde los grupos de sensibilización hasta los grupos de encuentro; las prácticas autohipnóticas ascéticas, derivadas principalmente del Yoga y del budismo Zen, etc.

Para Castilla del Pino, a finales de los 70, el rasgo fundamental de la situación de esta disciplina era haber superado en gran medida la dispersión. La imagen del psiquiatra clínico es cada vez más parecida a la del internista del hospital general y el rasgo fundamental de la psiquiatría y del psiquiatra de hoy es el tener una visión totalista y una praxis totalizadora. En todo caso puede afirmarse "que un psiquiatra escolástico es cualquier cosa menos un psiquiatra actual" (Castilla del Pino, 1978: 27).

"El campo de la psiquiatría se halla ahora en un estado de incertidumbre y de inquietud incapaz de abandonar los modelos teóricos tradicionales, y no está preparado todavía para hacer frente al desafío de los grandes problemas sociales del momento. No obstante, algún progreso se va realizando, por lo menos en lo que pudiéramos llamar aumento de flexibilidad de los psiquiatras hacia las nuevas ideas" (Mora. 1982: 80). Sin embargo, como dice Mora. "la historia (al señalar las semejanzas entre el presente y el pasado, la forma aparentemente cíclica de actitudes y costumbres, y la constancia básica de las necesidades humanas y de la forma de solventar los problemas) puede ofrecer muchas de las líneas guía que necesita la psiquiatría para el futuro".

En España, desde los años 60, no puede decirse que haya habido nada verdaderamente nuevo pero si hay que reconocer un continuo perfeccionamiento técnico-instrumental de los recursos existentes. Según el Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica (abril, 1985): "Un elemento de primer orden en la concreción del modelo (de atención a la salud mental) corresponde a su desarrollo en torno a un ámbito territorial definido y con participación de los diversos agentes comunitarios". Para Espino "Lograr un equilibrio entre "la representación

política" y "la participación activa de los ciudadanos en asuntos relacionados con la salud" es condición necesaria para consolidar un modelo público de atención a la salud mental". "... la insuficiente participación de trabajadores y usuarios en el planeamiento, gestión y seguimiento de la reforma psiquiátrica confiere al modelo esa debilidad estructural que le coloca en peligro frente a los distintos vaivenes políticos. En todo caso, ni la reforma psiquiátrica, ni la reforma de la atención primaria de salud están suficientemente consolidadas en su desarrollo actual. Más aún, en determinados territorios estas ideas siguen sonando a "música celestial" y en otros constituye la patata caliente que se van pasando unos a otros" (Espino, 1995: 742).

Espino señala, entre los principales problemas relacionados con la salud mental en la actualidad, los siguientes: la no consolidación político-normativa y organización asistencial; la escasez de desarrollos concretos de la Ley General de Sanidad (abril, 1986) en este campo por parte de muchas Comunidades Autónomas; la psiquiatría universitaria que por su excesivo academicismo y efectos retardatarios renuncia a su liderazgo; el desarrollo de la industria farmacéutica que se está convirtiendo en principal valedor y financiador tanto de una cierta investigación como de la formación continuada de los psiquiatras incidiendo cada vez con más pujanza en el estilo de la práctica psiquiátrica actual.

Como dice el profesor John Talbot, presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría y "chairman" del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Maryland: "El futuro de la Psiquiatría, en ocasiones, parece más dependiente de los cambios económicos y administrativos, que de los avances científicos" (cit, por Ballús, 1996: 164).

CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

2.1. Introducción.

Al comenzar este capítulo, no hay nada más lejos de nuestra intención que pretender aportar nuevas definiciones a los conceptos de salud y enfermedad mental, conscientes como somos de que nada nuevo podríamos añadir a las innumerables definiciones ya existentes. Estos conceptos, como tendremos ocasión de observar, no son fáciles de definir. "Basta, en efecto, abrir un libro de psiquiatría social para advertir la nebulosidad de las definiciones dadas. O bien, si se las quiere precisar, se tropieza uno con tantas definiciones como autores, o poco menos" (Bastide, 1975: 1). También intentaremos, en la medida de lo posible, mantenernos al margen de las distintas interpretaciones que como reveladoras de la ideología de sus autores sólo pretendemos dar a conocer.

Desde tiempos remotos los seres humanos han tenido conciencia de la existencia de la locura pero, lo que ha cambiado de una sociedad a otra, de un época a otra, ha sido su reconocimiento, forma de aceptación y tolerancia hacia tal realidad. Ni siquiera entre los propios psiquiatras existe un consenso racional y, preguntas como ¿qué es la locura?, ¿cuáles son sus causas?, ¿cómo se cura? siguen aún, al día de hoy, sin tener una respuesta válida comúnmente aceptada.

Para definir qué es la salud y qué es la enfermedad en el ámbito de lo psíquico habría que comenzar por delimitar las fronteras que separan una de otra y esto no resulta nada fácil como más adelante

tendremos ocasión de ver. Nos encontramos en un terreno sumamente resbaladizo en el que se plantean dos problemas importantes: el primero pregunta cuándo se puede hablar de enfermedad mental en el campo psicológico, que plantea la difícil distinción entre lo moral y lo patológico que, como dice Foucault, sólo permite una apreciación cualitativa que autoriza todas las confusiones y, en segundo lugar se plantea la relación entre la patología mental y la patología orgánica, el discutido debate de la psicogénesis y la organogénesis, cuestión difícil de abordar sin suscitar los problemas de la relación entre cuerpo y alma, el choque entre materialistas y espiritualistas, ya que ni una ni otra se presentan nunca puras.

Se dice que la locura es la pérdida de la razón, algo que todo individuo ha tenido miedo de perder alguna vez en su vida. "La razón es una conciencia del mundo, la capacidad del individuo de dar sentido a su universo y de interpretar y modificar creativamente el orden moral vigente" (Taylor, Walton y Joung, 1973: 68). La salud mental, en su sentido más amplio, se concibe como el resultado de la relación del individuo con el mundo que le rodea. Teniendo en cuenta que el mundo es cada vez más hostil, más competitivo y más violento, adaptarse a él es cada vez más difícil por lo que no es de extrañar que cada vez sean más frecuentes gran parte de los problemas mentales y que en los países desarrollados haya cada vez más enfermos psíquicos. Según un estudio de la OMS, una de cada 100 personas padece esquizofrenia (El MUNDO, 31 de mayo 1994) y muchas más sufren de otros trastornos psíquicos que requieren o no ayuda profesional.

Razón y locura son dos términos inseparables pero, como dice Foucault, no existe un lenguaje común entre el hombre razonable y el hombre sin razón. El lenguaje de la psiquiatría, que es un monólogo de la razón sobre la locura, sólo se ha podido establecer sobre un silencio así.

El conocimiento psiquiátrico, dice Henry Ey, tiene una raíz ético-social y una raíz filosófica. La raíz ético-social es la concepción acerca de que la enfermedad mental depende del grupo social, del país o la configuración del modo de ser de un país o de una raza con respecto a muchas otras cosas. De ahí surge el concepto de alienación. La alienación,

"el extrañamiento del ser humano de las costumbres o de las formas de convivencia aceptadas". Respecto a la raíz filosófica, es a partir de Descartes que se produce una división entre mente y cuerpo. El lugar del espíritu es el cerebro. Se empieza a plantear el problema de como influye el espíritu en lo físico y lo físico en lo espiritual. Pero el enfermo mental como alguien que ha perdido su espiritualidad termina no siendo más que una máquina, en la concepción cartesiana (Portoriero, 1983: 17-18).

En opinión de González Duro: "En la realidad social la salud y la enfermedad no se presentan como situaciones antagónicas: no hay grandes diferencias cuantitativas ni cualitativas entre ambas, sino un continuo, donde las fronteras son difíciles de establecer, a no ser que se impongan técnica o dogmáticamente desde el poder médico". "... ante el aumento imparable de los trastornos psíquicos en una sociedad estructuralmente injusta, competitiva e insolidaria, la psiquiatría institucional impone su ideología diferenciadora y segregadora que, utilizando argumentos científicos y seudocientíficos, define la normalidad psíquica como algo antagónico a la anormalidad o enfermedad psíquica" (González Duro, 1984).

Distinta es la conclusión a la que llega Blondel, para quien "entre lo normal y lo patológico no hay una diferencia de grado, sino de naturaleza; la conciencia mórbida no es una conciencia normal deformada, sino algo muy distinto; la conciencia normal es la conciencia conceptualizada, y por tanto socializada; la conciencia patológica es una conciencia incapaz de organizarse según los cuadros de nuestra lógica, de verter los trastornos cenestésicos en los moldes del lenguaje, en suma una conciencia desocializada" (Blondel, 1914: 247).

Otra forma de abordar los conceptos de enfermedad y salud mental es mediante la referencia a los síntomas. La enfermedad sería un conjunto de síntomas (síndrome) significativos e invalidantes y la ausencia de ellos significaría la salud, aunque se suelen admitir algunas formas de malestar psicológico, sin que necesariamente impliquen su pérdida. Lo cierto es que la anormalidad psíquica se relaciona con el proyecto vital de la persona en cuanto afecta a su libertad para autodirigirse y propulsar su propia conducta.

Con esta diversidad de criterios, no es extraño que muchos consideren la experiencia de enfermedad como una aventura interpretativa que se construye, generalmente, en situaciones sociales según las teorías culturales acerca de la enfermedad y la conducta social. De este modo, la misma enfermedad puede interpretarse de diferentes formas según las distintas teorías y a modo de ejemplo citamos un estudio piloto realizado en 1973 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la esquizofrenia y en el que participaron nueve países (Dinamarca, Inglaterra, Checoslovaquia, Unión Soviética, USA, Colombia, Nigeria, India y Formosa). Aunque se demostró la existencia de la enfermedad, se llegó a la conclusión de que los síntomas variaban según las distintas culturas lo que implicaba que el curso y el brote dependían de factores socioculturales. La enfermedad mental tiene un significado personal y social sólo dentro de contextos culturales y la noción de "trastorno mental" se deriva de una cultura (occidental) particular y una tradición histórica (Marsella y White, 1984).

Jane Murphy (1976), como resultado de sus observaciones en varias sociedades especialmente Eskimo y Yoruba, manifiesta que "clases similares de conductas perturbadas aparecen etiquetadas como anormales en culturas distintas". Más aún, el patrón recurrente de los síntomas reconocidos se parece a lo que en la psiquiatría occidental es llamado esquizofrenia (cit. por Marsella y White, 1984: 72).

"La psicología social ha estudiado las diferencias individuales en respuesta a un entorno social, pero jamás ha reconocido que cada uno de nosotros percibe este entorno en función de sus propias facultades de percepción, y que grupos culturales diferentes deciden tener comportamientos diferentes los unos de los otros, como consecuencia de que existen formas fundamentalmente diferentes de percibir las situaciones sociales" (Sherif, 1936, cit. por Tajfel, 1975).

"No sabemos dónde comienza la locura, sí sabemos con un saber casi incontestable, lo que es el loco". Voltaire (1935: 286) se asombra de que no se sepa cómo un alma puede razonar falsamente, ni cómo

puede cambiar algo en su esencia, en tanto que, sin vacilación, "se la conduce, sin embargo, a los manicomios" (cit. por Foucault, 1985: 282).

Boissier de Sauvages intenta explicar esa percepción del loco tan cierta y sin embargo tan confusa: "Cuando un hombre actúa de conformidad con las luces de la sana razón, basta con atender a sus gestos, a sus movimientos, a sus deseos, a sus discursos, a sus razonamientos, para descubrir el vínculo que hay entre sus acciones y el fin al que tienden". De la misma forma, cuando se trata del loco, "no es necesario conocer la alucinación o el delirio que le afligen, que haga silogismos falsos; puede uno percibir fácilmente su error y su alucinación por la discordancia que hay entre sus acciones y la conducta de los otros hombres" (Boissier de Sauvages, 1772: 34). La locura se percibe a través de la referencia que tenemos de la conciencia de la razón; a partir de la experiencia personal y cultural se le atribuye subjetivamente a una categoría.

Se ha reconocido al loco sin saber lo que es la locura y esto que a primera vista parece una paradoja no es, nos dice Foucault, sino "una relación muy natural de complementariedad. El loco es demasiado directamente sensible para que pueda reconocerse en él el discurso general de la locura; sólo aparece en una existencia puntual, especie de locura a la vez individual y anónima, en la que él se designa sin ningún margen de error, pero que desaparece en cuanto es percibida. La locura, en cambio, es indefiniblemente lejana; es una esencia remota que, por sí misma, tienen deber de analizar nuestros nosólogos" (Foucault, 1985: 283). El loco no piensa ni actúa como los otros, es el "otro" por relación a los demás. La distancia entre el loco y el que dice "aquel es un loco", no está ocupada por un vacío ("yo no soy aquel") sino por una serie de señales variables y mensurables; el loco es más o menos diferente en el grupo de los otros que, a su vez, es más o menos universal que le diferencian de los otros (Foucault, 1985: 285).

Uno de los primeros médicos en responder acerca de la relatividad de la normalidad fue Ackerknecht (1942). Sugirió que la conducta podía ser dividida en 4 categorías:

- autopatológica (conducta anormal en la cultura en la que se encuentra pero normal en otras),
- autonormal (conducta normal en la cultura en la que se encuentra pero anormal en otras culturas),
- heteropatológica (anormal en todas las culturas) y
- heteronormal (conducta normal en toda las culturas)

Pero esto no es más que un intento de simplificar un problema complejo; teóricamente es muy simple, pero la dificultad radica en la práctica ya que no parece que la conducta pueda clasificarse tan fácilmente (cit. por Marsella y White, 1984).

Martín Katz y col. estudiaron intensamente los trastornos de conducta en distintos grupos culturales durante el período 1969-78, observado las poblaciones normal (no-clínica) y anormal (hospitalizados). Compararon los perfiles de ambos grupos a través de 10 categorías conductuales (negativismo, beligerancia, confusión, etc.) y encontraron variaciones en ambos grupos e incluso en grupos étnicos que residían en un mismo área. Llegaron a la conclusión de que no se puede imponer un estándar arbitrario que separe lo normal de lo anormal derivado de un grupo cultural a otro sin arriesgarse a la crítica y, como dicen, incluso quizás al litigio.

Muchos estamos de acuerdo con Santo Domingo cuando afirmó: "La psiquiatría ha gastado mucha tinta y mucho papel en delimitar un concepto de normalidad y de anormalidad, para que sirva como base general, como base científico-natural a estas necesidades de la sociedad. Yo debo decir honradamente que he leído lo que me ha sido posible, he hablado con las personas que me ha sido posible, he participado en reuniones múltiples y no conozco ningún trabajo que me satisfaga para encontrar una línea de demarcación científico-natural de normalidad y anormalidad que sea compatible con la que pide la sociedad. Yo creo que hay una imposibilidad de limitar o poner límites netos en el "continuum" que va de lo normal a lo anormal" (Santo Domingo, 1974: 111).

Para Alvaro y Páez la diversidad de modelos explicativos y la persistencia de diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental hacen inviable un modelo integrativo o un criterio de definición único de salud o enfermedad mental. "Podemos afirmar que los conceptos de salud y enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. Las concepciones sobre la salud mental varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnósticos utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes" (Alvaro y Páez, 1996: 382).

2.2. Concepto de salud mental versus concepto de enfermedad psíquica.

Kinsley Davis (1938) analizó en profundidad las definiciones de salud mental, mediante la observación de la literatura existente y llegó a la conclusión de que la mayor parte del trabajo en este campo "oculta su filiación tras una fachada científica, pero las premisas éticas se revelan por doquier, en parte a través de una ceguera respecto de hechos científicamente relevantes". En el mismo sentido se manifiestan años más tarde Eaton y Weil cuando sostienen que "el concepto de salud mental no es un concepto científico, sino un juicio de valor" (Eaton y Weil, 1955: 189)

El concepto de lo ético, lo moral, lo religioso está muy unido al concepto de enfermedad mental. Así se expresa Szasz en las siguientes frases: "la salud en enfermedad mental no son más que nuevas palabras para designar valores morales"; "la salud mental exige mantener buenas relaciones personales con uno mismo, con los demás y con Dios"; "la psiquiatría es una tarea moral y social" (Szasz, 1970).

Tampoco dentro del marco estrictamente médico hay una delimitación conceptual clara entre salud y enfermedad mental. Algunos han considerado como principales criterios de salud psíquica la armonía, el equilibrio, la coordinación, el desarrollo adecuado, mientras que otros

la definen a partir de un criterio negativo como la ausencia de enfermedad, y esto apoyándose en lo orgánico, al afirmar que la salud es el silencio de los órganos. En el terreno psíquico y social, no es posible precisar con facilidad cual es la mejor y más normal forma de vivir, de utilizar el tiempo libre. Acudimos a nuestras propias valoraciones, a nuestras representaciones heredadas más o menos directamente del grupo al que pertenecemos y que pueden no ser válidas para otras personas o para otras situaciones, incluso en nuestro propio entorno social.

Para los autores que consideran que lo anormal es sólo una desviación cuantitativa de la norma, o de lo que entendemos como normal, la salud mental es sólo una cuestión de grados y, además, al no existir una salud standard, no es absoluta sino relativa a cada persona y a cada etapa de su vida (infancia, adolescencia, vejez), nivel cultural y, dentro de la misma época, la forma que tenga cada uno de entender la vida. Normalmente se dice que se está mentalmente sano cuando se está bien adaptado, pero no se precisa por cuánto tiempo.

Herzlich (1973: 55 y ss.) expone tres formas de ver la salud:

1. La salud como ausencia de enfermedad (no se nota el cuerpo, funciona sin asistencia, hay salud).
2. La salud como reserva. Se disfruta de la salud y desde el momento de nacer se tiene una reserva para resistir los pequeños embates.
3. La salud como equilibrio. Más complejo que los anteriores, equivale al estado armonioso, feliz, el sentirse a gusto.

De estas tres interpretaciones la primera es una condición en la que se está o se es; la segunda se tiene, y la tercera se hace. En el primer caso la enfermedad destruye a la salud; en el segundo, la salud se interpreta como una resistencia, y, en el tercero, como una capacidad de asimilación del desorden (Durán, 1983: 34). Para Durán, esto es así aplicado a la salud física, pero no resulta tan sencillo de aplicar a la salud mental. Con respecto a los dos primeros puntos, el paciente mental en los estados psicóticos, que además son los más graves y por tanto cuando

más enfermo está, carece de conciencia de enfermedad luego para ellos la enfermedad está ausente. El mismo problema existe con respecto al tercer punto. ¿Desde dónde se analiza? ¿Desde la perspectiva del observador o desde la perspectiva del enfermo? (Durán, 1983).

Para Jordi Font i Rodon "la salud es aquella manera de vivir que se da cuando la persona va alcanzando la propia realización - un "buen ser" individual y social - mediante un proceso dinámico que parte de unas capacidades genéticas en constante interacción con el medio" (cit. por Rossell y Tizón, 1983: 98). Se consideran elementos del "buen-ser" la adaptación, la buena estima, la creatividad en cuanto a nuevas formas de pensar o de vivir, autonomía de realización propia, identidad o unidad mental, relaciones personales integradoras, gozar de las satisfacciones que comporta la búsqueda de los objetos que se ha propuesto, etc. La salud es un concepto positivo y global, es la forma de vivir del hombre con "buen ser" y este es un hecho unitario, global y no parcial, refiriéndose a la salud en singular. La enfermedad, por el contrario, es un concepto negativo y parcial ya que hay muy diversas enfermedades y a pesar de estar enfermo se conserva la salud; de hecho cuando la salud en general es buena se vencen más fácilmente las enfermedades. La enfermedad total sería la muerte. Llegaríamos a la conclusión de que ante la dificultad de poseer esa salud global y unitaria la mayoría de nosotros seríamos enfermos parciales.

Jervis no plantea el concepto de anormalidad en contraposición al concepto de normalidad, como parece ser que sería lo lógico, sino al contrario: . "Se puede sostener con certeza que aquello que es relativamente evidente es precisamente el trastorno, de tal modo que la normalidad se capta y se define, al menos en su aspecto más elemental, precisamente por su diferencia con respecto al trastorno". Desde este punto de vista, Jervis considera normal (Jervis, 1977: 35-37):

- Aquel que no se considera y, sobre todo, no es considerado como afecto a los problemas de competencia de la psiquiatría y la psicología clínica, es decir, aquel que no se considera trastornado y no es etiquetado como tal.
- Aquel que se tolera a sí mismo y es tolerado por los demás

- Aquel que es aceptado por su ambiente como un individuo que no necesita ser curado.
- Aquel que tiene la suerte de formar parte de la definición convencional de la normalidad.
- Aquel que goza de una situación tal que permite comportamientos que no serían tolerados si formara parte de una clase social inferior o si ejerciera una menor influencia en su ambiente.
- Aquel que no pone en peligro las estructuras del poder.
- En resumen, será normal aquel que se conforma, se adapta a las reglas del juego y, en virtud a ello, no tiene graves problemas ni los plantea.

Parece ser que el precio de esta normalidad es limitado ya que supone el conformismo, la dependencia de las posibilidades personales respecto de una normativa, a menudo, no compartida. Pero como dice Serigó Segarra, no debemos creer que conformismo es sinónimo de buena salud mental social. Una sociedad que cambia y trata de alcanzar niveles más elevados de convivencia, en la que los valores humanos priven sobre los meramente materiales, será más sana, aunque existan conflictos, que otra más estable y estratificada. Todo depende del objetivo que se desee conseguir.

"La salud mental es un equilibrio dinámico, adaptativo del individuo al ambiente, que tiene una faceta psicológica, que se manifiesta como vivencia del bienestar, y sociológica, en forma de relaciones interpersonales. En este sentido algunos sociólogos han hablado de anomia y anomie. La anomie es la falta de normas en la sociedad; la anomia es la situación por la que los grupos humanos y los individuos no cumplen con las normas aceptadas existentes. Muchas épocas de crisis suponen una situación anómica. Vemos, pues, que el concepto de salud mental en la sociedad exige un análisis comprensivo y, sobre todo, el analizar de dónde venimos y a dónde vamos" (Serigó Segarra, 1975: 9-10).

La Organización Mundial de la Salud en el Congreso de su constitución, 7 de abril de 1948, define la salud como

"el completo estado de bienestar físico, mental y social (y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades) sin distinción de religiones, credos políticos o clases sociales", definición, dice Serigó, que aunque trata de ser comprensiva en cuanto que abarca los múltiples aspectos del problema, nos deja con la incógnita del concepto de bienestar, algo nebuloso, no equiparable al concepto de salud. Muchos enfermos refieren que se sienten mejor que nunca y por eso no dejan de estar enfermos, mientras que otros ni siquiera son capaces de expresarse en este sentido lo que nos muestra la relatividad de este término.

"Una de las dificultades mayores que se presenta es que el hombre es un ser bifronte porque es simultáneamente un ser biológico-cultural, es decir, sujeto de estudio al mismo tiempo de las Ciencias de la Naturaleza y del Espíritu". "El hombre tiende a mantener su propia individualidad frente al medio. Esta individualidad se compone de una forma y una función. El organismo tiende a mantener la constancia de su forma, su "morfostasis", al igual que la constancia de su "medio interno", su "homeostasis". Sin embargo, es evidente, que el medio ambiente físico, psíquico y socio-económico, en su forma más amplia, al actuar sobre el ser humano produce una reacción que puede, en su caso, alterar el equilibrio individuo-ambiente" (Serigó Segarra, 1969: 9).

Para Serigó el hombre que sabe, como nuevo aprendiz de brujo, dominar gran parte de las fuerzas de la naturaleza, precisamente por esa capacidad de separarse de su medio ambiente, como criatura se hace vulnerable a ese mismo mundo que el crea o recrea. Su sistema nervioso, toda su persona sufre un proceso de inadaptación a la vida artificial que el mismo ha creado y a la evolución acelerada de la técnica, y aparecen las enfermedades de la civilización, generalmente enfermedades por disregulación física o mental, o degenerativa. Pero al mismo tiempo, la sociedad aparece cada vez más como un factor a considerar en el enfermar. Los dos procesos que han influido en la formación de las sociedades modernas han sido: las nuevas técnicas de comunicación y la masificación de los grupos humanos, los dos, consecuencia de los avances tecnológicos.

Los estudios de antropología social confirman las anteriores afirmaciones. La Sanidad es una parte integral del proceso social, dice Raymond Fosdick, de la Fundación Rockefeller. Entre muchos pueblos, por ejemplo, los Hopi, los Navajo y Papago, del suroeste de los Estados Unidos, la salud es sólo la expresión de la armonía con el universo. Para los Tiv de Burma, el ser humano y su función, su cuerpo, mente, actividad, emociones y relaciones sociales son todas una, y la debilidad de una persona, el fallo para tomar medidas preventivas o para fortalecerse puede dar como resultado una enfermedad en cualquiera de estas áreas.

Para Kenneth Soddy "la salud mental está asociada con principios que dependen de la religión o ideología prevaletentes en la comunidad en cuestión" y Freedman y Kaplan (1981) definen la salud como "estado de salud emocional en el que la persona es capaz de funcionar cómodamente dentro de la sociedad y cuyas características y logros son importantes para él".

Cacabelos hace depender la salud mental de la persona, desde su gestación, de un normal desarrollo biológico, de factores hereditarios, de la educación familiar y escolar, del nivel de bienestar social en el seno de la comunidad, del grado de realización personal en el medio sociolaboral, de una relación de equilibrio entre la capacidad del individuo y las demandas sociolaborales, socioeconómicas, socioculturales y psicosociales, y de un envejecimiento digno (Cacabelos, 1989). Podemos así comprender que la dificultad de mantener el equilibrio de todos estos factores hagan prácticamente imposible definir con claridad la salud mental y de ahí lo ambiguo del concepto.

Terminamos este apartado con los siete criterios definitorios de salud mental a los que llegó Ventis (1995: 37-38) tras realizar un extenso estudio bibliográfico sobre este tema:

1. **Ausencia de enfermedad mental.** Es la definición utilizada por la APA en el DSM-IV (1994) para determinar si se observa algún síntoma indicativo de psicopatología. En caso contrario, según este criterio, se está mentalmente sano por defecto.

2. Conducta social apropiada. Esta categoría depende del juicio social utilizado en cada sociedad para considerar lo que es apropiado.
3. Libre de tensiones y sentimientos de culpa. El más importante defensor de este criterio fue Freud.
4. Competencia y control personal. Las investigaciones de Seligman (1975) sobre la indefensión aprendida demostraron la importancia del auto-control para evitar la depresión.
5. Auto-aceptación y auto-actualización. Criterio asociado principalmente con los trabajos de los psicólogos humanistas. Carl Rogers (1951) aceptó la auto-aceptación como un criterio de salud mental, y Maslow (1954) hizo hincapié en la actualización de las propias potencialidades como un constructo básico.
6. Unificación y organización de la personalidad. Gordon Allport (1937) señaló la importancia de una personalidad organizada y la necesidad de unificar principios en la vida; sin embargo, hasta la fecha, pocas medidas existen que claramente hagan operativo este constructo.
7. Mente abierta y flexible. Ellis (1980) hizo hincapié en la racionalidad y flexibilidad de la salud mental.

Ventis llegó a la conclusión de que aunque no existen criterios universalmente aceptados para definir la salud mental, los anteriores, comenzando por la ausencia de atributos negativos (1-3) e incluyendo la presencia de atributos positivos, (4-7) pueden ser defendibles.

2.3. Concepto de enfermedad psíquica versus concepto de salud mental

Se exponen a continuación distintas interpretaciones sobre el concepto de enfermedad mental, aunque en nuestra opinión mientras que se ignoren las causas de estos trastornos, y más concretamente de la esquizofrenia, persistirán todo tipo de divagaciones, más o menos racionales, en las que no sólo influyen las concepciones vigentes, sino también una serie de factores como las creencias culturales y la percepción del propio intérprete, entre otras. Curiosamente además, como se constata

en la literatura, cuando se conocen las causas del trastorno en cuestión, este deja de ser del ámbito de la psiquiatría para pasar a otra rama de la medicina. Sin embargo, aunque poco se haya evolucionado con respecto a la etiología, no se puede decir lo mismo con respecto a la responsabilidad del problema ya que diversas enfermedades, sobre todo las pertenecientes al grupo de las psicosis, han pasado de ser consideradas un problema moral y teológico a ser un problema médico, aunque con reservas, pues todavía en nuestros días se siguen realizando exorcismos.

La forma primitiva de la locura era la posesión, la transformación del hombre en "otro" distinto; el "energoumenos" de los griegos, o el "mente captus" (aquel en el que se debate una fuerza venida de no se sabe dónde) de los latinos. Durante siglos el poseído forma parte del universo cristiano: "Es la presencia encarnada del demonio, y al mismo tiempo el instrumento de la gloria de Dios, el signo de su poder. Dios permite las posesiones, dice San Buenaventura, "con el fin de manifestar su gloria, ya sea por la punición del pecado, la corrección del pecador o para nuestra instrucción". El fuego liberará al espíritu de su cuerpo poseído, se quemará al insano para su salvación. Después del Renacimiento, la posesión adquiere un nuevo sentido en el pensamiento cristiano. Ya no es más perversión el cuerpo que deja intacta la libertad del alma, sino posesión del espíritu por el espíritu, abolición de la libertad, mientras que la naturaleza, obra divina, permanece indiferente al tumulto del corazón. A mediados del siglo XVII se piensa que la posesión es una unión del diablo con el alma, por lo que tiene derecho a actuar como si fuera el alma de la persona a quien posee. Pero la naturaleza humana limita su acción, detiene su furia, su rabia y su maldad. Ahora ya no se trata de destruir el cuerpo, sino de evitar que sea el instrumento sin fuerza de un espíritu insano. El "régimen de fuerzas" de las nuevas prácticas hospitalarias utilizadas durante el siglo XVII no tiene el sentido del castigo sino de la salvaguardia (Foucault, 1979: 88-89).

"Lo importante es que el cristianismo despoja a la enfermedad mental de su sentido humano y la ubica en el interior de su universo; la posesión arranca al hombre de la humanidad para liberarlo a lo demoníaco, pero lo mantiene en un mundo cristiano, en el que cada hombre puede reconocer su destino. La obra de los siglos XVIII y XIX es

inversa: restituye a la enfermedad mental su sentido humano, pero aleja al enfermo mental del mundo de los hombres" (Foucault, 1979: 90). La aportación del siglo XVIII consiste 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. Dice la Enciclopedia en su artículo sobre la "Locura": "La locura no es más que privación", el rasgo principal de la locura es la ceguera; el insano ya no es un poseído, en todo caso, es un desposeído. En 1793 Pinel libera a los locos de sus cadenas en la Bicêtre y los deja vivir como hombres. Diderot admite que "no eran tal vez diferentes del resto de los hombres" y Esquirol* pide justicia para ellos. Sin embargo de esta concepción humanista surgirá una práctica que excluye al enfermo de la sociedad de los hombres. Si el demente es un desposeído, el siglo XIX responde que la facultad que perdió es la libertad (pierde el interés por su persona, su fortuna, sus hijos, su capacidad jurídica). Para evitar una alienación de hecho se la sustituye por una alienación de derecho. Al enfermo se le marca con todos los tabúes sociales (Foucault, 1979).

Lo que caracteriza al enfermo mental es la pérdida de la libertad de elegir y reaccionar normalmente frente a las dificultades y conflictos de la vida, por lo que muchos llegan a la conclusión de que la enfermedad mental es la "pérdida de la libertad", e incluso llegan a afirmar que es la "patología de la libertad".

En el siglo XVII, Thomas Sydenham, con su doctrina de las especies morbosas, considera la enfermedad como algo separado del hombre. Desde entonces, la enfermedad se ajusta siempre o "casi siempre" de una manera exacta a "patrones patológicos".

* "Yo los he visto desnudos, cubiertos de harapos, no teniendo más que paja para librarse de la fría humedad del empedrado en que están tendidos. Los he visto mal alimentados, privados de aire que respirar, de aguas para calmar su sed y de las cosas más necesarias de la vida. Los he visto entregados a auténticos carceleros, abandonados a su brutal vigilancia. Los he visto en recintos estrechos, sucios, infectos, sin aire, sin luz, encerrados en antros donde no se encerraría a los animales feroces que el lujo de los gobiernos mantiene con grandes gastos en las capitales" (Esquirol, 1838, p. 134) Así describe el autor la situación de los locos de la época.

Los defensores de la corriente neurologista, al presuponer una causa orgánico cerebral en todas las enfermedades mentales niegan la existencia de éstas limitándolas a síntomas mentales. Así Ramón y Cajal decía: "No hay enfermedades mentales propiamente dichas, sino sólo síntomas mentales de enfermedades mentales o neurológicas" (cit. por González Duro, 1975: 9).

Para la OMS, la enfermedad mental es "todo trastorno manifiesto de las funciones mentales, bastante específico, desde el punto de vista clínico, para que pueda identificarse con seguridad refiriéndose a un patrón claramente definido y bastante grave para que determine una disminución de la capacidad de trabajo o de adaptación social (o de ambas actitudes) suficientemente intensa para ser expresada en términos de ausencia de trabajo o de aplicación de medidas legales o sociales de cualquier tipo" (OMS, 1960).

Para Santo Domingo, basándose en que "delito es lo que castigan las leyes, y enfermo, como decía Von Weizsacker, el que va al médico, la alteración psíquica se puede definir, creo que con entera justicia actualmente, como todo lo que se relata en los libros de Psiquiatría y no al revés" (Santo Domingo, 1974: 112).

En palabras de Szasz, el concepto de enfermedad mental carece de sentido racional y aunque pudo ser útil en el siglo XIX, en la actualidad carece de valor científico y desde una perspectiva social es incluso nocivo (Szasz, 1982: 9).

Si se entiende la salud asociada a la normalidad, término muy complejo como ya hemos visto en páginas anteriores, lo "anormal" se consideraría estar enfermo, algo que no es cierto, por lo que no está tan claro dilucidar quien está enfermo y quien no lo está. "En la práctica, se considera enfermedad mental la anormalidad que comporta para el sujeto un sufrimiento, en sentido amplio. El elemento específico que caracteriza a la enfermedad mental frente al modo de reaccionar considerado normal ante las dificultades, es que el individuo mentalmente enfermo reacciona de una manera que empeora su

situación en vez de aliviarla, aunque para él sea quizá la única respuesta posible" (Batlle, 1982: 239).

Es interesante el enfoque foucaultiano de lo normal y lo patológico. Partiendo de que los procesos patológicos tienen los mismos mecanismos básicos que los procesos normales "la enfermedad está constituida por la misma trama funcional que la adaptación normal; por lo tanto, no podemos definirla a partir de lo anormal, como lo hace la patología clásica; por el contrario, la enfermedad hace posible lo anormal y lo fundamenta: las reacciones "paradojales" y la inversión del valor positivo de la excitación en valor negativo de la reacción son efectivamente, en un sentido, fenómenos anormales; pero no se ofrecen jamás si no es sobre una base de inhibición que representa la acción de defensa, y la forma primaria de la enfermedad. Lo anormal, lejos de ser el núcleo elemental, es una consecuencia de lo patológico. Por lo tanto, tratar de definir la enfermedad a partir de una distinción de lo normal y lo anormal es invertir los términos del problema: es hacer una condición de una consecuencia, con una finalidad, sin duda implícita, de ocultar la alienación como verdadera condición de la enfermedad" (Foucault, 1979: 118).

En opinión de Parsons, la enfermedad es el deterioro de la capacidad del individuo para desempeñar de forma efectiva los roles sociales. Durkheim y algunos psicólogos americanos ven la enfermedad bajo un aspecto negativo y virtual al mismo tiempo. Negativo porque la transgresión de la norma es lo patológico. La enfermedad sería marginal por naturaleza, y relativa a una cultura en la sola medida en que es una conducta que no se integra a ella. Para Durkheim es la virtualidad estadística de un alejamiento de la media; para Benedict, es la virtualidad antropológica de la esencia humana, cada cultura tiene una imagen distinta de la enfermedad; en los dos análisis, la enfermedad está ubicada entre las virtualidades que sirven de margen a la realidad cultural de un grupo social (Foucault, 1979: 85).

Foucault sostiene que cuando la enfermedad es reconocida como tal y tiene dentro del grupo status y función, lo patológico ya no es una simple desviación respecto al tipo cultural, es uno de los elementos y

una de las manifestaciones de ese mismo tipo cultural y menciona como ejemplo el caso de los homosexuales, sacerdotes y hechiceros. No sólo la conciencia de enfermedad no es exclusiva del rol social, sino que la requiere. El grupo que denuncia y reconoce a la enfermedad como tal, le confiere un status (ej. el tonto del pueblo). Durkheim y los psicólogos americanos han hecho de la desviación y del alejamiento de la media, la naturaleza misma de la enfermedad por efecto de una ilusión cultural que les es común; en el momento que diagnostica la enfermedad excluye al enfermo. Psicólogos y sociólogos que hacen del enfermo un desviado y que buscan el origen de lo morboso en lo anormal son, ante todo, una proyección de temas culturales. Nuestra cultura los sitúa en el exterior de la vida social (Foucault, 1979: 85).

Durante mucho tiempo, una de las características de las psicosis era la falta de conciencia de enfermedad y a ello responde Foucault que "nada es más falso que el mito de la locura como enfermedad que se ignora. El médico no detenta todo el saber sobre la enfermedad y el enfermo no ignora todo sobre sí mismo, hasta su propia existencia. El enfermo reconoce su anomalía y le otorga, al menos, el sentido de una irreductible diferencia que lo separa de su conciencia y del universo de los otros. Pero por más lúcido que esté el enfermo, no posee la perspectiva del médico respecto de su mal"... "La conciencia de su enfermedad está prisionera en el interior de la enfermedad: está anclada en ella y en el momento en que la percibe, la expresa" (Foucault, 1979: 66). "La enfermedad mental (cualesquiera que sean sus formas y grados de obnubilación que comporta) implica siempre una conciencia de enfermedad; el universo morboso no es un absoluto en el que se anulan las referencias a lo normal; por el contrario, la conciencia enferma se desarrolla siempre con una doble referencia para sí mismo: lo normal y lo patológico, o lo familiar y lo extraño, o lo singular y lo universal, o bien la vigilia y el onirismo" (Foucault, 1979: 71).

E. Binswanger (1881-1968) recuerda para la locura, las palabras de Heráclito acerca del sueño: "Los que están despiertos tienen un mundo único y común; el que duerme se inclina hacia su propio mundo" (Cit. por Foucault, 1979: 78).

No debemos olvidar que "la enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal", pero se reconoce "que esta relatividad del hecho morboso no es inmediatamente clara" (Foucault, 1979: 83).

Dos aspectos importantes a tener en cuenta, desde un enfoque foucaultiano, son el no confundir la alienación social con la alienación mental y el evitar reducir toda enfermedad a una perturbación del sistema nervioso. La alienación social es la consecuencia de la enfermedad. La 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. Hay enfermedad cuando el individuo no puede gobernar, a nivel de sus reacciones, las contradicciones de su medio; cuando la dialéctica psicológica del individuo no puede encontrarse en la dialéctica de sus condiciones de existencia. En otras palabras, está alienado - el enfermo ya no puede reconocerse en tanto que hombre en las condiciones de existencia que el hombre mismo ha instituido (Foucault, 1979: 114).

Szasz considera que la noción de enfermedad mental deriva su principal fundamento de fenómenos como la sífilis cerebral o estados delirantes en que las personas pueden manifestar determinados trastornos de pensamiento y de conducta; pero estas son enfermedades del cerebro, y no de la mente, que se atribuyen a procesos físico-químicos y se consideran, pues, básicamente similares a otras enfermedades. En esto hay dos errores y trata de demostrar que la enfermedad mental no existe, es un mito:

1. Una enfermedad cerebral es un defecto neurológico, no un problema de vida.
2. El segundo error es epistemológico. Consiste en interpretar las comunicaciones referentes a nosotros mismos y al mundo que nos rodea como síntomas de funcionamiento neurológico. El error radica en establecer un dualismo entre los síntomas físicos y mentales, dualismo que es un hábito lingüístico y no el resultado de observaciones empíricas. La noción de síntoma psíquico está, pues, ligada al contexto social (se comparan las

creencias, ideas y conceptos del paciente con las del observador). El síntoma está ligado a un contexto anatómico y genético. Para los que consideran los síntomas psíquicos como signos de enfermedad cerebral, el concepto de enfermedad mental es innecesario y equívoco. Si lo que quieren decir es que las personas etiquetadas enfermas mentales sufren alguna enfermedad cerebral es preferible que digan eso nada más. La enfermedad mental es distinta de la enfermedad cerebral, considerando la enfermedad mental como la deformación de la personalidad y la causa de la falta de armonía entre los hombres.

El concepto de enfermedad orgánica o mental implica el distanciamiento respecto de una norma claramente definida. En el primer caso la norma es la integridad estructural y funcional del cuerpo humano. Pero respecto a qué norma se estima que la enfermedad mental constituye un distanciamiento. Es difícil contestar pero forzosamente esta norma debe estar expresada en función de conceptos psicosociales, éticos y jurídicos. ¿Quién define las normas y el alejamiento de ellas?. Puede ser el paciente acudiendo a un psicoterapeuta porque está deprimido o pueden ser otros (familiares, médicos, autoridades judiciales, etc.). Se acude al psiquiatra para hacerle algo al paciente con el fin de corregir su desviación (Szasz, 1970).

"Según el uso social contemporáneo, se caracteriza la enfermedad mental como una conducta que se aparta de ciertas normas psicosociales, éticas o jurídicas. La acción correctiva tiende a buscarse dentro de un marco terapéutico. Así se sostiene que las desviaciones psicosociales, éticas y jurídicas pueden corregirse mediante una acción médica. Si los procedimientos médicos están destinados a remediar únicamente problemas médicos es absurdo suponer que contribuirán a resolver problemas cuya existencia se han definido y establecido sobre fundamentos no médicos". Todo lo que la gente hace, a diferencia de lo que le ocurre, tiene lugar en un contexto de valores. La psiquiatría está mucho más íntimamente vinculada a los problemas éticos que la medicina general. La orientación ético-social del psiquiatra influirá en sus ideas sobre lo que anda mal en el paciente, sobre lo que merece un

comentario e interpretación, sobre la dirección conveniente en que debiera darse el cambio, etc. (Szasz, 1970).

"Cuando afirmo que la enfermedad mental es un mito, no estoy diciendo que no existan la infelicidad personal ni la conducta socialmente desviada: lo que digo es que las categorizamos como enfermedades por nuestra propia cuenta y riesgo"... "Nuestro adversario no son los demonios, brujas, el destino o la enfermedad mental. Lo que tenemos son problemas de la vida (biológicos, económicos, políticos, o psicosociales). La enfermedad mental es un mito cuya función consiste en disfrazar y volver más asimilable la amarga píldora de los conflictos morales en las relaciones humanas" (Szasz, 1970).

En opinión de Serigó Segarra, el concepto de enfermedad mental no es unívoco sino plurívoco (la enfermedad como vivencia individual del enfermo, la enfermedad como concepto genérico y la enfermedad en un sentido social amplio), por eso, los conceptos de enfermedad mental y de normalidad psíquica se basan en razones esencialmente variables que dependen frecuentemente no sólo del contexto social sino del propio subjetivismo del examinador (Serigó Segarra, 1972: 2633). Es un concepto plurívoco ya que tiene varios significados según el punto de vista que se considere. Primero y fundamentalmente, al hablar genéricamente de enfermedad, se hace una abstracción ya que no existen enfermedades sino enfermos, y en este sentido, para Hipócrates la enfermedad era un disturbio, un desequilibrio de la eucrasia o armonía de los cuatro humores. Este desequilibrio, esta desarmonía producida por un agente, genera una discrasia, una alteración funcional, que normalmente tiende a desaparecer, volviendo el hombre a recuperar el equilibrio perdido, la salud. Con esta concepción de la enfermedad se separa Hipócrates del carácter místico o divino, carácter mágico propio de las sociedades primitivas.

Serigó Segarra considera de gran relevancia la relación de los factores sociales con la enfermedad mental por:

1. Ser más frecuentes en las clases sociales de estratos más bajos.

2. Porque una de sus consecuencias más importantes es romper la comunicación humana, la interacción y exigir en muchos casos una difícil rehabilitación.
3. Porque están muy influidos por las creencias y actitudes de la sociedad que tiende a marginar al enfermo mental y a no aceptar consciente o inconscientemente su integración en la vida social.
4. Por su tendencia a períodos más largos de enfermedad y a la recaída y cronicidad.

Con respecto al punto primero no está demostrado que esto sea así. En primer lugar, las familias más ricas cuentan con muchos más recursos lo que hace posible, en muchas ocasiones, que puedan vivir sin visitar al médico y si lo hacen, es a través de consultas privadas que no entran dentro de las estadísticas. Por otro lado, estudios realizados han demostrado que el nivel económico de las familias de los enfermos mentales es el mismo; es la propia enfermedad, la que imposibilita al enfermo para trabajar, lo que le sitúa en un nivel económico más bajo.

El tercer concepto de enfermedad, que tiene un enorme interés desde el punto de vista de la Sanidad y la Medicina social, es el concepto sociológico del enfermar, que Serigó Segarra describe como sigue: El hombre se estratifica en la vida social ocupando una situación determinada o "status". A cada "status" le corresponde unas obligaciones, es decir, el individuo, debe cumplir una serie de roles. Existen dos tipos de "status": el atribuido y el alcanzado. El atribuido es, en general, asignado al nacer, y el rol puede ser establecido con anticipación siendo el individuo preparado para el comportamiento apropiado. En cambio un "status" alcanzado se obtiene mediante el esfuerzo individual y la capacidad específica, en general, por medios competitivos.

Muchos enfermos mentales son incapaces de desempeñar los roles que de ellos se esperan, como es el caso de los esquizofrénicos crónicos reinsertados en la vida social. Nuestra sociedad admite el rol de enfermo, pero cuando a un neurótico se le dice que se domine se le está negando este rol y de hecho se le está tratando como si no sufriera dolencia, aunque el vivencie la enfermedad como una angustia vital. Sin embargo, el rol de enfermo típico es temporal ya que la sociedad espera la

curación de la mayoría de los pacientes. En las sociedades primitivas, donde la mayoría de sus constituyentes tienen alguna dolencia crónica, no existe el rol de enfermo crónico, ya que todos deben desempeñar sus deberes y obligaciones sociales. Los roles de enfermos crónicos, únicamente pueden aparecer en condiciones de mantener pacientes improductivos, una tecnología para curarlos o ayudarles y un sistema de valores que insiste en que deben ser atendidos y cuidados. Esto demuestra que el desarrollo de los servicios sociales, puede estimular la aparición de este tipo de roles y la demanda de más asistencia si hay cobertura económica que los ampara, cosa ya conocida en la "neurosis de renta". El rol de enfermo crónico brinda un escape prolongado en las responsabilidades cotidianas y por esta razón, algunos pacientes pueden preferir este rol, a pesar de las desventajas de incapacidad y desempleo que implica. A menudo, también el rol de enfermo puede ir acompañado de una regresión a una situación más infantil, a un rol propio de los niños (Serigó Segarra, 1975).

Para la psiquiatría de base psicobiológica, el concepto de enfermedad psíquica se monta, sobre esta trípode: pérdida de libertad del ser frente a sí mismo, la aparición de estructuras psíquicas cualitativamente distintas de las registradas en sujetos sanos y la rotura o el desgarramiento incomprensible del desarrollo biográfico propio. Complementariamente se señala el descenso del bienestar y la inadaptación social (Alonso Fernández, 1978: 67).

Creemos interesante terminar este apartado recogiendo las conclusiones de Mezzich (1988: 67 y ss.) quien realizó un amplio estudio sobre las definiciones de la enfermedad mental y enumera seis puntos como elementos descriptivos o identificadores de la misma:

1. La localización o matriz del trastorno mental. La mayor parte de los autores tienden a concentrarse en un organismo individual aunque, en ocasiones, se ha hecho depender de las relaciones interpersonales. Para localizar el problema se ha hecho referencia a una connotación biológica y en otras ocasiones se ha utilizado el término "la mente". "El modelo médico no proporciona un criterio objetivo para distinguir claramente lo

normal de lo anormal, la salud de la enfermedad, lo patológico de lo fisiológico". Menos polémico quizá fuera situar el problema en la persona, tal como hizo Fábrega (1974): "la patología o las perturbaciones de matrices sociales como la familia son, naturalmente, interesantes por sí mismas, pero la clasificación de tales perturbaciones debería ser considerada más apropiadamente como separada de los trastornos mentales centrados en la persona".

2. Características etiológicas o etiopatogénicas de la enfermedad mental. Sin embargo, "las reglas para definir la normalidad frente a la anormalidad en las estructuras biológicas o en las funciones son problemáticas, particularmente en el caso de la patología mental, para la mayoría de cuyas formas no se han encontrado de manera convincente lesiones específicas". Otro tipo de caracterización etiológica de enfermedad mental es la adaptación al estrés (reacción de todo el organismo frente al ambiente externo e interno). En cierto modo representa una reacción contra el decimonónico concepto de enfermedad como "lesión física". El énfasis se pone en las diferencias entre los individuos enfermos más que en sus similitudes y no ofrece un criterio directo para distinguir la enfermedad de la salud.
3. Otro grupo de caracterizaciones de la enfermedad son las referencias por escalas "Una de ellas es la noción de enfermedad como desviación de la normalidad estadística" de Durkheim. Otra incluye la concepción de enfermedad como una salida de la normalidad ideal. "Está expuesta por la teoría psicoanalítica y por la definición de salud de la OMS y, llevada a sus consecuencias lógicas, implicaría que sólo la perfección idealizada es saludable".
4. "Un criterio importante de enfermedad se refiere a su impacto en el bienestar e integración social del individuo. Dos elementos correlacionados o consecuencias que disfrutan de amplia aceptación son la "angustia" o el "sufrimiento" y la "incapacidad". Un tercero es la "inferioridad" que se incluye

como biológicamente condicionada (poniendo en peligro la supervivencia o la procreación), en una conocida definición de enfermedad presentada por Seadding (1967). La definición aprueba el concepto de "salida de la normalidad estadística", y su formulación de niveles de inferioridad no aclara dónde acaba la inferioridad biológica y dónde comienza la social".

5. Otro elemento descriptivo identificador de la enfermedad mental "es el desajuste psicológico que abarca elementos cognitivos, afectivos, de conducta, motivaciones y otros aspectos de este dominio". Incluye el deterioro en las funciones sociales.
6. Por último, Mezzich menciona la reacción social frente al individuo afectado. El "interés terapéutico" de Kraupf Taylor (1971). "Según este punto de vista, la enfermedad es lo que tratan los médicos. A esto se vincula la visión de Linder (1965) del diagnóstico, no como descripción explicación o predicción, sino como prescripción disfrazada". "El problema clave que señaló Kendell (1975) en el enfoque de "interés terapéutico" dado a la definición de enfermedad es que nadie puede estar enfermo hasta que no haya sido reconocido como tal institucionalmente y que ese reconocimiento puede ampliarse o restringirse mucho con los cambios en las actitudes sociales".

Termina Mezzich señalando la complejidad inherente a la comprensión de la enfermedad mental, aunque hace hincapié en que la característica para identificar el trastorno mental, debería basarse en la presencia de malestar e incapacidad y en la evidencia de desajuste o síntomas psicológicos que apunten específicamente a la identificación del trastorno mental.

Por lo anteriormente expuesto hemos podido observar algunas de las diversas interpretaciones, unas muy complejas y otras no tanto, del concepto de enfermedad mental que nos han proporcionado distintos aspectos para entender la dificultad que supone con el conocimiento actual sobre el particular, llegar a un consenso racional

para definirlo, quizás porque lo que caracteriza a la enfermedad mental es que puede ser explicada pero resiste a toda comprensión.

A través de las diversas interpretaciones que los distintos autores han dado sobre el concepto de enfermedad mental, hemos podido observar la complejidad del mismo y el desconocimiento que se tiene sobre las causas, no obstante las innumerables investigaciones realizadas para tratar de encontrarlas. La ignorancia sobre el origen de la enfermedad impide llegar a un consenso racional para definirla, y mientras que esta situación perdure y la búsqueda de la causa no consiga llegar con éxito a su objetivo, permanecerá el enigma de la locura.

LAS CLASIFICACIONES PSIQUIATRICAS

"Mejor ninguna clasificación que una falsa. La falta de toda clasificación deja al menos espacio libre para la investigación; una clasificación falsa introduce directamente el error en nuestras opiniones"

Neumann

3.1. Introducción.

Los pioneros de la psiquiatría tuvieron que decidir cómo rotular a las personas que actuaban como incapacitadas y a la vez presentaban ciertos tipos de síntomas neuromusculares y sensoriales. Anteriormente a Charcot, a todos aquellos que no tenían una enfermedad orgánica demostrable se les consideraba habitualmente falsos enfermos. Charcot los reclasificó y los llamó histéricos. "Desde Charcot hasta nuestro días, los nosólogos psiquiátricos han concebido al hombre como una máquina que puede tomarse en forma aislada y explicarse de acuerdo con las leyes de la mecánica". Los nosólogos conciben al hombre enfermo como una máquina defectuosa (Szasz. 1970). *Los trastornos mentales responden a una situación humana que es catalogada y así aparecen las etiquetas de enfermedad.* La clasificación es un acto social, dice Szasz, que implica por lo menos la participación de tres tipos de personas: clasificador, clasificado y un público al que se le pide que acepte o rechace una clasificación determinada. "Clasificar significa crear, definir o confirmar los límites de los conceptos" (Sartorius, 1988: 9).

Kraepelin trató de poner un orden en el reino de la locura y mediante una clasificación buscó las leyes que gobiernan el curso de la enfermedad psíquica. Consideraba a la persona mentalmente enferma como una colección de síntomas, lo que le llevó a centrar todo su interés en la forma y los tipos de las enfermedades mentales más que en sus contenidos intencionales. A partir de entonces, "la nosología se convierte en el elemento central de la psiquiatría. Clasificar, introducir un orden en el universo caótico de la locura, pasa a ser el objeto primordial" (Corcés, 1983: 20). Su clasificación fue aceptada en aquellos países en los que la psiquiatría había adquirido cierta entidad, como Alemania, Francia, Países Escandinavos, Inglaterra, pero adaptándola a la psiquiatría de cada lugar respectivo. Para Corcés (1983: 32) ello muestra la falacia del ecumenismo psiquiátrico.

"Podría pensarse - y una gran cantidad de elementos conspiran en este sentido - que la obra de Kraepelin, sentó unas bases indiscutibles, al menos como marco de referencia y que su clasificación es, todavía hoy, positivamente operativa. La reproducción ideológica del saber, el uso empírico y sintomático de los psicofármacos, la pereza intelectual y la mentalidad acrítica de un gran número de psiquiatras y psicólogos, han sacralizado una situación que, analizada con objetividad, se presenta como radicalmente opuesta. Un recorrido esquemático por el interior de la historia psiquiátrica, nos puede acercar a la cuestión real: la endeblez de la obra de Kraepelin" (Corcés, 1983: 27).

Son muchos los que afirman que los diagnósticos son meras etiquetas con las que el médico clasifica las enfermedades, a la vez que introduce al individuo en un cajón desastre, pasando a ser un "caso" más que viene a engrosar su estadística. Desde este punto de vista el diagnóstico tendría la misión de infundir seguridad al médico que poniendo entre paréntesis la riqueza del acontecimiento patológico, se atrinchera contra esa ambigüedad a través del parapeto de los diagnósticos (Polaino-Lorente, 1983).

Para otros autores, como Fondraïne, el acto de nombrar o clasificar está íntimamente ligado a la necesidad humana de control o dominio. En su carácter de clasificador, el hombre también "ataca" al

objeto de su interés, no para devorarlo, sino para controlarlo. Toda clasificación, incluso las falsas, ofrecen la esperanza de un dominio futuro de los hechos, mientras que la falta de clasificación exige admitir la propia impotencia. Como regla, los diagnósticos médicos no definen la identidad de un individuo, mientras que los diagnósticos psiquiátricos si lo hacen. El nosólogo psiquiátrico no sólo describe la llamada enfermedad de su paciente, sino también prescribe su conducta futura (Fondraire, 1971).

En general, las categorías son convenientes de cara a la conceptualización y a la comunicación. "Clasificar significa buscar lo unitario en lo múltiple, lo genérico en lo individual" (Echevarría, 1995: 373). El prototipo de la enfermedad mental se identifica por el desajuste en las funciones sociales (especialmente en el terreno ocupacional e interpersonal) y el trastorno psicopatológico, pero el elevado número de indicadores y criterios, tal como pueden observarse en la CIE y el DSM, que más adelante veremos, es lo que plantea grandes problemas.

La psiquiatría, pues, ha tenido que proceder, en opinión de Corcés, como consecuencia de la discusión nosológica, a un ordenamiento general que no ha evitado un distanciamiento progresivo de las otras disciplinas médicas y, por lo tanto, enfrentándose en los momentos actuales a una crisis profunda de identidad, como testimonia el movimiento asistencial que, una vez trascendidos los límites físicos y conceptuales de la institución asilar, deja al descubierto la inoperancia de las categorías, de la psiquiatría tradicional (Corcés, 1982).

"Las clasificaciones actuales, tendentes a homologar los diferentes centros de poder psiquiátrico o el discurso de numerosas capillas o escuelas - ver pág. introductoria del D.S.M. III - hacen hoy más verdaderas que nunca, las palabras de Neumann: "Mejor ninguna clasificación que una falsa. La falta de toda clasificación deja al menos espacio libre para la investigación; una clasificación falsa introduce directamente el error en nuestras opiniones" (cit. por Corcés, 1983: 37).

Las clasificaciones psiquiátricas intentan describir los diferentes síndromes. Los síndromes recogen los síntomas (proporcionados por el propio enfermo), signos (observados por el

explorador) y el curso de la enfermedad. "Se conciben las categorías de trastorno mental como construcciones conceptuales con fines operativo-instrumentales, como instrumentos de evaluación de los problemas psicopatológicos" (Echevarría, 1995: 363). En psiquiatría, se intentó agrupar los síntomas en torno a una especificidad lesional, funcional, etiológica similar a la "especie morbosa" imperante en la patología y basándose en esto, Kraepelin defendió su "unidad nosológica" que daría lugar al enfoque nosológico que sigue contando con múltiples seguidores, sin que faltasen también las críticas en cuanto que no se han encontrado todavía 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).

Szasz considera que rotular a las personas es una táctica de trampas ocultas. En la época de Freud ser judío era ser enfermo. "Los términos del diagnóstico psiquiátrico no describen entidades nosológicas identificables sino que degradan y desvalorizan a la persona a quien le son adjudicados". No niega la existencia o realidad de diversas modalidades de conducta personal, sino el contexto, la naturaleza y la finalidad del acto clasificatorio. Revalúa la psiquiatría definiéndola como una empresa moral y política, cuyos contenidos éticos son soslayados hoy por la plana mayor de la psiquiatría oficial del país. Considera que el psiquiatra se revela en su rol social básico: legitimar o ilegitimar las aspiraciones y roles sociales de los demás. Para él la cuestión no reside en que los diagnósticos psiquiátricos carezcan de significado, sino que pueden ser (y lo son a menudo) utilizados como cachiporras semánticas: destruir el honor y la dignidad de una persona significa aniquilarla, tanto o más eficazmente que si se le rompe el cráneo (Szasz, 1970).

La finalidad tradicional de la psiquiatría ha sido legitimar los controles sociales impuestos a los llamados "pacientes mentales". "Los grandes nosólogos psiquiátricos volvieron a colocar al insano las cadenas que Pinel les había quitado".

En opinión de Szasz estos diagnósticos no funcionan de la misma manera que los diagnósticos médicos; mientras que estos

identifican enfermedades para permitir a los médicos tratar a los pacientes afectados, aquellos identifican individuos estigmatizados para permitir a otros individuos o grupos maltratar a las víctimas.

La mayoría de los padecimientos psiquiátricos carecen de etiología conocida e, históricamente, cuando ésta ha sido conocida, el padecimiento ha dejado de ser "psiquiátrico". Cuando se descubrieron las vitaminas, los trastornos psiquiátricos ocasionados por avitaminosis dejaron de ser tratados por los psiquiatras y lo mismo ocurrió con la sífilis. Parece que la tarea del psiquiatra se centra en examinar y clasificar pacientes. En suma: los científicos de la conducta clasifican a las personas como si fueran cosas. Se debe a la falacia de pensar en términos de la ciencia natural; se hace el estudio, explicación y control de las personas como si se tratase de animales o de cosas.

Clasificar la conducta de otras personas es habitualmente un medio de restringirla o, como dice Sartre, categorizar a una persona es coartarla. Toda clasificación de una persona sin su consentimiento constituye una violación de su integridad personal.

Rudolf Gross (1969) afirmaba que "nuestros diagnósticos se convierten así en compromisos que surgen de la existencia de tipificar y de individualizar; en ningún otro lugar la parcialidad y la petulancia alcanzan límites tan funestos como en el diagnóstico médico. Los diagnósticos son hechos que frecuentemente no se ven con claridad". El diagnosticar se convierte así en un juego de etiquetas donde la actividad científica quedaría relegada.

"Las clasificaciones en psiquiatría se encuentran en una etapa primitiva" Para Goodwin, los términos "reacciones situacionales", "funcionales" y "psicógenos" son invocados a veces por los médicos para explicar lo inexplicable. Habitualmente significan un "yo no se" (Woodruff, Goodwin y Guze, 1978).

Polaino-Lorente está de acuerdo con Laín Entralgo cuando afirma: "frente a una realidad, cualquiera que ésta sea, el hombre discierne, compara y clasifica", pero nos advierte que es preciso definir

con cautela las características que debe cumplir una clasificación, para no caer en criterios puramente personales cuando no absurdos, ya que no se dispone de un criterio nosotáxico único que haya demostrado fehacientemente su validez. A lo largo de la historia se han seguido distintos criterios que sintetiza como sigue:

1. Un criterio clínico-descriptivo más o menos estricto, dando lugar a la construcción de síndromes y cuadros clínicos.
2. Un criterio patocrónico, atendiendo al curso de las enfermedades (agudas y crónicas, por ejemplo).
3. Un criterio etiopatogénico, atendiendo a la causa inmediata del proceso morboso (trastornos psicógenos, somatógenos y endógenos).
4. Un criterio localizador o anatomopatológico, considerando los trastornos en base a su localización orgánica.
5. Criterios no vinculados al modelo médico-clínico sino al estrictamente psicopatológico, tal como los psicodinámicos (fijación en el desarrollo libidinal, nivel de estructuración del yo, mecanismos de defensa) y los fenomenológicos (reacciones vivenciales, desarrollos de la personalidad, procesos morbosos).

En la práctica, las distintas clasificaciones psiquiátricas utilizan algunos de estos criterios e incluso varios a la vez (Polaino Lorente, 1983).

"El diagnóstico psiquiátrico, como cualquier diagnóstico médico, es un proceso por el que se intenta someter a verificación científica la hipótesis de la pertenencia de determinadas manifestaciones clínicas observadas en un paciente o en una clase o una dimensión dentro de una determinada clasificación de referencia" (Guimón, 1988: 3). Para este autor los propósitos del diagnóstico son: diferenciar el cuadro observado de otros cuadros; otorgarle un nombre que permita la comunicación para los profesionales de la psiquiatría acerca de él; establecer pronósticos respecto a su evolución (espontánea o con tratamiento); medir los cambios que se producen en esa evolución y realizar estudios sobre su etiología. Las clasificaciones en medicina suelen, por ello, basarse en la etiología, la descripción o evolución de las

enfermedades". Sigue diciendo este autor que algunas clasificaciones psiquiátricas reposaban enteramente en criterios etiológicos, como en el caso de la nosología alemana tradicional. La CIE-9 hace intervenir criterios etiológicos hipotéticos. Sin embargo, la mayoría de las clasificaciones psiquiátricas contemporáneas reconocen que sólo logran, en general, agrupar síntomas o síndromes. Así, en el D.S.M.-III, la utilización de criterios etiológicos pretende limitarse a trastornos en los que existen factores orgánicos (biológicos, genéticos, tóxicos) o psíquicos (estrés psicosocial en relación temporal con el trastorno) demostrables.

Los psiquiatras para diagnosticar a un enfermo obtienen la información a través de los síntomas y los signos. Pero como dice Berrios (1988:16): "La información está mantenida en una señal y/o en la asociación de ésta con otras señales emitidas simultánea o sucesivamente por el cerebro enfermo". Pero ésta va acompañada de "ruidos" que tienen 2 orígenes:

- a) el patrón expresivo del enfermo
- b) el sesgo perceptivo del observador.

La clínica médica pudo hacerse científica (se ajustó a las exigencias de la ciencia positiva) cuando pudo trabajar con datos objetivos y mensurables y esto fue posible a partir de la noción de signo clínico de Laennec. El médico no diagnostica 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 misma (Barcia y Pozo, 1988). Para estos autores los médicos aprenden que diagnosticar es obtener, a través de una actuación sobre el paciente, datos objetivos y mensurables que revelan la existencia de ciertas lesiones. Esto no se pudo aplicar a la psiquiatría, a excepción de algunos cuadros orgánicos cerebrales como es el caso de las demencias.

Se ordenan las enfermedades según unos criterios, que suelen ser descripciones sintomatológicas, del curso, etc. y posteriormente se busca la posibilidad de alteraciones biológicas, lo que para Sartorius "sería milagroso que dos modelos tan opuestos coincidieran". "Las

modificaciones bioquímicas deben relacionarse más que con enfermedades, con los síntomas que son estados reales" (Sartorius, 1988: 24).

Siegler y Osmond (1974: 6 y ss.) han establecido "ocho modelos de la enfermedad mental, atendiendo al modo de combinarse doce variables principales. Estos ocho modelos son el medicalista, moral, de incapacidad, psicoanalítico, social, psiquedélico, conspirativo y de interacción familiar". En cada uno de estos modelos varía el tipo de definición o diagnóstico, la etiología, el tratamiento, la terapia, la prognosis, la consideración otorgada al suicidio, la institución, el tipo de personal, los derechos y deberes del sujeto, de sus familias, de la sociedad, y los propios objetivos del modelo" (cit. por Durán, 1983: 55).

La división entre la enfermedad mental (psiquiatría y neurología) y la enfermedad somática es ella misma una construcción cultural que subraya la segmentación de un tipo de enfermedad a la que denominamos "mental" (Marsella y White, 1984: 69).

Las modernas nosografías psiquiátricas poseen dos rasgos claros definitorios: por un lado, el hecho de que la noción básica en ellas no sea tanto la de enfermedad como la de problema (comprenden las psicosis maníaco-depresivas, los delirios crónicos, los problemas mentales derivados de una afección cerebral, personalidades patológicas, hasta las afecciones psicosomáticas). Y, por otro, el considerar que estos problemas mentales deben ser abordados desde una perspectiva pluridimensional (conductual o social, situacional, clínico, somático y psicológico). De esta forma las clasificaciones han dejado de ser fines en sí mismos para convertirse en verdaderos instrumentos diagnósticos y terapéuticos (González de Pablos, 1993: 80).

3. 2. Las primeras clasificaciones psiquiátricas.

La primera descripción de la enfermedad mental apareció hacia el año 3.000 a. C. atribuyendo un deterioro senil al príncipe Ptah-hotep. Los síndromes de melancolía e histeria aparecen en la literatura

sumeria y egipcia en el año 2.600 a. C. En el papiro de Ebers (1.500 a. C) también se describe el deterioro senil y el alcoholismo (Menninger, 1963).

Hipócrates (460-377 a JC.) fue el primero en señalar el origen natural de los trastornos mentales, como alternativa a la concepción sobrenatural que predominaba en los años anteriores. Consideraba la enfermedad como un desequilibrio de la armonía de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) producido por un agente. Cada humor tenía una cualidad básica: calor, frío, humedad y sequedad y cuando factores externos o internos daban lugar a un exceso de estas cualidades básicas actuaban sobre los órganos, producían efectos nocivos y se originaba la enfermedad. A cada humor le corresponde un temperamento (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico). Hipócrates hizo una primera clasificación de las enfermedades mentales distinguiendo entre:

- trastornos mentales agudos con fiebre (frenitis) (quizá síndromes cerebrales orgánicos agudos),
- trastornos mentales agudos sin fiebre: manía (probablemente análogos a las psicosis funcionales) y
- trastornos crónicos sin fiebre (melancolía).

Esta clasificación se mantuvo durante toda la civilización griega y romana. La influencia de la bilis negra y de la flema sobre el encéfalo oscurecía el espíritu y lo volvía melancólico.

Sorano (120 d.C), basándose en las ideas de Celso de que la enfermedad mental repercutía en todo el organismo, y no sólo en un órgano como mantenía Hipócrates, revisó y amplió la clasificación anterior incluyendo la histeria y la hipocondría; la primera relacionada con trastornos uterinos y la segunda con base en el hipocondrio.

Galeno (130-200 d.C) sintetizó los conocimientos existentes, dividiendo las causas de los trastornos psíquicos en:

- orgánicos (lesiones craneoencefálicas, alcohol, cambios menstruales) y

- mentales (temores, contratiempos económicos, desencafios amorosos).

Sostuvo que la salud psíquica dependía de la armonía adecuada de las partes racional, irracional y sensual del alma (Vallejo Ruiloba, 1984: 4-5). Tras la muerte de Galeno sigue un periodo involucionista. Renace el primitivismo y la brujería, observándose una fanática reaparición del modelo sobrenatural de la enfermedad mental que se extiende hasta el siglo XVIII.

Celio Aureliano, médico del Imperio Romano, describió en el siglo V la homosexualidad como una aflicción de la mente enferma, observada tanto en hombres como en mujeres.

En el siglo XVI, Aureolus Philippus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, conocido como Paracelso (1493-1541), médico naturalista suizo, se opuso a Galeno y Avicena e hizo otra clasificación médica basándose en las causas de los trastornos mentales en la que, no obstante, se observa también la influencia de factores sobrenaturales. Describió el "baile de San Vito" y lo atribuyó a causas naturales en contra de la creencia que lo atribuía a causas sobrenaturales y demoníacas. También estableció una relación entre el cretinismo (estulticia, idiocía) con el bocio endémico atribuyendo la causa al contenido mineral del agua en algunas zonas. Consideró la histeria como una enfermedad mental, pero al mismo tiempo mantuvo la creencia del poder de seres sobrenaturales (demonios, brujas) que relacionaba con la etiología de la demencia y la utilización de recetas de carácter mágico. Para Paracelso existían seis clases de insania:

- **vesani** (causada por el abuso de la bebida y comida),
- **insani** (causa genética o intrauterina),
- **lunatici** (causada por la luna y cuya conducta anormal está dirigida por sus fases y movimientos),
- **obsesi** (causada por el diablo) y
- **melancholici** (causada por problemas constitucionales internos).
- **maníacos** (alienación transitoria cuya manía podía estar causada por el propio cuerpo u otras enfermedades).

A continuación se exponen, tal como las describe Foucault (1985: 300-304), varias clasificaciones de distintos autores que tuvieron su vigencia durante los siglos XVII y XVIII:

Thomas Willis (1621-75) en su obra "De anima Brutorum" (1672) retomó las grandes enfermedades reconocidas por la tradición médica:

- **Frenesí**, especie de furor acompañado de fiebre, y del cual debe distinguirse por su mayor brevedad, el delirio.
- **Manía**, un furor sin fiebre.
- **Melancolía** no tiene furor ni fiebre; se caracteriza por una tristeza y por un miedo que se aplican a objetos poco numerosos, a menudo a una preocupación única.
- **Estupidez** que se caracteriza porque la memoria, la imaginación y el juicio están ausentes.

Félix Plater (1536-1614), médico suizo del Renacimiento, en el primer libro de las "lesiones de las funciones" de su "Praxeos Tractatus" (1609), define las enfermedades particulares por sus causas (internas o externas); por su contexto patológico (salud, enfermedad, convulsión, rigidez) y por sus síntomas anexos (presencia o no de fiebre):

1) **Mentis Imbecilitas:**

- General: hebetudo mentis;
- Particular:
 - para la imaginación: tarditas ingenii;
 - para la razón: imprudentia;
 - para la memoria: oblivio.

2) **Mentis Consternatio:**

- Sueño no natural:
 - en las gentes sanas: somnus immodicus, profundus;
 - en los enfermos: coma, lethargus, cataphora;
 - estupor:
 - con resolución (apoplejía);

con convulsión (epilepsia);
con rigidez (catalepsia)

3) **Mentis alienatio:**

- Causas innatas: stultitia;
- Causas externas: temulentia, animi commotio;
- Causas internas:
sin fiebre: manía, melancolía;
con fiebre: phrenitis, paraphrenitis.

4) **Mentis defatigatio:**

- Vigiliae; insomnia.

Para Jonston, en "Idea Universal de la Medicina" (1644), las enfermedades del cerebro forman parte de las enfermedades orgánicas, internas, particulares y no venenosas:

- Del sentido externo: cefalalgia;
- Del sentido común: vigilia, coma;
- De la imaginación: vértigo;
- De la razón: olvido, delirio, frenesí, manía, rabia;
- Del sentido interno: letargia;
- Del movimiento animal: lasitud, inquietud, temblor, parálisis, espasmo;
- De las excreciones: catarros.

Hay enfermedades en que se mezclan esos síntomas: incubos, catalepsia, epilepsia y apoplejía.

Boissier de Sauvages en "Nosología Metódica" (1763) hace la siguiente clasificación:

- Clase I: **Vicios;**
- Clase II: **Fiebres;**
- Clase III: **Flegmasías;**
- Clase IV: **Espasmos;**
- Clase V: **Ahogos;**
- Clase VI: **Debilidades;**

- Clase VII: **Dolores;**
- Clase VIII: **Locuras** ("Vesantias o enfermedades que nublan la razón")
- Clase IX: **Flujo;**
- Clase X: **Caquexias.**

Orden I:

Alucinaciones, que perturban la imaginación. Especies: "vértigo, encandilamiento, errores, desasosiego, hipocondría, sonambulismo".

Orden II:

Morosidades que quitan el apetito. Especies: apetito depravado, hambre canina, sed excesiva, antipatía, enfermedad del país, terror, pánico, satiriasis, furor uterino, tarentismo, hidrofobia.

Orden III:

Delirios, que nublan el juicio. Especies: transporte, demencia, melancolía, demonomanía y manía.

Orden IV:

Locuras anormales. Especies: amnesia, insomnio.

Linneo en "Genera Morborum" (1763) continúa la clasificación:

Clase V:

Enfermedades mentales

- I. Ideales: delirio, transporte, demencia, manía, demonomanía, melancolía.
- II. Imaginación: desasosiego, visión, vértigo, terror, pánico, hipocondría, sonambulismo.
- III. Patéticas: gusto depravado, bulimia, polidipsia, satiriasis, erotomanía, nostalgia, tarentismo, rabia, hidrofobia, cacosicia, antipatía, ansiedad.

Weickhard, en "Der Philosophische Arzt" (1790), distingue entre las enfermedades del espíritu y las enfermedades del sentimiento:

I. Las enfermedades del espíritu.

1. Debilidad de la imaginación;
2. Vivacidad de la imaginación;
3. Falta de atención;
4. Reflexión obstinada y persistente;
5. Ausencia de memoria (oblivio);
6. Falta de juicio;
7. Idiotez, lentitud de espíritu;
8. Vivacidad extravagante e inestabilidad del espíritu;
9. Delirio (insania).

II. Enfermedades del sentimiento.

1. Excitación: orgullo, cólera, fanatismo, erotomanía, etc.
2. Depresión: tristeza, envidia, desesperación, suicidio, "enfermedad de la corte", etc."

Durante el siglo XVIII, parece ser que la principal actividad de los médicos de la época fue la clasificación de las enfermedades mentales. Cada uno tuvo su propia clasificación aunque basándose unos en la etiología y otros en la sintomatología. El psiquiatra pionero "se parecía a un niño que separa guijarros y conchillas en la playa por su tamaño y color" (Kolle, 1963: 2). De esta confusión surgiría el modelo de Kraepelin, considerado el modelo standard de la moderna psiquiatría.

Este interés por clasificar la locura llegó también a los filósofos, tema por el que se interesó Kant quien escribió dos obras sobre este tema: "Ensayo sobre enfermedades de la cabeza" (1764) y "Los sueños de un visionario explicados por los sueños de la Metafísica" (1776). Vamos aquí a hacer referencia al primer ensayo en el que imitando el método de los médicos ("creen haber hecho un gran servicio al paciente dando un nombre a su enfermedad") describe las enfermedades mentales tratando de poner un orden donde según nos dice, en general, "sólo reinan la arbitrariedad y el caos". Para Kant la pérdida del sentido común es el único síntoma de locura realmente universal.

Describe las enfermedades mentales desde su parálisis en la imbecilidad hasta su arrebatamiento en el frenesí, explicando los grados más benignos, desde la estupidez hasta la chifladura ("El torpe carece de ingenio, el estúpido carece de entendimiento") y describe al estúpido, pánfilo, las pasiones (impulsos de la naturaleza humana muy intensos; son las fuerzas motrices de la voluntad), la necedad, la simpleza, etc. De "estas lacras de la cabeza que son despreciadas y ridiculizadas" pasa a aquellas otras "que por lo general se miran con compasión"; "de las que no perturban la normal convivencia de los ciudadanos a aquellas de las cuales se hace cargo la autoridad y toma respecto a ellas medidas preventivas".

Kant divide estas enfermedades en dos tipos: de incapacidad y de trastorno. Las primeras se conocen como imbecilidad y las segundas como perturbación mental. El imbecil adolece de gran falta de memoria, de razón e incluso, por regla general, tiene también afectada la percepción sensorial. Este mal es incurable.

"Las lacras de la cabeza perturbada pueden reducirse a tantos géneros supremos cuantas sean las facultades psíquicas afectadas. Creo poder dividir las, globalmente, en los tres grupos siguientes: primero, el trastrueque de los conceptos de la experiencia, que es la *demencia*; en segundo lugar, la perturbación de la facultad de enjuiciar ante todo la experiencia misma, que es el *delirio*, en tercer lugar, el trastorno de la razón en lo tocante a los juicios más universales, que es la *alienación*. Todas las restantes manifestaciones de un cerebro enfermo se me antoja que pueden ser consideradas bien como grados diversos de las mencionadas fatalidades, o como desdichada combinación de esos males o, en último término como un injerto de dichos males en unas pasiones poderosas; y, así, pueden subsumidas bajo las clases mencionadas" (Kant, 1995: 337-351).

El descriptivismo en psicopatología, comenzó a partir de 1820 y alcanzó su madurez después de 1850. Para G.E. Berrios (1988: 29) "se basa en tres premisas fundamentales:

- a) Un buen número de manifestaciones patológicas del comportamiento interno y externo muestran estabilidad.
- b) Es posible dar un nombre a estas manifestaciones patológicas, siendo la asociación entre éstas y aquel duradera.
- c) Las manifestaciones psicopatológicas no son sólo la respuesta idiosincrásica del individuo a una noxa externa, sino que también son signos de un desarreglo orgánico, de una enfermedad que atisba desde adentro y cuya silueta clínica es reconocible pese al efecto patoplástico de la personalidad".

La nosología empírica de Kraepelin se basaba en el principio de "entidades clínicas" a las que se les suponía una etiología somática no probada. (Ruiz Ogara, 1988: 259). Kraepelin hizo nueve clasificaciones a lo largo de su vida. Exponemos la 6ª clasificación (1899) y la de 1924 (Vallejo Ruiloba y otros, 1984: 395).

6ª Clasificación de Kraepelin (1899):

- Psicosis infecciosas
- Psicosis de catástrofe
- Psicosis tóxica
- Locura tiroidea
- Demencia precoz
- Parálisis general
- Psicosis orgánica cerebral
- Psicosis involutiva
- Psicosis maníacodepresiva
- Paranoia
- Neurosis generales
 - Histeria
 - Epiléptica
 - Emotiva
- Oligofrenias
- Estados psicopáticos

Clasificación de Kraepelin (1924):

- Traumatismos craneales
- Encefalopatías orgánicas
- Intoxicaciones
 - Exógenas
 - Endógenas
- Infecciones
- Sífilis
- Demencia senil, presenil, arteriosclerótica
- Epilepsia genuina
- Esquizofrenia
 - Demencia precoz
 - Parafrenias
- Psicosis maníacodepresivas
- Psicopatías (perversiones, histeria, etc.)
- Reacciones psicógenas e histéricas
- Oligofrenia
- Paranoia
- Casos oscuros

Hay autores que consideran que Kraepelin, en cierto modo, utilizó ya un sistema multiaxial por haber intentado construir una entidad nosológica teniendo en cuenta la etiología, sintomatología, curso, etc.

El modelo dinámico es anticlasificadorio al hacer más hincapié en lo individual, no obstante, de forma operativa Freud y sus seguidores utilizaron la siguiente clasificación en la que distinguieron entre psicosis y neurosis.

Clasificación de Freud (1924):

- Perversiones
- Psicosis (neurosis narcisistas)
 - Paranoia
 - Esquizofrenia
 - Melancolía

- Manía
- Neurosis
 - * Actuales
 - Angustia
 - Neurastenia
 - Hipocondría
 - * Psiconeurosis (neurosis de transferencia)
 - Histeria de angustia (fobia)
 - Histeria de conversión
 - Neurosis obsesiva

3.3. Las clasificaciones psiquiátricas en Estados Unidos.

En los Estados Unidos el primer sistema oficial se utilizó para el censo de 1840. En este censo sólo había una categoría en la que estaban incluidas todas las enfermedades (idiocia/locura). En el censo de 1880 dividieron las enfermedades mentales en siete categorías: manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En la nota introductoria del censo los autores se lamentan de las dificultades para crear un sistema de clasificación de los enfermos mentales: "Se ha procurado poner todos los medios para asegurar la uniformidad en la clasificación de los enfermos mentales en todos los países del mundo, pero parece imposible que los mejor cualificados se formen una opinión que esté de acuerdo respecto a cualquier esquema que pueda diseñarse. Algunas clasificaciones se basan en los síntomas, y otras en las causas físicas; otras son de una mezcla de ambos; y otras tienen en cuenta las complicaciones de la locura. Para los objetivos del censo, nos parece conveniente no hacer caso de todas las minuciosas subdivisiones y adoptar un análisis sencillo sobre los contornos más amplios posibles" (Spitzer y Wilson, 1982: 931).

En 1923 se utilizó un sistema de clasificación realizado por la American Medico-Psychological Association (la actual APA) y el National Committee for Mental Health para censar a los enfermos ingresados en hospitales psiquiátricos. Pronto se dieron cuenta que esta clasificación, válida para los enfermos hospitalizados, no lo era para todos. Además, se

tuvieron también en cuenta las nuevas ideas psicodinámicas lo que motivó que en 1934 se realizaran otras clasificaciones.

3. 4. El DSM y la CIE

Stengel (1959) analizó las clasificaciones psiquiátricas para la Organización Mundial de la Salud y demostró que adolecían de variabilidad e incompatibilidad. Las clasificaciones actuales, con excepción de las escuelas psicoanalíticas y conductistas, siguen los sistemas nosológicos de Kraepelin. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) establecida por la OMS, se viene utilizando desde 1900 y es revisada periódicamente cada diez años aproximadamente. En 1948, en la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-6), apareció el capítulo V dedicado a la primera clasificación internacional de trastornos mentales. Esta clasificación no tuvo mucho éxito en USA por lo que en 1951, el Public Health Service encargó a un grupo de expertos, con representación de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que desarrollase una alternativa de la CIE-6. El resultado fue el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I), publicado en 1952 por la APA. En este manual se utilizó frecuentemente el término "reacción" (ej. "reacción esquizofrénica") a factores psicológicos, sociales y biológicos y también se hacía referencia a los mecanismos de defensa lo que implicaba, por un lado, la orientación ambientalista de Adolf Meyer y, por otro, la aceptación de los conceptos psicoanalíticos.

Tratando de desarrollar un sistema de clasificación que fuese válido para todos los países miembros, el grupo de expertos de la OMS, con la colaboración del Public Health Service de Estados Unidos, realizó en 1966 la CIE-8 (efectiva en 1968). La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) hizo un nuevo manual (DSM-II) compatible con la CIE-8, pero definiendo los trastornos para su uso americano. Fue considerado un "salto gigante hacia el siglo XIX por su vuelta a la clasificación kraepeliana, a pesar del hecho de que la palabra enfermedad está limitada a ciertas categorías de las secciones del retraso mental y síndromes cerebrales orgánicos y aunque "enfermedad" sólo aparece en las condiciones maniaco-depresivas, en las que se adoptó para evitar el

término psicosis maníaco depresiva de la CIE. Los que lo defendieron fue en pro de una comunicación entre los psiquiatras internacionales y la investigación internacional. Se suprimió el término "reacción" utilizado en el DSM-I (Spitzer y Wilson, 1982: 932).

Desde 1968, el DSM es el manual oficial utilizado en los Estados Unidos. También se utiliza en Canadá, India, y algunos países de Hispanoamérica. En España, aunque el manual oficial es la CIE, como corresponde por ser un país miembro de la OMS, hay muchos psiquiatras que utilizan el DSM.

En los últimos diez años las clasificaciones (CIE-9, DSM-III y RDC) con glosarios y reglas para el diagnóstico y con criterios de exclusión e inclusión y definiciones operatorias de cada trastorno "han producido una falsa impresión optimista de progreso", porque aunque se ha mejorado la fiabilidad y concordancia de diagnósticos entre las distintas escuelas y países subsisten una serie de problemas de fondo, entre los que Ruiz Ogara (1988: 259) menciona los siguientes:

- 1º Las nosologías y criterios de diagnóstico (tipo DSM-III) se apoyan en un trasfondo conceptual que considera al trastorno psíquico como una anomalía biológica que se manifiesta a través de los síntomas en diversos cuadros clínicos que reflejan entidades distintas. (Esto no pasa de ser un deseo y un acuerdo no probado).
- 2º Aunque el diagnóstico es más fiable, no han aportado gran cosa a la validez del diagnóstico psiquiátrico. Se puede aplicar el modelo médico de enfermedad a una demencia senil pero no a personalidades anormales, neurosis o incluso las psicosis endógenas. En algunos casos se puede considerar el trastorno como el producto final de una serie de interacciones entre factores genéticos constitucionales, personales, ambientales, etc. Otro problema, muy unido al anterior, es que no basta con establecer criterios precisos de identificación y diferenciación de las formas patológicas según un modelo clínico. Un modelo clínico debe reflejar los factores etiopatogénicos y evolutivos que determinan los síntomas, proporcionando además información

útil para la comprensión y explicación del cuadro como para la terapéutica.

- 3º El diagnóstico psiquiátrico, según estos sistemas, (aunque pretenden ser empíricos están llenos de hipótesis subyacentes que no se reconocen) ni abordan, ni facilitan la comprensión del sentido y las motivaciones de las vivencias y conductas anormales que aparecen en los trastornos psíquicos, que es lo que pretende la perspectiva psicoanalítica.

El DSM-I y el DSM-II tenían una base fuertemente psicoanalítica, mientras que el DSM-III es ateórico y descriptivo. El DSM-III contiene muchas etiquetas diagnósticas que están clasificadas por amplias categorías como trastornos del pensamiento, trastornos de la infancia, niñez y adolescencia, factores psicológicos que afectan a condiciones físicas, etc.

La APA, en el DSM-III, reconoce no disponer de una definición satisfactoria que especifique los límites precisos del concepto de trastorno mental. Intenta describir la sintomatología clínica, signos y síntomas conductuales fácilmente identificables. En el DSM-III cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador.

"El DSM-III introdujo una serie de importantes innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas". "La CIE-9 no incluía criterios diagnósticos, ni un sistema multiaxial ya que su función primordial era establecer categorías con la finalidad de hacer más fácil la recogida de datos estadísticos referente a la salud pública. Por el contrario, el DSM-III se confeccionó con el objetivo adicional de proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores".

Los cinco ejes de la revisión del DSM-III (DSM-III-R, 1987) cubren las condiciones psicológicas, sociales y biológicas. Cada eje cubre un área específica y todos son importantes para llegar a un juicio comprensivo clínico. El Eje I y II cubren esencialmente los datos psicológicos. En el Eje I se codifican los síndromes clínicos y otras condiciones por las que el cliente acude a pedir ayuda y que no son atribuidas a un desorden mental. El Eje II codifica los desórdenes de la personalidad en los adultos y desórdenes del desarrollo en niños. El Eje-III refleja las condiciones físicas, el Eje-IV identifica el estrés psicosocial y el Eje-V cubre el funcionamiento global del cliente durante el último año a través del continuum salud/enfermedad, dentro de una escala de 0 a 100. El 0 representa al individuo más enfermo y 90-100 representa al individuo con un buen funcionamiento, que está bien. El DSM-III-R no tiene en cuenta los aspectos culturales lo que puede inducir a error en el diagnóstico.

Lo que es un hecho, es que los diagnósticos multiaxiales demuestran que la naturaleza de los desórdenes mentales es muy compleja y multifactorial. Existen un número de factores sociales y psicológicos que influye en la enfermedad y que están recogidos en estos ejes, lo que refleja que la apreciación de la competencia y conexión social de un individuo afectan a la duración y curso de la enfermedad mental. Cuanto más competente y educado es un individuo, más cerca está de aceptar el modelo dominante "científico" y cuando está enfermo tiende a comportarse de acuerdo con las expectativas sociales de como las personas enfermas se comportan. Estas personas están más dispuestas a recibir ayuda, a mostrar los típicos síntomas de la enfermedad mental, a buscar tratamiento ortodoxo y a responder al tratamiento de psicofármacos según las líneas anticipadas por los proveedores de salud (Marsella y White, 1984: 64).

La CIE-10, última revisión, ha sido el resultado de los innumerables trabajos de los 40 países miembros por llegar a una mayor precisión y fiabilidad de las categorías y diagnósticos. Ofrece numerosos cambios en relación con la CIE-9.

Para empezar, el capítulo 5(F) de la CIE-10 trata de los actualmente denominados "trastornos mentales, conductuales y de desarrollo". Las diferencias entre la CIE-9 y la CIE-10, además de la utilización del término "trastorno" que sustituye al de "enfermedad" refleja otros cambios importantes:

1. Abandona la diferencia entre neurosis y psicosis.
2. Los trastornos con temas o propiedades comunes se agrupan juntos. Ej. personalidad ciclotímica se coloca en trastornos afectivos.
3. Existen diferentes versiones del capítulo V que se desarrollan en paralelo según su destino (educación, clínica, etc.). Estos son:
 - a) Criterios diagnósticos de investigación;
 - b) Sistema multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos;
 - c) Breve glosario (destinado para ser utilizado por codificadores no profesionales y para poder hacer comparaciones con otras clasificaciones con fines administrativos y económicos).

"El término "trastorno" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales" (CIE-10, 1992: 25-26).

Se dice haber hecho un gran esfuerzo por utilizar una terminología precisa y el único vocablo empleado "que conserva la ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento" es el de "trastorno". De esta forma, sólo algunas de las personalidades con rasgos histéricos o paranoides alcanzan el grado de lo morboso. O lo que es igual, sólo algunas cumplen con determinados criterios diagnósticos. Cuando se cumple esto, se habla de trastornos histéricos o paranoides de la personalidad. "Por otro lado, no tienen el mismo grado patológico el

morboso Alzheimer, la neurastenia o la piromanía. Sin embargo, todos ellos son trastornos, con independencia, de que en su día se conozcan mejor los fundamentos biológicos, psicológicos o sociales que condicionan su etiopatogenia. Trastorno es la única palabra que tolera ambigüedad en la CIE-10" (CIE-10, 1992: 12).

"Cada trastorno se acompaña de la descripción de sus características clínicas principales, así como de las características secundarias que, aunque menos específicas, son sin embargo relevantes. A continuación aparecen unas "Pautas para el diagnóstico". En la mayoría de los casos indican el número y los síntomas específicos que suelen requerirse para un diagnóstico fiable". Cuando los requisitos exigidos en las pautas para el diagnóstico se cumplan de forma evidente el diagnóstico puede ser formulado como "seguro". Cuando no se satisfagan en su totalidad las pautas propuestas, el diagnóstico será "provisional" si se espera que aparezca más información o "probable" si la obtención posterior de dicha información es muy improbable.

"Las descripciones y pautas no presuponen implicaciones teóricas y tampoco pretenden abarcar la amplitud de los conocimientos actuales sobre los trastornos mentales y del comportamiento. Son únicamente un conjunto de síntomas y descripciones consensuadas por un gran número de asesores clínicos e investigadores de diferentes países, que sirven de base razonable para la definición de las diferentes categorías de la clasificación de los trastornos mentales" (CIE-10, 1992: 22-23).

Se ha suprimido la distinción tradicional entre neurosis y psicosis. Sin embargo, el término "neurótico" persiste para un uso ocasional en el encabezamiento de un grupo principal de trastornos. La palabra "psicótico" se mantiene como término descriptivo. El concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas".

Para evitar la confusión del término delirio, que incluía el delirio confusional y el delirio esquizofrénico y dificultaba distinguir entre delirium y delusión, se ha llegado al acuerdo de suprimir este término y emplear delirium (delirio confusional) e ideas delirantes (delirio esquizofrénico).

Se recomienda que siempre que sea posible se emplee la palabra persistente en lugar de crónico. Esto se hace por el matiz negativo de la cronicidad y "también por soslayar la tendencia o amenaza que existe en muchos países de excluir la patología crónica y residual del ámbito de la sanidad para pasarlos al de las prestaciones sociales", como sucede con el alcoholismo crónico, con las esquizofrenias residuales, con el retraso mental, con la demencia del anciano o con la propia del sida. "Con independencia del lugar donde reciben asistencia y de la entidad responsable de la misma, es cierto que la psiquiatría no puede cerrar los ojos a esta patología, por mucho que esté, hoy día, fuera del alcance de sus posibilidades terapéuticas" (CIE-10, 1992: 13). Los términos ansiedad y angustia se utilizan como sinónimos.

"Las propuestas de la CIE-10 son el producto de colaboración en el auténtico sentido de la palabra, de muchas personas y organismos de muchos países. Es de esperar que este esfuerzo será una ayuda poderosa para los que están implicados en la atención a los enfermos mentales y sus familias en todo el mundo". "Una clasificación no puede ser nunca perfecta, y siempre será posible introducir mejoras y simplificaciones posteriores, en la medida en que aumente nuestro conocimiento y la experiencia con la propia clasificación" (CIE-10, 1992: 17).

En este capítulo hemos tratado de los diagnósticos psiquiátricos que como hemos podido observar han evolucionado más hacia clasificaciones exhaustivas sin que se hayan encontrado las verdaderas causas de la enfermedad mental. Antes de terminar consideramos interesante exponer las categorías principales de la CIE que es la más utilizada por los psiquiatras del Centro donde se ha realizado la investigación, aunque ocasionalmente se encuentre algún diagnóstico siguiendo la clasificación del DSM. Hemos creído conveniente transcribir la última versión (CIE-10), de reciente

publicación, aunque cuando nosotros realizamos el trabajo la versión utilizada era la CIE-9.

En la presentación del manual CIE-10 se advierte: "Una clasificación es un guía para ver el mundo en un momento determinado. No hay duda de que el progreso científico y la experiencia del uso de estas pautas requerirá al cabo del tiempo su revisión y puesta al día. Espero que cada revisión sea el producto de una colaboración científica tan cordial y productiva como ha sido la que ha dado lugar al presente libro" (Sartorius, 1992: 10).

Lamentablemente, y a pesar del esfuerzo realizado por organismos como la OMS y la APA para conseguir una clasificación universal de los trastornos mentales, todavía hoy la misma enfermedad puede interpretarse de diferentes formas según las 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. En general, la investigación existente parece estar de acuerdo en que las psicosis mayores pueden ser vistas transculturalmente, aunque el brote y el curso de la enfermedad sean distintos, y que el grado de similitud en las concepciones de los trastornos mentales a través de las culturas aumentan con la gravedad del mismo. Pero aunque haya enfermedades psiquiátricas que se presenten con una frecuencia similar en todas las sociedades, existen ciertos síndromes característicos de una cultura específica. Hughes (1984: 227) menciona los siguientes:

AMOK, entre los hombres de Asia suboriental, consiste en un estado de confusión aguda que lleva al paciente a cometer un asesinato y en ocasiones al suicidio, incluso puede llegar a cometer los dos actos.

LATAH, entre las mujeres de Malasia es un estado de automatismo precipitado por la tensión.

KORO, entre los hombres chinos jóvenes, es un estado de pánico causado por las ideas delirantes de que les está desapareciendo el pene.

Psicosis de Windigo, entre los indios norteamericanos. El paciente cree que se ha convertido en un monstruo y, por lo tanto, se come a los demás miembros de la tribu.

El DSM-IV, además de los anteriores, describe otros varios de los que destacamos:

Bilis y cólera (también conocidos como muina). La cólera se contempla por algún grupo de latinos como una emoción muy poderosa que influye sobre el organismo y acentúa síntomas ya existentes. El efecto mayor de la cólera es una alteración en la homeostasis central del organismo (entendida como equilibrio entre las valencias calor y frío, y entre los aspectos material y espiritual del organismo). Los síntomas incluyen tensión nerviosa aguda, cefalea, temblor, alteraciones gástricas y, en los casos más graves, pérdida de conciencia. La fatiga crónica puede ser la consecuencia de un episodio agudo.

Atracción. Estado de trance en el que los individuos se "comunican" con parientes ya fallecidos o con espíritus. A veces, este estado se asocia con períodos breves de cambio de personalidad. Este síndrome dependiente de la cultura se observa en afroamericanos y euroamericanos del sur de Estados Unidos. La atracción no es considerada un cuadro clínico en la tradición popular, pero puede ser erróneamente etiquetada como episodio psicótico en el contexto clínico.

Boufée delirante. Se trata de un síndrome observado en el oeste de Africa y en Haití. Este término de origen francés se refiere a la aparición súbita de un comportamiento agitado y agresivo, confusión acusada y excitación psicomotriz. Puede acompañarse en algunas ocasiones de alucinaciones visuales y auditivas o ideación paranoide. Estos episodios pueden parecerse a una psicosis reactiva breve.

Dhat. Término diagnóstico popular utilizado en la India para referirse a aspectos graves de la ansiedad y la hipocondría relacionados con eyaculación, pigmentación blanca de la orina y sensaciones de debilidad y agotamiento.

Enfermedad de los espíritus. Se trata de una preocupación por la muerte o los muertos (algunas veces asociada al uso de magia), observada frecuentemente entre los miembros de algunas tribus indias americanas. Varios síntomas pueden ser atribuidos a la enfermedad de los espíritus: pesadillas, debilidad, sensación de peligro, falta de apetito, desmayos, mareos, miedo, ansiedad, alucinaciones, pérdida de conciencia, confusión, sentimientos de futilidad y sofocación.

Hwa-byung. Síndrome popular coreano traducido literalmente como "síndrome colérico" y atribuido a la inhibición de la cólera. Los síntomas incluyen insomnio, fatiga, crisis de angustia, miedo a la muerte, disforia, indigestión, anorexia, disnea, palpitaciones, algias generalizadas y sensación de masa en el epigastrio.

Mal de ojo. Concepto ampliamente extendido en las culturas mediterráneas y también en el mundo. El mal de ojo es una frase española traducida al inglés como evil eye. Los niños son una población en riesgo. Los síntomas incluyen insomnio transitorio, gritos sin causa aparente, diarrea, vómito y fiebre en la infancia o la niñez. Algunas veces los adultos (especialmente mujeres) sufren este trastorno.

Shin-byung. Categoría popular coreana con que se conoce un síndrome que se inicia con ansiedad y quejas somáticas (debilidad general, inestabilidad, miedo, anorexia, insomnio, problemas gastrointestinales), con disociación subsiguiente y posesión por espíritus ancestrales.

Zar. Término general aplicado en Etiopía, Somalia, Egipto, Sudán, Irán y otras sociedades del norte y medioeste africanas para determinar la experiencia de que los espíritus poseen a un individuo. Las personas poseídas por sus espíritus pueden experimentar episodios disociativos que incluyen gritos y susurros, estereotipias, golpes de la cabeza contra la pared, cantar o llorar. Los individuos pueden mostrar apatía y aislamiento, rechazar la comida y las actividades cotidianas o desarrollar una relación duradera con el espíritu que los posee. Este comportamiento no es considerado localmente patológico.

Rituales mágicos. Conjunto de interpretaciones culturales que relacionan la enfermedad con el uso de la magia o la influencia del diablo sobre otra persona. Los síntomas pueden incluir ansiedad generalizada y síntomas gastrointestinales (por ej, náusea, vómito y diarrea), debilidad, inestabilidad y miedo a ser envenenado y, en ocasiones, a ser asesinado ("muerte por voodoo"). Se pueden poner "raíces", "objetos mágicos", "palabras mágicas" o "conjuros" sobre otras personas, causándoles diferentes problemas emocionales y psicológicos. La persona "conjurada" puede tener miedo a morir hasta que el "objeto mágico" haya sido "retirado" (eliminado), normalmente a través del trabajo de un "chaman" (un curandero en esta tradición), al que puede llamarse para exorcizar a un enemigo. Los "rituales mágicos" se encuentran en el sur de Estados Unidos entre la poblaciones afroamericanas y euroamericanas y entre las sociedades caribeñas. También son conocidos como *el mal puesto a la brujería* en las sociedades latinas.

**CATEGORIAS PRINCIPALES
DE LA CIE-10**

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer

- F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.
- F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.
- F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.
- F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

F01 Demencia vascular

- F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.
- F01.1 Demencia multi-infarto.
- F01.2 Demencia vascular subcortical.
- F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.
- F01.8 Otras demencias vasculares.
- F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar

- F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.
- F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.
- F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.
- F02.4 Demencia en la infección por HIV.
- F02.8 Demencia en la enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F03 Demencia sin especificación

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

- F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.
- F05.1 Delirium superpuesto a demencia.
- F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.

F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.0 Alucinosis orgánica.

F06.1 Trastorno catatónico orgánico.

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.

F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.

F06.5 Trastorno disociativo orgánico.

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.

F07.1 Síndrome post-encefalítico.

F07.2 Síndrome post-conmocional.

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.

F10 Trastornos mentales y del comportamientos debidos al consumo de alcohol

- F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides**
 - F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides**
 - F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos**
 - F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína**
 - F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína)**
 - F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos**
 - F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco**
 - F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles**
 - F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas**
-
- F1x.0 Intoxicación aguda.
 - F1x.1 Consumo perjudicial.
 - F1x.2 Síndrome de dependencia
 - F1x.3 Síndrome de abstinencia
 - F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium.
 - F1x.5 Trastorno psicótico.
 - F1x.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.
 - F1x.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F1x.9 *Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.*

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F20 Esquizofrenia

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia residual.

F20.6 Esquizofrenia simple.

F20.8 *Otras esquizofrenias.*

F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

F21 Trastorno esquizotípico

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes

F22.0 Trastorno de ideas delirantes.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas

F25 Trastornos esquizoafectivos

F25.0 Trastornos esquizoafectivos de tipo maníaco.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.

F25-8 Otros trastornos esquizoafectivos.

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos

F29 Psicosis no orgánica sin especificación

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

F30 Episodio maníaco

F30.0 Hipomanía.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos.

F30.8 Otros episodios maníacos.

F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

F31 Trastorno bipolar

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.

F31.8 Otros trastornos bipolares.

F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

F32 Episodios depresivos

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

- F34.0 Ciclotimia
- F34.1 Distimia.
- F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

- F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.
- F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.
- F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F40-49 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

- F40.0 Agorafobia.
- F40.1 Fobias sociales.
- F40.2 Fobias específicas (aisladas)
- F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.
- F40.9 Trastornos de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad

- F41.0 Trastornos de pánico (ansiedad paroxística episódica).

- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo
- F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.
- F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.
- F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

- F42.0 Con predominio de pensamiento o rumiaciones obsesivas.
- F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
- F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
- F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

- F43.0 Reacción a estrés agudo.
- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
- F43.2 Trastorno de adaptación.
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave.
- F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.

F44 Trastornos disociativos (de conversión)

- F44.0 Amnesia disociativa.
- F44.1 Fuga disociativa.
- F44.2 Estupor disociativo.
- F44.3 Trastornos de trance y de posesión.
- F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.
- F44.5 Convulsiones disociativas.
- F44.6 Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas.
- F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.
- F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).
- F44.9 Trastornos disociativo (de conversión) sin especificación.

F45 Trastornos somatomorfos

- F45.0 Trastornos de somatización.
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- F45.2 Trastorno hipocondríaco.
- F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.

F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.

F45.8 Otros trastornos somatomorfos.

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

F48 Otros trastornos neuróticos.

F48.0 Neurastenia.

F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.

F48.9 Trastornos neuróticos sin especificación.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F50 Trastornos de la conducta alimentaria.

F50.0 Anorexia nervosa.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica.

F50.2 Bulimia nerviosa.

F50.3 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

F51 Trastornos no orgánicos del sueño

F51.0 Insomnio no orgánico.

F51.1 Hipersomnio no orgánico.

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.

F51.3 Sonambulismo.

F51.4 Terrores nocturnos.

F51.5 Pesadillas.

F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.

F51.9 Trastornos no orgánico del sueño de origen sin especificación.

F52 Disfunción sexual no orgánica

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.

F52.2 Fracaso de la respuesta genital.

- F52.3 Disfunción orgásmica.
- F52.4 Eyaculación precoz.
- F52.5 Vaginismo no orgánico.
- F52.6 Dispareunia no orgánica.
- F52.7 Impulso sexual excesivo.
- F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.
- F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.

- F53.0 Trastorno mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.
- F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.
- F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.
- F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.

F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia

F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

F60 Trastornos específicos de la personalidad

- F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.
- F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.
- F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.
- F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
- F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.
- F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.
- F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.
- F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.
- F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.

F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62.

F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.

F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.

F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.

F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos

F63.0 Ludopatía.

F63.1 Píromanía

F63.2 Cleptomanía.

F63.3 Tricotilomanía.

F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.9 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.

F64 Trastornos de la identidad sexual

F64.0 Transexualismo.

F64.1 Travestismo no fetichista.

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.

F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.

F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.

F65 Trastornos de la inclinación sexual

F65.0 Fetichismo.

F65.1 Travestismo fetichista.

F65.2 Exhibicionismo.

F65.3 Escoptofilia (voyeurismo).

F65.4 Paidofilia.

F65.5 Sadomasoquismo.

F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.

F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual,

F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.

F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.

F66.0 Trastorno de la maduración sexual.

F66.1 Orientación sexual egodistónica.

F66.2 Trastornos de la relación sexual.

F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.

F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación

F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.

F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).

F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.

F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación

F70-79 Retraso mental

F70 Retraso mental leve

F71 Retraso mental moderado

F72 Retraso mental grave

F73 Retraso mental profundo

F78 Otros retrasos mentales

F79 Retraso mental sin especificación

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).

F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar

F81.0 Trastorno específico de la lectura.

F81.1 Trastorno específico de la ortografía.

F81.2 Trastorno específico del cálculo.

F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor

F83 Trastorno específico del desarrollo mixto

F84 Trastornos generalizados del desarrollo

F84.0 Autismo infantil.

F84.1 Autismo atípico.

F84.2 Síndrome de Rett.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.

F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.

F84.5 Síndrome de Asperger.

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico

F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

F90 Trastornos hiperkinéticos

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.

F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.

F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.

F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.

F91 Trastornos disociales

F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.

- F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.
- F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.
- F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista.
- F91.8 Otros trastornos disociales.
- F91.9 Trastorno disocial sin especificación.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos

- F92.0 Trastorno disocial depresivo.
- F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.
- F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia

- F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.
- F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.
- F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.
- F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.
- F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia.
- F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

- F94.0 Mutismo selectivo.
- F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
- F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.
- F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.
- F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

F95 Trastornos de tics

- F95.0 Trastorno de tics transitorios.
- F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.
- F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).
- F95.8 Otros trastornos de tics.
- F95.9 Trastorno de tics sin especificación.

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

F98.0 Enuresis no orgánica.

F98.1 Encopresis no orgánica.

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.

F98.3 Pica en la infancia.

F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).

F98.6 Farfalleo.

F98.8 Otros trastornos de las emociones y el comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.

F89.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

F99 Trastorno mental sin especificación

CLASIFICACION DSM- IV **con los códigos CIE - 10**

Cuando aparece una *x* en un código diagnóstico significa que se requiere un número específico de código.

En los nombres de algunos trastornos se añaden paréntesis (...) para indicar que hay que incluir el nombre del trastorno mental específico o de la enfermedad médica, p. ej. FO.5. Delirium debido a (hipotiroidismo).

Si se cumplen todos los criterios se puede anotar uno de los siguientes especificadores de gravedad a continuación del diagnóstico:

Leve
Moderado
Grave

Si no se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores:

En remisión parcial
En remisión total
Historia anterior

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

RETRASO MENTAL

Nota: Se codifican en el Eje II.

F70.9	Retraso mental leve
F71.9	Retraso mental moderado
F72.9	Retraso mental grave
F73.9	Retraso mental profundo
F74.9	Retraso mental de gravedad no especificado

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

F81.0	Trastorno de la lectura
F81.2	Trastorno del cálculo
F81.8	Trastorno de la expresión escrita
F81.9	Trastorno del aprendizaje no especificado

TRASTORNO DE LAS HABILIDADES MOTORAS

F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación

TRASTORNOS DE LA COMUNICACION

F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo
F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
F80.0 Trastorno fonológico
F98.5 Tartamudeo
F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

F84.0 Trastorno autista
F84.2 Trastorno de Rett
F84.3 Trastorno desintegrativo infantil
F84.5 Trastorno de Asperger
F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

---- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
F90.0 Tipo combinado
F98.8 Tipo con predominio del déficit de atención
F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado
F91.8 Trastorno disocial
Especificar tipo: De inicio infantil/de inicio adolescente
F91.3 Trastorno negativista desafiante
F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado

TRASTORNOS DE LA INGESTION Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ

F98.3 Pica
F98.2 Trastorno de rumiación
F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

TRASTORNOS DE TICS

- F95.2 Trastorno de la Tourette
F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos
F95.0 Trastornos de tics transitorios
Especificar si: Episodio único/recidivante
F95.9 Trastorno de tics no especificado

TRASTORNOS DE LA ELIMINACION

- .--- Encopresis
R15 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
(codificar también K59.0 Estreñimiento en el Eje III)
F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
F98.0 Enuresis (no debida a una enfermedad médica)
Especificar tipo: Sólo nocturna/sólo diurna/nocturna y diurna

OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA

- F93.0 Trastorno de ansiedad por separación
Especificar si: De inicio temprano
F94.0 Mutismo selectivo
F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez
.1 Tipo inhibido
.2 Tipo desinhibido
F.98.4 Trastorno de movimientos estereotipados
Especificar si: Con comportamientos autolesivos
F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificada

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

DELIRIUM

- F05.0 Delirium debido a ... (Indicar enfermedad médica)
(en vez de código F05.1 si hay demencia superpuesta)
--- Delirium inducido por sustancias
(consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)
--- Delirium por abstinencia de sustancias

(consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)

Delirium debido a múltiples etiologías

(codificar cada etiología específica)

F05.9 Delirium no especificado

DEMENCIA

F00.XX Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano

(codificar también G30.0 Enfermedad de Alzheimer, de inicio temprano, en el Eje III)

.00 No complicada

.01 Con ideas delirantes

.13 Con estado de ánimo deprimido

Especificar si: con trastornos de comportamiento

F00.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío

(codificar también G30.1 Enfermedad de Alzheimer, de inicio tardío en el Eje III)

.10 No complicada

.11 Con ideas delirantes

.13 Con estado de ánimo deprimido

Especificar si: Con trastorno de comportamiento

F01.xx Demencia vascular

.80 No complicada

.81 Con ideas delirantes

.83 Con estado de ánimo deprimido

Especificar con trastorno de comportamiento

F02.4 Demencia debida a enfermedad por VIH

(codificar también B22.0 Encefalopatía por VIH en el Eje III)

F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal

(codificar también S06.9 Lesión cerebral en el Eje III)

F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson

(codificar también G20 enfermedad de Parkinson en el Eje III)

F02.2 Demencia debida a enfermedad de Huntington

(codificar también G10 Enfermedad de Huntington en el Eje III)

F02.0 Demencia debida a enfermedad de Pick

(codificar también G31 Enfermedad de Pick en el Eje III)

F02.1 Demencia debida a enfermedad de Crutzfeldt-Jakob en el Eje III

(codificar también A91.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en el Eje III)

- F02.8 Demencia debida a ...
(indicar enfermedad médica no enumerada antes) (codificar también la enfermedad médica en el Eje III)
- .-- Demencia persistente inducida por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)
- F02.8 Demencia debido a múltiples etiologías (en lugar de código F00.2)
Demencia mixta tipo Alzheimer y vascular)
- F03 Demencia no especificada

TRASTORNOS AMNESICOS

- F04 Trastorno amnésico debido a ...
(indicar enfermedad médica). Especificar si: Transitorio/crónico
- .-- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)
- R41.3 Trastorno amnésico no especificado

OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS

- F06.9 Trastorno cognoscitivo no especificado

Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados

- F06.1 Trastorno catatónico debido a ...
(indicar enfermedad médica)
- F07.0 Cambio de personalidad debido a ...
(indicar enfermedad médica)
Especificar tipo:
Lábil/desinhibido/agresivo/apático/paranoide/otros tipos/combinado/inespecífico
- F09 Trastorno mental no especificado debido a ...
(indicar enfermedad médica)

Trastornos relacionados con sustancias

Se pueden aplicar las siguientes especificaciones a la dependencia de sustancias:

Especificar si: con dependencia fisiológica/sin dependencia fisiológica

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

0 = Remisión total temprana/remisión parcial temprana

0 = Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida

1 = En entorno controlado

2 = En terapéutica con agonistas

4 = Leve/moderado/grave

Se aplican las siguientes especificaciones a los trastornos inducidos por sustancias

1De inicio durante la intoxicación/Ade inicio durante la abstinencia

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Trastornos por consumo de alcohol

F10.2x Dependencia del alcohol

F10.1 Abuso de alcohol

Trastornos inducidos por alcohol

F10.00 Intoxicación por alcohol

F10.3 Abstinencia de alcohol

Especificar si: Con alteraciones perceptivas

F10.03 Delirium por intoxicación por alcohol

F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol

F10.73 Demencia persistente inducida por alcohol

F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol

F10.xx Trastorno psicótico inducido por alcohol

.51 Con ideas delirantes

.52 Con alucinaciones

F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol

F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol

F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol

F10.8 Trastorno del sueño inducido por alcohol

F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINOGENOS

Trastornos por consumo de alucinógenos

F16.2x Dependencia de alucinógenos

F16.1 Abuso de alucinógenos

Trastornos inducidos por alucinógenos

- F16.00 Intoxicación por alucinógenos
- F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos
(*flashbacks*)
- F16.03 Delirium por intoxicación por alucinógenos
- F16.xx Trastorno psicótico inducido por alucinógenos
 - .51 Con ideas delirantes
 - .52 Con alucinaciones
- F16.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos
- F16.9 Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado

TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS (O SUSTANCIAS DE ACCION SIMILAR)

Trastornos por consumo de anfetamina

- F15.2x Dependencia de anfetamina
- F15.1 Abuso de anfetamina

Trastornos inducidos por anfetamina

- F15.00 Intoxicación por anfetamina
- F15.04 Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas
- F15.3 Abstinencia de anfetamina
- F15.03 Delirium por intoxicación por anfetamina
- F15.xx Trastorno psicótico inducido por anfetamina
 - .51 Con ideas delirantes
 - .52 Con alucinaciones
- F15.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina
- F15.8 Trastorno sexual inducido por anfetamina
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por anfetamina
- F15.9 Trastorno relacionado con anfetamina no especificado

TRASTORNOS RELACIONADOS CON CAFEINA

Trastornos inducidos por cafeína

- F15.00 Intoxicación por cafeína
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por cafeína

F15.9 Trastorno relacionado con cafeína no especificado

TRASTORNOS RELACIONADOS CON CANNABIS

Trastornos por consumo de Cannabis

F12.2x Dependencia de Cannabis

F12.1 Abuso de Cannabis

Trastornos inducidos por Cannabis

F12.00 Intoxicación por Cannabis

F12.04 Intoxicación por Cannabis, con alteraciones perceptivas

F12.03 Delirium por intoxicación por Cannabis

F12.xx Trastorno psicótico inducido por Cannabis

.51 Con ideas delirantes

.52 Con alucinaciones

F12.8 Trastorno de ansiedad inducido por Cannabis

F12.9 Trastorno relacionado con Cannabis no especificado

TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAÍNA

Trastornos por consumo de cocaína

F14.2x Dependencia de cocaína

F14.1 Abuso de cocaína

Trastornos inducidos por cocaína

F14.00 Intoxicación por cocaína

F14.01 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas

F14.3 Abstinencia de cocaína

F14.03 Delirium por intoxicación por cocaína

F14.xx Trastorno psicótico inducido por cocaína

.51 Con ideas delirantes

.52 Con alucinaciones

F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína

F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína

F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína

F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína

F14.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado

*

TRASTORNOS RELACIONADOS CON FENCICLIDINA (O SUSTANCIAS DE ACCION SIMILAR)

Trastornos por consumo de fenciclidina

- F19.2x Dependencia de fenciclidina
- F19.1 Abuso de fenciclidina

Trastornos inducidos por fenciclidina

- F19.00 Intoxicación por fenciclidina
- F19.04 Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas
- F19.03 Delirium por intoxicación por fenciclidina
- F19.xx Trastorno psicótico inducido por fenciclidina
 - .51 Con ideas delirantes
 - .52 Con alucinaciones
- F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina
- F19.9 Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado

TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES

Trastornos por consumo de inhalantes

- F18.2x Dependencia de inhalantes
- F18.1 Abuso de inhalantes

Trastornos inducidos por inhalantes

- F18.00 Intoxicación por inhalantes
- F18.03 Delirium por intoxicación por inhalantes
- F18.73 Demencia persistente inducida por inhalantes
- F18.xx Trastorno psicótico inducido por inhalantes
 - .51 Con ideas delirantes
 - .52 Con alucinaciones
- F18.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes
- F18.8 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes
- F18.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado

TRASTORNOS RELACIONADOS CON NICOTINA

Trastorno por consumo de nicotina

- F17.2x Dependencia de nicotina

Trastornos inducidos por nicotina

- F17.3 Abstinencia de nicotina
- F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado

TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIACEOS

Trastornos por consumo de opiáceos

- F11.2x Dependencia de opiáceos
- F11.1 Abuso de opiáceos

Trastornos inducidos por opiáceos

- F11.00 *Intoxicación por opiáceos*
- F11.04 Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas
- F11.3 Abstinencia de opiáceos
- F11.03 Delirium por intoxicación por opiáceos
- F11.xx Trastorno psicótico inducido por opiáceos
 - .51 Con ideas delirantes
 - .52 Con alucinaciones
- F11.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos
- F11.8 *Trastorno sexual inducido por opiáceos*
- F11.8 Trastorno del sueño inducido por opiáceos
- F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES, HIPNOTICOS O ANSIOLITICOS

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- F13.2x Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 - Especificar si: Con alteraciones perceptivas*
- F13.03 Delirium por intoxicación por sedantes hipnóticos o ansiolíticos
- F13.4 Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.73 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- F13.xx Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- .51 Con ideas delirantes
- .52 Con alucinaciones
- F13.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.8 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.8 Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.8 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.9 Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

TRASTORNO RELACIONADO CON VARIAS SUSTANCIAS

- F19.2x Dependencia de varias sustancias

TRASTORNOS RELACIONADOS CON OTRAS SUSTANCIAS (O DESCONOCIDAS)

Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas)

- F19.2x Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)
- F19.1 Abuso de otras sustancias (o desconocidas)

Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas)

- F19.00 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.04 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones
- F19.3 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas)
- Especificar si: Con alteraciones perceptivas
- F19.03 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- (codificar F19.4 si comienza durante la abstinencia)
- F19.73 Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.xx Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- .51 Con ideas delirantes
- .52 Con alucinaciones
- F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.8 Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.8 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas)

F19.9 Trastorno del sueño inducido con otras sustancias (o desconocidas) no especificado

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

F20.xx Esquizofrenia
.0x Tipo paranoide
.1x Tipo desorganizado
.2x Tipo catatónico
.3x Tipo indiferenciado
.5x Tipo residual

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

2 = Episódico con síntomas residuales interepisódicos
(especificar si: con síntomas negativos acusados)
3 = Episódico sin síntomas residuales interepisódicos
0 = Continuo (especificar si: Con síntomas negativos acusados)
4 = Episodio único en remisión parcial (especificar si: Con síntomas negativos acusados)
5 = Episodio único en remisión total
8 = Otro patrón o no especificado
9 = Menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de la fase activa inicial

F20.8 Trastorno esquizofreniforme
Especificar si: Sin síntomas de buen pronóstico/con síntomas de buen pronóstico

F25.x Trastorno esquizoafectivo
.0 Tipo bipolar
.1 Tipo depresivo

F22.00 Trastorno delirante
Especificar tipo: Erotománico/somático/mixto/no especificado

F23.xx Trastorno psicótico breve
.81 Con desencadenante(s) grave(s)
.80 Sin desencadenante(s) grave(s)

Especificar si: De inicio en el posparto

F24 Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*)

F06.x Trastorno psicótico debido a ...

(indicar enfermedad médica)

.2 Con ideas delirantes

.0 Con alucinaciones

---.--- Trastorno psicótico inducido por sustancias

(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

F29 Trastorno psicótico no especificado

Trastornos del estado de ánimo

Se aplicarán (para los episodios actuales o más recientes) a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones:

a) Gravedad/psicótico/especificadores en remisión) b) crónico/ c) con síntomas catatónicos/ d) con síntomas melancólicos/ e) con síntomas atípicos/ f) de inicio en el posparto

Se aplicarán a los trastornos el estado de ánimo las siguientes especificaciones:

g) Con o sin recuperación interepisódica total/ h) con patrón estacional/ i) con ciclos rápidos

TRASTORNOS DEPRESIVOS

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único a)b)c)d)e)f)g)h)

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante a)b)c)d)e)f)g)h)

Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:

0 = Leve

1 = Moderado

2 = Grave sin síntomas psicóticos

3 = Grave con síntomas psicóticos

Especificar: Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo/síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

4 = En remisión parcial

4 = En remisión total

9 = No especificado

F34.1 Trastorno distímico

Especificar si: De inicio temprano/de inicio tardío

Especificar: Con síntomas atípicos

F32.9 Trastorno depresivo no especificado

TRASTORNOS BIPOLARES

F30.x Trastorno bipolar I, episodio maníaco único a) c) f)
Especificar si: Mixto

Codificar el estado actual del episodio maníaco en el cuarto dígito:

1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos

2 = Grave con síntomas psicóticos

8 = En remisión parcial o total

F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco

Codificar el estado actual del episodio maníaco en el cuarto dígito:

1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos

2 = Grave con síntomas psicóticos

7 = En remisión parcial o total

F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto a) c) f) g) h)

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo a) b) c) d) e) f) g)
h) i)

Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:

3 = Leve o moderado

4 = Grave sin síntomas psicóticos

5 = Grave con síntomas psicóticos

7 = En remisión parcial o total

F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado g) h) i)

F31.8 Trastorno bipolar II a) b) c) d) e) f) g) h) i)

Especificar (episodio actual o más reciente): hipomaníaco/depresivo

F34.0 Trastorno ciclotímico

F31.9 Trastorno bipolar no especificado

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a ...

- (indicar enfermedad médica)*
- .32 Con síntomas depresivos
 - .32 Con síntomas de depresión mayor
 - .30 Con síntomas maníacos
 - .33 Con síntomas mixtos
 - Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)
Especificar tipo: Con síntomas depresivos/con síntomas maníacos/con síntomas mixtos
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia
 - F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado

Trastornos de ansiedad

- F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia
- F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia
- F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- F40.2 Fobia específica
Especificar tipo: Animal/ambiental/sangre-inyecciones-daño/situacional/otro tipo
- F40.1 Fobia social
Especificar si: Generalizada
- F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo
Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad
- F43.1 Trastorno por estrés postraumático
Especificar si: Agudo/crónico
Especificar si: de inicio demorado
- F43.0 Trastorno por estrés agudo
- F43.1 Trastorno de ansiedad generalizada
- F06.4 Trastorno de ansiedad debido a ...
(indicar enfermedad médica)
Especificar si: Con ansiedad generalizada/con crisis de angustia/con síntomas obsesivo-compulsivo
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)

Especificar si: Con ansiedad generalizada/con crisis de angustia/con síntomas obsesivos-compulsivos/con síntomas fóbicos

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado

Trastornos somatomorfos

F45.0 Trastorno de somatización

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

F44.x Trastorno de conversión

.4 Con síntomas o déficit motores

.5 Con crisis o convulsiones

.6 Con síntomas o déficit sensoriales

.7 Con presentación mixta

F45.4 Trastorno por dolor

Especificar tipo: Asociado a factores psicológicos/asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica

Especificar si: Agudo/crónico

F45.2 Hipocondría

Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad

F45.2 Trastorno dismórfico corporal

F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado

Trastornos facticios

F68.1 Trastorno facticio

Especificar tipo: Con predominio de signos y síntomas psicológicos/con predominio de signos y síntomas somáticos/con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos

F68.1 Trastorno facticio no especificado

Trastornos disociativos

F44.0 Amnesia disociativa

F44.1 Fuga disociativa

F44.81 Trastorno de identidad disociativo

- F48.1 Trastorno de despersonalización
- F44.9 Trastorno disociativo no especificado

Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Se aplicarán los siguientes especificadores a todos los trastornos sexuales primarios:

*Especificar tipo: De toda la vida/adquirido/general/situacional/
debido a factores psicológicos/debido a factores combinados*

Trastornos del deseo sexual

- F52.0 Deseo sexual hipoactivo
- F52.10 Trastorno por aversión al sexo

Trastorno de la excitación sexual

- F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer
- F52.2 Trastorno de la erección en el varón

Trastornos orgásmicos

- F52.3 Trastorno orgásmico femenino
- F52.3 Trastorno orgásmico masculino
- F52.4 Eyaculación precoz

Trastornos sexuales por dolor

- F52.6 Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)
- F52.5 Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica

- N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a
(indicar enfermedad médica)
- N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a ...
(indicar enfermedad médica)
- N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a ...
(indicar enfermedad médica)
- N94.1 Dispareunia femenina debida a ...
(indicar enfermedad médica)
- N50.8 Dispareunia masculina debida a ...

- (indicar enfermedad médica)
- N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debido a ...
(indicar enfermedad médica)
- N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a ...
(indicar enfermedad médica)
- Trastorno sexual inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los
códigos específicos de cada una de ellas.
- Especificar si: Con alteración el deseo/con alteración de la excitación/con
alteración del orgasmo/con dolor sexual
- Especificar si: De inicio durante la intoxicación
- F52.9 Trastorno sexual no especificado

PARAFILIAS

- F65.2 Exhibicionismo
- F65.0 Fetichismo
- F65.8 Frotteurismo
- F65.4 Pedofilia
- Especificar si: Con atracción sexual por los varones/con atracción sexual por las
mujeres/con atracción sexual por ambos sexos*
- Especificar si: Limitada al incesto*
- Especificar tipo: exclusiva/no exclusiva*
- F65.5 Masoquismo sexual
- F65.5 Sadismo sexual
- F65.1 Fetichismo travestista
- Especificar si: Con disforia sexual*
- F65.3 Voyeurismo
- F65.9 Parafilia no especificada

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

- F64.x Trastorno de la identidad sexual
- .2 En la niñez
- .0 En la adolescencia o en la vida adulta
- Especificar si: Con atracción sexual por los varones/con atracción sexual por
ambos/sin atracción sexual por ninguno*

- F64.9 Trastorno de la identidad sexual no especificado
 F52.9 Trastorno sexual no especificado

Trastornos de la conducta alimentaria

- F50.0 Anorexia nerviosa
Especificar si: Restictivo/compulsivo/purgante
 F50.2 Bulimia nerviosa
Especificar si: Purgativo/no purgativo
 F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificada

Trastornos del sueño

TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SUEÑO

Disomnias

- F51.0 Insomnio primario
 F51.1 Hipersomnia primaria
Especificar si: Recidivante
 G47.4 Narcolepsia
 G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración
 F51.2 Trastorno del ritmo circadiano
Especificar tipo: Sueño retrasado/ jet lag/cambios de turno de trabajo/no especificado
 F51.9 Disomnia no especificada

Parasomnias

- F51.9 Pesadillas
 F51.4 Terrores nocturnos
 F51.3 Sonambulismo
 F51.8 Parasomnia no especificada

TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON OTRO TRASTORNO MENTAL

- F51.0 Insomnio relacionado con ...
(indicar trastorno del Eje I o del Eje II)
 F51.1 Hipersomnia relacionada con ...

(indicar trastorno del Eje I o del Eje II)

OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO

- G47.x Trastorno del sueño debido a ...
(indicar enfermedad médica)
- .0 Tipo insomnio
 - .1 Tipo hipersomnias
 - .8 Tipo parasomnias
 - .8 Tipo mixto
- Trastorno del sueño inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos
específicos de cada una de ellas)
Especificar tipo: Insomnio/hipersomnias/ parasomnias/mixto
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en
otros apartados

- F63.8 Trastorno explosivo intermitente
- F63.2 Cleptomanía
- F63.1 Piromanía
- F63.0 Juego patológico
- F63.3 Tricotilomanía
- F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado

Trastornos adaptativos

- F43.xx Trastorno adaptativo
 - .20 Con estado de ánimo depresivo
 - .28 Con ansiedad
 - .22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
 - .24 Con trastorno de comportamiento
 - .25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
 - .9 No especificado
- Especificar si: Agudo/crónico*

Trastornos de la personalidad

Nota: *Se codifican en el Eje II.*

F60.0	Trastorno paranoide de la personalidad
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad
F21	Trastorno esquizotípico de la personalidad
F60.2	Trastorno antisocial de la personalidad
F60.31	Trastorno límite de la personalidad
F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad
F60.8	Trastorno narcisista de la personalidad
F60.6	Trastorno de la personalidad por evitación
F60.7	Trastorno de la personalidad por dependencia
F60.5	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
F60.9	Trastorno de la personalidad no especificado

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

FACTORES PSICOLOGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FISICO

F54	<i>... (Especificar el factor psicológico) que afecta a ...</i> <i>(indicar enfermedad médica)</i> <i>Elegir según la naturaleza de los factores</i> Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica
-----	--

TRASTORNOS MOTORES INDUCIDOS POR MEDICAMENTOS

G21.0	Parkinsonismo inducido por neurolépticos
G21.0	Síndrome neuroléptico maligno
G24.0	Distonía aguda inducida por neurolépticos
G21.1	Acatisia aguda inducida por neurolépticos
G24.0	Discinesia tardía inducida por neurolépticos

- G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos
- G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado

TRASTORNOS INDUCIDOS POR OTROS MEDICAMENTOS

- T88.7 Efectos adversos de los medicamentos no especificados

PROBLEMAS DE RELACION

- Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica
- Z63.8 Problemas paterno-filiales
(código Z63.1 si el objeto de atención es el niño)
- Z63.0 Problemas conyugales
- F93.3 Problema e relación entre hermanos
- Z63.9 Problema de relación no especificado

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO O LA NEGLIGENCIA

- T74.1 Abuso físico del niño
- T74.2 Abuso sexual del niño
- T74.0 Negligencia de la infancia
- T74.1 Abuso físico del adulto
- T74.2 Abuso sexual del adulto

PROBLEMAS ADICIONALES QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCION CLINICA

- Z91.1 Incumplimiento terapéutico
- Z76.5 Simulación
- Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto
- Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia
- R41.8 Capacidad intelectual límite
- R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad
- Z63.4 Duelo
- Z55.8 Problema académico
- Z56.7 Problema laboral
- F93.8 Problema de identidad

Z71.8	Problema religioso o espiritual
Z60.3	Problema de aculturación
Z60.0	Problema biográfico

Códigos adicionales

F99	Trastorno mental no especificado (no psicótico)
Z03.2	Sin diagnóstico o estado en el Eje I
R69	Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I
Z03.2	Sin diagnóstico en el Eje II
R46.8	Diagnóstico aplazado en el Eje II

INSTRUMENTOS DE EVALUACION DIAGNOSTICA

Los instrumentos y criterios utilizados en la práctica psiquiátrica dependen de las distintas concepciones y escuelas psiquiátricas y son tan diversos que desbordan el propósito de nuestro trabajo por lo que, obviamente, en este capítulo sólo vamos a hacer hincapié, principalmente, en aquellos más utilizados por los profesionales del Centro que hemos estudiado.

Es evidente que los tipos de enfermos psíquicos más representativos se extienden a todas las culturas y sociedades. Para Alonso Fernández tienen la "común nota de constituir una realidad morbosa natural" y reúnen tres características:

- 1ª. "Su silueta es una realidad vigente en la clínica humana, y permanece totalmente ajena a los mitos y las leyendas.
- 2ª. La notación mórbida de estos trastornos se debe a que implican la pretensión, por lo menos, de uno de los tres datos definitorios de lo psíquico morboso o patológico:*
 - a) La reducción o la pérdida de la libertad del sujeto frente a sí mismo, por cuya razón se ha definido a la psiquiatría como la patología de la libertad;
 - b) La aparición de estructuras psíquicas nuevas, cualitativamente distintas de las que se desarrollan entre los

* Patológico viene de "pathos = sufrimiento". En otra acepción más amplia que la anterior, "patológico" es sinónimo de morboso o enfermo.

sujetos sanos, por ejemplo, la vivencia impuesta entre los esquizofrénicos;

c) El desgarramiento parcial o total de la continuidad de sentido biográfico, con el consiguiente despliegue de rasgos que no tienen sentido - rasgos psicológicamente incomprensibles - a la luz de la propia biografía.

- 3ª. Se trata de un género patológico consustancial con la naturaleza humana, y no, como hoy algunos autores pretenden, de un artefacto cultural producto de la manipulación social. Lo que resulta evidente es que los factores socioculturales actúan aumentando o disminuyendo la morbilidad psiquiátrica" (Alonso Fernández, 1978: 21).

A lo largo de la historia de la psiquiatría han surgido diversos criterios en torno al origen de la enfermedad mental: El criterio localizador y anatomopatológico consideraba los trastornos en base a su localización orgánica. El criterio etiopatogénico según la causa inmediata del proceso morboso (trastornos psicógenos, somatógenos y endógenos). El criterio descriptivo dio lugar a la construcción de síndromes y cuadros clínicos. El criterio patocrónico dividía las enfermedades en crónicas y agudas según el curso de la enfermedad. Existen otros criterios no vinculados al modelo médico-clínico sino al estrictamente psicopatológico como los psicodinámicos y fenomenológicos (reacciones vivenciales, desarrollo de la personalidad, etc.).

4. 1. El diagnóstico psicopatológico.

El término diagnóstico proviene de "día" que significa a través de y "gnosis" que significa conocimiento. Para Guimón, el diagnóstico psiquiátrico, como el diagnóstico médico, es un proceso por el que se intenta verificar científicamente la hipótesis de que determinadas manifestaciones clínicas observadas en un paciente pertenecen a una clase o dimensión de una determinada clasificación. Los propósitos del diagnóstico intentan: diferenciar el cuadro observado de otros cuadros; darle una denominación que permita una comunicación fiable dentro de la profesión médica; establecer pronósticos respecto a su evolución, ya sea

espontánea o con tratamiento; medir los cambios que se producen en esa evolución y estudiar su etiología. La concepción biologista debería informar sobre la etiología, patogenia, terapéutica y el pronóstico de la enfermedad pero, "desafortunadamente, es bien sabido que, en psiquiatría, una etiqueta diagnóstica suele tan sólo informar acerca de un síntoma o de un conjunto de síntomas, más o menos correlacionados, que se presentan en un paciente" (Guimón, 1988: 3). Para este autor, aunque algunas clasificaciones modernas hacen intervenir criterios etiológicos hipotéticos (CIE 9), la mayoría de las clasificaciones reconocen que sólo logran, en general, agrupar síntomas o síndromes.

La dificultad de los diagnósticos de la enfermedad mental, o trastornos mentales como los denomina la CIE 10, está relacionada con la orientación médica, psiquiátrica o social que se le quiera dar, con los distintos agentes etiológicos y su frecuente multicausalidad y la intrasubjetividad o intersubjetividad de los síntomas psíquicos.

"A lo largo de los tres últimos siglos, los psiquiatras han intentado diagnosticar y clasificar las enfermedades mentales, siguiendo el modelo etiológico propuesto por la medicina, aunque en ocasiones, afirmando guiarse por criterios descriptivos o evolutivos. Las actuales clasificaciones, aunque se proclaman ateóricas y desarrollan importantes esfuerzos en pos de un eclecticismo, no han podido escapar a esa tendencia que comporta el riesgo de alentar a sus usuarios hacia un cierto reduccionismo biologista. Sin embargo, es de hacer notar que los sesgos en el proceso diagnóstico dependen, en realidad, más de la orientación teórica del psiquiatra y de determinadas características de la personalidad que de los instrumentos diagnósticos en sí mismos. En última instancia, pues, el problema del diagnóstico es una cuestión de educación psiquiátrica" (Guimón, 1988: 7).

Serigó Segarra afirma que "los criterios para definir lo que es un trastorno mental, basados precisamente en la sintomatología, tienen de endeble que el paciente al enfermar refleja, en cierto sentido, la cultura en que está inmerso, sus síntomas son variables, dependientes, en parte, del trasfondo cultural, de ahí el interés actual de los estudios de psiquiatría transcultural entroncados con el concepto de personalidad

básica, puestos de relieve por Kardiner y Linton". "El diagnóstico psiquiátrico debiera tener dos partes:

1. un análisis fenomenológico (motivaciones), y
2. un estudio independiente, hasta cierto grado, de la etiología.

Lo difícil, en este tipo de diagnóstico, es pasar de los síntomas, a través de los síndromes, a un cuadro clínico definido, pensando que la etiología va implicada en el diagnóstico del cuadro clínico. En Psiquiatría, el concepto de multicausalidad es enormemente importante y por eso sólo se puede llegar a una "comprensión" del caso, no a una explicación (analítica) del mismo. Eso es, probablemente el "fallo" de la doctrina freudiana, del "determinismo psíquico", doctrina con un trasfondo científico natural, casi físico (la búsqueda del trauma psíquico)" (Serigó Segarra, 1972: 2634). Todas estas razones explican la base endeble de muchos estudios epidemiológicos psiquiátricos, ya que los criterios de validez y fiabilidad orientan sobre un terreno extraordinariamente movedizo.

4. 1. 1. El diagnóstico dimensional.

En psicopatología se diferencia el diagnóstico categorial del diagnóstico dimensional, en cuanto a que son dos formas de conceptualizar los trastornos mentales. El diagnóstico dimensional se basa en dimensiones o atributos cuantitativos. Las dimensiones-atributos que miden la disfunción del trastorno mental se evalúan en una escala que va desde el mínimo o poco frecuente al máximo. La ausencia del atributo-dimensión cuantitativamente se evalúa como cero. Estas escalas de evaluación intentan reducir los síntomas a dimensiones, pero no todos los fenómenos psicopatológicos se pueden reducir a parámetros cuantitativos o dimensiones. El diagnóstico dimensional, aunque tenía algunas ventajas (sus componentes son universales, aportan una estructura para detectar las semejanzas, etc.) en realidad resultó ser muy complejo y, por lo tanto, poco práctico.

4. 1. 2. El diagnóstico categorial

El diagnóstico categorial está basado en categorías entendidas como conjuntos de rasgos que en psicopatología son, sobre todo, síntomas. Los rasgos son atributos cualitativos que un estímulo posee o no posee en absoluto. No tienen el carácter continuo de las dimensiones, sino que son propiedades de todo-o-nada. Es más operativo que el diagnóstico dimensional. El diagnóstico categorial se ha enfocado desde dos perspectivas: el enfoque nosológico y el enfoque prototípico.

4. 1. 2. 1. El enfoque nosológico

El enfoque nosológico de los trastornos mentales los asimila a la noción clásica de enfermedad y se remite históricamente al concepto de especie morbosa o unidad nosológica (Kraepelin). "Admite distintos tipos de enfermos mentales y cultiva el diagnóstico en cuanto juicio clínico comentado que implica un pronóstico y una orientación terapéutica" (Alonso Fernández, 1978: 22).

"El enfoque nosológico se basa en una epistemología objetivista que considera los trastornos mentales como entidades naturales bien diferenciadas, que podemos diferenciar y objetivar a través de nuestras categorías diagnósticas". Se definen los trastornos mentales en base a elementos específicos (etiológicos, lesionales, funcionales). Este enfoque tuvo muchas oposiciones ya que "De hecho, no se logró reducir los trastornos mentales a especies morbosas: no se consiguió objetivar aquellos elementos específicos transclínicos - etiológicos, lesionales, funcionales - que debían permitir definir con precisión las diferentes categorías de trastorno mental" (Echevarría Pérez, 1995: 368). El enfoque nosológico trataba de describir con la mayor precisión posible los trastornos para después buscar su "especificidad anatómica o etiopatogénica. Al no encontrar esta correlación el proyecto fue todo un fracaso.

Para Rubio Sánchez y Conde López, el diagnóstico nosológico partiendo de su fidelidad al positivismo daría lugar al siguiente

planteamiento: cuando se expresa un diagnóstico concreto se debe aspirar a que guarde una relación perfecta de designación con la enfermedad que es un concepto, y ambos, enfermedad y diagnóstico, de referencia con el problema que se da en la realidad biopsicopersonal y social que es el enfermo, que es observada y de la que se recogen los datos empíricos que serán el punto de partida de la construcción judicial científica. Cuando lo que se pretende es el diagnóstico dinámico de la realidad mencionada sólo interesa lo psíquico o lo psicológico con algunas ramificaciones en lo personal y en lo social y delimitado según la personal aceptación por parte del observador de una doctrina psicodinámica determinada. El diagnóstico, la enfermedad diagnosticada y el problema en y del enfermo pertenecen a tres planos o niveles distintos y de diferente ubicación en el tiempo y espacio reales y virtuales:

- El diagnóstico pertenece al plano lingüístico y una vez expresado en la comunicación es común al paciente y al médico.
- La enfermedad pertenece al plano conceptual y al médico por condensarse en él la nosología y la patología como conjuntos del saber (concepto, proposiciones y teorías).
- El problema designado pertenece al nivel físico del enfermo (entendido como complejo de cosas, hechos, propiedades, conexiones, etc.) (Rubio Sánchez y Conde López, 1988: 263).

En la actualidad, no se ha llegado todavía a descubrir una etiología o una lesión que justifique la enfermedad mental y aunque los trastornos mentales sean competencia de la medicina, para Echevarría Pérez, los datos de que se disponen "nos dicen que si bien se puede hablar de participación de un tipo de neurotransmisores en una función o en un trastorno, ninguna función o trastorno dependen de un único sistema de neurotransmisión. Actualmente sabemos que el efecto terapéutico de los psicofármacos no sólo depende de su efecto sobre un único sistema de neurotransmisión, actuamos también sobre los demás; que existen diferentes receptores para cada uno de los neurotransmisores implicados; que no existen psicofármacos específicamente efectivos para un tipo de trastorno. La cantidad de variables - y la complejidad de sus interrelaciones es tan grande como la diversidad de casos clínicos. Por tanto, hoy por hoy, los datos que nos ofrece la investigación biológica no

se pueden poner en relación con la clínica sino como indicadores inespecíficos de gravedad o como predictores de respuesta a los psicofármacos" (Echevarría Pérez, 1995: 371).

4. 1. 2. 2. El enfoque prototípico.

El enfoque prototípico concibe los trastornos mentales como prototipos e históricamente se remite a E. Kretschmer y, en última instancia, a los tipos ideales de Max Weber (Echevarría Pérez, 1995: 164-165). Debido a las discontinuidades de los diversos trastornos mentales, sólo pocos casos se corresponderán completamente con el prototipo, que representa el ejemplar más representativo entre el conjunto. En palabras de Echevarría Pérez "al definir una categoría de trastorno mental a partir de una serie de rasgos, describimos una correlación especialmente útil desde el punto de vista cognitivo e instrumental, pero no cualitativamente más frecuente o más real. Es en este sentido que podríamos decir que las categorías de trastorno mental pueden considerarse como representaciones ideales de formas de enfermar que raramente encontramos en toda su pureza en la clínica, pero que nos sirven para diferenciar mejor y manejarnos mejor con dicha realidad clínica".

4. 1. 3. El diagnóstico dinámico.

El diagnóstico nosopatológico se describe para después explicar, por el contrario, el diagnóstico dinámico se interpreta, sin dar tanta importancia a la descripción, y no sólo se procura alcanzar el conocimiento de lo biopsíquico sino que se tiene en cuenta lo personal y tras la interpretación se llega a la comprensión.

La dinámica del diagnóstico se sitúa en el encuentro seguido de la relación médico-enfermo que se da entre dos personas muy diferentes. Cada miembro tiene diversas expectativas, conscientes e inconscientes, y un determinado papel que para cada psiquiatra es el mismo, con posibilidad de variación lenta, pero diferente en los distintos

enfermos que ve, a lo que puede añadirse, cuando la relación se da en el hospital general, el conjunto de consecuencias (verdaderas variables intervinientes) que se derivan de la burocratización e instrumentalización.

El juicio diagnóstico es una función del yo, por lo que la dinámica del diagnóstico está condicionada por el grado de equilibrio del yo del psiquiatra, en el que por convenir en este momento, Hartmann (1969) distingue cuatro dimensiones:

- equilibrio entre individuo y ambiente (importancia del marco de relación)
- equilibrio entre los impulsos
- equilibrio entre las instancias de la personalidad y
- equilibrio dentro del propio yo, entre sus funciones, de una manera especial, entre la función sintética y el resto (cit. por Rubio Sánchez y Conde López, 1988: 266).

El diagnóstico dinámico es el conocimiento de los aspectos psicodinámicos de la realidad del paciente. Se sigue un criterio de lo dinámico de la enfermedad, enfermo y de la relación médico-enfermo que se relacionan con aspectos diferentes de la realidad (la realidad conceptual, la realidad física en un momento de su evolución y la realidad social). El observador intenta conocer:

1. El equilibrio entre las funciones psíquicas conscientes y los factores inconscientes de la personalidad orientados hacia el conocimiento de la personalidad total, sus conflictos y sus posibilidades de adaptación
2. lo peculiar de sus relaciones objetales
3. el desarrollo de las funciones del yo y grado de vulnerabilidad yoica
4. el tipo caracterial
5. la frecuencia y cualidad de las conductas regresivas
6. los tipos y la frecuencia de los mecanismos de defensa del yo contra la angustia
7. las defensas frente a la enfermedad y al médico.

"En términos psicodinámicos, las alucinaciones y los delirios se han interpretado como la expresión de deseos reprimidos o pulsiones internas liberadas tras el derrumbe de los controles del ego".

Los estados paranoides en los ancianos son el resultado de un resurgimiento de "impulsos hostiles primitivos contra el mundo" y las psicosis seniles constituyen una segunda infancia (Berrios, 1988: 158).

En conclusión, y teniendo en cuenta las limitaciones de los distintos tipos de diagnóstico, para muchos autores la respuesta parece estar clara; la unidad de análisis fundamental en psicopatología, no debe ser el síntoma, ni el trastorno. La unidad de análisis debe ser el enfermo en cuanto persona. En la actividad diagnóstica hay que individualizar y generalizar inevitable y simultáneamente. "Clasificar significa buscar lo unitario en lo múltiple, lo genérico en lo individual" . "La función del diagnóstico categorial no se reduce a la descripción de los fenómenos psicopatológicos. Las categorías del trastorno mental - los sistemas de clasificación - son instrumentos de evaluación: instrumentos que nos permiten controlar (predecir la evolución, la respuesta al tratamiento) y comprender - evaluar - la realidad clínica".

".. en su intento de homogeneizar los elementos pertenecientes a una misma categoría, en su intento de homogeneizar los fenómenos clínicos y los mecanismos etiopatogénicos, el enfoque nosológico evita la consideración de las variables individuales y personales. Como se ha dicho en múltiples ocasiones, al adquirir un estatuto científico la enfermedad se deshumaniza, se separa cada vez más de la vivencia de la persona que la padece. Se despersonaliza".

"El reto está en superar esta despersonalización. Cada enfermo y cada trastorno son estrictamente únicos. Y no sólo eso: sujetos a cambios continuos. Si somos consecuentes con el postulado de que es la persona - y no el trastorno mental - la unidad natural y fundamental en psicopatología, deberemos plantearnos estrategias más holistas y globalizadoras que vayan más allá del diagnóstico como clasificación y del diagnóstico dimensional. Será necesario un diagnóstico personal

irreductible al diagnóstico categorial y al diagnóstico dimensional, por muy útiles que puedan ser estos últimos" (Echevarría Pérez, 1995: 373-74).

4. 2. Signos y síntomas típicos de los trastornos mentales.

El concepto de síntoma se utiliza en medicina, de forma restrictiva para referirse a lo que percibe el enfermo subjetivamente y que manifiesta en la consulta en relación con su enfermedad. Por el contrario, los signos son las manifestaciones objetivas percibidas por el explorador. Al conjunto de síntomas y signos característicos de una determinada enfermedad se le conoce con el nombre de síndrome. Aunque los síntomas son las manifestaciones de los enfermos y los signos lo que percibe el observador no siempre es tan estricto y hay síntomas detectados por el médico y signos observados por el enfermo y su familia.

En psiquiatría los signos y síntomas no son suficientes para poder determinar el diagnóstico, que necesita para su confirmación del curso de la enfermedad. Un determinado síndrome puede estar causado por diversas enfermedades por lo que para tratarlo se necesita conocer la enfermedad causal. Por ello se dice que es importante pasar del diagnóstico sindrómico al diagnóstico nosológico.

A través de los síntomas el psiquiatra puede establecer una hipótesis diagnóstica. Aunque el síntoma no le da la pista de la causa que origina el trastorno mental, le puede orientar, por lo menos, hacia su sectorización. Se distinguen tres círculos concéntricos de síntomas:

- Los más externos: síntomas sociales, de conducta. (Trastornos sociales o sociopáticos).
- Cuando el trastorno afecta sintomáticamente al propio cuerpo del enfermo (enfermedad psicósomática).
- Círculo más interno. Síntomas mentales, la objetividad de los cuales sólo se aprecia adecuadamente en la subjetividad de quien lo sufre

El síntoma no siempre es constante, ni se manifiesta de la misma forma ya que depende de las circunstancias. Debido a ello, el conocimiento de la enfermedad basado en la sintomatología da una visión incompleta del trastorno mental. El trastorno mental es un hecho parcial, pero hace falta comprenderlo dentro de la totalidad de la persona.

En los trastornos psíquicos, al no conocer la causa, se procede a un tratamiento de la sintomatología que suele en muchos casos aminorarla aunque con muchos efectos secundarios, en ocasiones graves, sin llegar a curar la enfermedad, salvo que remita de forma espontánea.

Para Castilla del Pino el diagnóstico psicopatológico, el que se usa en la clínica psiquiátrica, "se basa en las presuntas modificaciones de la conducta, no en las de las meras actividades organísmicas". El proceso psicótico, cuando aparece, se traduce siempre en síntomas de conducta y no estrictamente biológicos. "Los síntomas biológicos son modificaciones de las actividades del organismo; los síntomas psicológicos son modificaciones de la conducta del sujeto, esto es, de la relación que el sujeto establece con los objetos (entre ellos, él mismo)" (Castilla del Pino, 1988: 38). La tarea fundamental del diagnóstico psiquiátrico será delimitar cuando un determinado síntoma es normal o anormal y, en este último caso, si es de una cualidad neurótica o psicótica.

El signo clínico es "todo dato espontáneo o provocado que muestra al médico la existencia de una lesión determinada o un trastorno funcional en el paciente" (Laín Entralgo, 1950). El médico, por medio del signo clínico, no diagnostica una enfermedad sino sólo la lesión anatómica o funcional en el paciente que observa y será, posteriormente, cuando dispone de toda la información de la historia clínica cuando deductivamente elabora el diagnóstico de la enfermedad. De forma contraria a lo anterior, el psiquiatra valora los síntomas y signos y diagnostica directamente la enfermedad misma (Guimón, 1988: 2).

Se han seguido distintos modelos para estudiar la enfermedad mental:

- Modelo médico. Modelo que ha marcado la pauta en la concepción de la enfermedad mental, igualándose a la enfermedad somática. Se investigan los síntomas, la etiología para establecer un tratamiento, sin olvidar la idiosincrasia de cada enfermo. Lo importante es un buen diagnóstico, el descubrimiento del agente causal y la aplicación de la terapéutica específica.

En la enfermedad mental, la causa no es un agente biológico único, sino la pérdida de la organización adecuada en la compleja estructura humana, personal, social y ello requiere no sólo un trabajo de diagnóstico unitario sino hacerse cargo de cada uno de los elementos que precisan ayuda (personales, sociales, etc.). El modelo médico es importante (tratamiento psicofarmacológico) pero insuficiente.

- Modelo psicodinámico. El trastorno mental se establece bajo una perspectiva "interna" que se puede traducir de muchas maneras (corporalmente, socialmente, etc.) La conducta está determinada por elementos mentales internos y por los conflictos que producen.
- Modelo conductual. Tiene en cuenta la conducta externa sin prestar atención al contenido semántico (interno) de la conducta.
- Modelos estadístico y factorial. Se fundamentan en las matemáticas y no en la biología. Es un buen instrumento de trabajo para determinar el trastorno mental, que tiene que apoyarse en otros criterios (biológicos, sociológicos, psicológicos).

A mediados de los 70 comenzó la revolución biológica de la psiquiatría a través de los métodos diagnósticos basados en pruebas de laboratorio, estudios electroencefalográficos y estudios radiológicos.

Se investigó la bioquímica del cerebro y el papel de los neurotransmisores y el intercambio de los mensajes nerviosos (sinapsis).

Las sinapsis pueden ser eléctricas o químicas. Hay tres grupos de transmisores.

- Aminas (dopamina, serotonina).
- Ácidos aminados (inhibidores como el GABA y los excitadores como el glutamato y el aspartato).
- Neuropeptidos (peptidos opioides y no opioides).

A continuación transcribimos los signos y síntomas que Linn (1982: 920-922) menciona como típicos de los trastornos mentales:

I. **Conciencia:** Estado de alerta.

Apercepción: Percepción modificada por las propias emociones y los propios pensamientos.

Sensorio: Estado de funcionamiento de los sentidos especiales.

A. Trastornos de la conciencia.

1. Confusión: Trastorno en la orientación en el tiempo, espacial y personal.
2. Obnubilación de la conciencia: Clarividencia incompleta con trastorno de la percepción y en las actitudes.
3. Estupor: Falta de reacción y de atención al ambiente.
4. Delirium: Reacción confusa, inquieta, desorientada, acompañada de temor y alucinaciones.
5. Coma: Grado profundo de inconsciencia.
6. Coma vigil: Coma en el que los ojos permanecen abiertos.
7. Estado de ensueño (crepuscular): Conciencia perturbada por alucinaciones.

B. Trastornos de la atención: Cantidad de esfuerzo ejercido para centrarse en ciertas porciones de una experiencia.

1. Distracción: Incapacidad para concentrar la atención.
2. Inatención selectiva: Bloqueo de las cosas que generan ansiedad.

C. Trastornos en la sugestionabilidad: Respuesta acrítica y de sumisión a una idea o influencia.

1. Folie à deux (o folie à trois): Enfermedad emocional compartida entre dos (o tres) personas.
3. Hipnosis: Modificaciones de la conciencia inducidas artificialmente.

II. Afecto: Tono emocional que se mantiene.

A. Trastornos del afecto.

1. Afecto inadecuado: Disarmonía del afecto y la ideación.
2. Afectos agradables
 - a) Euforia: Sensación aumentada de bienestar psicológico inapropiado a los acontecimientos aparentes.
 - b) Júbilo: Aire de confianza y alegría acompañado de actividad motora aumentada
 - c) Exaltación: Júbilo intenso con sentimientos de grandeza
 - d) Extasis: Sensación de raptó intenso
3. Afectos desagradables.
 - a) Depresión: Sentimiento de tristeza psicopatológico
 - b) Duelo o pena: Tristeza adecuada a una pérdida real
4. Otros afectos
 - a) Ansiedad: Sentimiento de miedo debido a conflictos inconscientes
 - b) Miedo: Ansiedad debida a un peligro real y conscientemente percibido
 - c) Agitación: ansiedad asociada con grave movimiento continuo
 - d) Tensión con actividad psicológica y motora aumentada que es desagradable
 - e) Pánico: Crisis de ansiedad aguda e intensa, acompañada de desorganización de la personalidad
 - f) Ansiedad flotante: Temor no ligado a ninguna idea, que se difunde
 - g) Apatía: Tono emocional embotado, acompañado de desapego o indiferencia
 - h) Ambivalencia: Coexistencia de dos impulsos opuestos hacia la misma cosa en la misma persona y al mismo tiempo
 - i) Despersonalización: Sensación de irrealidad con respecto a uno mismo y al propio ambiente

- j) Desrealización: Distorsión de las relaciones espaciales, de tal forma que el ambiente se vuelve desconocido
- k) Agresión: Acción violenta dirigida a un objetivo, que puede ser verbal o física, y que es la contrapartida motora de la contrapartida del afecto de rabia, cólera u hostilidad
- h) Cambio en el humor: Oscilaciones entre períodos de euforia y depresión o ansiedad.

III. Conducta motora (conación): Capacidad para iniciar una acción o una descarga motora que concierne a los esfuerzos básicos de un individuo, expresados a través de su conducta.

A. Trastornos de la conación

1. Ecolalia: Repetición psicopatológica de una persona de las palabras de otra persona
2. Ecopraxia: Imitación patológica de una persona de los movimientos de otra persona
3. Cerea flexibilitas (flexibilidad cerea): Estado en el que el paciente mantiene la posición corporal en la que se le ha colocado
4. Catalepsia: Estado de inconsciencia en la que se mantiene constantemente una posición inmóvil
5. Automatismo por orden: Ejecución automática de sugerencias
6. Automatismo: Ejecución automática de actos representativos de la actividad simbólica inconsciente
7. Cataplexia: Pérdida temporal del tono muscular y debilidad provocadas por diversos estados emocionales
8. Estereotipia: Repetición continua de actividades verbales o físicas
9. Negativismo: Oposición frecuente a las sugerencias
10. Manierismos: Movimientos involuntarios estereotipados
11. Verbigeración: Repeticiones verbales absurdas
12. Hiperactividad
 - a) Hiperactividad (hipercinesia): Actividad motora durante el sueño
 - b) Tic: Movimientos motores espasmódicos repetitivos

c) Andar dormido (sonambulismo): Actividad motora durante el sueño

d) Compulsión: Impulso incontrolable a realizar un acto repetidamente

i) Dipsomanía: Compulsión a beber alcohol

ii) Egomanía: Preocupación patológica por uno mismo

iii) Erotomanía: preocupación patológica por el sexo

iv) Cleptomanía: Compulsión a robar

v) Megalomanía: Sensación patológica de poder

vi) Monomanía: Preocupación por un solo tema

vii) Ninfomanía: Necesidad excesiva del coito en la mujer

viii) Satiriasis: Necesidad excesiva del coito en el varón

ix) Tricotilomanía: Compulsión a arrancarse el cabello

x) Ritual: Actividad automática naturaleza compulsiva de origen emocional

13. Hipoactividad: Actividad disminuida o retraso, como en el retraso psicomotor; retardo del funcionamiento físico y psicológico

14. Mímica: Actividad de movimiento imitativo y simple en la infancia

IV. Pensamiento: Flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigidos a un fin, iniciado por un problema o una tarea que conduzca a una conclusión orientada en la realidad: cuando tiene lugar una secuencia lógica, el pensamiento es normal

A. Trastornos en la forma del pensamiento

1. Dereísmo: Actividad mental que no concuerda con la lógica o la experiencia

2. Pensamiento autista: Pensamiento que satisface deseos irrealizados, pero que no considera la realidad; término utilizado, en cierta forma, como sinónimo de dereísmo

B. Trastornos en la estructura de las asociaciones

1. Neologismos: Palabras nuevas creadas por el paciente por razones psicológicas
2. Ensalada de palabras: Mezcla incoherente de palabras y frases
3. Circunstancialidad: Disgresión de pensamientos inadecuados en procesos ideacionales, pero eventualmente el paciente consigue ir desde un punto deseado al objetivo deseado
4. Tangencialidad: Incapacidad para hacer asociaciones de pensamientos dirigidas a un fin; el paciente nunca consigue ir desde un punto deseado al objetivo deseado
5. Incoherencia: Fluir conjunto de pensamientos sin una conexión lógica, que da como resultado la desorganización
6. Perseveración: Repetición psicopatológica de la misma palabra o idea en respuesta a preguntas diferentes
7. Condensación: Fusión de varios conceptos en uno solo
8. Respuesta irrelevante: Respuesta que no está en armonía con la pregunta formulada

C. Trastornos en la rapidez de las asociaciones

1. Fuga de ideas: Verbalizaciones rápidas de tal forma que hay un paso de una idea a otra
2. Asociaciones sonoras: Palabras similares en el sonido, pero no en el significado que provocan nuevos pensamientos
3. Bloqueo: Interrupción del curso del pensamiento, de origen inconsciente
4. Fuerza del habla: Dificultad para interrumpir el habla voluble
5. Volubilidad (logorrea): Habla copiosa, coherente y lógica

D. Trastornos del tipo de asociaciones

1. Afasia motora: Trastorno del habla debido a un trastorno cerebral orgánico en el cual permanece la comprensión, pero se ha perdido la capacidad para hablar
2. Afasia sensorial: Pérdida de la capacidad para comprender el significado de las palabras o el uso de objetos

3. Afasia nominal: Dificultad para encontrar el nombre correcto de un objeto
4. Afasia sintáctica: Incapacidad para ordenar las palabras en una secuencia adecuada

E. Trastornos del contenido del pensamiento

1. Ilusión: Convicción falsa, inconsistente con la inteligencia y el bagaje cultural del paciente, que no se puede corregir con razonamientos
 - a) Delirio de grandeza: Concepción exagerada de la importancia de uno
 - b) Delirio de persecución: Convicción falsa de ser perseguido; a menudo se encuentra en pacientes litigantes
 - c) Delirio de referencia: Convicción falsa de que la conducta de los demás va referida a uno mismo; derivado de las ideas de referencia en las que el paciente cree erróneamente que los demás hablan de él
 - d) Delirio autoacusatorio: Sentimiento falso de remordimiento
 - e) Delirio de control: Falsa sensación de estar controlado por los demás
 - f) Delirio de infidelidad: Falsa convicción, que deriva de los celos patológicos, de que el amante le es infiel
 - g) Delirios paranoicos: Susplicacia excesiva que lleva a delirios de persecución.
2. Tendencia o preocupación del pensamiento: Centrar el contenido del pensamiento en una idea en particular, acompañado de un fuerte tono afectivo
3. Hipocondría: Preocupación excesiva por la propia salud, sin estar basada en una patología orgánica real
4. Obsesión: Persistencia patológica de un pensamiento, una sensación o un impulso irresistibles que no puede eliminarse de la conciencia por medio de un esfuerzo lógico
5. Fobia: Miedo exagerado e invariablemente patológico a algún tipo específico de estímulo o situación
 - a) Acrofobia: Temor a los lugares altos
 - b) Agorafobia: Temor a los lugares abiertos

- c) Algofobia: Temor al dolor
- d) Claustrofobia: Temor a los lugares cerrados
- e) Xenofobia: Temor a los extranjeros
- f) Zoofobia: Temor a los animales

V. **Percepción:** Conciencia de los objetos y de las relaciones que proceden de la estimulación de los órganos sensoriales periféricos.

A. Trastornos asociados con una enfermedad cerebral orgánica, como la agnosia, es decir, una incapacidad para reconocer e interpretar el significado de las impresiones sensoriales

B. Trastornos asociados con la histeria: Enfermedades caracterizadas por un conflicto emocional, la utilización del mecanismo de defensa de la conversión y el desarrollo de síntomas físicos que implican a los músculos voluntarios o a órganos sensoriales específicos:

- 1.- Anestesia histérica: Pérdida de las modalidades sensoriales, que resulta de conflictos emocionales
- 2.- Macropsia: Estado en el que los objetos parecen mayores de lo que son
- 3.- Micropsia: Estado en el que los objetos se ven más pequeños de lo que son

C. Alucinaciones: Falsas percepciones sensoriales que no están asociadas con estímulos externos reales

- 1.- Alucinación hipnagógica: Percepción sensorial falsa que ocurre en el período entre el dormirse y el estar despierto
- 2.- Alucinación auditiva: Falsa percepción auditiva
- 3.- Alucinación visual: Falsa percepción visual
- 4.- Alucinación olfativa: Percepciones de olores falsas
- 5.- Alucinación gustativa: Falsa percepción del sabor, por ejemplo, el sabor desagradable debido a una crisis uncinada
- 6.- Alucinación háptica táctil: Falsa percepción del tacto, como la sensación de gusanos bajo la piel

7.- Alucinación cinestésica: Falsa percepción de movimiento o sensación, como la de un miembro amputado (miembro fantasma)

8.- Alucinación liliputiense: Percepción de los objetos como si tuvieran un tamaño menor

D. Ilusiones: Falsas percepciones sensoriales de estímulos sensoriales externos reales

VI. Memoria: Función por la cual la información almacenada en el cerebro puede ser recordada conscientemente

A. Trastornos de la memoria

1.- Amnesia: Incapacidad total o parcial para recordar experiencias pasadas

2.- Paramnesia: Falsificación de la memoria por medio de la distorsión del recuerdo

a) Fausse reconnaissance: Reconocer erróneamente

b) Falsificación retrospectiva: Memoria de un recuerdo verdadero al cual el paciente añade detalles falsos

c) Confabulación: Rellenar inconscientemente las lagunas de la memoria con experiencias imaginadas o irreales que el paciente se cree pero que no tienen ninguna base de hecho

d) Déjà vu: Ilusión de un reconocimiento visual en la que se considera erróneamente una situación nueva como una repetición de un recuerdo previo

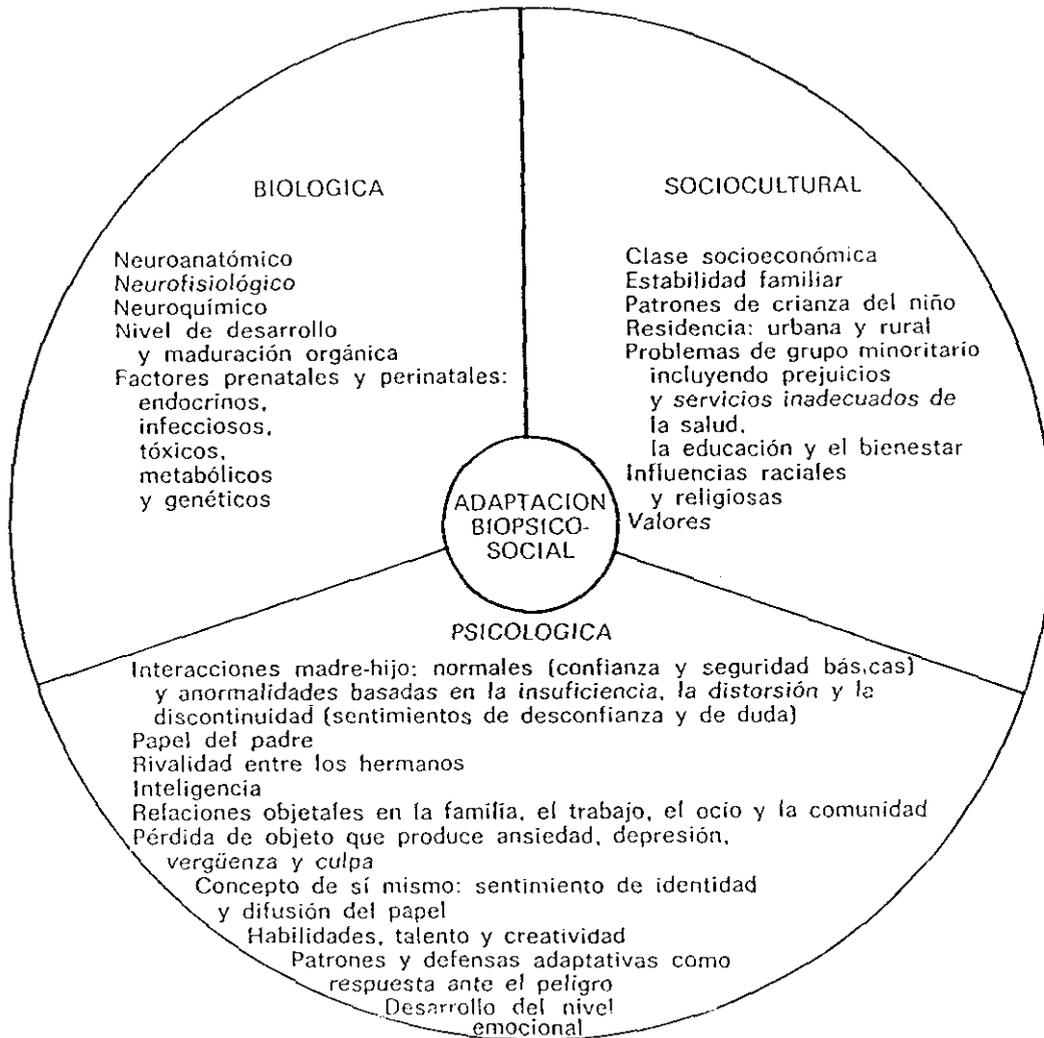
e) Déjà entendu: Ilusión de reconocimiento auditivo

f) Jamais vu: Falsa sensación de extrañeza en una situación real que uno ha vivido

3. Hipermnesia: Grado exagerado de retención y recuerdo

VII. Inteligencia: Capacidad para comprender, recordar, movilizar e integrar de forma constructiva el aprendizaje anterior al enfrentarse con nuevas situaciones

DIAGNOSTICO Y PSIQUIATRIA:
SINTOMAS DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS



Fuerzas biológicas, socioculturales y psicológicas. Todas estas fuerzas interactúan y afectan la salud de la persona. (Modificado de Richmond, G.B. y Lustman, S.L.: J. Med. Educ, 29:23.1954)

- A. Retraso mental: Falta de inteligencia, por causa orgánica, hasta el grado de interferir en el rendimiento social y vocacional: leve (CI de 50 a 70); moderado (CI de 35 a 49); grave (CI de 20 a 34) o profundo (CI por debajo de 20); son términos que van cayendo en desuso el de idiota (edad mental de menos de 3 años), el de imbécil (edad mental de 3 a 7 años) y el de tonto (edad mental de 8 años o más)
- B. Demencia: Pérdida orgánica del funcionamiento mental

En la página 216 se puede observar un gráfico de los síntomas de los trastornos psiquiátricos (fuerzas biológicas, socioculturales y psicológicas) de Richmond y Lustman (1954). Todas estas fuerzas interactúan y afectan a la salud de la persona.

4.3. El D.S.M., la C.I.E. y otros instrumentos.

Desde comienzos de la década de 1960, el programa de Salud Mental de la OMS ha trabajado en un proyecto para mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales. Los miembros de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en la que participan representantes de distintas disciplinas y de varias escuelas del pensamiento psiquiátrico de todas partes del mundo, realizan investigaciones sobre criterios de clasificación y sobre fiabilidad diagnóstica utilizando los siguientes instrumentos:

- Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI).
- Escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN).
- Examen Internacional de Trastornos de Personalidad (IPDE).

El resultado es un conjunto de normas e instrumentos de evaluación con el fin de obtener datos para el diagnóstico como confrontación entre las concepciones de expertos de países miembros.

En 1972, Feighner reconoció 15 cuadros clínicos y siguió unos criterios de carácter mixto: descripción clínica, evolución del cuadro y, a

veces, la historia familiar. El RDC (1975) aumenta a 25 el número de categorías diagnósticas e incluye cuadros complejos tales como los trastornos de la personalidad y los estados esquizofrénicos. A partir de la década de los setenta creció aun más el interés en todo el mundo por mejorar la clasificación psiquiátrica.

El DSM y la CIE reúnen una amplia gama de criterios, no obstante, están sujetos a la subjetividad del observador. En opinión de los técnicos no es extraño, pues, que el D.S.M. I (Manual Diagnóstico y Estadístico, 1952) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) encontrase una mínima fiabilidad y que se pensase que el modelo médico sólo se podía aplicar a la enfermedad mental si había un consenso descriptivo, a lo que según parece se está muy lejos de llegar, a pesar de las modificaciones y mejoras de ambos manuales.

Para Berrios "los orígenes de este desacuerdo básico identifican al menos tres fuentes posibles de variación:

- a) la inestabilidad óptica del observador
- b) la falta de estabilidad en el objeto que se ha de describir, ya que la forma y el patrón de síntomas parece variar en el tiempo
- c) la existencia de oscilaciones sintomatológicas en el momento mismo del examen, y
- d) discrepancias en los criterios que se utilizan para decidir si el síntoma está presente o no.

Respecto al apartado a), las fluctuaciones en la óptica del observador se consideran debidas a la calidad del entrenamiento psiquiátrico, a su estado de ánimo, a las diferencias de personalidad, al efecto del "halo", etc.

En el apartado b), la variación de la sintomatología a lo largo del tiempo puede afectar al diagnóstico psiquiátrico como fácilmente se aprecia en psicogeriatría.

El DSM-III fue, por lo menos en sus inicios, considerado un instrumento clínico más que de investigación. La APA aprobó su realización en 1974 y no fue publicado hasta 1980. El DSM-III utiliza un sistema de criterios para definir las categorías diagnósticas y un sistema

multiaxial de clasificación. "Los criterios diagnósticos se basan en juicios clínicos, no suficientemente validados, a partir de correlatos importantes como el curso clínico, los efectos ambientales, la historia familiar y las respuestas al tratamiento". Fue el primer manual que contenía un glosario descriptivo de las categorías diagnósticas. Una de las críticas que se le hacen es no tener en cuenta las diferencias culturales en la manifestación de los desórdenes mentales.

"El objetivo del DSM-III-R (DSM-III Revisado) es el de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas para que los clínicos e investigadores puedan diagnosticar, comunicar, estudiar y tratar los distintos trastornos mentales" (1987). Cada caso se valora de acuerdo con varios "ejes", cada uno de los cuales hace referencia a distintas clases de información. El DSM-III-R tiene 5 ejes:

- Eje I. Síndromes clínicos y códigos
- II. Trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad
- III. Trastornos y estados somáticos
- IV. Intensidad del estrés psicosocial
- V. Evaluación global del sujeto.

Se valora a cada persona en cada uno de los ejes. Los tres primeros constituyen la valoración diagnóstica oficial. Los ejes IV y V proporcionan información suplementaria del diagnóstico oficial que puede ser útil para decidir tratamiento y predecir la evolución.

Los Ejes I y II incluyen la clasificación completa de los trastornos mentales y, además, códigos V (Estados no atribuibles a trastornos mentales que merecen atención o tratamiento).

Los trastornos del Eje II aparecen generalmente en la niñez o la adolescencia y persisten hasta la vida adulta. Estos rasgos, salvo alguna excepción, no son característicos de los trastornos del Eje I. Puede haber más de un diagnóstico. El diagnóstico principal es aquel que refleja el estado que dio lugar al examen clínico o a la admisión hospitalaria.

El Eje III permite indicar cualquier estado o trastorno somático, potencialmente importante para la comprensión o el

tratamiento del caso. En algunos casos pueden tener valor etiológico (ej. demencias).

El Eje IV codifica la intensidad global de un estímulo o conjunto de estímulos que provoquen estrés psicosocial, que se haya presentado en el año anterior a la evaluación actual y que puedan haber contribuido a:

- 1) desarrollo de un nuevo trastorno mental
- 2) recurrencia de un trastorno mental ya existente
- 3) la exacerbación de un trastorno mental ya existente (ej. divorcio durante un episodio depresivo mayor)

Se consideran tipos de estrés psicosocial: conyugal, paternidad, relaciones interpersonales, laboral, situaciones ambientales, económico, legal, desarrollo (pubertad, adolescencia, adulto, menopausia), lesión o enfermedad somática, factores familiares, otros desastres.

Eje V. Permite al clínico hacer constar su juicio sobre la actividad psicológica, social o laboral del sujeto. Se mide con la escala GAS (Global Assessment Scale).

El PSE (del Reino Unido) intenta medir el "estado mental actual". La séptima versión es importante históricamente porque fue utilizada en el proyecto U.K./USA entre 1969 y 1972 y también en la fase preliminar del Estudio Piloto Internacional de la Esquizofrenia (OMS, 1973). Parece ser que el PSE es un buen instrumento para diagnosticar la esquizofrenia, dudoso para el diagnóstico de los trastornos afectivos y malo para identificar la neurosis. El PSE incluye un sistema diagnóstico y una estrategia de entrevista (datos biológicos, datos psicológicos y datos sociales; área somática, área psicológica y área social).

Las características comunes del D.S.M. III y PSE son las siguientes:

- a) Hacen un diagnóstico descriptivo más que etiológico
- b) Requieren un número de síntomas presentes
- c) Requieren una distribución representativa de los mismos

- d) Requieren una intensidad mínima del síntoma
- e) Requieren que se descarte organicidad
- f) Requieren en ciertos casos, límites de edad o duración del síntoma o evolución paralela de ciertos síntomas.

El FEI (Formato de Evaluación Inicial) tiene su origen en el "Comprehensive Psychiatric Assessment Schedule" desarrollado por J.E. Mezzich (1977) en el Western Psychiatric Institute and Clinic de la Universidad de Pittsburgh. Sus características son:

1. Sigue un procedimiento estandarizado, es decir, tiende a recoger el mismo tipo de información de todos los examinados y es flexible con respecto a los entrevistadores en cuanto les permite libertad de expresión y secuencia de los items.
2. Aconseja una actitud fenomenológica en el sentido de "estar" con el paciente, aptitud empática y sensible para recoger las experiencias psicopatológicas, de acuerdo con Jaspers (1963) quien hacía hincapié en el conocimiento profundo del núcleo interno de los pacientes para descubrir la psicopatología de los enfermos.
3. No sólo tiene en cuenta los aspectos sintomatológicos de la entidad clínica sino también la historia familiar, historia personal y social, funcionamiento adaptativo, etc. factores importantes para el diagnóstico y el tratamiento

El FEI consta de:

1. Un inventario de síntomas de 64 items más 22 síntomas suplementarios para niños y adolescentes. Se evalúa el pasado, el episodio actual y su comportamiento durante la entrevista. Cada síntoma se califica según frecuencia e intensidad como ausente, leve, moderado y grave.
2. Historia familiar (registro de trastornos mentales o físicos de los familiares).
3. Sumario diagnóstico - formulación multiaxial que cubre los 5 ejes del D.S.M. III más un eje sobre el funcionamiento actual. Estos 6 ejes tipológicos son:

- I. Síndromes clínicos
- II. Trastornos de personalidad y específicos del desarrollo
- III. Trastorno físicos
- IV. Estresantes psicosociales.
- V. Nivel de funcionamiento adaptativo.
- VI. Funcionamiento actual.

El CIE-10 representa la expresión actual de un cierto consenso internacional, ya que se realizaron estudios de campo en unos cuarenta países, "lo que constituye el esfuerzo investigador más amplio jamás realizado para mejorar el diagnóstico en psiquiatría" (CIE-10, 1994: 9). Las definiciones se basan predominantemente en métodos descriptivos, pero en algunas categorías se aplican también criterios etiológicos o pronósticos. Es una clasificación estadística ya que está sujeta a las estadísticas nacionales e internacionales de morbilidad y mortalidad. Se pretende que sea un instrumento de investigación, educación y comunicación internacional. Pero en palabras de Sartorius: "A pesar de las promesas, tan manifiestas en los años 60, la investigación, en las dos últimas décadas, no ha conseguido aportar pruebas que contribuyeran a crear conceptos y entidades de enfermedad en psiquiatría" y continúa "los numerosos hallazgos de las ciencias neurológicas, basados en sofisticados aparatos, acerca del funcionamiento del cerebro, no han conseguido ningún avance significativo acerca de la relación entre el cerebro y la mente" (Sartorius, 1988: 10).

Hoy existen distintas posturas de ver la enfermedad mental:

- a) Los que consideran la enfermedad psiquiátrica similar a la enfermedad de la medicina general. (Causas, síntomas, curso y pronóstico específico).
- b) Los que consideran que los problemas psiquiátricos son respuestas no específicas a determinadas causas por lo que no son adecuados para un sistema de clasificación de enfermedades.
- c) Los partidarios de una postura intermedia. Consideran la clasificación razonable pero con un gran número de afecciones que tienen características de más de una clase. Existiendo discontinuidad entre las diversas clases.

Durante los años 80 se produce el reconocimiento de las limitaciones culturales, observándose:

- a) Una diferencia entre los modos en que se conceptualiza y usa el tiempo en la descripción de los fenómenos.
- b) Diferencia entre las culturas (tolerancia hacia los conflictos y contradicciones no resueltas)
- c) Desgana en aceptar clasificaciones basadas en la dicotomía "mente-cuerpo", inherentes a algunos de los sistemas surgidos en el siglo XIX.

Los programas de clasificación multiaxial, aunque han aportado mucho, siguen, sin embargo, sin dar respuestas importantes (Sartorius, 1988: 10). Para Barcia y Pozo (1988), el DSM-III y la CIE-9 "Adolecen del defecto de intentar ser ateóricos y puramente descriptivos". Estos autores hablan de la inconsistencia de las nosologías actuales y de lo inadecuado del procedimiento diagnóstico en la clínica psiquiátrica frente a la clínica médica.

"Los psiquiatras clínicos continúan considerando el diagnóstico como una cuestión privada sobre los hallazgos de una valoración y siguen considerando las clasificaciones como una molestia burocrática constantemente modificadas por los frívolos caprichos de los psiquiatras académicos" (Sartorius, 1988: 12). El modelo jerárquico implica la ordenación de las enfermedades mentales de arriba a abajo: trastornos orgánicos, esquizofrenia, enfermedad maniaco depresiva y neurosis.

Para Strömngren, (1988: 169) etiológicamente, los trastornos mentales pueden ser fisiogénicos, psicogénicos o criptogénicos (y las posibles combinaciones de los tres). Schneider utilizó el término "psicosis" solamente para aquellos trastornos de probable etiología orgánica.

La psicosis psicógena - basada en una constitución predisponente - es provocada por causas mentales ("traumas mentales") de modo tal que estos determinan el momento inicial de la psicosis, sus

fluctuaciones (remisión, episodios intermedios, exacerbaciones) y, muy a menudo, también su cese. Se considera importante la predisposición pero no indispensable. El trauma mental, por el contrario, si lo es.

Se considera que en la producción y formación de las psicosis concurren diversos factores que se relacionan entre sí:

- patogénicos (específicos agentes causantes del trastorno),
- predisponentes (facilitan el terreno para la actuación),
- provocadores (precipitantes de los anteriores) y
- protoplásticos (tienen que ver con la formación de los síntomas).

Las llamadas psicosis constitucionales en Noruega pasan a ser denominadas en Dinamarca psicosis psicogénicas. Es una secuela de la vieja teoría francesa de la degeneración, en la que se suponía que ciertos individuos poseen una constitución en términos degenerativos, tan vulnerable que pueden desarrollar psicosis, con otra causa evidente o sin ella. La escuela francesa las llamaría "bouffée délirantes". No consideran afortunada la denominación de "psicosis reactiva" ya que la reacción puede ser a consecuencia de agentes físicos o mentales. La psiquiatría anglosajona no la admitió hasta hace poco. En USA no se empleó el término ya que todas las psicosis eran consideradas "psicogénicas". El interés ha ido en aumento durante la última década. Los psiquiatras defienden el concepto de psicosis psicogénicas por múltiples razones (Strömngren, 1988: 169):

- 1) La diferencia de estas psicosis con respecto a las psicosis mayores (esquizofrenias y trastornos maniaco-depresivos)
2. Diferencias de pronósticos. Las psicosis reactivas tienen un pronóstico más favorable. Aunque tengan recaídas, nunca tantas como en los trastornos maniaco-depresivos.
3. Responden a la psicoterapia de apoyo ayudada por un corto período con ansiolíticos.

Para Freud en "Análisis terminable e interminable" (1937) la dificultad de toda nosología radica en los estados intermedios: "en el mundo real, las transiciones y los estados intermedios son mucho más corrientes que los estados opuestos y claramente diferenciados". Esta

dificultad se da sobre todo si, como ocurre en la psiquiatría, se ocupa del proceso de desarrollo y cambio que en la vida real se dan en individuos y que todo intento de clasificación se ha de reducir necesariamente a abstracciones generalizables.

"El primer concepto abstracto que permitió introducir cierto orden en la nosología psiquiátrica y que sigue influyéndola en gran manera es la clasificación de las manifestaciones psicopatológicas en neuróticas y psicóticas. Neurosis y psicosis surgieron como dos conceptos opuestos que introducían en la nosología una aparentemente clara diferenciación basada en la observación clínica y en una ideología subyacente que Jaspers explicitó al diferenciar lo explicable (la reacción, el desarrollo) de lo incomprensible (el proceso)" (Hernández Espinosa, 1988: 329).

Esta diferenciación entre neurosis (podían tratarse psicoanalíticamente) y psicosis (no podían tratarse por no darse el proceso de transferencia, necesario para el proceso psicoanalítico) subsistió en los inicios de la práctica psicoanalítica. En opinión de Hernández Espinosa algo parecido ocurre en la actualidad cuando se consideran verdaderas enfermedades mentales las que responden a los tratamientos biológicos o farmacológicos y "desadaptaciones sociales" las que no lo hacen, aunque piensa que la respuesta a un factor terapéutico no debe convertirse en criterio nosológico. Cuando se descubrió que en las psicosis también había fenómenos transferenciales, la línea divisoria ya no fue la de la transferencia sino la de función del "juicio de realidad".

El reconocimiento, posteriormente en 1924, de que en la neurosis también hay un cierto grado de apartamiento de la realidad hizo más borrosa la frontera entre neurosis y psicosis dando lugar al inicio de lo que habría de ser después el concepto de "borderline" como limítrofe entre neurosis y psicosis. La primera referencia a este término la hizo Stern en su obra "Investigación psicoanalítica y tratamiento del grupo borderline de neurosis", publicada en 1938. Hacía referencia a un grupo de pacientes neuróticos, resistentes al tratamiento psicoanalítico, muy narcisistas, y con rasgos caracterológicos propios de la psicosis. La explicación al incremento numérico de este tipo de pacientes podría ser

el fracaso de todo esquema nosológico al ser confrontado lentamente con la realidad (Hernández Espinosa, 1988).

En la CIE-10 (1994), deja de hacerse la diferencia entre neurosis y psicosis.

El modelo social en psiquiatría critica toda nosología como estigmatizadora. Muchos psiquiatras consideran que este modelo mantiene un reduccionismo porque pretende extender el dominio de lo sociológico a actividades que pertenecen al campo de lo psicológico e incluso de lo biológico, aunque al margen de esos excesos ideológicos, aceptan que en el proceso diagnóstico se produce un cierto etiquetamiento.

Por otra parte, está demostrado que entrevistadores de distintos contextos culturales aplican diferentes diagnósticos, así como la importancia de los factores ambientales en la génesis, aparición, y evolución de las enfermedades mentales. La importancia del entorno, aunque conocida desde hace siglos, se intenta conceptualizar en el período entre las dos guerras.

En la actualidad coexisten el diagnóstico psiquiátrico y el diagnóstico psicoanalítico y, a veces, hay enfrentamientos entre ellos. Son dos maneras discrepantes de ordenar y explicar los síntomas con signos clínicos y de comprender el funcionamiento psíquico y las motivaciones de la conducta. Aunque se piensa que para una mayor comprensión del problema sería necesario la integración de ambos.

Al no conocerse las causas de las enfermedades mentales se formulan las diversas hipótesis que en el caso de la esquizofrenia se pueden agrupar en cuatro grandes bloques:

- a) Hipótesis constitucionalistas. Aunque hoy están obsoletas, si subyace, sin embargo, una acertada idea que hoy encuentra su desarrollo más relevante en las hipótesis genéticas.
- b) Hipótesis sociofamiliares. Ha habido distintas escuelas pero la más reciente ha sido la antipsiquiátrica que, aunque superada, si

se mantienen la importancia que tienen los factores sociales, familiares, profesionales, etc. en la evolución y rehabilitación del enfermo esquizofrénico.

- c) Hipótesis psicodinámicas. Se consideran irrelevantes su capacidad explicativa y, sobre todo modificadora de la conducta esquizofrénica.
- d) Hipótesis bioquímicas. El descubrimiento de los neurotransmisores en el Sistema Nervioso Central, es de gran importancia para el estudio del comportamiento normal y patológico. Los estudios están en marcha y se apoyan en la hipótesis dopaminérgica:
 - 1) La administración de disulfirán que bloquea la degradación de dopamina y en consecuencia aumenta los niveles de disponibilidad de esta sustancia, empeora los síntomas esquizofrénicos.
 - 2) La administración de L-Dopa agrava también la sintomatología esquizofrénica.
 - 3) Los neurolépticos, sustancias empleadas como antipsicóticos, pertenecientes al grupo de las fenotiacinas y de las butirofenonas mejoran, significativamente, el cuadro clínico en la esquizofrenia. Estas drogas parece que actúan bloqueando los receptores de DA en el SNC siendo antagonistas de ciertos efectos centrales causados por el exceso de dopamina.
- e) Hipótesis genéticas. Estudios realizados parecen confirmar que el riesgo es mucho más alto, variando entre 2 y 46 veces, entre las familias de pacientes esquizofrénicos que en la población general, en función del grado de parentesco y del número de familiares afectados de esquizofrenia. No influye el sexo del progenitor en la genética o la transmisión de esta enfermedad.

Algunos investigadores piensan que en la esquizofrenia hay una alteración a nivel del núcleo caudado que sería el responsable del trastorno esquizofrénico fundamental. Una alteración en el procesamiento cortical de los estímulos eferentes, además de un afloramiento de los vínculos asociativas que imposibilitan la normal emisión de respuestas adaptativas por parte del sujeto a las más variadas situaciones (Polaino Lorente, 1983: 877).

La edad es también un factor importante en el diagnóstico del trastorno mental, tal es el caso de las demencias. Según el D.S.M.-III no se puede diagnosticar una esquizofrenia si el primer episodio ocurre después de los 45 años.

4. 4. Pautas para el diagnóstico de la esquizofrenia (CIE-10).

La CIE-10, más amplia que su predecesora la CIE-9, ha cambiado el código numérico por un sistema de codificación alfanumérico compuesto por una letra seguida de dos números que completan el nivel de tres caracteres (A00-Z99). Esto permite la ampliación del número de categorías y la revisión de los grupos diagnósticos. Hay 100 categorías, algunas no se utilizan. La CIE-9 tenía 30. Hay varias categorías con una nueva denominación y una nueva agrupación y se han codificado trastornos que no lo estaban. Debido a los numerosos cambios entre la novena y la décima revisión se han publicado unas Tablas de Conversión que permiten la "traducción" recíproca de los datos de la octava, la novena y la décima revisión. Adaptarse a las nuevas clasificaciones no es tarea fácil y así no es extraño que en los países escandinavos siga siendo oficial la CIE-8.

El capítulo sobre "Trastornos Mentales" de la CIE-10, "supone un avance revolucionario en comparación con la CIE-9. Los trastornos están mucho mejor definidos y delimitados y contienen pautas diagnósticas y consideraciones sobre el diagnóstico diferencial muy precisos. Este progreso es consecuencia de un amplísimo consenso internacional y de estudios de campo en países de culturas diferentes, entre otros unos muy numerosos en España y otros países de habla española" (CIE-10, 1993: 9). Esto quiere decir que los diagnósticos basados en la CIE-10 son mucho más fiables y precisos que los diagnósticos de la CIE-9, en opinión de los psiquiatras que han intervenido en la realización de esta clasificación, pero como hemos señalado anteriormente, parece ser que no todos los clínicos se adaptan fácilmente a ella

La distinción tradicional entre neurosis y psicosis no se mantiene, aunque si se utiliza el término neurótico para un uso ocasional, por ejemplo, en el encabezamiento de un grupo principal de trastornos (F40-49). Los trastornos se agrupan según el tema principal común o la semejanza diagnóstica, más que siguiendo la dicotomía neurótico-psicótico.

El término psicótico se ha mantenido como término descriptivo. "El concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, tales como gran excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas" (CIE-10, 1992: 24).

Debido a los problemas terminológicos "se utiliza el término "trastorno" para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo" (CIE-10, 1992: 25).

Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen distinciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales. El término "psicógeno" no se utiliza en los títulos de las categorías. Cuando aparece debe interpretarse en el sentido de que el clínico considera que acontecimientos vitales o dificultades ambientales desempeñan un papel importante en la génesis del trastorno.

En el establecimiento donde se ha realizado la investigación se sigue este manual para el diagnóstico de los enfermos, habiendo comenzado ya la utilización de la CIE-10, aunque ocasionalmente algún psiquiatra utilice el DSM. Las pautas para el diagnóstico están especificadas en dicho manual. "Cuando los requisitos exigidos en las pautas para el diagnóstico se cumplan de forma evidente el diagnóstico puede ser formulado como "seguro". Sin embargo en muchos casos es

útil registrar el diagnóstico a pesar de que la pautas no se satisfagan totalmente" (CIE-10, 1994: 22). Se recomienda poner diagnóstico provisional o probable.

A continuación se exponen, por considerarlo de interés, las pautas que se siguen para el diagnóstico de la esquizofrenia. Recomendamos ver el manual para el resto de las clasificaciones.

Pautas para el diagnóstico de la Esquizofrenia (CIE-10)

Introducción.

La esquizofrenia es el cuadro más frecuente y más importante de este grupo. El trastorno esquizotípico tiene muchos de los rasgos característicos de los trastornos esquizofrénicos y es probable que esté genéticamente relacionado con ellos, sin embargo, en él están ausentes las alucinaciones, las ideas delirantes y los trastornos importantes del comportamiento propios de la esquizofrenia, por lo que no siempre acaban recibiendo atención médica. La mayoría de los trastornos delirantes no están relacionados con la esquizofrenia, aunque puede ser difícil diferenciarlos en la clínica, en especial en los estadios iniciales. Forman un grupo heterogéneo y no bien diferenciado en los que por las características de su duración puede distinguirse un grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Este último parece ser especialmente frecuente en los países en desarrollo. Las subdivisiones de este capítulo deben ser consideradas como provisionales y los trastornos esquizoafectivos se incluyen en ellas a pesar de lo controvertido de su naturaleza.

F20 Esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de la mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden

presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos. El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.

- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico.

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante *un período de un mes o más*. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2) y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo.

Mirando retrospectivamente, puede aparecer de forma clara una fase prodrómica en la cual ciertos síntomas y el comportamiento en general, como pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personales, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación, precede al inicio de los síntomas psicóticos en semanas o incluso meses. Dada la dificultad para limitar en el tiempo el inicio de la enfermedad, la pauta de un mes de duración se refiere únicamente a los síntomas específicos señalados más arriba y no a cualquiera de los que aparecen en la fase prodrómica no psicótica.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecedieran claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastornos esquizoafectivo (F25.), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F.06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicótropas como F1x.5.

F20.0 Esquizofrenia paranoide

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.

- c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El trastorno del pensamiento puede ser importante en la crisis aguda, pero no tanto como para impedir que las ideas delirantes y las alucinaciones sean descritas con claridad. Lo normal es que la afectividad esté menos embotada que en otras formas de esquizofrenia, pero suele ser frecuente una cierta incongruencia afectiva, al igual que una cierta irritabilidad, ira y suspicacia y un cierto temor. También pueden aparecer, pero no predominan en el cuadro clínico, síntomas negativos como embotamiento afectivo y trastornos de la voluntad.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénicas y catatónicas.

Pautas para el diagnóstico.

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de la esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito y b) y c). Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

Incluye: Esquizofrenia parafrénica.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

Se trata de una forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondríacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e

incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

Pautas para el diagnóstico.

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. La hebefrenia se diagnosticará inicialmente sólo en adolescentes y adultos jóvenes. Lo más característico, aunque no indispensable, es que la personalidad premórbida haya sido más bien tímida y solitaria. Para un diagnóstico seguro de hebefrenia normalmente es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

Incluye: Esquizofrenia desorganizada.

Hebefrenia.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

La característica predominante y esencial de la esquizofrenia catatónica es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

Por razones oscuras, la esquizofrenia catatónica es poco frecuente en los países industrializados, a pesar de que sigue siendo frecuente en otras partes del mundo. Las manifestaciones catatónicas pueden acompañarse de estados oneiroides con alucinaciones escénicas muy vividas.

Pautas para el diagnóstico.

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:

- a) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- b) Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).
- c) Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).
- d) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).
- e) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
- f) Flexibilidad cérea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
- g) Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del lenguaje.

En enfermos autistas, con manifestaciones catatónicas, el diagnóstico de esquizofrenia tendrá que ser provisional hasta que haya información suficiente sobre la presencia de otros síntomas. También es vital recalcar que los síntomas catatónicos no son por sí mismos patognomónicos de la esquizofrenia. Los síntomas catatónicos pueden también aparecer en lesiones cerebrales, en trastornos metabólicos, ser inducidos por el alcohol u otras sustancias psicótropas y también pueden aparecer en los trastornos del humor (afectivos).

Incluye: Estupor catatónico.

Catalepsia esquizofrénica.

Catatonía esquizofrénica.

Flexibilidad cérea esquizofrénica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

Se trata de un conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia (ver la introducción a F20) pero que no se ajustan a ninguno de los tipos F20.0, F20.2 o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, F20.5, y a la depresión postesquizofrénica, F20.4) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

Pautas para el diagnóstico

Esta categoría debe reservarse para enfermos que:

- a) Satisfacen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
- b) No satisfacen las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide.
- c) No reúnen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica

Incluye: Esquizofrenia atípica.

F20.4 Depresión postesquizofrénica

Se trata de un trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes. No está claro, aunque resulta intrascendente para el diagnóstico, determinar hasta qué punto los síntomas depresivos se han revelado simplemente al resolverse los síntomas psicóticos, son de nueva aparición, forman parte intrínseca de la esquizofrenia o son una reacción psicológica a la misma. Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave (F32.2. y F32.3) y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico sólo deberá hacerse si:

- a) El enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de esquizofrenia (ver la introducción a F20).
- b) Persisten algunos síntomas esquizofrénicos.
- c) Si el enfermo no tiene ningún síntoma esquizofrénico en el momento de la entrevista, deberá diagnosticarse de episodio depresivo (F32.-). Si los síntomas esquizofrénicos todavía son floridos y predominantes, deberá mantenerse el diagnóstico del tipo esquizofrénico adecuado (F20.0, F20.1 ó F20.3).

F20.5 Esquizofrenia residual.

Se trata de un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversible.

Pautas para el diagnóstico.

Para un diagnóstico fiable deben satisfacerse las siguientes pautas:

- a) Presencia de síntomas esquizofrénicos "negativos" destacados, por ejemplo, inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, entonación y postura) empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social.
- b) Evidencia de que en el pasado ha habido por lo menos un episodio claro que ha reunido las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.

- c) Un período de por lo menos un año durante el cual la intensidad y la frecuencia de la sintomatología florida (ideas delirantes y alucinaciones) han sido mínimas o han estado claramente apagadas, mientras que destacaba la presencia de un síndrome esquizofrénico "negativo".
- d) La ausencia de demencia u otra enfermedad o trastorno cerebral orgánico, de depresión crónica o de institucionalización suficiente como para explicar el deterioro.

Incluye: Esquizofrenia crónica no diferenciada

"Restzustand"

Estado esquizofrénico residual.

F20.6 Esquizofrenia simple.

Se trata de un trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones, ni de ideas delirantes y el trastorno no es tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico de esquizofrenia simple es difícil de concretar de manera evidente, dado que depende de que se pueda establecer de una manera clara el desarrollo progresivo de los síntomas "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (ver más arriba F20.5), sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

Incluye: Esquizofrenia simplex.

En las páginas anteriores se han descrito las pautas de la CIE-10 para diagnosticar los trastornos esquizofrénicos. Se ha elegido el grupo de las esquizofrenias por ser el más representativo de la enfermedad mental y, además, una de las categorías más frecuentes encontradas en las historias clínicas observadas.

4.5. Los tests psicológicos.

Independientemente de los criterios e instrumentos a los que hemos hecho referencia en el apartado anterior, existen un gran número de tests que los psicólogos realizan a petición de los psiquiatras, como pruebas complementarias auxiliares para el diagnóstico.

La psicología comienza a ser considerada ciencia a partir de Wilhelm Wundt (1832-1920) y William James (1842-1910) y desde entonces los intentos por medir el psiquismo humano han sido continuos. En 1890, Mc-Katell crea el término de "Test Mental" y en 1905 Alfred Binet publica su primer test de inteligencia. Nace así la ciencia aplicada, la psicotecnia. Su labor se completa con las aportaciones de Simon Terman Merrill. En 1893, Galton y en 1920 Tolouse propusieron ya modelos de entrevista estructurada y el uso de criterios diagnósticos

En 1912 W.L. Stern introdujo el concepto de cociente intelectual (CI) como la relación entre la edad mental y la edad cronológica multiplicado por cien. Cuando la edad mental sigue aumentando en proporción a la edad cronológica, el CI proporciona un índice de agudeza relativa que puede ser usado para comparar niños de diferentes edades.

Años más tarde aparecería la escala de David Wechsler que en 1958 se daría a conocer en el hospital psiquiátrico de Bellevue, existiendo la diferencia entre la escala de niños (WISC) y la de adultos (WAIS). Se han intentado medir las aptitudes, el rendimiento, las capacidades, la inteligencia general, etc. Con respecto a la medición de la personalidad, aunque resulta más complejo, existen una gran variedad de tests y métodos distintos, como los cuestionarios de Allport, Vernon,

Lindezey, M.M.P.I., tests objetivos de personalidad como los de Pressey, Porteus y tests proyectivos siendo quizá el más conocido el de Hermann Rorschach (1921) cuyos orígenes están en los de Morgan y Murray (T.A.T.), el de Rosenzweig (test de frustración), el de proyección controlada de Raven, el de fábulas infantiles de Louise Duss, etc.

Se suelen distinguir entre los tests que miden las habilidades intelectuales y cognitivas (WAIS y la escala de inteligencia de Stanford-Binet) y los que miden la personalidad (Rorschach, MMPI y el TAT). "Sin embargo, una innovación reciente en este terreno incluye la conceptualización de que el funcionamiento intelectual está relacionado mucho más estrechamente con la psicodinamia del funcionamiento de la personalidad que la anterior dicotomía implicaría" (Carr, 1982: 829). Por ejemplo, el test del dibujo de la figura humana que se usaba para medir la inteligencia hoy se utiliza como una técnica proyectiva para medir la personalidad.

Los tests objetivos de la personalidad (tests de papel y lápiz) se basan en ítems y preguntas con significado obvio y la ventaja de producir calificaciones numéricas y perfiles que se sujetan fácilmente al análisis matemático o estadístico. Las respuestas suelen ser del tipo de "verdadero" o "falso" por lo que la interpretación es sencilla.

"Los tests proyectivos están clasificados en gran parte sobre la base de los estímulos que presentan, cuyo significado no se ve de forma inmediata, es decir, donde algún grado de ambigüedad obliga al sujeto a proyectar sus propias necesidades en o sobre una situación amorfa y, de alguna forma, sin estructurar. En algunos casos, este efecto se combina por las instrucciones del test, que también refuerza el elemento de la ambigüedad. Por lo general, la interpretación de los datos de la asociación libre provocada requiere gran experiencia y mayor conocimiento de la teoría de la personalidad por parte del examinador. Sin embargo, también proporciona la oportunidad de una comprensión más completa del funcionamiento de la personalidad de la que es posible con los tests objetivos, por lo general, que tradicionalmente se interesan sobre todo por lo que el sujeto hace más que por los aspectos motivacionales de su comportamiento" (Carr, 1982: 830).

Existen diversos tests para medir la inteligencia que suelen hacerlo a través de escalas psicométricas compuestas por una serie de items escalonados según dificultad. Son de interés para la psiquiatría en cuanto aportan un diagnóstico del desarrollo intelectual; un diagnóstico del deterioro intelectual y un diagnóstico del perfil cualitativo de inteligencia. El test de inteligencia Wechsler (Wais) es el más utilizado en la práctica clínica hoy. El WAIS comprende 11 subtests (formando un CI de la escala total), incluyendo seis subtests verbales y cinco subtests manipulativos (formando un CI verbal y un CI manipulativo separados). Los temas de los 11 subtests son: información general, comprensión, aritmética, semejanzas, memoria de dígitos, vocabulario, claves, figuras incompletas, cubos, historietas y rompecabezas. Deben seguirse cuidadosamente las instrucciones para la administración del test y para la calificación de las respuestas.

El Wechsler (Wais) es el test de mayor utilidad en la clínica de la esquizofrenia. Es habitual encontrar en los esquizofrénicos peores puntuaciones en los subtests manipulativos que en lo verbales; en estos, frecuentemente se asocian puntuaciones altas en vocabulario e información y puntuaciones bajas en semejanzas que, a su vez, en ocasiones revelan elementos del pensamiento sobreinclusivo. Cuantas pruebas exploran la capacidad de concentración de los esquizofrénicos ofrecen puntajes bajos (Colodrón, 1990: 260). En estos enfermos un bajo nivel intelectual prepsicótico se reconoce como el signo de mal pronóstico y cuando la enfermedad no se detiene, el descenso en los puntajes se acentúa. Cuando la enfermedad remite puede producirse una mejoría de los coeficientes. La forma infantil es el Weschler-Bellevue, o el Terman-Merril.

Para el estudio de la personalidad suele aplicarse una batería de tests, no por la posible invalidez de un solo test, sino porque diferentes tests detectan diferentes niveles de funcionamiento y porque las relaciones entre los tests reflejan que la persona funciona sistemáticamente a múltiples niveles.

El test de Rorschach se utiliza para el estudio de la estructura formal de la personalidad. Con excepción del WAIS, es el test más utilizado en la práctica clínica. El Rorschach es un juego estándar de 10 manchas de tinta, que sirven como estímulos para las asociaciones. En la serie estándar, administrada por orden, las manchas son reproducidas en fichas 18X24 cm aproximadamente, y se numeran de I a X. Cinco de las manchas están en blanco y negro (I, IV, V, VI, VII) y el resto incluyen otros colores. El informe incluye las respuestas del paciente palabra por palabra, además de los tiempos de reacción iniciales y el tiempo total que ha pasado con cada ficha. Cuando ha terminado lo que se llama la asociación libre, el examinador realiza un interrogatorio para determinar aspectos importantes de cada respuesta que pueden ser cruciales para su calificación.

Los actuales sistemas de calificación se apoyan en las fórmulas originales de Rorschach y en las modificaciones aportados por otros especialistas. Es un test considerado muy útil como instrumento de diagnóstico.

El Test de Apercepción Temática (TAT) fue diseñado por Henry Murray y Christian Morgan como parte de una exploración de sus estudios de la personalidad normal llevada a cabo en la Harvard Psychological Clinic en 1943. Estudia los contenidos psíquicos conflictivos. Consiste en una serie de láminas con dibujos que se muestran al sujeto y se le pide que construya una historieta de cada lámina. Todas las láminas son ambiguas. Se diferencia del Rorschach porque aquí no se pide al sujeto que haga asociaciones sino que invente historias. "Las historias han de ser consideradas desde el punto de vista de la originalidad del tema o de la trama. Tanto si el paciente está tratando un tema común como si el tema es poco común, su historia siempre reflejará su propio enfoque idiosincrásico de la organización, secuencia, vocabulario, estilo, preconcepciones, suposiciones y consecuencia (Carr, 1982: 840).

El test gestáltico visomotor de Bender se utiliza para niños y para adultos. Fue diseñado por Lauretta Bender (1938). El material del test está compuesto por nueve diseños. Cada diseño está impreso en una lámina sobre fondo blanco. Se le entrega al sujeto una lámina en blanco y

se le pide que copie cada dibujo advirtiéndole que tendrá nueve en total; así, esa capacidad de planificación puede ser evaluada en términos de la colocación presente de los dibujos en la hoja. No hay límites de tiempo. El test es un instrumento para estudiar principalmente la agudeza perceptivo-motora, pero sondea también otras habilidades y atributos. Como el test no es visto como amenazador por el paciente, es un test ideal para introducir la batería de tests, permitiéndose así una descarga de la ansiedad por medio de la actividad motora.

El test del dibujo de la figura humana se utilizó, en un principio, como medida de la inteligencia en niños. Goodenough (1926), Machover (1949), Buck (1948) y Hamer (1958) han hecho importantes contribuciones a su uso como técnica proyectiva. Se le pide al sujeto que dibuje lo mejor que pueda una figura humana. Este test suele complementarse con los dibujos de una casa y un árbol. Los principios interpretativos se basan, sobre todo, en la significación funcional otorgada a cada parte del cuerpo. La experiencia con la técnica del dibujo, utilizando un enfoque gestáltico para la interpretación, permite el reconocimiento de diferencias en los dibujos de pacientes con lesiones cerebrales y los esquizofrénicos.

Los distintos tests, por supuesto, no permiten estudiar el pensamiento esquizofrénico, sino sólo algunas de sus peculiaridades.

PRINCIPALES CONCEPCIONES PSIQUIATRICAS

5. 1. Ideología y Salud Mental.

La salud mental comenzó con la identificación y la clasificación de las enfermedades mentales. Previamente, los casos graves de enfermedad mental pertenecían a la literatura, mitología y religión, pero desde comienzos del siglo XX la conquista psiquiátrica se aceleró en gran medida y, como dice Szasz, hoy todas las dificultades y problemas de la vida se consideran afecciones psiquiátricas y todas las personas, menos las que hacen el diagnóstico, están mentalmente enfermas (Szasz, 1970).

La psiquiatría, aunque recientemente, se ha incorporado al campo de las ciencias y ha desarrollado numerosas teorías en relación con la conducta humana, algunas antagónicas e incluso excluyentes. En este sentido, dice Szasz, que la psiquiatría tiene más similitudes con la religión y la política que con la ciencia. En realidad, en la religión y en la política se esperan encontrar ideologías o sistemas antagónicos, pero raramente se encuentran discrepancias entre los científicos con respecto a las teorías físicas, bioquímicas o fisiológicas.

Para muchos autores la psiquiatría es considerada una ideología y así se expresa Castilla del Pino cuando dice que la psiquiatría "no es sólo un ámbito del conocimiento sujeto a las leyes de la sociología de la cultura, sino también una ideología, por cuanto implica una determinada concepción del hombre en el sentido amplio del término. Y

en este sentido de la ideología hay que incluir tanto la concepción que se acepta cuanto aquellas que se rechazan" (Castilla del Pino, 1978: 16). Para Szasz resulta claro que la psiquiatría no es simplemente un "arte de curar" sino una ideología y una tecnología para la estructuración radical del ser humano.

Este autor hace un paralelismo entre ideología psiquiátrica e ideología tradicional de la teleología cristiana. En lugar de nacer pecador se nace enfermo. La vida, valle de lágrimas, se convierte en valle de enfermedades. El hombre era guiado por sacerdotes, ahora por médicos. La era de la fe, del sacerdote, ha pasado a ser la era de la locura, del psiquiatra (Szasz, 1970).

Lo que caracteriza a la enfermedad mental es una conducta que se aparta de ciertas normas psicosociales, éticas o jurídicas y se tiende a corregir dentro del marco terapéutico, es decir, que las desviaciones psicosociales, éticas y jurídicas se intentan corregir mediante una acción médica. Si los procedimientos médicos están destinados a remediar únicamente problemas médicos es absurdo suponer que contribuirán a resolver problemas cuya existencia se han definido y establecido sobre fundamentos no médicos" (Szasz, 1970).

El crimen dejaría de ser un problema moral y legal para pasar a ser un problema médico y terapéutico. Lo ético se transforma en lo técnico y como dice Jellinek "los delincuentes son sin duda enfermos, no malvados".

"Todo lo que la gente hace, a diferencia de lo que le ocurre, tiene lugar en un contexto de valores. La psiquiatría está mucho más íntimamente vinculada a los problemas éticos que la medicina general. La orientación ético-social del psiquiatra influirá en sus ideas sobre lo que anda mal en el paciente, sobre lo que merece un comentario e interpretación, sobre la dirección conveniente en que debiera darse el cambio, etc." (según su religión, aceptará el control de la natalidad o el aborto). Szasz se hace la siguiente pregunta. ¿Se puede pensar que realmente las ideas de un psicoterapeuta sobre religión, política y otros temas no desempeñan ningún papel en su labor práctica?

"El psiquiatra debe formarse un cuadro de lo que él considera que es la realidad y de lo que él piensa que la sociedad considera como tal y observar y juzgar la conducta del paciente a la luz de estas creencias".

"La salud mental está asociada con principios que dependen de la religión o ideología prevaleciente en la comunidad en cuestión" (Kenneth Soddy). Conocidos psiquiatras españoles, según su pertenencia a ideologías de derechas o izquierdas, tienen actitudes distintas con respecto a la enfermedad mental. Para González Duro "los psiquiatras nacionales" afirmaron tajantemente que en la contienda española no se había observado ningún aumento ostensible de enfermedades mentales auténticas. Se partía de la firme creencia de que ninguna circunstancia externa o ambiental, social, económica, política, por cataclísmica que ésta fuese, podía determinar decisivamente la aparición de cualquier enfermedad mental, consideraba apriorísticamente como constitucional, hereditaria o causada por factores exógenos que actúan sobre el cerebro del individuo". De esta forma, López Ibor ignoró el concepto de "psicorrexis", cuadro clínico descrito por Mira y López como típico fenómeno psicopatológico producido por la guerra española y específicamente en la zona republicana, pero tuvo que aceptar la frecuencia de cuadros neuróticos, histéricos y de reacciones psicogenéticas que aparecieron en la guerra entre los soldados que combatían en los frentes o entre la población civil de la retaguardia. Eran neurosis o psicosis de guerra confundiéndolas casi con reacciones de simuladores o propias de gentes con poco espíritu. (González Duro, 1978: 9 y ss.). Es obvio el apriorismo ideológico que hacía ver las cosas desde el punto de vista de cada uno.

Vallejo Nájera aseguraba "que la simulación de las enfermedades mentales se ha observado en reducidas proporciones en el ejército nacional (5.44% de los ingresos psiquiátricos), al contrario que entre los marxistas, apreciándose considerable incremento de la patomimia psiquiátrica al incorporarse a filas los individuos que sirvieron en las hordas rojas" (Vallejo Nájera, 1970: 57).

Esta diferenciación se fundamentaba en razones ideológicas. Se consideraba un acto de simulación o de patomimia si se trataba de soldados republicanos y si la reacción neurótica se daba en los "nacionales" debía de tratarse de sujetos antipatriotas. Otra excepción fueron los soldados marroquíes del bando nacional. Rojo Ballesteros admitió manifestaciones histéricas que no hubo reparo en admitir puesto que se daban en una raza no hispánica. Con respecto a la población civil, hubo reacciones patológicas y múltiples internamientos que se debieron al terror marxista. No se dice nada de los republicanos. En el Servicio de Dementes del Hospital Provincial de Madrid se encontraron expedientes marcados con "ROJO" (González Duro, 1978: 11).

Vallejo Nájera tuvo que reconocer que en su material clínico recopilado en la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos, situada en zona nacional, se encontraban dos oficiales afectados de psicosis de guerra quienes previamente habían permanecido en la zona roja y que en ese momento estaban sometidos a sendos expedientes de la depuración política.

Hablando del Servicio de Neurosis de Guerra de la República, Vallejo Nájera decía que fracasó rotundamente a causa de la "indisciplina de enfermos y personal, la escasez de personal médico y auxiliar y el desorden peculiar a todos los organismos marxistas" (Vallejo Nájera, 1970: 28). En la postguerra debido a la carencia alimenticia y vitamínica aparecieron numerosos casos de "neurastenia" y de "psicosis pelagrosa", junto con múltiples alteraciones psíquicas que aparecieron cuando fueron reincorporados a las filas del ejército para hacer de nuevo el servicio militar obligatorio. Fueron interpretadas como actitudes de simulación o cobardía que se escondían en el "refugio de la enfermedad". Los casos de "psicotimia ansiosa" que afectaba a mujeres cuyos maridos estaban procesados o condenados por su actuación durante la guerra fueron calificados de trastornos leves, como "casos de ansiedad simple, reactivos y curables".

"El apriorismo ideológico de que las auténticas enfermedades mentales eran en su mayoría prácticamente ininfluenciables por las circunstancias de la guerra, resultaba por completo "adecuado" a la

situación de penuria económica del Nuevo Estado". Para evitar pensiones se les tacha de simuladores y los enfermos se ven obligados a vagabundear (González Duro). Para este autor la postguerra trajo consigo numerosas alteraciones psiquiátricas, muchas más de las que posiblemente se esperaban desde la perspectiva ideológica de la psiquiatría nacionalista.

Para Vallejo Nájera "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 1939-41 se produjeron un aumento de suicidios, probablemente debido a las pérdida de esperanzas conservadas durante su duración en relación con familiares y haciendas; las colaboraciones en algunos casos delictivos, profundas alteraciones económicas, las cesantías y las depuraciones, etc.

En la psiquiatría moderna se van a destacar dos enfoques: el orgánico y el psicosocial que Szasz dice, metafóricamente, van a producir un divorcio que dejó como secuela un hogar gravemente desintegrado. La idea de que la psiquiatría aborda problemas puramente médico-neurológicos no va a ser aceptada en Estados Unidos debido a la influencia de hombres como G. H. Mead, Adolph Meyer y H. S. Sullivan, mientras que en Europa confluyen la psiquiatría médico-fisiológica y psiquiatría psico-humanista. El resultado es que van a surgir diversas concepciones. En Europa predomina la orientación orgánica que considera que los pacientes psicóticos sufren enfermedades mentales que manifiestan estados cerebrales patológicos y se niegan a considerar los problemas personales y sociales de sus pacientes. Para Jaspers, Schneider y demás psiquiatras alemanes la paresia "es el prototipo de todas las enfermedades mentales". De tal forma que la psiquiatría llegó casi a convertirse en una rama de la neurología. En contraposición a esta orientación sobre los denominados "trastornos mayores", los "trastornos menores" relacionados con los problemas vitales menores se considerarían de naturaleza psicosocial. Existen otras escuelas con mucha menor influencia de pensamiento como el psicoanálisis, la psicología

analítica junguiana y el análisis existencial. La psicología analítica se desarrolló más en Europa y acabaría separándose de la medicina, para unirse a la psicología, pedagogía y las humanidades. El análisis existencial se separó no sólo de la medicina, sino también de las ciencias psicosociales.

5. 2. Principales concepciones psiquiátricas.

Desde los tiempos primitivos se ha intentado dar una explicación a esa realidad que se encuentra hoy categorizada como enfermedad mental. Las antiguas concepciones mágico-simbólicas atribuían el origen de este trastorno a causas sobrenaturales. Hipócrates, no obstante, desde un punto de vista racional defendió una concepción natural que formuló en su teoría humoral por la que la enfermedad mental se debía a la discrasia de uno de los cuatro humores. La Edad Media se caracterizó por un periodo de oscurantismo en el que se verá al loco poseído por Dios o por el demonio. Linneo retomó el viejo tema de la historia natural del hombre de Hipócrates y lo incluyó en el género "homo" y lo calificó de "sapiens", impulsando a las ciencias del hombre hacia un determinismo materialista.

A mediados del siglo XVI se inicia la teoría de las pasiones que, incontroladas, causan una desnaturalización que provoca la enfermedad mental. Las pasiones pueden hacer del loco un hombre pasivo, apático o agresivo; causan la locura y los síntomas traducen la alteración de la naturaleza humana. El siglo XVIII, bajo el predominio de un empirismo racionalista y los ideales de la Ilustración, sitúa el bienestar en el logro de la felicidad pero para ello el hombre debe controlar sus impulsos y sus deseos, por lo que la felicidad y, por tanto el bienestar, quedan fuera del alcance de los locos.

En las primeras décadas del XIX, el positivismo proclama la importancia de la razón. La teoría de las pasiones asevera el innegable hecho de que, parcialmente, ser humano es ser irracional. Las nuevas ideas junto al fracaso del tratamiento moral condujeron a buscar las causas de la enfermedad mental fuera de la teoría de las pasiones. Las

concepciones médico-animistas piensan que las alteraciones mentales dependen del organismo que cuando se altera impide el libre funcionamiento del alma apareciendo la locura. El pensamiento psiquiátrico se hace materialista y para localizar los órganos responsables de la locura se exploran los cadáveres. La frenología se basa en estos supuestos.

La teoría asociacionista proporcionó al naturalismo racionalista la posibilidad de construir una teoría psicofisiológica del funcionamiento mental. Un estímulo hace vibrar los nervios sensitivos que transmiten oscilaciones a la sustancia blanca donde se modifican las ideas. Para Pinel y Esquirol el establecimiento de "inapropiadas cadenas de ideas" da razón de los trastornos mentales (Sauri, 1969). La concepción neurobiológica del comportamiento normal y patológico surge cuando Pavlov (1849-1936) identifica los instintos con los reflejos condicionados puesto que estos son una actividad de la corteza cerebral.

El asociacionismo y la teoría de los reflejos proporcionaron una explicación para las entidades nosológicas y el concepto de integración fundamentó la interacción soma-psique y permitieron reconocer en las asociaciones esas unidades funcionales que se creían encontrar en los reflejos; estos mecanismos proporcionaron la necesaria infraestructura sustancial.

El psicoanálisis hizo tambalear la seguridad naturalista al reemplazar la dicotomía espíritu-materia por la de energía-materia (la sustancia es meramente la expresión o signo de un sistema energético). La energía psíquica constituye la esencia de los fenómenos mentales. Para Jung, la libido es la energía vital y para Freud es la manifestación dinámica de la sexualidad. Kretschmer (1888-1966) formuló la teoría de la constitución. La constitución es la disposición organizada de los elementos integrantes de la totalidad humana, es el natural del hombre; aquello imprescindible que modela sus actos y condiciona su carácter. Desarrolló una tipología de la constitución humana y trató de correlacionar el hábito físico con el carácter.

Hacia los años 20, se duda de las ideas localizacionistas. Las ideas de la estrecha relación entre ciertas zonas cerebrales y tipos de comportamiento psíquico están desacreditadas. "Si en el frente anatomopatológico y neurológico sufre estos embates, en el psicológico y en el clínico los fenomenólogos muestran la insuficiencia de una descripción basada meramente en la empiria" (Sauri, 1969: 364). El cuerpo es una síntesis espacio-tiempo, a partir del cual se orienta la existencia. Lo somático y lo psíquico siempre están interactuando. El hombre no es una parte, sino siempre un correlato del mundo en que vive. En palabras de Sauri, la locura no es una desnaturalización, ni un desequilibrio, es una crisis de la totalidad de las relaciones creenciales que vinculan a los hombre entre sí.

El punto de partida de la psiquiatría actual generalmente se considera a partir de la Segunda Guerra Mundial, debido a una serie de acontecimientos que ocurren a partir de esta fecha y que van a afectar a sus directrices. Francia y Alemania pierden su hegemonía que es desplazada hacia la psiquiatría inglesa y norteamericana principalmente. Europa irá incorporando la teorías freudianas, que ya se habían hecho sentir con mayor fuerza en los Estados Unidos. Comenzará la psiquiatría comunitaria de Marwell Jones (1953) en Inglaterra, las terapéuticas institucionales dirigidas por Sivadon, Tosquelles y Daumezon en Francia (1945) que conducirán a la política de sector. Pero, para los psiquiatras, quizá el hecho más importante haya sido la utilización de la nuevas terapéuticas farmacológicas (década de los 50) que harían cambiar la planificación asistencial y tanto influirían en la investigación psicopatológica y clínica.

Exponemos a continuación algunas de las principales concepciones psiquiátricas, no sin dejar de mencionar que en la actualidad, la tendencia es no adscribirse a ninguna de ellas sino actuar de forma ecléctica, solución que parece la más adecuada si tenemos en cuenta la realidad biopsicosocial del individuo que hace necesario una perspectiva global para su estudio si se quiere llegar a una mejor comprensión de la persona.

Las concepciones psiquiátricas a las que nos vamos a referir a continuación son las que han tenido una mayor preponderancia en la historia de la psiquiatría, por lo que es de esperar que su corpus teórico haya tenido una mayor o menor influencia en las distintas actividades de los psiquiatras del establecimiento que hemos estudiado.

5. 2. 1. Concepción médico-organicista.

Continuando con la línea iniciada por Esquirol, Griesinger, Wernicke, se sigue buscando una causa somática, normalmente localizada en el cerebro, a la enfermedad mental. En esto influyó el descubrimiento de Bayle en 1822 de la raíz etiológica (*treponema pallidum*) y la localización cerebral de la parálisis general progresiva o demencia paralítica. A partir de entonces intentan encontrar un paralelismo entre el cerebro y la mente, animados por hallazgos de la importancia del lóbulo límbico en el control de las emociones y la participación del lóbulo frontal en el proceso de mentalización. "El canadiense Flor-Henry (1976) defiende una desorganización neuronal de las regiones fronto-temporales del hemisferio dominante en los síndromes esquizofrénicos y de las mismas zonas, y en el hemisferio no dominante, en los síndromes maníaco-depresivos; y Van Praag (1978) relaciona las que denominó depresiones vitales (endógenas) con alteraciones de los diferentes neurotransmisores cuyo origen ubica en el complejo hipotálamo-hipofisario" (Vallejo Ruiloba, 1984: 18). Se consideran muy relevantes las investigaciones bioquímicas que se están realizando sobre todo por su influencia en los estados depresivos.

"Según las tesis organicistas, presentes en Sacristán y Prados, la herencia biológica provoca un biotipo, un carácter y un trastorno del curso y contenido del pensamiento, que se traduce en "pensamientos al margen de lo psicológico". Las producciones delirantes no se construyen con los mismos materiales psicológicos que el resto de las ideas y que son, simplemente, la expresión de un fenómeno endógeno o biológico" (Rendueles, 1989: 50).

El modelo médico fundamentado en estas corrientes orgánicas se basa, según recoge Vallejo Ruiloba, en los siguientes postulados:

1. La enfermedad tiene una etiología o causa.
2. Tal etiología es de naturaleza orgánica (lesión hística o bioquímica a nivel cerebral por defecto genético, metabólico, endocrino, infeccioso o traumático).
3. La etiología orgánica produce una serie de síntomas que constituyen el cuadro clínico. Aunque son manifestaciones de un defecto biológico subyacente o de la reacción adaptativa compensatoria a dicho defecto, la realidad es que los teóricos de este modelo tienden a desestimar la segunda posibilidad.
4. El conjunto de síntomas, agrupados sistemáticamente permite el proceso diagnóstico. A veces se precisan exploraciones complementarias para llegar al mismo.
5. A través del diagnóstico se puede emitir un criterio pronóstico.
6. El escalón final de esta secuencia es el tratamiento (biológico) que debe incidir sobre la supuesta etiología orgánica con lo que se pretende solucionar la enfermedad (Vallejo Ruiloba, 1984: 27-28)

Las teorías organicistas como la teoría psicoanalítica ubican la enfermedad mental dentro de la persona, aunque admiten la causación externa.

5. 2. 2. Concepciones psicodinámicas.

El modelo psicoanalítico fue reconocido como una especialidad médica en los Estados Unidos, donde tuvo mayor influencia que en Europa, donde muchos psicoanalistas no tienen la carrera de medicina. Sigmund Freud, influido por los estudios de Charcot para quien la histeria era una deficiencia congénita que la hipnosis pondría en actividad, y de Bernheim que sostenía que los fenómenos histéricos eran el resultado de un estado de autosugestión similar a lo que ocurre en el caso de la hipnosis, se dedicó al estudio de la hipnosis como posible tratamiento para los enfermos histéricos ("El mecanismo psíquico de los

fenómenos históricos", 1893). Por el carácter limitado de la hipnosis para el estudio de los procesos inconscientes elabora su teoría de la asociación libre y la interpretación de los sueños con lo que llegó a construir el modelo psicoanalítico (Vallejo Ruiloba, 1984: 21).

La teoría psicoanalítica está respaldada por dos importantes ideas básicas: el determinismo psíquico, principio que señala que las acciones o la conducta surgen de los procesos mentales de la gente y no como algo que simplemente ocurre, y el inconsciente, que parte de la idea de que una parte de nuestro pensamiento y de nuestra actividad se escapa a nuestro conocimiento. Está compuesta de tres partes:

- es una teoría del desarrollo humano
- es una teoría de la psicología anormal y de la personalidad
- es una teoría de tratamiento.

Para Freud la neurosis es el precio pagado por la civilización y Fromm opina que el incremento de las enfermedades mentales en la sociedad moderna no es sólo un problema de individuos desajustados sino de un desajuste de la propia sociedad. La teoría de Freud es esencialmente un análisis de la relación del individuo con la estructura de la sociedad pero desde el punto de vista del individuo. En su teoría de la personalidad, el "id" representa la herencia biológica (los impulsos), el "yo" maneja las relaciones con la gente y con las cosas externas, y el "superego" representa los principios de la moral.

En el tratamiento psicoanalítico, los terapeutas eran como "pantallas en blanco" para facilitar que los pacientes proyectaran sus fantasías sobre ellos. Mediante la transferencia, los sentimientos inconscientes hacia sus padres se transfieren sobre el terapeuta. La contratransferencia se produce cuando el terapeuta responde irracionalmente ante el paciente aportando a la relación antiguas experiencias. Se decía que este tratamiento no tenía aplicación para los enfermos esquizofrénicos porque no se producía la transferencia.

Una de las principales contribuciones de Freud a la medicina, la psiquiatría y el orden social reside en la creación de nuevas reglas de

conducta humana. Los actos delictivos, el divorcio, el homicidio, la adicción, son enfermedades psiquiátricas, lo que para Szasz constituye un gran error y muy costoso. (Szasz, 1982: 53).

5. 2. 3. Concepciones conductistas

Nacen a principios de siglo con los estudios de Pavlov en el campo de la fisiología. Su objetivo fundamental se centra en la conducta observable y mensurable y aunque siguen las directrices de las ciencias de la naturaleza, sitúan el origen de los trastornos no en el organismo sino en la interacción sujeto-medio donde lo que se produce es una patología del aprendizaje. Se desarrolla la teoría del aprendizaje mediante los condicionantes y se relaciona con la conducta anormal. Ha tenido figuras muy conocidas (Thorndike, Watson, Eysenck, Shapiro, Wolpe, etc.). Gran repercusión ha tenido la obra de Skinner sobre el condicionamiento operante desde una perspectiva esencialmente experimentalista.

5. 2. 4. Concepciones sociológicas

La Sociología desde sus orígenes ha demostrado un interés por la enfermedad mental. "Nos encontramos, pues, en los orígenes mismos de la sociología, en presencia de dos tesis opuestas, que continuarán erigiéndose la una frente a la otra hasta nuestros días: una que busca los factores sociales de las enfermedades mentales y que se remonta a Comte; la otra que niega los efectos sociales del acrecentamiento de las enfermedades mentales; nosotros la hacemos remontar a Morel" (Bastide, 1975: 25).

Las corrientes sociológicas tienen en común el considerar la estructura social como génesis de la enfermedad mental. Autores como Herney, Sullivan y Fromm sitúan el problema en el marco de las relaciones interpersonales, es decir, que la patología se origina en el ambiente social. La mayor parte de los trastornos mentales se pueden considerar roles sociales. Este rol complementa y refleja el status del insano en la estructura social (Scheff, 1973).

Oímos con frecuencia que "la locura es parte del precio que pagamos por la civilización". Las causas de la una aumentan con el desarrollo y resultado de la otra. La influencia de los aspectos sociales en el hombre fue ya expresado por Jean Jacques Rousseau: "El hombre es bueno por naturaleza y sólo nuestras instituciones le han hecho malo" que influyó en el pensamiento occidental para tener en cuenta el papel del entorno sociocultural. A partir de principios de siglo se comenzó a investigar sobre la enfermedad mental en culturas no occidentales. Kraepelin viajó a Asia y manifestó la ausencia de depresiones entre varias de sus poblaciones. Por el contrario, otros investigadores estudiaron enfermedades no conocidas en nuestras latitudes*. Los estudios antropológicos y la etnopsiquiatría (Benedict, Margaret Mead, Kardiner, Malinovsky) resaltan la importancia de la cultura y, por tanto, los condicionamientos sociales en la génesis de la enfermedad mental. También se estudiaron la similitud entre enfermedades que se daban en las distintas culturas. El estudio del suicidio por Durkheim y el concepto de anomia son avances de lo que será una psiquiatría social. Estudios de la Escuela de Palo Alto (1960) en California sobre la comunicación (Bateson, Watzlawick, Don Jackson). Concretamente la teoría de Bateson sobre el "doble vínculo" en la familias esquizofrénicas. La psiquiatría comunitaria de Max Jones, en Inglaterra, que dio lugar al desarrollo de alternativas a la institucionalización como hospitales de día, pisos y talleres protegidos, clubs. etc. Existen muchas otras tendencias entre las que resaltamos:

a) Concepciones antipsiquiátricas.

La corriente antipsiquiátrica, basada en concepciones filosófico-fenomenológicas y filosófico-existenciales, en la ideología marxista, en la sociología de Goffman y en la escuela de Palo Alto, surgió en Inglaterra y sus representantes más importantes fueron Laing, Cooper

* Fueron conocidas como "síndromes de la cultura específica" o "exótica" que incluían enfermedades como "latals", "myriachit" "amok" y "pibloktoq" (Marsella y White, 1984: 360). Pero a pesar de las diferencias culturales que se encontraron, hubo mucha resistencia para incorporar las variables culturales en las teorías causales de la enfermedad mental.

y Esterson. La psiquiatría seguía anclada en los moldes del XIX y la antipsiquiatría va a tratar de romperlos. El término "antipsiquiatría" fue utilizado por primera vez por Cooper en 1967 ("Psiquiatría y Antipsiquiatría").

Laing, la figura principal del grupo, estudió el comportamiento de los esquizofrénicos crónicos durante su trabajo en un Hospital Psiquiátrico (1953-56) y esta experiencia la plasmó en su obra "El Yo dividido". La esquizofrenia es sinónimo de asilo, de coma insulínico, de electrochoques, de psicocirugía, de investigaciones de laboratorio y de fármacos tranquilizantes. En "El Yo dividido" Laing confiesa que, como psiquiatra, encontraba gran dificultad para detectar los signos y los síntomas de los pacientes psicóticos. Pretendió comprenderles como seres humanos en lugar de clasificarlos dentro de las categorías de la enfermedad y esto le llevó a cuestionar las interpretaciones de Kraepelin. "La progresión BIEN - MAL - LOCURA es el patrón usual que "elige" un individuo para incorporarlo a su papel de loco impulsado por otros miembros de su exigente familia" (Sedgwick, 1975:14). Ningún individuo está completamente loco o esquizofrénico. Estudia los patrones de comunicación familiar y analiza la interacción familiar.

La comunicación familiar, (biografía e incluso sus gestos y movimientos oculares) fue estudiada en América por grupos interdisciplinarios de médicos, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales y otros técnicos, mediante la observación de familias esquizofrenogénicas. El origen de estos trabajos se atribuyen a los estudios sobre la comunicación de Bateson sobre los orígenes de la esquizofrenia. En su teoría del "doble vínculo" se refiere a un patrón especial de comunicación alterada que se detecta en "las familias patológicas" mediante el cual uno de sus miembros se encuentra sometido a un par de vínculos conflictivos, ambos altamente significativos y traumáticos, una tercera orden que está implicada en la situación, impide a la parte amenazada evitarla, eliminando así el conflicto. El desgraciado receptor de estos mensajes está perdido, haga lo que haga; si la orden está repetida tiende a marginarse de la interacción social y pierde la confianza en la fidelidad de sus percepciones sobre las demás personas" (Sedgwick, 1975: 26).

Laing es escéptico incluso sobre la propia existencia de la disfunción esquizofrénica a partir de la cual se pueda plantear que un paciente sufre realmente de esquizofrenia. Si esta etiqueta, en todo caso significa algo, apunta hacia el trastorno de la comunicación en la totalidad de la familia. Por tanto el diagnóstico y el tratamiento de algo llamado "esquizofrenia" contribuye a enmascarar toda la red de conexiones familiares que constituyen la verdad desnuda del problema.

En 1957 comenzó a trabajar en la clínica Tavistock de Londres, donde el concepto de "locura" y más concretamente el de esquizofrenia, que es el problema por excelencia de la psiquiatría, se va a afrontar de forma diferente a la tradicional y clásica. No hay límites precisos entre los sanos y los "locos", el individuo no enferma de por sí, es su medio lo que le enferma. Los antipsiquiatras hacen referencia con respecto al medio, a una serie de núcleos microsociales en los que se desenvuelve la persona. El primer núcleo es la familia, el segundo la escuela. Ambas ejercen su presión en el sujeto que ve asfixiadas sus tendencias naturales más propias.

"La esquizofrenia es una situación de crisis microsocial en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquella es elegida e identificada de algún modo como "enfermo mental" y su identidad de "paciente esquizofrénico" es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario) por agentes médicos y cuasi médicos" (Cooper, 1971: 14).

La esquizofrenia para la antipsiquiatría no es una regresión, sino un paso hacia adelante en busca de nuevas y distintas soluciones. En resumen, la crítica de la antipsiquiatría fue dirigida a la familia, portadora y continuadora de las contradicciones sociales; a la institución psiquiátrica por ejercer la acción coercitiva más violenta sobre la persona y a la sociedad como productora de toda enfermedad psíquica.

La antipsiquiatría fue aplicada en Italia por Basaglia, con una fuerte influencia política que motivó la desinstitucionalización de los

enfermos psíquicos; en Alemania por Huber y en los Estado Unidos en las "Free Clinics".

Aunque sus teorías no llegaron a triunfar, consiguió acabar con el inmovilismo tradicional. Hizo replantearse al modelo médico y al psicodinámico sus propias posiciones conceptuales. El modelo orgánico incorporó aspectos psicológico-sociales y el psicoanálisis, aún conservando sus postulados fundamentales, intentó dar una visión más actual a su teoría.

Castilla del Pino, consideró que el fenómeno no era nuevo ya que siempre han existido movimientos marginales a la "psiquiatría oficial" y algo bueno se ha podido sacar de ellos. El psicoanálisis fue un movimiento marginal y no obstante "dio a luz los fundamentos de la medicina psicosomática, la relación médico-paciente y la psicoterapia"

b) Concepción ético sociológica.

Está representada por Szasz quien ataca a la psiquiatría institucionalizada. Para Szasz la enfermedad mental es un mito ("El mito de la enfermedad mental") y considera que este concepto científicamente es innecesario y que lo único que hace es perjudicar a los enfermos. "Sus argumentos se basan en cuatro suposiciones:

1. Solamente los síntomas con lesiones físicas demostrables se califican de manifestaciones de enfermedad.
2. Los síntomas mentales son de naturaleza subjetiva y dependen de normas socioculturales, mientras que los síntomas físicos son objetivos e independientes de las normas culturales y éticas.
3. Los síntomas mentales son expresiones de problemas en la vida.
4. Los problemas psiquiátricos no son enfermedades, sino conflictos sobre las formas de alcanzar valores sociales que están enmascarados por la profesión psiquiátrica con la utilización de terminología médica". (Spitzer y Wilson, 1982: 929)

c) Teoría del etiquetado.

Durante los años 60 sociólogos y criminólogos propugnaron un movimiento de reacción social por el que rechazaban las explicaciones genéticas, psicológicas, o multifactoriales del delito y la desviación en las que se hace hincapié en el carácter absoluto de las causas de la delincuencia o la desviación. Para los relativistas sociológicos lo desviado para una persona no tiene que serlo para todos, lo que es desviado en un contexto no tiene que serlo en otro. El intento por impedir la desviación puede llevar a la desviación misma. La afirmación de que el control social lleva a la desviación o la crea puede significar, por lo menos, tres cosas distintas:

- a) puede significar que aunque existen muchas infracciones a las normas, no son conductas desviadas, mientras ningún grupo social las rotule como pertenecientes a esa categoría.
- b) La reacción de las "agencias de control social" ante un primer acto desviado tiene tan poderosas repercusiones para la persona que el individuo comienza a considerarse desviado y practica cada vez más esa conducta.
- c) Puede significar que la existencia cotidiana de agencias de control social produce determinadas tasas de desviación (Taylor, Walton y Young, 1977: 156).

Los primeros teóricos del "Labelling" fueron Howard Becker (1963) y Edwing Lemert (1967). Para estos autores lo importante no son las características que apartaron de la sociedad al enfermo sino el proceso por el que se le apartó y se le creyó "distinto". Partiendo de una posición similar a la que enunció G.H. Mead sobre el desarrollo de la identidad destacan que el yo es un producto social y que la forma en que actuamos y nos vemos como individuos es en parte consecuencia de la forma en que otras personas actúan con respecto a nosotros. Si la gente nos ve extraños o diferentes probablemente nos consideraremos diferentes. Si nos definimos a nosotros mismos como incapaces a causa de las definiciones de los demás, comenzaremos a actuar como si lo fuéramos realmente.

Lo que preocupa es como la etiqueta puede cambiar la concepción que una persona tiene de sí misma y provocar si no lo ha habido, un vuelco progresivo hacia esa conducta. Los mismos procesos de control social pueden a menudo producir una "imagen negativa de uno mismo" (Erikson) o una "reorganización simbólica del yo" (Lemert) en la que la persona se ve como desviada y progresivamente actúa de acuerdo con ello.

"No son las formas de comportamiento en sí mismas las que diferencian a los desviados de los que no lo son; son las respuestas de los miembros convencionales y conformistas de la sociedad, que identifican e interpretan el comportamiento como desviado, los que sociológicamente, transforman a las personas en desviadas (John I. Kitsuse, 1962).

Scheff presentó la teoría del etiquetado con la publicación de "Being Mentally Ill" en 1966. Proporcionó una descripción del sistema social para tratar la locura y una crítica contra la práctica que describe. Scheff afirma que la categorización psiquiátrica de la enfermedad mental en el mejor de los casos no tiene sentido y en el peor es perjudicial para el etiquetado. Se fundamenta en una serie de experimentos realizados con personas sanas y enfermas que ingresan en hospitales psiquiátricos. Los resultados fueron que se diagnosticaron esquizofrénicos a sanos y cuando se informó que iban a ingresar pseudopacientes se diagnosticaron sanos a los enfermos (Scheff, 1975).

La teoría del etiquetado dice que "si una persona ha sido etiquetada de enferma mental, su capacidad para funcionar en papeles normales está comprometida seriamente debido a las reacciones de los demás, que tienden a mantenerla canalizada en un papel desviado".

Además de que "los grupos sociales crean desviación, haciendo reglas arbitrarias cuya infracción constituye la desviación y aplicando estas reglas a personas en particular y etiquetándolas de extrañas".

Otro punto es que "un estado de desviación primaria sintético y creado arbitrariamente debe ir seguido de una pérdida de habilidades sociales (como resultado, por ejemplo, de una hospitalización o de un encarcelamiento innecesario)" (Linn, 1982: 881).

5.2.5. Concepciones holísticas.

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, las disciplinas científicas, siguiendo los niveles de organización de la naturaleza en razón de una gradación respecto a su complejidad (átomos-moléculas-células-seres humanos-sistemas sociales), se han jerarquizado en ciencias físicas-químicas-biológicas-psicológicas-sociales, siendo el nivel inferior parte del superior y así sucesivamente. La psiquiatría, cuyo objeto de estudio es la conducta patológica, se sitúa junto a otras ciencias de la conducta, como la psicología y la psicopatología, en un nivel jerárquicamente superior a la neurociencia.

Tratando de dar una explicación comprensiva a la complejidad de la conducta, la corriente biopsicosocial trata de hacerlo desde los tres niveles: biológico, psicológico y social. Otros modelos, como los perspectivistas, lo hacen desde cuatro perspectivas o niveles de estudio: de las enfermedades, de las dimensiones, de las conductas y de las historias personales. Cada perspectiva posee su lógica (causalidad, conceptos comparativos y cuantitativos, teleología y narrativa, respectivamente) que permite adquirir ciertos conocimientos del paciente mientras oscurece otros.

Estos modelos, a pesar de su utilidad, han recibido distintas críticas como que sus diseños se elaboran a posteriori para describir, más que explicar, la conducta patológica. Otra crítica que se les hace es que aunque estudian la conducta desde una perspectiva global difícilmente pueden ser utilizados para la investigación etiológica de los trastornos mentales, ni tampoco explican o lo hacen de forma insuficiente en que consiste la interacción entre los distintos niveles, una vez que esta está aceptada. Finalmente, el número de niveles no se determina por un modelo teórico de conductas anómalas, sino por su utilidad, por lo que más que un modelo científico podrían ser considerados marcos conceptuales para guiar la práctica clínica ya que su validez investigadora está aún por demostrar (Villagrán y Olivares, 1995: 142-143).

5.2.6. Conclusiones.

En España, las críticas sociológicas a la psiquiatría tuvieron tanta importancia que llevó a que ésta se replantease la cuestión celebrando en Sevilla, en mayo de 1971, un curso de doctorado, dirigido por el catedrático profesor Alonso Fernández sobre Psiquiatría Sociológica. La conexión entre Psiquiatría y Sociología es tan intensamente íntima que ello dio lugar al nacimiento de la Psiquiatría Sociológica. Sus raíces históricas están en Aristóteles que ya hablaba del hombre como ser político o social. El hombre no enferma sólo su parte orgánica sino también su parte social, por lo que hay que tratar la psicología enferma con psicofármacos y diversas medidas físicas, químicas o biológicas encaminadas a compensar el psiquismo afectado y también lo social (Sánchez Vallejo, 1974). Santo Domingo critica el abuso de medicación: "puede haber psiquiatras que vivan en el limbo de su conciencia social, con sus pastillas, creyendo que están tratando nada más que enfermedades" (Santo Domingo, 1974: 125).

El problema mente-cuerpo dista mucho de estar resuelto. El dualismo cartesiano defendía la existencia de dos sustancias (cuerpo-mente) con leyes diferentes. Desde entonces, monistas y dualistas han tratado de explicar sus distintas posturas pero no han logrado terminar con esta polémica. La psiquiatría es una ciencia biológica que estudia la conducta anómala del ser vivo en relación. La mayor parte de los psiquiatras actuales defienden los modelos mentales monistas y materialistas (el modelo médico) pero debido a la complejidad del objeto de estudio, difícilmente podría excluirse el procesamiento simbólico, por lo que buscan modelos integradores. "La psiquiatría es una disciplina intersticial, esto es, se ubica entre los distintos niveles de complejidad y en interrelación con todos ellos". Los niveles de complejidad superiores (psicológicos y sociales) no pueden entrar en contradicción con los niveles más básicos (neurociencias). Los distintos niveles no pueden seguir siendo paralelos como ocurre en los modelos holísticos (bipsicosociales y perspectivistas). La psiquiatría, dicen, debe utilizar estrategias epistemológicas que integren explicaciones e interpretaciones para avanzar en el conocimiento de los mecanismos que generan la conducta patológica. Para Villagrán y Olivares se deben estudiar los aspectos

neurobiológicos y evolutivos del ser humano y sus relaciones en un nivel simbólico y social, sin tener que recurrir para ello a posiciones dualistas en la cuestión mente-cerebro. Tampoco defienden el uso de modelos que utilizan abordajes a múltiples niveles entre los cuales no existe interrelación posible. Su visión es monista, unitaria, de los fenómenos a estudiar (los fenómenos mentales como propiedades macroestructurales del funcionamiento cerebral). (Villagrán y Olivares (1955: 148-149).

Terminamos con las palabras de Echeverría Pérez que desde una posición contraria critica la despersonalización de la psiquiatría: "El reto está en superar esta despersonalización. Cada enfermo y cada trastorno son estrictamente únicos. Y no sólo eso: sujetos a cambios continuos. Si somos consecuentes con el postulado de que es la persona - y no el trastorno mental - la unidad natural y fundamental en psicopatología, deberemos plantearnos estrategias más holistas y globalizadoras que vayan más allá del diagnóstico como clasificación y del diagnóstico dimensional. Será necesario un diagnóstico personal irreductible al diagnóstico categorial y al diagnóstico dimensional, por muy útiles que puedan ser estos últimos" (Echeverría Pérez, 1995: 373-374)

PARTE SEGUNDA

HISTORIA DEL CENTRO SAN JUAN DE DIOS

CIEMPOZUELOS (MADRID)

CENTRO SAN JUAN DE DIOS
CIEMPOZUELOS (MADRID)¹

"No es encerrando al vecino como se convence
uno del buen sentido propio"

Dostoievski, "Diario de un escritor"

INTRODUCCION

Para poder llegar a una mejor comprensión del "Manicomio de Varones en Ciempozuelos" y el por qué de su fundación, se ha creído conveniente comenzar este trabajo con una breve exposición de la situación en España de lo que hoy conocemos como "población marginada", haciendo más hincapié, como es lógico, en la situación de los enfermos mentales en los tiempos próximos anteriores a la creación de este establecimiento.

De los siete millones y medio de habitantes censados en nuestro país en 1750, se decía que dos millones eran pobres de solemnidad. No es extraño, pues, que mendigos y vagabundos dcambularan de un lugar a otro, de feria en feria, de jubileo en jubileo, en busca de la riqueza que paliase en parte su desgracia. Casas de misericordia, hospicios y hospitales, contruidos con las donaciones que para salvar sus almas hacían los nobles a la Iglesia, les daban cobijo pero no solución, sirvan de ejemplo, las 70 órdenes o cédulas que se decretaron entre 1719 y 1798 con este propósito. Cada vez había más miseria y consecuentemente más pobres aunque, entre ellos, también abundasen muchos a los que les resultaba más fácil vivir del cuento que adaptarse a

¹ Para la realización de esta Segunda Parte se han utilizado las Memorias del Centro, Historias, documentos y diversos artículos publicados en revistas editadas por la Orden Hospitalaria.

un penoso trabajo. En 1775, con la intención de poner un orden a tan caótica situación, se definió el concepto de vago y se permitió deambular por las calles sólo a aquellos pobres que justificaran su pobreza mediante una licencia expedida por el párroco o el Justicia Real².

La primera Casa de Misericordia se había fundado en Valencia en 1673 para acoger pobres, vagabundos, impedidos, ancianos, niños, huérfanos, estudiantes, etc. En estas Casas, las palabras clave eran sumisión, religión y trabajo y llevándolas a la práctica se pretendía conseguir un cambio en la mentalidad de tan diversa población; tarea difícil de alcanzar teniendo en cuenta que lo habitual en estos establecimientos era el hacinamiento, la promiscuidad y la escasa alimentación. Con relación a los locos, las referencias son escasas aunque sí se menciona que en la Casa de Misericordia de Cádiz había un departamento específico para ellos.

Durante el reinado de Felipe V (1683-1746), el ministro Campillo propuso la creación de hospicios que dispusiesen de talleres donde los verdaderos pobres se integrasen en trabajos productivos, mientras que a los falsos pobres se les castigase encerrándoles en presidios. Se les trataba duramente ya que lo que se pretendía era "domar esta gente brutal y acostumbrada al desenfreno".

Gaspar Melchor de Jovellanos (1744-1811), ministro de Gracia y Justicia, fue contrario a la Beneficencia privada ya que la limosna no sólo no ayudaba a combatir la pobreza sino que fomentaba la vagancia y la holgazanería aumentando aquello que pretendía combatir, por lo que tomó diversas medidas como llegar a prohibir en 1779 la reunión de mendigos en las puertas de las iglesias y los conventos. También se trató de evitar que conviviesen los niños y adultos en los hospicios, y se fomentó la creación de talleres donde se les pagaba un sueldo del que se retenían las 3/4 partes para el pago del alojamiento y comida y el resto se les guardaba para cuando abandonasen el hospicio.

² En Inglaterra, cuando salían los locos de Bethlem, se les daba una cédula de identidad que les proporcionaba una serie de privilegios gratis como transporte, comida, hospedaje y protección, pero pronto eran robados para usar estos privilegios. (Zaglul, 1991: 24).

La vida en todos estos establecimientos, aunque amparándose en la caridad, no se diferenciaba mucho de la de las cárceles, motivo por el que se aconsejó que dejaran las puertas abiertas y que se evitase la represión. Mediante el trabajo, el orden y la reclusión, la mejor medicina para combatir el ocio, origen de todos los vicios, se pretendía modificar la naturaleza de los internados devolviendo a la sociedad hombres honrados y capaces de trabajar. Pero la grave crisis económica de finales de siglo afectó intensamente a las Casas de Misericordia y los Hospicios, dificultando los fines propuestos, lo que acentuó las críticas contra ellos considerándoles contrarios al desarrollo económico y a los derechos humanos. El hacinamiento era el lugar idóneo para la transmisión de enfermedades lo que dio lugar a que se considerara la pobreza en sí misma un peligro para la salud pública. Ello hizo que se tomaran nuevas medidas encaminadas a evitar la reclusión de los pobres, a excepción de los pobres de profesión, creando puestos de trabajo en la agricultura, obras públicas o talleres.

En el catastro de 1750, realizado por el Marqués de la Ensenada, se censaron 2.089 hospitales aunque en este número se incluían también todos los refugios de pobres. La situación del Hospital General de Madrid era tan caótica que incluso se pensó en cerrarlo. Más de la mitad de los enfermos que ingresaban morían allí, lo que motivó que la gente tuviese verdadero pánico a ocupar una de sus camas. No hubo más remedio que remodelarlo y el nuevo Hospital dispuso de 38 salas (24 de hombres y 14 de mujeres) con un total de 1.564 camas de las que 38 estaban reservadas para los locos.

Por una Real Cédula del 6 de octubre de 1768 se ordenó la división de Madrid en ocho cuarteles, con sus alcaldes respectivos, que tendrán jurisdicción criminal en su zona. Los alcaldes de barrio "subdividirán entre sí el distrito de su cuartel y matricularán a todos los vecinos, a los entrantes y salientes; celando la policía, el alumbrado, la limpieza de las calles y de las puertas; atenderán a la quietud y al orden público, (...) y también se encargarán de la recolección de pobres para dirigirlos al hospicio, y de los niños abandonados". En cada cuartel habrá dos médicos y dos boticarios pagados por la Diputación. Los médicos, además de tratar de curar a los enfermos, tenían la tarea de dictaminar la

cuantía de los subsidios que debían recibir acorde a su situación familiar. De esta forma, los médicos de finales del siglo XVIII van a unir la función médica a la función asistencial que junto a la función política ya nunca van a dejar (Alvarez-Uría, 1883: 52).

Juan Meléndez Valdés (1754-1817) propuso la creación de una asociación filantrópica de caridad en la que participasen desde los propios reyes hasta los más humildes párrocos de las aldeas. Mediante colectas, suscripciones, donativos, etc. se crearía un fondo común para ayudar de forma organizada a los necesitados. Primero se les clasificaría, enviando a cada uno a su lugar de origen, y se les proporcionaría trabajo prohibiendo la mendicidad y la vagancia. Estas medidas de control y ayuda no eran nada novedosas pues habían sido ya difundidas en el tratado "Del Socorro de los Pobres" (1526) por Juan Luis Vives, quien ya en su época defendió la intervención del Estado lo que dio lugar a grandes críticas, sobre todo por parte de la Iglesia, motivo por el cual, a pesar de la originalidad de sus ideas, tardarían dos siglos en llevarse a la práctica. Una instrucción del Consejo Real, dada en Madrid (1540) y mandada imprimir y publicar en 1544, inspirada en Vives, dispuso:

1. Que ninguno demande por Dios sin que sea examinado si es pobre.
2. Que, aunque sea pobre, nadie pida más que en su naturaleza, dentro de ciertos límites territoriales, salvo si fuese en caso de pestilencia o grave hambre.
3. Que esos mismos, en sus naturalezas, no puedan pedir sin cédulas del cura o del diputado.
4. Que estas cédulas no se las den sin que sean primero confesados como lo manda la Iglesia.
5. Que los peregrinos que van a Santiago no puedan salir a pedir más de cuatro leguas de camino derecho.
6. Que los pobres no pidan por las puertas ni calles y que los provisosores y corregidores procuren y pongan diligencia para que se reformen los hospitales y allí sean alimentados y curados.

Estas medidas fueron aplicadas de forma desigual aunque algo más estrictamente en el Reino de Zamora y Valladolid (Alvarez-Uría, 1983: 42).

La asistencia a los enfermos ya no era una simple cuestión de caridad, sino más bien competencia de la administración pública y de orden social, sobre todo tras el motín de Esquilache (1736). Entre 1766 y 1769 se recogieron mil seiscientos noventa y un vagos en el Hospital Real de Madrid y cuatro mil doscientos setenta y nueve en el de San Fernando. A partir de entonces, el Hospital General estuvo bajo la jurisdicción civil del Juez Conservador que también era Ministro del Consejo. Con ello, el hospital había perdido sus privilegios tradicionales y había quedado bajo el control del poder administrativo (González Duro, 1995: 141).

La Hermandad del Refugio recorría las calles y recogía militares, vagabundos, sifilíticos, prostitutas, locos y enfermos que eran internados bajo el dictamen de los médicos, que además van a ser los encargados de gestionar, en gran parte, la vida de estos miserables, ocupando la medicina un "puesto importante en el interior de los sistemas correctivos de la patología política, ya que la enfermedad, en tanto que improductividad, contagio, pobreza, peligrosidad, cuestiona el orden social" (Alvarez-Uría, 1983: 56).

Los locos que internaban en el Hospital General eran, por lo general, violentos, turbulentos y rabiosos que no se sometían al reglamento de la casa. "El Hospital General, extraño poder que el Rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la Ley, será el primer espacio de inmovilización de la locura desligada ya de toda trascendencia imaginaria para pasar a ser una lacra social que asume, en negativo, todas las virtudes y valores establecidos. La locura, encerrada en un lugar más propio de la moral que de la terapia, aparece como un concepto social ligado a la pobreza, la improductividad, la depravación sexual, la antifamilia, el libertinaje, la irracionalidad y la revuelta" (Alvarez-Uría, 1983: 57). El aire viciado producido por el hacinamiento de los hospitales era la causa de muchos de los fallecimientos. Ingresar en un hospital era una desgracia más que añadir a la enfermedad, por lo que poco a poco se iría introduciendo la asistencia médica domiciliaria a los

trabajadores. No era extraño que el Conde de Cabarrús considerara al hospital como "el teatro de todas las miserias humanas".

La conducta de todos estos seres se identificaría con la falsa conciencia y con la locura. En el nivel económico los locos estaban en el mismo plano que los impedidos, vagos, pobres, delincuentes o viciosos. Una línea divisoria marcaba la frontera entre los que respetaban las normas, participaban en el desarrollo económico y caminaban hacia el progreso y los que por circunstancias diversas no lo hacían. Los perturbadores del orden establecido eran molestos a la sociedad por lo que serían encerrados, pasando así de perturbadores a perturbados. Los locos siguen el mismo tratamiento. La locura era un estigma que acarrea los valores negativos del confinamiento, del castigo y de la corrección, por mucho que fuese considerada como una anomalía inocente, irresponsable e irracional. Y aunque, teóricamente, sólo se debían mantener encerrados a los que sufrían crisis violentas y a los pensionistas, lo cierto es que muchos permanecieron encerrados de por vida. Por otro lado, como la demanda era mucho mayor que la oferta, para algunos la estancia era más bien corta, ya fuese porque los reclamases sus familias, desapareciesen sus síntomas o porque pasasen a mejor vida. No se pensaba en su rehabilitación, algo imposible por otro lado, puesto que la enfermedad era considerada incurable y tampoco se les hacía trabajar, salvo escasas excepciones, como en el Manicomio de Zaragoza.

Las nuevas ideas liberales exigían una reforma económica y con este fin comenzaron a tomarse diversas medidas, entre otras, el libre comercio, la abolición de los mayorazgos y se pensó que si el estado era pobre y la iglesia tenía el dinero la solución estaba en la desamortización de sus bienes. A los pobres había que mantenerlos en sus casas, proporcionándoles trabajo y la política asistencial se reservaría para los que no fuesen aptos para trabajar (imbéciles, decrepitos, enfermos y los que no encontrasen trabajo). En 1798 y 1803, con las desamortizaciones de los bienes y propiedades de los establecimientos benéficos, la situación se hizo todavía más insostenible.

Por Real Decreto del 27 de diciembre de 1821 se dictan las primeras medidas jurídicas que darán lugar a la creación de los primeros manicomios y con ellos se producirá el gran cambio que transformará toda la asistencia. Exponemos los artículos que hacen referencia a los locos y en los que se observa la necesidad de internarlos en instituciones públicas:

- Art. 119. Habrá casa pública destinada a recoger y curar a los locos de toda especie, las cuales podrán ser comunes a dos o más provincias, según su población, distancia, recursos, y aún según el número ordinario de locos en ellas; todo a juicio del Gobierno.
- Art. 120. Estas casas no deberán estar precisamente en la capital, y el Gobierno podrá establecerlas en otros puntos de la provincia que ofrezcan más ventajas y comodidades para la curación de los locos.
- Art. 121. En estas casas las mujeres tendrán un departamento distinto del de los hombres, y las estancias de los locos serán separadas en cuanto fuere posible según el diferente carácter y período de la enfermedad.
- Art. 122. El encierro continuo, la aspereza en el trato, los golpes, grillos y cadenas jamás se utilizarán en estas casas.
- Art. 123. Se ocupará a los locos en los trabajos de manos más proporcionados a cada uno, según la posibilidad de la casa y el dictamen del médico.
- Art. 124. Habrá un director, a cuyo cargo estará la parte económica de la casa, como también la gubernativa en todo lo que no tuviere relación directa con la curación de los locos.
- Art. 125. Podrán los particulares establecer de su cuenta casas de locos; pero éstas deberán estar también bajo la inspección de las Juntas de Beneficencia.
- Art. 126. La admisión, colocación y alimentos de los locos, la forma de edificio y estancias particulares, la cantidad que deban pagar los que puedan costear su curación, las atribuciones de los facultativos, las circunstancias de los sirvientes, el orden y tiempo de las visitas, todo será objeto de un reglamento especial.

La ley de Beneficencia de 25 de enero de 1822 incluía entre los establecimientos de Beneficencia, además de los hospitales y la asistencia domiciliaria, la casas de maternidad, convalecientes y locos

pero no será hasta 1836 cuando las Juntas de Beneficencia sucedan a los Cabildos en la gestión de las casas de dementes.

En 1838 el Gobierno declara que los enfermos deben ser atendidos en sus casas, cuidados por sus familias, y sólo deberán ingresar en los Hospitales los mendigos, transeúntes y los que no tienen a nadie. Se produce la crisis del Hospital y triunfa la asistencia domiciliaria pero nuevamente el loco es apartado de esta polémica. El loco por su propio bien debe ser encerrado, privado de su libertad en nombre del "aislamiento terapéutico".

En un viaje realizado por la reina Isabel II a Zaragoza, su médico de cámara, Pedro M^a Rubio, visitó el departamento de dementes del Hospital General y quedó tan lamentablemente impresionado por lo que presenció que llegó a decir: "padrón de ignominia para la nación de Europa que lo consienta a mediados del siglo XIX".

No es extraño que años después se dijese: "La asistencia y el cuidado de los dementes por los poderes públicos y la iniciativa particular, había llegado en España a unos límites de abandono que rayaba ya en lo criminoso. A mediados del siglo XIX, en el país que tuvo los primeros manicomios, decíase como preámbulo ministerial de un Real Decreto dirigido a las autoridades gubernativas provinciales, instigándolas a que de cualquier modo crearan el servicio de alojamiento de dementes: "la humanidad se estremece al considerar el modo en que, por lo general, se desempeña esta alta obligación. Jaulas inmundas y tratamientos crueles aumentan por lo común la perturbación mental de aquellos"³. El poder central confesaba así su impotencia (cit. por Rubiano Herrera, 1927: 7).

José Rodríguez Villargoitia, médico del departamento de dementes del Hospital General de Madrid, decía en 1847: "hoy no es un descuido es, si no un crimen, por lo menos una ignominia que los dementes discurren por las calles y los mercados, o que se pudran en

³ Esta frase la cita también González Duro (1995: 238) y la atribuye a Javier de Burgos (1833), ministro de Fomento del primer gabinete de la regente María Cristina, quien reconoció la lamentable situación de los locos en nuestro país.

sombríos calabozos maldecidos en su desgracia, por una sociedad a la que acaso prestaron los más eminentes servicios"... "Todo el mundo sabía que los dementes carecían en España de un solo establecimiento que estuviese en consonancia con los adelantos de la época" (González Duro, 1995: 250).

Pedro María Rubio realizó un estudio epidemiológico de la enfermedad mental publicándose las primeras estadísticas en la Gaceta Médica el 19 de septiembre de 1848. Se daba la cifra de 7.277 dementes existentes en la península e islas adyacentes. Del total, sólo 1.626 (912 hombres y 714 mujeres) estaban acogidos en diversos establecimientos públicos de 31 provincias españolas. La clasificación de estos establecimientos se distribuía como sigue: 4 establecimientos especiales para dementes (Mérida, Valladolid, Toledo y Zaragoza), 47 establecimientos benéficos (32 hospitales, 10 hospicios y casas de misericordia, 2 inclusas y 1 casa de expósitos), 17 establecimientos penales (14 cárceles, 2 casas-galeras y 1 presidio) y 1 casa religiosa (1 convento de monjas). Así, la dispersión institucional de los enfermos mentales se manifiesta como la carencia de una política asistencial coherente a nivel nacional (González Duro, 1995: 245).

La ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849 reguló la asistencia psiquiátrica y obligó a las Diputaciones Provinciales a cubrir la asistencia de los enfermos mentales pobres. A partir de esta ley se crearon los siguientes manicomios: Santa Isabel de Leganés (1852), Hospital de dementes de Salamanca (1852), la Casa del Cordón en Valladolid y Nuestra señora del Carmen en Mérida (ambos en 1853), Hospital de las Cinco Llagas o de la Sangre en Sevilla y el del Nuncio o de los Santos Inocentes en Toledo. Posteriormente, los provinciales de Granada y Zaragoza. En 1860 había casas para dementes en Badajoz, Baleares, Barcelona, Cádiz, Córdoba, Granada, Huesca, Lérida, Madrid, Murcia, Salamanca, Sevilla Teruel, Toledo, Valencia, Valladolid y Zaragoza.

Durante años se pensó en la creación de un Manicomio Modelo en Madrid que mejorase la caótica situación y sirviera de ejemplo a los demás establecimientos. Se reformó un antiguo palacio y el 24 de abril de 1852 se inauguró el Manicomio Modelo de Santa Isabel de Leganés. En 1853 tenía ya 113 enfermos. Pero la falta de una

infraestructura adecuada, espacios reducidos, apenas tenía agua, carecía de baños y de terrenos para realizar la terapéutica por el trabajo y los enfermos estaban todos mezclados y los que eran pobres hacinados, pronto acabó con la ilusión que en él habían puesto algunos. El fracaso del Manicomio Modelo de Leganés fue reconocido durante el gobierno de O'Donnell, al publicar la Gaceta de Madrid el 30 de julio un Real Decreto del 28 de julio de 1859 por el que se convocaba un concurso para la construcción de un Manicomio Modelo en Madrid. Lucas Guerra, director del manicomio de Valladolid, manifestó: "El pensamiento de reforma y nueva construcción de nuestros asilos de enajenados honrará siempre al autor. Reclamado ya por los adelantos del siglo, por los progresos de la ciencia y sobre todo por la nada lisonjera situación actual de los desgraciados locos, es un bien concedido a estos entre tantos y tan agravativos sufrimientos como les aquejan" y continuaría con una serie de comentarios y recomendaciones al programa presentado por José María Rubio. Hubo también otras críticas a este programa como la de Antonio Fadón, director del Manicomio de Mérida que consideró, entre otras, que debían ser separados los sucios de los agitados. Patricio Alvarez criticaría, a su vez, a Guerra y Fadón en su artículo "Cuatro palabras sobre el programa del Manicomio-modelo" publicado el 23 de septiembre de 1959 en el Siglo Médico. De este artículo destacamos:

"Tanto el Sr. Guerra como el Sr. Fadón notan en primer lugar que no se ha dado importancia en el proyecto del Manicomio, al principio general de clasificación de los enfermos. Quisiera por lo visto, que en cada una de sus dos secciones, en cada departamento de éstas y aun en cada cuartel de los que se establecen, hubiera una subdivisión para cada variedad de trastorno mental; y lo quisieran para que reunidos así los que sufren el mismo padecimiento o fuera más sencilla y ordenada su asistencia, o no se trastomara más la extraviada inteligencia de los pacientes, confundiéndose los enajenados de distinta índole".

"Ocúrreme, en primer lugar, que nada hay fijo ni constante en punto a clasificaciones nosológicas, no digamos de las enfermedades mentales, pero ni aún siquiera de las más comunes dolencias; que la clasificación más aceptable para unos médicos, deja de serlo para otros; que la preferida hoy es desechada mañana, sucediéndose unas a otras

como las hemos visto sucederse hasta el día. ¿Debe, pues, erigirse un establecimiento de dementes, destinado a durar siglos, en conformidad con una nosología pasajera o insegura? ¿no sería más cauto adoptar una base de división esencialmente práctica y por lo tanto duradera?".

Este artículo debido a su extensión continuó en el siguiente número de la Revista dando lugar a una respuesta por parte de Fadón lo que inició una polémica entre ambos que demuestra el interés suscitado por la creación del Manicomio-Modelo, que a pesar de tener el proyecto aprobado no llegó a construirse por motivos económicos.

Pablo Llorach publica un artículo titulado "Manicomios en España" en el Siglo Médico (1862) del que entresacamos los siguientes párrafos:

"Las instituciones frenopáticas han sido, son y serán siempre el primero y más seguro medio de curación de la locura. Todo lo que fuera de ellas se haga será poco menos inútil y, muchas veces, altamente perjudicial. Los alienados, en sus propias casas, no hacen más que agravar sus dolencias; en ellas no se les puede prescribir ningún régimen; es del todo imposible reglamentar sus actos y maneras; ni es permitido tampoco ordenar sus ideas; muy al contrario, las personas que les tratan son comúnmente el objeto pasivo de sus caprichos y observaciones, so pena de excitar su delicada sensibilidad y promover en ellos todo género de desórdenes. En sus casas ellos mandan y los que les cuidan obedecen. En los manicomios sucede todo lo contrario. De ahí la reconocida y saludable necesidad del aislamiento".

"Los manicomios en España son, de entre los pueblos civilizados los peores de todos. Visítese la Francia, la Inglaterra, la Bélgica, la Italia, la Prusia, el Austria y hasta la misma Rusia y en todos se hallarán sus asilos frenopáticos modelos y dignos por consiguiente de la condición humana; donde se hallan albergados los vesaniacos con la dignidad y decoro con que debe serlo la especie humana. Muchos, o casi todos los nuestros (sensible es el decirlo), más bien merecen el nombre de insalubres cárceles, que asilos de la Beneficencia Pública".

"Los institutos frenopáticos (nombre que debiera darse a todos los establecimientos de esta clase, por ser, de entre los muchos que hay, el que mejor expresa su objeto), tal y como se consideran hoy día, son casas de salud: son casas donde los infortunados orates encuentran un benéfico refugio y alivio en sus penalidades; son casas en que la educación moral y física se cultiva con óptimo fruto; son verdaderos ateneos, en donde la instrucción primaria, artística, religiosa y científica, se cultiva con esmero; son establecimientos industriales, floricultores, horticultores y agrícolas; son unos lugares de aislamiento, de seguridad y preservación" (cit. por López de Lerma y Díaz Gómez, 1991: 32-33).

Continúa criticando el desorden que reina irremisiblemente en los manicomios que son nada menos que depósitos de enajenados mentales; los estrechísimos locales que "no permiten la debida separación de ambos sexos, necesidad primera en toda institución frenopática, las rejas, los reducidos y sombríos patios, los mal ventilados y húmedos dormitorios, el aire poco y viciado, etc., etc. Observamos como la institucionalización del enfermo mental se transforma en la desinstitucionalización del XX y la separación de sexos en la unión como estímulo para ambos para lograr una recuperación.

En 1859, en la revista *España Médica*, vol. 4, núm. 162, R. Torres critica la Sala de Dementes del Hospital General de Madrid donde los infelices enajenados,

"colocados en un reducido, lóbrego y asqueroso local, situado al norte y en la planta baja del edificio, compuesto de una pequeña sala en cuya parte derecha y a lo largo de ella podían colocarse hasta cuatro o cinco camas, y en la que, a la izquierda, se veían cinco cobachas, o madrigueras, denominadas con toda propiedad jaulas, sin duda por la semejanza con las de la antigua casa de fieras del Retiro, de unos siete a ocho pies de longitud, por cuatro o cinco de altitud, adornadas o provistas de un camastro, compuesto de un fuerte cajón y dos maderos atravesados por debajo, destinados a sostener aquél, todo ello embutido en la pared por tres lados; sobre cuyo aparato se hallaba un talego lleno de vedijas o más bien de incrustaciones lanugientas, a lo cual se daba el honorífico e impropio nombre de colchón, y un apéndice llamado almohada, compuesto de los

mismos escogidos materiales; de lo que, y de las cubiertas, dignísimas compañeras de tan elegantes prendas, empapado siempre en caldo, agua, orina, excrementos, hacía exhalar el calor del cuerpo, y el de la estación en verano, del desgraciado ser que allí se atormentaba, unos miasmas capaces de asfixiar hasta el animal más inmundo. A este paraíso se daba el nombre de departamento de pobres, por no pagar pensión los alojados en él".

Con respecto al Manicomio de Leganés, extraemos los siguientes párrafos:

"Pues bien; avergonzados, como dije, los encargados de mirar por el bienestar de la humanidad, de que cuando en todas las naciones cultas habían desaparecido ya, muchos años hacía, hasta los últimos restos de ese padrón de ignominia de degradación de la especie humana, significado en esos sepulcros de vivos, existirá aún entre nosotros en todo su horror antiguo; tuvieron la miserable ocurrencia de erigir el hospital de Leganés". "Construido este edificio, es decir, habilitadas las tapias ruinosas de un gran corral porque, ya según voz pública, no era otra cosa lo que allí había, para convertirlo, contra todas las reglas de la ciencia, en manicomio, si bien gastando en ello, según he oído a muchas personas bien informadas, sumas bastante considerables, casi suficientes para construir un edificio de nueva planta y en terreno apropiado, fueron trasladados a él los enfermos que ocupaban los calabozos de Madrid en número de 22 hombres y 14 o 16 mujeres".

"Entre las infinitas anomalías que he tenido lugar de observar, de las muchas que acontecen en Leganés, se encuentra la repugnante costumbre de hacer beber agua a la generalidad de los enfermos en un cántaro de agua que anda siempre rodando por los rincones del patio y hasta por los de los comunes, en el cual he visto a varios enfermos infinitas veces hasta lavarse los órganos genitales; siendo de advertir, que hasta la ida al establecimiento del Sr. Escudero, ni aún se ponía un jarro para beber con él, sino que todos lo hacían con el mismo cántaro, dejando al paso en el agua una buena porción de mocos...".

En 1877, José María Esquerdo (1842-1912) fundó un Sanatorio en Carabanchel Alto que junto con el de "Nueva Belén" en Barcelona,

serían los sanatorios privados que gozaron de más prestigio en aquella época. Esquermo comenzó a impartir cursos de psiquiatría en Madrid y Juan Giné y Partagás (1836-1903) en el Nueva Belén, donde en 1888 creó la primera escuela de psiquiatría, en 1881 fundó la Revista Frenopática barcelonesa y en 1883 celebró el Primer Certamen Frenopático. En 1876 publicó el primer tratado de psiquiatría español, "Tratado teórico-práctico de Frenopatología o estudio de las enfermedades mentales fundado en la clínica y en la fisiología de los centros nerviosos". En los Preliminares expone que: "Por desgracia este será el primero de su clase de la literatura española, pues aparte del "Tratado de la manía" de Pinel, vertido a nuestro idioma por Guarniero en 1804; el de "Las enajenaciones mentales" de Esquirol, traducido en 1856 por el doctor Mata y algunos nobilísimos opúsculos escritos por mi amigo el doctor Pi y Molins, nada poseemos en esta importante rama de la clínica médica".

En el Cuadro 6.0 (pág. 281), "Estadística de los Manicomios en España", podemos observar que no se menciona el departamento de dementes del Hospital General de Madrid, ni se tienen en cuenta los dementes acogidos en las Casas de Misericordia. A finales de 1858 había 524 enajenados más que en 1848 y la tendencia a ingresar iba en aumento ya que en 1864 se registraron 2.755 ingresados. El presupuesto de 1859 para el sostenimiento de todos los establecimientos fue de 3.008.939 reales.

Con esta breve exposición pero lo suficientemente expresiva para darnos a conocer la situación de los enfermos mentales en la España de mediados del siglo XIX y, teniendo en cuenta que en la capital del reino sólo se disponía, para atender a estos enfermos, de la Sala de Dementes del Hospital Provincial y el Manicomio de Leganés podemos comprender el porqué el P. Menni, en lugar de un asilo para niños como tenía pensado cuando se desplazó a Madrid, decidiera fundar el Manicomio de Ciempozuelos cuya historia damos comienzo ahora.

Cuadro 6. 0. Estadística de los Manicomios en España.

ESTABLECIMIENTO	Nº Locos	Ingresos	Salidas	Nº Locos
	final 1858	1859		final 1859
Manicomio de Mérida	53	23	18	58
Manicomio de Palma de Mallorca	63	24	16	76
Hospital de la Sta. Cruz de Barcelona	228	181	178	231
Departamento de Dementes de Cádiz	78	70	61	87
Hospital Cardenal de Córdoba	57	19	25	51
Hospital Real de Granada	196	92	83	205
Manicomio de Huesca	11	13	4	20
Departamento de Dementes de Lérida	36	20	16	40
Manicomio de Leganés	121	27	26	122
Hospital San Juan de Dios de Murcia	22	24	18	28
Manicomio de Salamanca	47	19	9	47
Hospital Cinco Llagas de Sevilla	99	15	34	80
Manicomio de Teruel	38	29	14	53
Manicomio de Toledo	79	45	51	73
Manicomio de Valencia	462	137	109	490
Manicomio de Valladolid	263	145	127	281
Hospital de Gracia de Zaragoza	292	96	113	275
Total: 17 establecimientos	2.150	979	912	2.217

FUENTE: Anuario estadístico de España, 1860. Cit. por González Duro, 1995: 292.

La hemos dividido en cuatro periodos, siguiendo principalmente los cambios operados en su infraestructura. Pensamos que todo cambio produce una evolución y no sólo en su parte más visible sino también en la parte interna que, aunque la más difícil de cambiar, con el paso de los años, lentamente va consiguiendo sus objetivos. La denominación de los dos primeros periodos coincide con los de la Historia del Sanatorio de San José (1926) pero hemos hecho una pequeña variación en cuanto a la duración de los mismos. En este documento el

Período de Fundación se extiende hasta 1903 y se caracteriza por "echar las bases del Establecimiento" y predominar el sistema de pabellones en continuidad. El Período de Perfeccionamiento se extiende hasta 1925 y se caracteriza por contar con una base económica suficiente para llevar a cabo las obras del sistema de pabellones aislados. Nosotros comenzamos el Período de Perfeccionamiento a partir de 1903 que es cuando se inicia la construcción de los pabellones aislados y el Período de Remodelamiento a partir de 1925 por ser en este año cuando se comienza a utilizar la denominación de Sanatorio.

1. Período de Fundación. (1877-1903)
2. Período de Perfeccionamiento (1903-1925)
3. Período de Remodelamiento (1925-1969).
4. Período Actual (desde 1976).

PERIODO DE FUNDACION (1877-1903)

El Centro San Juan de Dios, tal como se denomina en la actualidad, fue fundado en 1877 por el P. Benito Menni Figini⁴ a quien el General de la Orden Hospitalaria, Rdo. P. Fr. Juan M^a Alfieri, con la aprobación del papa Pío IX, le había encomendado la tarea de restaurar la Orden Hospitalaria en España. Con esta misión, se trasladó a España en enero de 1867 "con dos reales en el bolsillo y una inquebrantable confianza en la Divina Providencia" nos dicen los historiadores, aunque también aseguran que si lo segundo no ofrecía ninguna duda, difícil era creer lo primero. No obstante, bien sabían lo que hacían los que le eligieron como restaurador ya que tan pronto como el 14 de diciembre de 1867 inauguraba en Barcelona, calle Muntaner número 18, una Casa-Asilo para acoger a niños pobres, enfermos, raquíuticos, ciegos, y lisiados. De esta forma comenzaba la restauración de la Orden Hospitalaria en España tras su desaparición como consecuencia de las leyes desamortizadoras de Mendizábal llevadas a cabo en 1835-36.

La figura de Benito Menni como restaurador queda suficientemente acreditada por su labor; en 36 años inauguró 25 establecimientos, diez de los cuales fueron cerrados por diversas causas, pero a su cese como Provincial, en 1903, dejó quince funcionando normalmente (siete casas de salud, cinco asilos de niños, un hospital de

⁴ El P. Menni (Angel Hércules en la vida seglar), nació en Santa María Fontana (Milán), el 11 de marzo de 1841. Aún muy joven ingresó en la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios donde hizo la profesión solemne el 17 de mayo de 1864.

ancianos en Sevilla, el instituto para epilépticos en Carabanchel y el hospital de San Martín en Guadalajara de Méjico)⁵.

Debido a las circunstancias por las que atraviesa España, el P. Menni es detenido en 1873, sin que se mencione la causa, pero fue puesto en libertad y mandado al exilio estableciéndose en la ciudad de Marsella. El 30 de enero de 1874, el P. Alfieri le nombró delegado general para toda España con plenos poderes para tratar con las autoridades eclesiásticas y civiles. Durante la guerra civil de 1874, junto con otros hermanos hospitalarios, practicantes y camilleros, trabajaron al servicio de la Cruz Roja y en 1875 se trasladaron a la villa de Escoriaza (Guipúzcoa) con la idea de fundar una casa-asilo para atender a los dementes más necesitados, pero cuando prácticamente estaba aprobada su creación, termina la guerra y tuvieron que abandonar el proyecto por su carácter de religiosos.

El 30 de mayo de 1876 se traslada a Madrid con el propósito de fundar un asilo para niños lisiados pero, después de recorrer la ciudad y estudiar las costumbres y necesidades de sus gentes, consideró prioritario fundar un manicomio para dementes. Con este fin visitó, entre otros, los pueblos de Vallecas, los Carabancheles, Chinchón y Aranjuez, trasladándose el 24 de octubre de 1876 a la Villa de Ciempozuelos⁶ donde le habían indicado que había una casa que le podía interesar.

⁵ El Manicomio para Mujeres Dementes en Ciempozuelos fue inaugurado oficialmente el 8 de marzo de 1881, día de San Juan de Dios. "En el mes de abril ingresaba la primera enferma demente, una religiosa oblata del Santísimo Redentor, procedente de su casa de Ciempozuelos, a la que recibieron con gran caridad, poniendo en práctica las instrucciones que habían recibido del Padre para tratarlas, tanto en períodos de tranquilidad como de agitación" (Gómez, J.C., 1968: 179. En "Historia de la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España. Granada: ANEL).

⁶ La villa de Ciempozuelos, por los restos humanos y vasijas de barro encontrados en 1894, parece ser que tuvo su origen en la Edad del Cobre. Posteriormente, en el año 180 (a.C.) se trasladaron varias familias de la ciudad de Puzol y de la isla de Ischia para fundar una ciudad a la que denominaron Ischadia, nombre que en griego significa "los áridos higuerales". Ischadia carecía de agua por lo que sus habitantes se veían obligados a transportarla del río. Trataron de remediarlo con la construcción de un canal que trasladase al pueblo la aguas de un manantial situado al norte, en Buzanca. El canal no tenía el agua suficiente por lo que se vieron obligados a construir cien pozos para aumentar su caudal con tal éxito que incluso motivó el cambio del nombre de Ischadia por el de Ciempozuelos.

Debido a la no muy amistosa relación existente entre la Iglesia y el Estado decide, en lugar de actuar como representante de la Orden Hospitalaria, crear una asociación seular de Enfermeros de la Caridad cuyos estatutos serían aprobados por Real Orden de 27 de octubre de 1876, autorizando a dicha asociación a fundar hospitales y asilos por toda la nación:

"S.M. (q.D.g.) ha tenido a bien conceder la autorización pedida para que se constituya la mencionada Asociación con arreglo a los estatutos presentados que también se aprueban con esta fecha, en lo que se refiere al carácter benéfico que contienen, en el concepto de que dicha sociedad ha de prestar sus servicios en los hospitales y asilos de cualquier punto de la nación. Madrid, 27 de Octubre de 1876. El Subsecretario, Francisco García)⁷.

El P. Menni encontró efectivamente en Ciempozuelos el lugar idóneo para su propósito, de tal manera que a mediados de diciembre de 1876 compraba a D^a Josefa López de Alcaraz una amplia casa con una enorme huerta y agua en abundancia y muy próxima a la estación de ferrocarril. Pagó por ella quince mil pesetas a plazos y con dinero procedente de limosnas y aportaciones de benefactores.

Una vez en posesión de las escrituras de la finca, con fecha 21 de diciembre de 1876 presentó una instancia solicitando la licencia para abrir un manicomio o casa de salud y cuando llegó la autorización, el 23 de febrero de 1877, ya se habían hecho en la casa las reformas pertinentes para su nuevo destino:

"El Señor Ministro de la Gobernación dice con esta fecha al Gobernador de esta provincia lo siguiente: "Excmo. Señor: Vista la instancia elevada por D. Angel Hércules Menni, D. Juan Francisco Bramón y Vñíolas y D. Jaime Rovira y Boltá, en solicitud de que se les autorice para fundar en Ciempozuelos un Manicomio o Casa de Salud, para dementes varones: Resultando de los estatutos presentados que el establecimiento es propio de los recurrentes que lo han de gobernar y administrar, y por lo tanto debe

⁷A.I.P. Carpeta 46. Fundaciones. Leg. 3º, Doc. 1º (cit. por J.D. Gómez, 1968: 134, op. cit.).

comprenderse en el párrafo cuarto del artículo octavo de la Instrucción de 27 de abril de 1875, S.M. el Rey (q.D.g.) ha tenido a bien conceder la autorización pedida para el establecimiento del citado Manicomio, declarando que el protectorado no tiene otra misión que la de velar por la higiene y la moral pública y acusando recibo de los estatutos mencionados." - De Real Orden comunicada por el referido Señor Ministro lo traslado a usted para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a usted muchos años.- Madrid, 23 de febrero de 1877.- El Subsecretario, N. Murgara.- Sr. D. Angel Hércules Menni."

El nuevo Manicomio o Casa de Salud para dementes varones se regiría por los siguientes estatutos:

Artículo 1º. El Establecimiento se fundará en una cómoda y espaciosa finca urbana sita en la Villa de Ciempozuelos, provincia de Madrid, en la calle de los Caños, número 17.

Artículo 2º. El Establecimiento será propiedad particular de sus fundadores D. Angel Hércules Menni y Figini, D. Juan Francisco Bramón y Viñolas y D. Jaime Rovira y Boltá.

Artículo 3º. Las decisiones que relativamente al Establecimiento deban tomar sus propietarios, lo harán por pluralidad de votos.

Artículo 4º. 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".

Artículo 5º. Los propietarios del Establecimiento nombrarán un Director gerente del mismo, por el tiempo que lo estimen conveniente.

Artículo 6º. El Director del Establecimiento será el único encargado de la dirección y administración del mismo, así como del personal y enfermos, durante el tiempo de su gestión.

Artículo 7º. El Establecimiento estará sujeto a la superior inspección, con arreglo a las Leyes del Reino.

Artículo 8º. 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.

Artículo 9º. La asistencia espiritual del Establecimiento se encargará por el Director a un sacerdote competente aprobado por la Autoridad eclesiástica.

Artículo 10º. El Establecimiento tendrá uno o más Médicos agregados, según requieran las circunstancias, quienes estarán exclusivamente encargados de la asistencia facultativa de los enfermos.

Artículo 11º. El nombramiento y destitución de los Médicos pertenecerá al Director.

Artículo 12º. Estando probado que 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.

Artículo 13º. Para la admisión en esta Casa de Salud será preciso:

- I. Una solicitud por escrito hecha al Director por el jefe de la familia del paciente, o por persona autorizada al efecto, quedando por el hecho responsable de la pensión correspondiente.
- II. La partida de bautismo del paciente y la de su estado, soltero o casado.
- III. Acreditar el estado anormal de la razón del paciente, por medio de una certificación de dos facultativos, que no sean parientes del enfermo, hasta el tercer grado exclusivamente.

Artículo 14º. Los documentos expresados en el artículo precedente deberán ser debidamente legalizados por la Autoridad local de su procedencia.

Artículo 15º. No se permitirán las visitas a los dementes sin el previo consentimiento del director, y en los casos que podría juzgarse perjudicial a su salud será preciso también el permiso del Médico.

Artículo 16º. Los dementes pensionistas serán admitidos con las condiciones que preventivamente se convenga entre los interesados y el Director del Establecimiento.

Artículo 17º. Un especial convenio entre las respectivas Diputaciones provinciales y el Director del Establecimiento determinará las condiciones con que los dementes pobres de una o más provincias podrán ser acogidos y asistidos en el mismo.

Madrid a 21 de diciembre de 1876.-- Angel Hércules Menni y Figini, Juan Francisco Bramón y Viñolas y Jaime Rovira y Boltá. Rubricados." (Corres, 1926: 18-19).

A mediados de enero de 1877 los Enfermeros de la Caridad se instalaron en Ciempozuelos (Gómez, 1968:137)⁸. A primeros de agosto de 1877 se constituyó la Comunidad de Hermanos Hospitalarios de San Juan

⁸ Otros autores citan la fecha de 31 de diciembre de 1976.

de Dios en la Casa de Salud⁹. El 13 de mayo de 1877 ingresó el primer enfermo, D. Juan López Panadero, natural de la villa de Ciempozuelos y acogido de caridad. Al terminar el año eran ya nueve los ingresados¹⁰.

La primera intención de los Enfermeros de la Caridad fue la de albergar sólo a un reducido número de dementes y, preferiblemente, pertenecientes a la clase media. De este modo trataban de evitar la desintegración familiar que acontecía cuando enfermaba el cabeza de familia, ya que no sólo cesaban sus ingresos sino que además veían disminuir sus pequeños ahorros tratando de curarle. A los alienados ricos les cuidaban sus criados en sus casas, mientras que a los pobres, teóricamente, les atendían las Diputaciones aunque, en la práctica, estas evitaban el pago de los internamientos. Ahora bien, debido a la lamentable situación de la asistencia a estos enfermos, según se iba conociendo el nuevo manicomio, empezaron a llegar de todas las provincias y clases sociales, lo que les obligó a cambiar la idea inicial y admitir a todos los que lo solicitaban. En 1887 tuvieron que ampliar el edificio para poder aumentar a 100 el número de camas.

"La Casa de Salud de Ciempozuelos se acreditó por sus instalaciones nuevas e insospechadas en aquellos tiempos y sus métodos terapéuticos, pero mucho más por el buen trato que en ella se daba a los enfermos"¹¹ (Gómez, 1968: 140).

El P. Alfieri, General de la Orden, se desplazaba con frecuencia a España para comprobar "in situ" como se iba desarrollando la Restauración de la Orden Hospitalaria. En la visita que realizó a Ciempozuelos en junio de 1881 distribuyó los empleos y su plena confianza en el P. Menni quedó demostrada como se observa por la siguiente nota del "acta de clausura de la visita":

⁹ Aquí se habla de Casa de Salud y no de Manicomio. Estos términos o el de Asilo se utilizan indistintamente.

¹⁰ A la fundación del Manicomio de Ciempozuelos siguieron el de Palencia (1888), San Baudilio de Llobregat (1895), Santa Agueda (1898), Instituto para Epilépticos de Carabanchel (1899), el de Málaga (1923) y Ntra^a Sra. de la Paz en Madrid (1956).

¹¹ En negrita en el original.

"He dicho que el M.R.P. Menni es el Superior local o Prior de la casa, pero tiene también funciones de Provincial, y como tal debéis mirarle todos, además, es mi Delegado General con aquellos poderes extraordinarios que el General le concede en caso de necesidad. Además, durante los años que le faltan de profesión, tiene también el título de Maestro, aunque con el nombre de Pro-Maestro desempeña este cargo, nuestro amadísimo P. Juan de la Cruz, a quien es necesario señalar un socio que le represente todas las veces que la necesidad exija esté ausente de los actos de Comunidad o de la Casa, o también por enfermedad, en cuyos casos, el Socio debe suplirle y residir, *aun durante la noche, en el noviciado. El Socio será el Hermano Juan María Singla Montpart*".

No faltaron los consejos y disposiciones:

"La caridad para con los dementes se debe practicar con inteligencia, paciencia y valor, no con imprudencia, haciéndose ayudar en los servicios que se han de hacer con los más peligrosos; procurando con buenos modos hacerse ayudar por los dementes en algunos trabajos como preparar la mesa, barrer, y aún más en los trabajos de la huerta. Con las personas civiles mostraos respetuosos, de buenas maneras, pero con santa simplicidad, sin afectación, sobre todo, presentaos ante ellos con mucho esmero en la limpieza, a cuyo efecto queremos que seáis muy limpios en vuestras personas..., para que os podáis presentar con decencia en cualquier parte".

"Recomendamos el recogimiento en todo ... Sin embargo, deseamos que tengáis también recreaciones modestas entre nosotros solamente; y aún con vuestros enfermos, todo con el gran fin de vuestra santificación a cuya meta también debéis dirigir, para el mejor cumplimiento de vuestros deberes, aquella instrucción que se os dará de cirugía menor en el próximo otoño"¹².

En el Capítulo Conventual del 6 de julio de 1882, entre otros, se toman los siguientes acuerdos en relación con los contratos con las Diputaciones:

¹² Las clases de anatomía y cirugía menor comenzaron a impartirse a los Hermanos a los cinco años de la fundación del Centro (Gómez, 1968: 142, op. cit.)

"El P. Provincial expuso que, según su dictamen, no habría dificultad alguna en recibir los enfermos dementes de la Diputación Provincial de Cuenca en las mismas condiciones que se habían recibido ya los de Cáceres, a saber, con la pensión diaria de cuatro reales por cabeza; 1º. porque, según las cuentas que se habían sacado, esta pensión era suficiente; y 2º, porque son pobres que son objeto principal de nuestro Instituto; cuyo parecer fue aprobado unánimemente por todos".

El 21 de febrero de 1881, el P. Meni compró una casa y finca en la calle Jardines, número 1, por el precio de 5.250 ptas., con el propósito de crear un manicomio para mujeres, El día 1 de mayo ingresaba la primera enferma, sor Antonia Ramírez de la Cruz, novicia del Convento de las Oblatas del mismo pueblo de Ciempozuelos. A cargo del establecimiento había un grupo de 10 mujeres que formaron la primera comunidad de religiosas de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón, fundada por el P. Menni el 31 de mayo de 1881. El Manicomio de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús dependió administrativamente del Manicomio de Varones durante los primeros años, compartiendo tres directores médicos: José Rodrigo González González, Maraver y Gayarre.

En 1883, con cinco centros funcionando perfectamente (Barcelona, Ciempozuelos, Granada, Sevilla y Málaga), la Restauración de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios estaba moralmente consolidada en España por lo que el P. Alfieri elevó una súplica a la Santa Sede para "erigir canónicamente una Provincia de la Orden Hospitalaria en España" que fue aprobada por el Papa León XIII el 21 de junio de 1884 (Así nació la "Provincia Española" bajo la denominación de San Juan de Dios).

En el primer Capítulo Provincial de España celebrado en Ciempozuelos el 28 de noviembre de 1884 (fiesta de la Traslación de las reliquias de San Juan de Dios) se nombró "Provincial de la Orden al Muy Rvdo. P. Fr. Benito Menni y Prior de la casa de Salud de Ciempozuelos al P. Jaime Rovira". Con fecha 2 de enero de 1885 la Santa Sede aprueba el traslado del Noviciado de Las Corts a Ciempozuelos. "A este Noviciado

acudieron muchos jóvenes, deseosos de consagrar su vida al servicio de Dios en la práctica de la hospitalidad con los enfermos dementes" (Gómez, 1968: 185). Rodrigo González daba clases teórico-prácticas de anatomía, cirugía menor y farmacia a los novicios y neo profesos, publicando un manual, el "Prontuario del enfermero" que utilizaron para su formación. Con fecha 6 de noviembre de 1899 se propuso a los Padres Consejeros el traslado del Noviciado a la Casa de Carabanchel y entre los motivos también se manifestaba:

"Al hacer este traslado quedarán en Ciempozuelos los Hermanos neoprofesos y los postulantes. En este segundo año se seguirá fomentando en aquéllos el espíritu religioso, y se completará su formación religiosa y cultural haciéndoles que estudien la Cirugía menor y lo necesario para hacerse practicantes¹³". Se observa una constante preocupación por la formación de los Hermanos para su futura misión. El P. Alfieri en su visita al Asilo de Barcelona recomendaba: "Es conveniente en cuanto sea posible, que destinen algunos Hermanos a los estudios de cirugía menor, farmacia y otros semejantes para la perfecta asistencia a los enfermos ... "

Al establecimiento se le anexionaron nuevas construcciones quedando convertido en un enorme y laberíntico edificio, en forma de T, donde se podían recorrer todos los pabellones sin salir al exterior. Se le había rodeado de patios y jardines con el fin de que los enfermos gozaran de una ficticia libertad.

En el Cuadro 6.1. (pág. 292) se puede observar el movimiento de enfermos durante los primeros años del manicomio, destacando el aumento progresivo de los ingresos, a excepción del año 1883, pero que se ve muy superado en el año siguiente, y el elevado número de altas por fallecimientos que supera a las de curación. La Dirección lo explica, como veremos más adelante, por el estado de salud tan precario de muchos de los enfermos a su ingreso. Podemos comparar estos datos con los del Cuadro 6.2. (pág. 292) que refleja las entradas y salidas de enfermos en distintos hospitales:

¹³ Esta materia puede verse expuesta ampliamente en el Libro 1^º de Actas del Def. P., pág. 66 (A.I.P.) (Cit. por Gómez, 1968: 289, op. cit.).

Cuadro 6.1. Estadística de la casa desde el 1877 a 1886.

AÑOS	Existencia anterior	Ingresados	S A L I D A S				Quedan
			Curación	Licencias y otros	Fallecidos	Total	
1877		9	1		1	2	7
1878	7	13	2		1	3	17
1879	17	13	3		3	6	24
1880	24	16	2	3	1	6	34
1881	34	30	5	8	6	19	45
1882	45	65	3	8	20	31	79
1883	79	51	12	4	16	32	98
1884	98	143	3	27	29	69	182
1885	182	111	6	35	52	93	200
1886	200	116	6	13	62	81	235

FUENTE: Gómez, J.C. (1968). "El Resurgir de una Obra". Granada: Anel, p. 139.

Cuadro 6.2. Entradas, salidas y muertes en diversos hospitales (1847).

ESTABLECIMIENTOS	Entradas	Curados	Salidas sin curar	Muertos
Casa de Dementes de Mérida	16	4	0	23
Hospital de Caridad de Mallorca	18	15	0	3
Hospital General de Barcelona	292	99	58	85
Casa de Misericordia de Cádiz	25	7	1	11
Hospital Gral. de Agudos de Córdoba	10	1	1	2
Hospital Real de Granada	--	--	--	--
Hospital General de Madrid	80	25	41	11
Hospital Central de Sevilla	40	22	2	11
Hospital del Nuncio de Toledo	5	2	3	1
Hospital General de Valencia	130	60	10	20
Casa de Dementes de Valladolid	20	17	0	1
Hospital Ntra. Sra. de Gracia, Zaragoza	104	29	39	33
Total	740	281	100	187

FUENTE: González Duro, Madrid, 1995: 249.

6. 1. Descripción del Manicomio.

Transcribimos, a continuación, la descripción que hace Fr. Gómez del Manicomio: "A la primera finca que el P. Menni compró a doña Josefa López, siguieron en años sucesivos, la de otras fincas colindantes con ésta, de tal modo que en el año 1886 era propiedad de la Casa toda la extensión hoy tapiada en la que se alzan los edificios de la iglesia, clausura y dependencias de la Comunidad, cocina despensa, portería, oficinas, ropería y pabellones de pensionistas (San José y San Carlos) y el parque y jardines comprendidos entre el Paseo del P. Menni y la carretera de Chinchón".

En el año 1887, once años después de haberse comprado la primitiva finca, la Casa de Ciempozuelos se había ampliado considerablemente y disponía de una serie de pabellones:

"Estos pabellones, edificados todos ellos de nueva planta, eran: uno para pensionistas tranquilos, de 60 metros de largo por 9 de ancho. La mitad de la planta baja estuvo ocupada provisionalmente hasta el 1898 por la capilla. Al oeste de este pabellón y formando escuadra con él se edificó otro, destinando su planta baja a comedor y sala de estancia de pensionistas; el piso primero, a enfermería de los mismos, y el segundo, a ropería y después Noviciado, hasta su traslado a "San Pedro". Más al oeste y al sur, entre las calles de los Caños y paseo de la Estación, hoy del P. Menni, se construyó otro, dedicado a oficinas generales (cocina, despensa, farmacia, administración, clausura, portería y salas de visitas. Es el actual, aunque reformado y ampliado posteriormente)."

"Al este del pabellón de pensionistas se edificaron otros dos gemelos en sus líneas: los de San Rafael y San Camilo; destinados el primero a enfermos agitados, y el segundo a enfermería y finales, en los cuales se hicieron todas las instalaciones necesarias para dotarlos de comodidad y eficiencia sanitaria. Cada uno de ellos tenía un patio de grandes dimensiones en los cuales se pusieron variedad de árboles y plantas para su ornato. Los pensionistas tenían un buen parque que se extendía entre el

pabellón de San José, el actual de la Comunidad y la tapia del paseo de la Estación (lo que hoy ocupa el jardín por esta parte hasta el cierre de la tapia cerca de la estación) en el cual, la variedad de árboles y flores colocadas en bien formados parterres alegraban la vista y daban vistosidad al ambiente".

Como el número de enfermos seguía aumentando, desde 1885 se fueron comprando casas viejas que formaron poco después la parte más occidental.

"Derribadas unas y modificadas otras, se instalaron en esta parte, completamente separadas de la anterior y para cuyo servicio se abrieron una comunicación subterránea y un puente sobre la calle de los Caños, diversos talleres, horno de pan, molino de aceite, bodegas y lagar; y se habilitaron, cómodamente amueblados, cinco hoteles con todos los servicios y gran confort, con entrada directa al paseo de la Estación; y en la parte más occidental, dos amplios departamentos para enfermos, el del Beato Amadeo, con ciento cincuenta camas, para agitados, epilépticos y propensos a fugas, y el de San Pedro, para setenta enfermos tranquilos y trabajadores, al que se trasladó después el Noviciado".

"Los edificios hoy día llamados "casa de labor" fueron comprados en el año 1887, por la cantidad de 14.000 reales, destinándolos a paneras, pajares, establos para el ganado mular, vaquería, tanto de carne como de leche, y molino harinero, hasta que se compró el de San Fernando, en la vega".

"Como con la edificación de los pabellones, jardines y parque construidos en la primitiva finca, se habían ocupado la parte de los terrenos dedicados a huerta, entre los años 1890 y 1895 se compraron los extensos terrenos (15 hectáreas) comprendidos entre la carretera de Chinchón al mediodía y el término llamado "Pozo de la nieve", al norte (todo lo ocupado hoy por los pabellones de beneficencia y la antigua huerta); los cuales se cercaron, instalando en ellos un depósito de agua para elevarla a todos los pabellones, una gran sala de hidroterapia, en lo que hoy es jardín de San Luis, en su parte occidental; un horno y fábrica de yeso y espaciosos corrales para los animales y aves de consumo diario (gallinas, conejos, etc., etc.)" (Gómez, 1968).

Las nuevas casas fueron transformadas en talleres de todo tipo: zapatería, alpargatería, herrería, carpintería, lampistería, hornos, panadería y lagares y bodegas de aceite y vino. Años antes había dicho el P. Junod en relación con las caridades de los Hermanos de San Juan de Dios que eran a la vez casas religiosas, seminarios de educación y manufacturas (Dunod, 1698).

Para las actividades lúdicas disponían de un salón de recreo con su teatro, mesa de billar, piano y diversos juegos como ajedrez, dominó, etc., y biblioteca.

Los diputados inspectores de la Diputación de Madrid, en la Memoria de 1889 sobre los Manicomios de San Baudilio y Ciempozuelos, quedaron gratamente impresionados por la instalaciones, pulcritud y régimen del centro de San Baudilio, no así con el de Ciempozuelos al que criticaron

"por sus lechos de paja, el hierro como medio de contención, los retretes, agujeros sobre pozo negro; camisas de fuerza abusivamente empleadas, escasez de baños e instalaciones hidroterápicas nulas"... "no ocultan que el manicomio está sin servicio médico adecuado y que hasta hace unos meses ni director tenía, habiéndolo en el momento en que la inspección tuvo lugar, gracias a un médico titular próximo que había pasado a ocupar el cargo". Completan estos diputados "la visión de la irregularidad con que en España se iba cambiando el antiguo estilo manicomial por el moderno, y como en 1889 Barcelona había ya hecho la revolución en su establecimiento oficial siendo el exponente de la fracción progresista, y Madrid continuaba siéndolo de la fracción lamentable".

"Por último, la comisión ha deducido que San Baudilio es un establecimiento que ha venido formándose poco a poco, bajo una dirección científica, con espíritu amplio, con buen sentido arquitectónico y con cierto gusto artístico, que conviene mucho en lugar donde ha de residir una población que sufre las tristezas y dolores de la locura; y que Ciempozuelos tiene fundamentalmente una dirección religiosa, un espíritu de sobriedad conventual, ningún gusto artístico y una marcada reminiscencia del antiguo

asilo del loco, que precisa cambiar radicalmente buscando nuevas y más científicas aspiraciones" (cit. por Peraza de Ayala, 1947: 109-110).

Jerónimo del Moral, diputado de la corporación madrileña y más tarde senador del reino, salió en defensa de Ciempozuelos pronunciando un discurso ante la Diputación Provincial de Madrid: "Que el Establecimiento formaba un conjunto de edificaciones bien orientadas, en suave pendiente, obedeciendo su construcción perfectamente definida, al sistema lineal con un cuerpo transversal en su extremo superior que da la forma de una T perfecta"¹⁴.

Es muy probable que ambos discursos fueran exagerados. Ciempozuelos reconoció que las nuevas construcciones que se habían ido anexionando lo habían convertido en un enorme edificio laberíntico y con el aspecto de cárcel que, precisamente, era lo que se había intentado evitar y, por ello, llevaban en mente construir el nuevo manicomio con pabellones separados. Con respecto a las demás críticas no se ajustan a las informaciones que tenemos, sobre todo respecto a sus tratamientos hidroterapéuticos y a la existencia de médico que queda demostrado por los expedientes que se guardan en sus archivos y los tratamientos que se hacían.

6.2. El Servicio facultativo.

El primer médico del manicomio fue Deogracias González Montejano (1877-1882), médico titular del pueblo de Ciempozuelos, actuando como médicos consultores, Creus y Manso y Salazar. En 1879, debido al aumento del número de enfermos, a Deogracias González le ayudaban los auxiliares José García y Agustín Aicart. Fue sustituido por su hijo, José Rodrigo González González (1882-1903) quien renunció a la plaza de médico titular del pueblo y se dedicó por entero al manicomio. "D. José Rodrigo se identificó con la Casa desde el primer día, en donde puso todo interés y cariño, amante de los Hermanos y enfermos, a

¹⁴ A.I.P. Carpeta 46. Fundaciones. Leg. 3. Doc. núm. 5, p. 14. (cit. por Gómez, 1968: 226, op. cit.).

quienes servía con afecto paternal. No hubo en su tiempo en España quien hiciera más inspecciones cadavéricas en cerebros¹⁵ de dementes y otros tantos trabajos importantes de laboratorio. Célebre es su fórmula de tratamiento del cólera por las inyecciones hipodérmicas de extracto de opio, de que hacemos descripción en esta historia, recibiendo por ella, además de infinidad de plácemes de profesores y sociedades científicas, tuvo la satisfacción de ser felicitado por el Ministro del Interior de Italia. Fue colaborador y redactor de la Revista de Beneficencia, de la Revista Antropológica y de la Revista Frenopática¹⁶. Durante la epidemia de 1885 del llamado "cólera morbo asiático" los religiosos de ambos manicomios de Ciempozuelos atendieron a los enfermos, no sólo del lugar sino también de los pueblos vecinos, aplicando la fórmula y las instrucciones recibidas por Rodrigo González y parece ser que con magníficos resultados.

José Rodrigo González fue autor de varias obras: "Las locuras volitivas" (tesis doctoral), "Hipnotismo verdadero", "Alcoholismo agudo, subagudo y crónico y su tratamiento especial" y "Prontuario del enfermero". Recibió una mención honorífica de la Real Academia de Medicina por su trabajo: "¿Qué descubrimientos ciertos ha hecho el sistema experimental acerca de las funciones cerebrales? ¿Qué aplicaciones han tenido estos descubrimientos a la patología del cerebro?" (1894). Podemos valorar más su obra si tenemos en cuenta que entre 1808 y 1868 sólo hubo en España ciento catorce publicaciones relacionadas con la psiquiatría (incluidos libros y folletos), y la mayor parte eran traducciones de autores extranjeros.

Rodrigo González fue ayudado en el Centro por Teixidó, médico interno, y a su fallecimiento, ocurrido el 22 de diciembre de 1903, fue sustituido por Francisco Maraver¹⁷.

En consonancia con los tratamientos más avanzados de la época, aunque en España pocos establecimientos disponían de ello, no

¹⁵ La práctica de las autopsias fue regulada en 1887.

¹⁶ "Historia del Sanatorio de San José de Ciempozuelos" por el R.P. Braulio M. Corres, escrita con ocasión de las "Bodas de Oro" 1876-1926, Madrid, 1926: 97-98.

¹⁷ Maraver fue director previamente del manicomio de Palencia.

faltaba en el manicomio un salón de hidroterapia. "Se instaló más abajo del pabellón de San Camilo una hermosa y gran sala de baños con todos los adelantos de la época, donde se atendía no sólo a la higiene, sino también al uso de los baños, sobre todo templados, como medio terapéutico en las enfermedades mentales, desde el tiempo de la dirección de D. José Rodrigo González" (Corres, 1926: 34). Disponía de tres habitaciones con baños, una piscina para tres personas y cinco bañeras de mármol. En el centro de la piscina había una regadera que dejaba salir el agua con gran presión. Las duchas, denominadas "fuertes" por la gran cantidad de agua que dejaban salir y las de lluvia circular, llamadas así porque estaban rodeadas por una valla de madera de dos metros de altura para evitar la huida de los enfermos cuando se les administraba el tratamiento.

En el Sexto Capítulo Provincial (30 de mayo de 1899) se planteó la cuestión de que algunos Hermanos fuesen a la Universidad para hacer la carrera de medicina, pero se tomó el siguiente acuerdo: "Es muy útil que en la Orden haya buenos enfermeros, buenos practicantes y hasta farmacéuticos, con título o sin él, para el buen cumplimiento de nuestra misión hospitalaria; pero de ningún modo médicos que han sido ordinariamente, en el ejercicio de su profesión, un obstáculo a la observancia regular y causa de disgustos con los médicos de la localidad¹⁸".

6. 3. Sostenimiento económico.

En los primeros años el establecimiento se sostenía con las limosnas que recogían los Hermanos Postulantes y las aportaciones de los enfermos privados, pero pronto se comenzaron a hacer contratos con las Diputaciones Provinciales para atender a sus enfermos de Beneficencia. El primer contrato se firmó el 1º de octubre de 1880 con la Diputación de Madrid, que se comprometió a pagar 1,25 ptas. por enfermo/día y en esta cantidad se incluía toda la asistencia (habitación con calefacción, medicación, alimentación, personal médico, ropa y calzado). No obstante,

¹⁸ A.I.P. Carpeta, Actas Capitulares. Doc. 4, fol. 32. (cit. por Gómez, 1968: 284-85, op. cit.).

la primera expedición de enfermos procedentes del Hospital Provincial de Madrid no llegaría hasta 1884, lo que motivó que ingresasen enfermos de otras Diputaciones con anterioridad a ella.

"En donde el P. Menni encontró mayores contradicciones relacionadas con la asistencia de los enfermos de beneficencia fue en la Diputación de Madrid, que, dicho sea de paso, ha sido la que ha disfrutado siempre, con más abundancia, de las ventajas de este benéfico establecimiento. En honor a la justicia es preciso decir que no todos los componentes de esta institución provincial fueron enemigos de la obra del P. Menni, entre ellos tuvo siempre excelentes y grandes admiradores de su obra, pero no faltaron nunca algunos que, imbuidos en ideas antirreligiosas y sirviéndose de la prensa sectaria y masónica, dirigieron sus tiros contra este Establecimiento, sin más razón ni causa suficiente, que la de estar dirigido por una Orden religiosa" (Gómez, 1968: 228-9).

Entre 1880 (firma del contrato) y 1884 (fecha en que llegó la primera expedición de enfermos) tuvieron lugar numerosos encuentros entre los representantes de ambas instituciones y durante este tiempo se llevaron a cabo varias inspecciones del local, hasta que debido a las ventajas que suponía para los enfermos, sus familias y la propia Diputación se decidieron a poner en efecto el contrato firmado.

En 1899, "intentó la Diputación trasladar los enfermos que tenía en Ciempozuelos a San Baudilio (en aquella época no pertenecía a la Orden aquel establecimiento frenopático); pero una multitud de familias protestaron de aquel traslado ante la Diputación, que hubo de acceder, continuando los enfermos en Ciempozuelos" (Corres, 1926).

En el Cuadro 6.3. (pág. 300) se reflejan los contratos sucesivos que se firmaron con otras Diputaciones, fechas y abonos por enfermo/día¹⁹

¹⁹ Corres, 1926: 23-25, op. cit. La cantidad abonada, salvo que figure otra fecha, corresponde a 1926, independientemente de que sea o no esta cantidad la del contrato inicial.

Cuadro 6. 3. Contratos con Diputaciones y Fechas.

Diputación	Fecha del Contrato	Abono. Ptas./día,1926
Diput. de Madrid	1880 (Oct.) 1884	1,25
Diput. de Cáceres	1882	1,45
" "	1926	2,50
Diput. de Cuenca	1882 (Nov.)	---
" "	1926	2,25
Diput. de Málaga	1890-1894	---
Ayuntamiento de Linares	1889	2,50
Diput. de Zamora	1890-1910	---
Diput. de Ciudad Real	1890 (Sept.)	1,25
" " "	1926	2,50
Diput. de Soria	1890	2,50
Diput. de Segovia	1892 (Marzo)	2,50
Diput. de Burgos	1892 (Sept.)	2,50
Diput. de Santander	1894 (Mayo)	---
" "	1926	2,50
Diput. de Albacete	1912	2,50
Diput. de Guadalajara	1902 (Dic.)	2,25
Diput. de Salamanca	1912	2,50
Diput. de Palencia	1915 (Dic.)	2,00

FUENTE: Elaboración propia.

Lo aportado económicamente por las diputaciones y las familias al manicomio no era suficiente para poder llevar a cabo las obras que se iban efectuando, por lo que si se pudo seguir adelante fue debido al "... esfuerzo de los Hermanos limosneros que recorrieron el Centro y Noroeste de la península postulando para Ciempozuelos". Se decía, al igual que el Maestro Castro refiere del Hospital de San Juan de Dios en Granada: "que en él era costumbre de recibir a todos los que llegaban a sus

puertas; prefiriendo ponerlos sobre una estera de anea hasta que hubiera cama disponible, antes de dejarlos volver a sus casas sin curar²⁰.

La finca primitiva y las que se fueron comprando posteriormente contaban con suficientes huertas, pero fueron desapareciendo según se fueron construyendo los nuevos pabellones, por lo que el P. Menni decidió comprar una nueva finca situada en "medio de la fértil vega del Jarama, a cinco kilómetros de Ciempozuelos, la cual, además de extensas tierras de regadío, viñas y olivares, tenía un molino harinero y algunos otros edificios anejos. El contar la finca con estos edificios facilitó al P. Menni la ejecución de un proyecto que de tiempo atrás venía preparando, el establecer una granja agrícola, como centro de laborterapia para los enfermos de la casa de Ciempozuelos y filial de ésta". Con este fin se hicieron las remodelaciones necesarias en el molino, dormitorios, comedores, etc. y todo lo necesario, incluido una capilla pública, para los enfermos trabajadores y los frailes, siendo inaugurado el 20 de mayo de 1889. La Granja Agrícola "San Fernando" dio los "más óptimos frutos, tanto en la parte económica como en la hospitalaria y asistencial con los enfermos en ella destinados. Gran parte de los frutos que se consumían en la Casa Madre, salían de esta Granja Agrícola y muchos enfermos, después de una estancia en ella volvían sanos al seno de sus familias". La Granja se adelantó muchos años a la moderna terapéutica de la laborterapia pero por circunstancias que no se citan en los documentos consultados tuvo que desaparecer.

En 1892 se inauguró en Pinto el Asilo de San Rafael como filial del Manicomio de Ciempozuelos²¹.

²⁰ M. Gómez Moreno. *Primicias Históricas*, p. 104. (cit. por Gómez, 1968: 226, op. cit.). En negrita en el original.

²¹ Luis Bahía, apoderado de la duquesa de Sevillano donó a la Orden de San Juan de Dios una finca situada en Pinto, muy cerca del ferrocarril, para que fuese destinada a la asistencia de unos 20 niños lisiados. Debido a problemas económicos, ya que el asilo se mantenía de limosnas y era muy difícil conseguirlas, se decidió su traslado a Madrid y así se hizo con fecha 14 de marzo de 1900 a una casa que la Orden compró en el Paseo de las Acacias, número 6. Este Asilo es el actual Hospital de San Rafael.

6. 4. El Reglamento del Manicomio.

Con fecha 4 de noviembre de 1891 se modificó el reglamento fundacional de admisión "con arreglo a nuevas reales disposiciones sobre dementes, en estos términos:

MANICOMIO PARTICULAR

para varones a cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, establecidos en Ciempozuelos, provincia de Madrid.

REGLAMENTO ORGANICO

Este Manicomio, exclusivamente para varones, está servido por la Corporación Religioso-Hospitalaria de Hermanos de San Juan de Dios. El Establecimiento se rige por las siguientes bases:

Artículo 1. *Se reciben enfermos alienados pensionados por sus familias o por otras Corporaciones, previo convenio entre éstas y el Director del Establecimiento.*

Condiciones para la admisión

Artículo 2. El ingreso de los enajenados, en armonía con lo dispuesto en el Real Decreto de 19 de mayo de 1883, podrá ser en dos conceptos: primero, de observación, y segundo, de reclusión definitiva.

Para el ingreso en observación con arreglo a la misma Real disposición, son precisos los documentos siguientes: primero, solicitud dirigida al Director del Establecimiento, firmada por el pariente más inmediato del enfermo, en la que se pida el ingreso del mismo; segundo, certificación expedida por dos Doctores o Licenciados en Medicina, que no sean parientes dentro del cuarto grado civil de la persona que formule la petición del enfermo, del Director del Establecimiento donde ha de ingresar ni de los facultativos del mismo, visada por el Subdelegado de la facultad del distrito e informada por el Alcalde en que se justifique la necesidad o conveniencia de la reclusión. (Artículo 3º de dicho Real Decreto).

- Artículo 3.** La observación sin más requisitos que los ya expresados, sólo podrá ser consentida una vez, y si en cualquiera tiempo la persona que hubiera estado sujeta a ella presenta de nuevo síntomas de demencia, será indispensable para volverla a someter a observación instruir de nuevo expediente judicial. (Artículo 4 del enunciado Real Decreto).
- Artículo 4.** El ingreso en observación, de dementes, en la forma establecida no podrá tener efecto sino en casos de verdadera y notoria urgencia, declarados así en los informes del Alcalde y subdelegado de Medicina. Mientras el presunto demente pueda permanecer en su casa sin peligro para los individuos de la familia, o causar molestias excesivas a las familias o personas que sean sus convecinas, o perjuicio evidente para la salud del mismo, no podrá ser recluido a menos que lo acuerde el Juzgado de Primera Instancia respectivo, previa la instrucción del oportuno expediente. (Artículo 5º del referido Real Decreto).
- Artículo 5.** Expirado el plazo de tres o seis meses en casos dudosos, desde que ingresa un demente en observación, se expide por el facultativo o facultativos del Manicomio el oportuno certificado informativo, el cual se remitirá a la persona que solicitó la clausura del enfermo, a fin de que lo presente al Juzgado para la resolución que proceda sobre la reclusión definitiva (Artículo 6º del mismo Real Decreto).
- Artículo 6.** Para la admisión definitiva de un demente, es preciso expediente instruido ante el Juzgado de Primera Instancia, en el cual se justifique la enfermedad y la necesidad o conveniencia de la reclusión del alienado. (Artículo 7º del repetido Real Decreto).
- Artículo 7.** Las peticiones, tanto de observación como de ingreso definitivo, deberán hacerse por el pariente más inmediato del demente o de oficio si se trata de un persona que carezca de familia, se halle lejos o separado de ésta. (Artículo 8º del precitado Real Decreto).
- Artículo 8.** No se recibirán otra clase de enfermos que los que padezcan enajenación mental; pero si después de ingresados les sobreviniere alguna enfermedad común, se someterán al tratamiento necesario.
- Artículo 9.** La entrada de los dementes por cuenta de las Corporaciones Provinciales y demás autoridades tendrá lugar con la orden e ingreso de las mismas, a cuyas autoridades corresponderá el cumplimiento previo de cuanto dispone el Real Decreto de 19 de mayo de 1885.

Relaciones del Manicomio con las familias y de éstas con sus alienados o pensionados.

Artículo 10. Los interesados podrán ver a sus enfermos en los días de visita siempre que no haya contraindicación facultativa.

Artículo 11. El Manicomio avisa a las familias de los asilados de las novedades que a estos ocurran.

Salidas del Manicomio.

Artículo 12. Las salidas de los acogidos tendrán lugar: Primero, cuando a juicio del facultativo esté curado el enfermo de su enajenación mental. Segundo, cuando lo pida la persona que solicitó su ingreso.

Artículo 13. Si declarado curado un enfermo por el facultativo del Establecimiento y avisada por dos veces la persona o Corporación que solicitó su ingreso, no acude ésta a hacerse cargo de él, siendo menor de edad, la Dirección tiene derecho a poner al asilado a disposición de la autoridad; así mismo cuando la familia no cumplierse lo convenido respecto a su sostenimiento.

Manera de funcionar el Manicomio.

Artículo 14. Las prácticas religiosas y demás medios de moralización se emplean en la forma que a juicio del facultativo se conceptúa más conveniente, a cuyo efecto se cuenta con Capilla para la celebración de la Santa Misa, administración de sacramentos y demás auxilios espirituales.

Artículo 15. La asistencia facultativa de los asilados está confiada a ilustrados médicos competentes en la especialidad.

Artículo 16. Los Hermanos prestan todo el servicio de la casa, asisten y cuidan por sí mismos a los dementes y cumplen las prescripciones médicas.

Artículo 17. El Establecimiento cuenta con balneario para las aplicaciones hidroterápicas, principal terapéutica en estas enfermedades; tiene farmacia y gabinete electroterápico.

Artículo 18. Como medio de curación se emplean los paseos, la buena alimentación, las distracciones y ocupaciones apropiadas a cada clase, el

aseo personal y la higiene; todo lo cual concurre al plan curativo prescrito por los señores facultativos.

Artículo 19. El horario para las comidas y distribución del tiempo se varía según las estaciones del año.

Artículo 20. A los convalecientes se procura iniciarles gradualmente para volver a vivir en sociedad, y a este fin los señores facultativos señalan los que deben salir a paseo, con expresión de si han de ir acompañados por personas de la Casa o si su estado permite dejarles salir solos.

Ciempozuelos, 12 de febrero de 1891.

El Director, Benito Menni.- Hay un sello que dice: Manicomio de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios.- Por Real Orden, fecha de hoy, ha sido aprobado este Reglamento, Madrid 4 de noviembre de 1891.

Oficio de remisión.

(Real Orden de aprobación). Hay un membrete que dice: Gobierno Civil de la provincia de Madrid. Negociado 2. Beneficencia.- Número 2.025. Salida Gobierno Civil de Madrid, 6 de noviembre, núm. 700.- Por el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, con fecha del 4 del actual, se comunica a este Gobierno la Real Orden siguiente: Excelentísimo señor: Visto el Reglamento que ha de observarse en el departamento de hombres del Manicomio particular establecido en el pueblo de Ciempozuelos, que ha enviado para su aprobación a este Ministerio el Superior de la Comunidad de los Hermanos de San Juan de Dios, a cuyo cargo y dirección se halla aquél.- Visto el informe evacuado por el visitador facultativo de Beneficencia y Sanidad, favorable a la aprobación del mismo, y considerando que el Reglamento está ajustado a las prescripciones del "Real Decreto de 19 de mayo de 1885, S.M. el Rey (q. D. g.), y en su nombre la Reina Regente, se ha servido aprobarlo. Y de Real Orden lo digo a V.E. para su conocimiento y efectos consiguientes.

Lo que traslado a usted para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde a usted muchos años.-

Madrid, 6 de noviembre de 1891.- P.D. Eleuterio Villalba.
Señor Superior de la Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios en Ciempozuelos" (Corres, 1926: 31-33).

A principios de 1900, el edificio primitivo había sufrido tantas reformas y anexiones de nuevos edificios que, a pesar de los patios y jardines que le rodeaban con la intención de dar una sensación de libertad, se había conseguido precisamente el efecto contrario y su aspecto era el de una cárcel. Por este motivo, la dirección decidió construir un nuevo manicomio donde los pabellones estuviesen aislados y rodeados por amplios jardines y donde "la vista se perdiera en el horizonte y el enfermo no viviese tan intensamente la pérdida de la libertad" ya que era sabido que el 80% de los internos pasarían allí el resto de sus vidas. Ya en aquella época se trató de dar al nuevo manicomio la imagen de un pueblo en el que no faltasen sus calles, plazas, edificios separados, iglesia, talleres, etc.

Terminamos esta primera etapa haciendo mención a un artículo escrito por E. Lozano Caparrós²², médico forense, que a petición del Juez tuvo que ir en distintas ocasiones a Ciempozuelos para realizar reconocimientos periciales de algunos enfermos. Admirador de la institución escribió varios artículos en "La Correspondencia Médica" sobre lo que allí vio y las explicaciones que le dieron. No se va a hacer referencia a todo ello porque en mayor o menor medida ya se ha hecho previamente, pero si destacamos de uno de sus escritos aquello que para él fueron las "grandes sorpresas" con las que se encontró en un manicomio. Una de ellas fue el observar en una de sus visitas como se requirió la ayuda de los Hermanos para enterrar a un vecino de la Villa de Ciempozuelos que había fallecido a consecuencia de la viruela y, por temor al contagio, nadie quería hacerlo en el pueblo. También le sorprendió el encontrar a un enfermo tocando el piano. "En el Manicomio contamos con 5 pianos porque la música es un poderoso auxiliar del tratamiento de estos desgraciados, a quienes conviene distraer de sus pertinaces y aberradas ideas". También describe las medidas de sujeción: "Para sujetar a un loco están las camisas de fuerza, las duchas de agua fría o las celdas de castigo". "Las celdas para los furiosos cuentan con muelles de colchón para evitar que se hagan daño". "Es impresionante

²² Lozano Caparrós, E: "Un paseo al Manicomio de Ciempozuelos", publicado en "LA CORRESPONDENCIA MEDICA". Madrid, 1891.

como unos aullan, otros gruñen, aquellos gimen, estos dan gritos inarticulados". Le sorprendió también el reducido coste de las estancias. Los enfermos de primera categoría pagaban 36 duros mensuales; los de segunda, 25 y los de tercera 18.

Visitó todas las dependencias y asistió a una de las comidas: "Que hemos visto comer a los distintos asilados pensionistas o pobres, y que todos comen lo mismo, todos beben el mismo vino". Y señala "la bodega donde se guardaban las miles de arrobas de vino que se hacían en la casa para uso exclusivo de los asilados". Esto llama la atención en nuestros días dónde en cualquier Centro Psiquiátrico el alcohol está terminantemente prohibido para los enfermos. Esta claro que el concepto de alcoholismo, como enfermedad, no era el mismo que en la actualidad.

Con esta mención a la visita de E. Lozano Caparrós damos fin al recorrido que hemos realizado a través de los primeros 25 años del Manicomio.

PERIODO DE PERFECCIONAMIENTO (1903 - 1925)

7.1. Descripción del Establecimiento.

En 1903 comenzaron las obras de los nuevos pabellones aislados, dirigidas por el arquitecto Aldama, y no se terminaron hasta 1914. Los nuevos edificios ocupaban una extensión de 30 hectáreas repartidas entre edificios, huertas y jardines con grandes arboledas, donde se dice había más de 210 plantas diferentes. Al oeste destacaba la amplia y rica vega bañada por el Jarama.

Estos cambios mejoraron de tal forma el antiguo manicomio que se llegó a afirmar: "El P. Menni funda un Asilo para alienados, hoy sin duda, el primero de España, tanto por la población vesánica en él asistida y la extensión superficial del predio a él destinado, como por la distribución y forma de los edificios e instalación moderna de todos los servicios" (Memoria, 1914: 13).

Desde el punto de vista económico, existía una distinción, normal en las instituciones de la época tanto públicas como privadas (hospitales generales, residencias, colegios, etc.) distinguiéndose: la Casa de Salud para la atención de los enfermos pensionistas particulares y el Manicomio que atendía a los enfermos que ingresaban a cargo de las

Diputaciones y los de cuarta clase²³. La carretera de Chinchón a la general de Andalucía separaba los edificios, Casa de Salud y Manicomio, que se comunicaban a través de un túnel²⁴.

La extensión de la finca, tal como se describe, era de forma irregular aunque similar a un rectángulo. Estaba rodeada de una tapia que se procuró que no fuera muy alta para mantener la visión panorámica. Todos los edificios tenían luz eléctrica y calefacción a vapor, además de un buen servicio de agua potable y de riego. Para la atención exclusiva de los enfermos había nueve pabellones que someramente describimos a continuación:

Pabellón de San Isidro.

Inaugurado en 1905. Edificio de 3 pisos y sótano, con una extensión de 600 metros de forma rectangular. Estaba ocupado por enfermos trabajadores tranquilos de beneficencia.

Pabellón de San Luis.

Fue inaugurado en 1907 y reformado en 1923. Edificio con planta baja y dos pisos. En la primera planta había una sala de baños, comedor, sala de estancia, cuarto de curas, servicios, ropería y un patio para los muy agitados. Adjunto al pabellón había un amplio paseo rústico con mucho arbolado y numerosos bancos para recreo de los enfermos. Se destinó a pensionistas excitados y alucinados que no necesitaban encamamiento, ni otro tratamiento especial.

Pabellón de San Andrés.

Edificio de dos plantas, inaugurado en 1907. En la superior estaba el dormitorio de los enfermos, un servicio y un dormitorio para el Hermano. Se destinó para enfermos epilépticos dementes de Beneficencia.

²³ En la actualidad esta distinción económica no existe y los enfermos están clasificados por patologías y edades, principalmente.

²⁴ Hoy este túnel no existe o, al menos, no se utiliza.

Pabellón de San Anselmo.

Se inauguró en 1909 para acoger enfermos tranquilos procedentes de las Diputaciones Provinciales.

Pabellón de San José.

Edificio de forma rectangular, planta baja y tres pisos para el alojamiento de enfermos pensionistas tranquilos. Estaba dividido en "habitaciones individuales con lujo y confort. Las habitaciones de la planta baja, para enfermos distinguidos, además del dormitorio tenían anexo una salita de recreo y un cuarto de baño. En el sótano estaba instalada la gran sala de baños con bañeras, duchas de regadera, de columna, circulares y dorsales, para los tratamientos de la época. En el primer piso estaban el comedor y los dormitorios de los "Señores Pensionistas" de primera clase. En el tercer piso había una biblioteca o salón de lectura para los enfermos. En este edificio estaba instalada la radiotelefonía, "magnífico receptor marca Durndepts de seis bujías", y la peluquería. Dos galerías laterales al mediodía y norte "ofrecen muy amena estancia para invierno y verano, donde los enfermos se pasean y recrean ...". Este pabellón estaba rodeado por espaciosos jardines con una extensión de 17.559 metros cuadrados y una rica variedad de plantas, glorietas y cenadores de variada composición "para que además de su fin estético puedan constituir sectores independientes" para el disfrute de los enfermos.

Pabellón de San Rafael.

Inaugurado en 1910. Edificio de 2 plantas. Albergaba enfermos dementes finales e idiotas de beneficencia que no podían hacer vida común con otros enfermos debido a lo avanzado de sus trastornos orgánicos. Orientado al mediodía, disponía de amplias terrazas por donde entraba ampliamente el aire, la luz y el sol.

Pabellón de San Camilo.

Inaugurado en 1910. Edificio de dos plantas. Este pabellón disponía de una enfermería para atender enfermos agitados de Beneficencia que requerían encamamiento y balneación sedante. Tenía una amplia terraza que se empleaba como solarium para aquellos enfermos que se pudiesen beneficiar por la acción directa y persistente de la luz solar.

Pabellón de San Juan de Dios.

Inaugurado en 1912. Separado del establecimiento por la carretera de Chinchón, se comunicaba con éste por vía subterránea. Edificio de una planta dedicada a observación de los nuevos ingresos y a enfermería de pensionistas. En este pabellón estaban instalados el quirófano y el gabinete odontológico, sala de baños, comedor, sala de enfermería y botiquín, en un lado y en el otro una pequeña salita, dormitorio, salón de estancia, 12 habitaciones individuales y una sala de encamamientos para enfermos agitados, servicios, y un salón de estancia. Había además una salita-recibimiento para los enfermos inválidos que no podían ir a la sala de visitas. En patio, con muchos árboles, medía unos 4.000 metros cuadrados, "desde donde se domina en gran horizonte el bello panorama de la vega que presta sus encantos a la vista, y para este fin se tuvo mucho cuidado en la orientación del edificio y construcción de las tapias hasta la altura del patio, lo que permite que el enfermo disfrute de tan dilatado horizonte que le distrae de la idea de reclusión" (Corres, 1926: 46)

Pabellón Beato Juan Grande.

Inaugurado en 1914. Edificio de tres plantas, para enfermos de beneficencia agitados y para los que tenían propensión a fugarse. En la planta baja estaban los despachos del médico y del Hno. encargado, comedor, un gran salón, ropero, servicios, sala de baños, etc. En los pisos superiores estaban los grandes dormitorios y habitaciones de aislamiento,

baños, servicios, etc. El edificio estaba rodeado de patios y disponía de un frontón para los enfermos. Cuando se firmó el contrato con el Ejército se instalaron en este pabellón a los enfermos militares.

Además de estos pabellones, el establecimiento disponía de seis hotelitos con acceso directo a la calle y al resto del Manicomio que se destinaban a enfermos distinguidos. Cada hotelito se componía de un dormitorio principal, una sala de estancia, baño y un dormitorio para el criado, todo lujosamente amueblado y un pequeño jardín.

En el edificio central, estaban las dependencias administrativas (despachos del Rdo. P. Prior, Director Facultativo, oficina de administración, caja), un despacho para consultas, un laboratorio clínico, sala de visitas y las habitaciones del médico interno. Se accedía por un típico patio decorado al estilo andaluz que daba paso a las distintas dependencias.

Un edificio de tres plantas, situado a la entrada del establecimiento, albergaba a la comunidad religiosa.

El Manicomio antiguo se dejó para "Pabellón de Industrias", donde se instalaron los diversos talleres "necesarios para el buen funcionamiento de la casa" (carpintería, librería, zapatería, imprenta, lagares de vino y aceite, panadería, matadero, etc.). En estos talleres trabajaban todos aquellos enfermos que la dirección facultativa consideraba conveniente "porque los coloca en su ambiente normal y los hurta a la monotonía de la vida reglamentaria del Manicomio" (Memoria, 1914: 16).

El 2 de febrero de 1910 se inauguró la Escolanía del Sagrado Corazón de Jesús para la formación de los novicios, pero tan pronto como, el 22 de julio de 1911, sería trasladada a Carabanchel Alto. Después de varios cambios se terminó separando a los escolares de los novicios. A algunos se les daba la carrera de Magisterio con el fin de que cuando profesasen pudieran dar clases en los asilos de niños de la Orden. El P. Provincial, Juan Jesús Adradas (1919-25), exigió que todos los neoprofesos, perseverantes y los escolares mayores acudiesen a las clases que impartía

Rodrigo González y se les diese tiempo para estudiar. Algunos se examinaban después en la facultad de medicina y obtenían el título de practicante. Convirtió la casa de Ciempozuelos en un centro de formación cultural, teórica y práctica, no sólo para los religiosos de la provincia sino también para los empleados que recibían clases de Eulogio García de la Piñera. Y siguiendo la iniciativa comenzada por Gayarre, también acudían alumnos de la Facultad de Medicina a hacer prácticas, recibiendo cursillos y conferencias sobre la enfermedad mental y discusiones de casos prácticos. A estas actividades también acudían médicos militares, supervisados por los médicos de la Clínica militar que contaban con la colaboración de los del Manicomio.

El P. Adradas exigió que se cumplieran fielmente las disposiciones médicas en cuanto a alimentación, tratamientos y trabajos con todos los enfermos, ricos o pobres, y elevó la categoría del médico a "verdadero director del establecimiento o de la sección", estando los enfermos bajo su responsabilidad y debiendo los Hermanos obedecer sus órdenes.

En junio de 1921 se envió a Rodrigo González a visitar los mejores frenopáticos de Europa con el fin de observar las innovaciones y adelantos para poder ponerlos en práctica en los centros de la Orden. Por esta fecha se firmó con el Ministerio del Ejército un contrato para la asistencia de los militares que fueron instalados en el pabellón del Beato Juan Grande. En un principio se les intentó instalar en un nuevo local que se pensó comprar en Aranjuez, pero este proyecto no se llevó a efecto.

El P. Adradas aumentó las retribuciones de los médicos, empleados y enfermeros con el fin de conseguir los que mejor preparados estuviesen para los establecimientos de la Orden, y a los médicos se les dio un suplemento para que atendiesen también a los empleados enfermos y les visitasen en sus domicilios dándoles las medicinas gratis. Creó un seguro de vejez y enfermedad para los empleados y una mutualidad con el mismo fin para los médicos pero, para llevar a cabo este proyecto, encontró mucha oposición, incluso por parte de los propios interesados, lo que hizo que pronto se viniese abajo.

Los años de la Primera Guerra Mundial (1914-1919) fueron especialmente difíciles para el establecimiento debido al encarecimiento de todos los productos, ello unido al hecho de que las Diputaciones no pagaban lo estipulado por sus enfermos, principalmente la de Madrid que al ser la que mayor número de enfermos tenía era la que más problemas ocasionaba.

En la Memoria de 1914 se comenta el alto porcentaje de fallecimientos; concretamente en 1913 fallecieron 70 enfermos que representaban el 6,5% del total de internos, y ello lo atribuían a las condiciones tan lamentables en que llegaban al manicomio, "viejos decrepitos", ingresados por las Diputaciones lo que dio lugar a que la Dirección del Centro presentase una queja. Sin embargo, este alto porcentaje no era muy distinto de lo que ocurría en otros países en instituciones similares. En los 5 manicomios que había en Austria, con un total de 7.727 alienados, fallecieron 760 (10%). En la Casa de Orates de Santiago de Chile el porcentaje de fallecimientos fue de un 8,3% para hombres y un 9,1% para mujeres. La menor tasa de mortalidad se dio en el Asilo de Idiotas de Pensilvania (1,99%) probablemente porque sólo ingresaban jóvenes y no "viejos decrepitos".

En 1913, hubo 31 altas por curación y salieron 37 enfermos por distintos conceptos, incluyendo los trasladados a otras provincias por orden de la Diputación.

Gayarre, director facultativo del Manicomio, hizo el siguiente comentario con respecto a las salidas de los enfermos: "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. Pero tratándose de psicosis, no está permitido tener dudas y es forzoso dar por curados a muchos alienados solamente aliviados o que se encuentran en un periodo de remisión. Para nosotros esta cuestión de palabras no tiene

importancia alguna. Convencidos de que muchos epilépticos, maniaco-depresivos, atrasados mentales, etc, pueden vivir fuera del Manicomio, sin peligro probable para nadie, los ponemos en libertad, sabiendo que son pocos los que están completamente curados y que algunos volverán, más o menos tarde, al Manicomio. Creemos que por evitar un riesgo posible no debe hacerse incalculable mal seguro, privando de libertad a cientos de personas. 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" (Memoria, 1914: 17).

Cuadro 7. 1. Enfermos residentes. (1º Mayo 1914).

Sres Pensionistas	142
Diputación de Madrid	458
Diputación de Cáceres	92
Diputación de Cuenca	54
Diputación Guadalajara	70
Diputación de Ciudad Real	37
Diputación de Segovia	25
Diputación de Albacete	15
Diputación de Burgos	1
Diputación de Salamanca	10
Ayuntamiento de Linares	9
Caridad	17
TOTAL	939

FUENTE: Memoria del Centro, 1914. Ciempozuelos

Gayarre²⁵ menciona 75 casos de alienados en libertad, algunos de los cuales habían estado internados, que cometieron diversos delitos (homicidios, suicidios, etc.). Insiste en que hay muchos locos a los que se les podía dar el alta porque son inofensivos, pero debido a la ley vigente eso era imposible porque no se permitía dar permisos temporales. "En muchas ocasiones para saber si está curado lo mejor es darle de alta" y corrobora su ideas citando a Kraepelin: "Por esta razón, la prueba decisiva que, en muchos casos, permite distinguir los mejorados de los curados totalmente, es ensayar su salida del Manicomio, aún cuando no se haya podido formar antes juicio definitivo"²⁶. Pero está claro que para poder dar estas altas hay que tener en cuenta la situación social y económica del enfermo y refuerza su discurso citando a Bleuler: "Es preciso distinguir la curación teórica y la curación práctica (curación social en el sentido de E. Meyer). El enfermo que puede manejarse por sí mismo está, hasta cierto punto, curado, aunque conserve algunas excentricidades y rarezas. Desde el punto de vista científico no puede considerársele como curado, porque la curación verdadera implica una *restitutio ad integrum a un status quo ante*. Claro que en la práctica lo importante es la curación social que, en muchos casos, no es realmente más que una mejoría". Refiriéndose a la curación teórica menciona su dificultad ya que una restitución perfecta de las funciones psíquicas implica la vuelta al estado anterior a la enfermedad y para ello sería necesario tener un conocimiento de la biografía previa del enfermo y en la mayoría de los casos esto no era posible (Memoria 1914: 18-19). Termina Gayarre citando de nuevo a Kraepelin: "El alienista que se haga la ilusión de conocer con seguridad cuál es la curación verdadera, hará un bien inapreciable publicando su secreto" (Memoria, 1914: 20).

Durante 1913 hubo tres evasiones que parece ser escandalizaron a muchos, pero que teniendo en cuenta la libertad de que disfrutaban los enfermos no tuvieron mayor importancia. Se consideró un mal menor por evitar un mal mayor.

²⁵ Hace referencia a varios artículos publicados en la revista francesa ANALES PSICOLOGICOS DE LOS ALIENADOS EN LIBERTAD (1911).

²⁶ E. Kraepelin: "Psychiatrie", 8ª edición, párrafo 1º, p. 453.

La Orden Hospitalaria procuraba que sus centros frenopáticos estuvieran a la altura de los mejores del extranjero, y para ello enviaba a sus médicos a diversos países con la intención de adoptar en sus establecimientos "los medios y adelantos más recientes que prescribe la moderna Frenopatía. Sus locales, sus pabellones, enfermerías y clínicas están instalados en las mejores condiciones y dotados de cuantos medios higiénicos y terapéuticos son necesarios para el más perfecto tratamiento de los alienados en sus diversas ramas y especialidades²⁷".

7. 2. Sostenimiento económico.

La Diputación de Madrid se lamentaba del "elevado número de dementes" que tenía que sostener en Ciempozuelos²⁸. Teniendo en cuenta los 800.000 habitantes de la provincia de Madrid, había 112 alienados por cada 100.000 habitantes²⁹. En los manicomios alemanes, según la estadística de Lähr, había en 1906 aproximadamente 114.000 enfermos, es decir, uno por cada 525 habitantes. Según Kraepelin el número de alienados en Alemania era de aproximadamente 230.000. En algunas provincias alemanas había un alienado en el manicomio por cada 300 o 400 sanos. La proporción era mucho mayor en Suiza, ya que en el cantón de Berna, en 1902 había 8,5 y en el de Zurich 9,7 enajenados por cada 1.000 habitantes. En Escocia, en el año 1910 la proporción era de 315 dementes pobres por cada 100.000 habitantes³⁰.

El coste de los aproximadamente 900 enfermos (hombres y mujeres) a cargo de la Diputación le suponían 410.000 ptas anuales. En esta cantidad se incluía la alimentación, la asistencia, la ropa, la construcción de edificios, el personal médico, farmacia y enfermeros.

²⁷ Justo García. Historia de la O.H. Cuaderno XI. p. 247 (cit. por Gómez, 1968: 484, op. cit.).

²⁸ Se hace referencia a 900 enfermos lo que implica que en este número están incluidas las enfermas ingresadas en el Manicomio del Sagrado Corazón, fundado también por el P. Menni y que hasta 1914 tuvieron la misma administración.

²⁹ Es importante advertir que estos datos se refieren sólo a los alienados pobres que son los que estaban a cargo de las Diputaciones.

³⁰ Estos datos estadísticos están recogidos de la "Memoria del Manicomio de San José de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios", 1914, Ciempozuelos, Madrid.

Además, se "les aplica medicaciones proscritas por caras en el Hospital General de Madrid". La Diputación de Madrid pagaba 1.25 ptas por enfermo/día lo que suponía 456,25 ptas anuales. Comparado con Alemania, donde el coste medio anual por enfermo era de 1.000 marcos (el marco estaba al cambio de 1.25 ptas.) equivalía a que un enfermo alemán costaba más del doble que el enfermo español. Este tipo de observaciones demuestran un interés por comparar lo que ocurría en el establecimiento con el exterior.

Sin necesidad de irse al extranjero, comparan también los gastos con el propio Hospital General de Madrid dependiente de la misma Diputación, donde el coste, solamente por la alimentación del enfermo era de 2,50 ptas diarias, sin estar incluidos el resto de los conceptos enumerados anteriormente y con la agravante de que tenían un "local viejo e inservible para el fin al que se destina". "La asistencia no es, por ningún concepto, superior a la de Ciempozuelos. Esto demuestra que el mayor precio no significa por si solo mejor producto".

El establecimiento no se ha visto nunca libre de críticas y para dar respuesta a las que se hicieron con respecto a que era escasa la alimentación que se daba a los enfermos, hacemos referencia a continuación a un estudio realizado por Gayarre. Se basó en los estudios clásicos de Voit quien sostenía que un hombre adulto normal que trabajara moderadamente necesitaba para su sostenimiento 118 gramos de albúmina, 56 de grasa y 500 de hidratos de carbono al día. La ración diaria en Ciempozuelos era, por término medio y por persona, de 925 gr. de pan, 250 grs. de arroz, 350 grs. de patatas, 97 grs. de carne, tocino, bacalao, etc. y 32 gr. de aceite. Veamos el estudio realizado teniendo en cuenta las calorías de cada alimento:

	<u>Calorías</u>
ALBUMINA: 20 grs. de carne + 20 de arroz + 54 de pan + 8 de patatas = 102 grs.	150
GRASAS: 32 gr. de aceite + 15 de carne + 4 de pan + 4 de arroz = 55 grs.	522
HIDRATOS DE CARBONO: 513 grs. de pan + 180 grs. de arroz + 300 de patatas = 993 grs.	<u>3.635</u>
Total	4.307

Se llegó a la conclusión de que a un alienado pobre, sin trabajar, se le daba una dieta de 4.307 calorías cuando las necesidades de un soldado alemán eran de 3.000 calorías al día y, en el supuesto de que hiciese una marcha con 30 kgrs. de peso, se aumentaba la dieta de 4.100 a 4.200 calorías al día. A los enfermos que trabajaban se les daba un suplemento de comida. Se menciona que el menú se variaba todos los días y, en general, era mucho mejor que lo que comían los enfermos en sus propias casas. Dos días a la semana se les daba café y diariamente se repartían 130 paquetes de cigarrillos entre los "700 alienados pobres".

Refiriéndose al pago por parte de las Diputaciones, Justo Soriano decía: "Algunas fueron muy morosas en el pago de las pensiones de los enfermos. En el mes de diciembre de 1903, el P. Andrés en unión del Superior de Ciempozuelos hacían diligencias para ver de cobrar los atrasos de la Diputación de Madrid". "El 20 de febrero de 1907 el P. Provincial se lamentaba de que la Diputación de Madrid, no sólo no pagaba lo que debía por atrasos, sino que cada año se iba atrasando más, hasta el punto de que en esta fecha debía por atrasos y sólo en la sección de hombres **trescientas ochenta y siete mil pesetas**³¹ (Para comprender hasta que punto se elevaba la deuda habría que comparar el valor adquisitivo de la peseta en el año 1907 con el actual). Y, además de esto pretendía, con amenazas de no pagar los atrasos que tenía pendientes, que

³¹ En negrita en el original.

se rebajara en 0,25 ptas. la pensión de 1,50 ptas. que tenía estipulado pagar por la estancia de cada enfermo.

Transcribimos una carta del P. Menni dirigida al Presidente de la Diputación de Madrid por la que se accede a bajar la pensión a 1,35 ptas. diarias³²:

Ciempozuelos a 30 de junio de 1908

Excmo. Señor Don Sixto Pérez y Calvo, Presidente de la Diputación Provincial de Madrid.

Muy señor mío y de mi más distinguida consideración: Después de saludarle a V.E., la presente tiene por objeto manifestarle que el nuevo Padre Superior de esta casa, me ha dado noticia de la entrevista que el sábado último tuvo el honor de celebrar con V.E. y de las impresiones cambiadas respecto a la rebaja en estancias de alienados que por esa Excmo. Diputación se tiene solicitada.

Asunto es este que desde el origen de la proposición ha venido ocupando nuestra atención y que es de conveniencia ultimar ya, en bien de todas las partes interesadas.

Los fines de V.E. en su interés por mejorar la situación económica de la Diputación que tan dignamente preside son altamente loables; y las Hermanas Hospitalarias queriendo cooperar en lo que de su parte estaba a obra tan digna, accedieron a rebajar la estancia de cada una de las alienadas, que la misma les tiene encomendadas a Ptas. 1,25 diarias, en vez de las Ptas. 1,50 que por tal concepto debían percibir.

Los Hermanos, a quien también se hizo la misma proposición, pulsándolo todo y haciendo prudentes cálculos sobre la cifra de la rebaja solicitada no se creyeron en condiciones de poder acceder a la petición; pues han considerado, que sería en perjuicio de los enfermos confiados a su cuidado y estas razones les han hecho sostenerse en la actitud que V.E. conoce.

³² Esta carta está fotocopiada en la obra de López Lerma y Díaz Gómez. (1991). "Historia del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, de Ciempozuelos, 1981-1989". Madrid: Fareso.

En honor de la verdad, el sostenimiento de las enfermas puede hacerse, en igualdad de circunstancias, según se ha visto en el terreno de la práctica, con alguna más economía que no el de los hombres y bajo este punto de vista, los *Hermanos* han considerado que las *Hermanas* han podido llegar a una concesión que ellos no podían.

Existe además, Excmo. Señor, el precedente de lo acordado por la Excma. Diputación de Barcelona, que recientemente ha elevado el precio de las estancias de sus alienados acogidos en el Manicomio de San Baudilio de Llobregat. Así mismo me permito exponer a la consideración de V.E. a que por estas Comunidades, por verdadero espíritu de caridad, no se ha desatendido en momento ni tiempo alguno el sostenimiento de los alienados que esa Excma. Diputación les tiene encomendados a pesar de las situaciones difíciles y en ocasiones apuradísimas en que la falta de pago de las estancias han colocado en más de una ocasión a estos Establecimientos, que solo han podido sostenerse, contrayendo deudas de consideración que doblemente agravaban nuestra situación por las obligaciones, que esos compromisos traen consigo. Además aquí no solo se atiende al sostenimiento material de los alienados, sino que también a todo cuanto puede contribuir al bien de los mismos y a su mejoramiento bajo todos conceptos.

Sobre las consideraciones expuestas, me permito añadir que a V.E. no han de pasar desapercibidos los graves inconvenientes, que se habrían de originar trasladando los alienados a cualquier Establecimiento fuera de la Provincia, no solo por los gastos e incomodidades que la conducción de los mismos ocasionarían a esa Excma. Diputación Provincial, pues la conducción del Hospital a Ciempozuelos actualmente corre todo a cuenta de los Manicomios, sino que también los disgustos, graves incomodidades y gastos que se ocasionarían a las pobres familias de los enagenados, que ordinariamente siempre anhelan ver a sus infelices y queridos miembros que se hallan privados del completo uso de la razón.

Además, estando los alienados en un Establecimiento enclavado en la Provincia, en ésta quedan los beneficios materiales, que éstos Establecimientos proporcionan.

Por todo lo cual confío que esa Excma. Corporación de la muy digna presidencia de V.E., teniendo en cuenta las razones expuestas, se dignará aceptar la proposición que nuestra Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios hace, rebajando las estancias de los hombres a Ptas. 1.35 diarias en

vez de Ptas. 1,50 que se tenía convenido, sin que esto altere nada lo ya concedido por las Hermanas Hospitalarias relativamente a las mujeres, que han rebajado las estancias de las mismas a Ptas. 1,25 diarias.

Con tal ocasión, tiene el honor de reiterarse de V.E. Affmo. A. S.A. y Capellán

Firmado por Fr. Benito Menni

La Diputación de Guadalajara también pedía ese año que se le perdonaran todos los atrasos que tenía pendientes en las Casas de Ciempozuelos y San Baudilio³³. Se acabó perdonando la deuda de la de Guadalajara y rebajando 0,25 ptas. a la de Madrid.

En 1914 se suspendió el contrato con la Diputación de Madrid³⁴ y no se volvió a reanudar hasta 1925, siendo Provincial el P. Agradas ya que "fueron tantas las súplicas que la Diputación le hizo, y tales la promesas de hacer efectivos todos los atrasos y no demorar el pago de las estancias más allá del mes vencido, que habiendo expuesto a sus consejeros este asunto, acordaron volver a admitir nuevamente los enfermos de la Diputación madrileña, pero con la condición de que su número no pasara de 300, ofreciendo aquella un anticipo de 125.000 ptas., que se iría amortizando con el 10 por 100 de descuento en las estancias de los enfermos, hasta llegar a la cantidad de 25.000 pesetas, que quedarían en depósito, como garantía del pago de estancias" (Gómez, 1968: 486).

De los 944 enfermos ingresados en 1914, 184 eran pensionistas. Prácticamente todas las Diputaciones pagaban 2.50 ptas por enfermo/día, salvo la de Madrid que abonaba 2.- ptas. Los pensionistas³⁵ pagaban en 1ª clase 400.- ptas, en 2ª 300.- ptas y en 3ª 175.- ptas. y los

³³ García Soriano, Justo. "Historia de la Orden Hospitalaria". Cuaderno XI. p. 55. (Cit. por Gómez, 1968, op. cit.).

³⁴ Aunque Fr. Gómez menciona que se suspendió el contrato, no se observa que se llevaran a los enfermos ya que no descendió el número de enfermos ingresados.

³⁵ Se denominaban pensionistas los enfermos privados.

distinguidos 450.- ptas. En los hotelitos de que se ha hablado anteriormente, el precio se convenía con el Prior.

En la Clínica Militar, a los jefes y oficiales se les consideraba pensionistas de 1ª. "Por individuo y clase de tropa pagaba el Estado 4.50 ptas diarias" (en esta cantidad no estaba incluido ni la ropa, ni la atención médica que estaba a cargo de dos médicos militares, ni la medicación ya que ésta la enviaban del Hospital Militar de Carabanchel).

El número de enfermos internados variaba aunque durante estos años siempre fue superior a 800. Con las demoras en los pagos por parte de las Diputaciones, el manicomio pudo subsistir con la ayuda de los productos de las huertas propias y alquiladas y la Granja Agrícola San Fernando. Esto fue motivo de muchas acusaciones como:

- "a) tildar a los religiosos de comerciantes;
- b) de explotadores de los enfermos, a los que se obliga a trabajar, y
- c) tener que echarse, para llevar estos cultivos, en manos de jornaleros y administradores seculares, que se enriquecen a cuenta "de los frailes y de los enfermos".

Con el fin de evitar todas estas acusaciones, el P. Ayúcar (1903-1911) decidió ordenar lo siguiente:

- 1º. Que en lo sucesivo a nadie se vendieran medicinas, vino, licores, carbón, materiales de construcción, etc." (esto estaba relacionado con una especie de economato que había para los trabajadores de la casa a los que se vendían estos productos más baratos, lo que dio lugar a las quejas por parte de los comerciantes).
- 2º. Que no se hagan más compras de fincas rústicas.
- 3º. Que, poco a poco, con prudencia y del mejor modo y forma vayan dejándose las tierras que se llevan en arriendo".

Parece ser que se pudieron tomar estas medidas porque, en parte, habían desaparecido los acuciantes problemas económicos de los primeros años y era más sencillo comprar los géneros que cultivarlos y de esta forma se evitaban ser acusados de explotadores de enfermos. Decía,

además "que para llevar a la práctica las normas de los directores médicos (Maraver y Gayarre) de tener empleados a todos los enfermos que fueran capaces de hacer algún trabajo, se podía hacer esto mucho mejor dentro de Casa, en talleres bien montados y dirigidos por maestros; pues de esta manera se controlaban mejor los enfermos dedicados a trabajos manuales y podían destinarse a estos mayor número de enfermos" (Gómez, 1968: 331). De esta forma fueron desapareciendo las fincas arrendadas y la Granja Agrícola San Fernando, no sin críticas por parte de los que consideraban que eran muy beneficiosas como laborterapia para los enfermos.

Cuadro 7.2. Movimiento Estadístico de la Casa (1903 - 1918).

AÑOS	Existencia anterior	Ingresados	Total	S A L I D A S				Quedan
				Curación	Licencias y otros	Fallecidos	Total	
1903	562	134	696	20	22	38	80	616
1904	616	143	759	27	12	44	83	676
1905	676	155	831	28	27	66	121	710
1906	710	172	882	40	16	62	118	764
1907	764	175	939	46	12	114	172	767
1908	767	165	932	64	20	77	161	771
1909	771	184	955	39	31	54	124	831
1910	831	182	1013	52	38	81	171	842
1911	842	155	997	74	41	68	183	814
1912	814	247	1061	54	61	80	195	866
1913	866	183	1049	29	37	73	139	910
1914	910	259	1169	71	54	100	225	944
1915	944	80	1024	22	55	84	161	863
1816	863	96	959	7	48	66	121	838
1917	838	121	959	16	30	100	146	813
1918	813	125	938	15	22	107	144	794

FUENTE: Gómez, J. C. (1968). "El Resurgir de una Obra". Granada: ANEL, p. 420.

7.3. La vida religiosa de los enfermos.

En aquellos tiempos la vida religiosa de los enfermos era mucho más intensa que en la actualidad, pero no era nada más que un reflejo de lo que ocurría en el exterior y no precisamente porque se tratase de un establecimiento perteneciente a una orden religiosa, ya que en los centros públicos ocurría lo mismo. Había una Iglesia y una Capilla para el culto. Diariamente se rezaba el Angelus, el rosario y la bendición y acción de gracias a las comidas. Los domingos asistían a Misa y "cuando el número de sacerdotes es suficiente hasta diariamente asiste una gran parte de ellos". En los pabellones se les explicaba el catecismo. "De ordinario se acercan a recibir la Sagrada Comunión de 8 a 10 enfermos; de 60 a 70, mensualmente, aparte de los que lo hacen en circunstancias extraordinarias y festividades solemnes y el cumplimiento Pascual, que es general y suele hacerse por grupos de 30 durante toda la Cuaresma". El que se acercasen a recibir los Santos Sacramentos dependía del criterio del P. Capellán de acuerdo con el informe médico.

Se entendía que "las prácticas religiosas tenían un doble carácter:

- 1º. Cumplir con sus deberes religiosos.
- 2º. Atender a la salud corrigiendo los excesos en los maniáticos y atrayendo en general a los demás que han de encontrar en la religión la tranquilidad de su conciencia, la unión con Dios por medio de la gracia santificante, el perdón de los pecados y la corrección de los vicios, para lo cual ha sido establecido el Sacramento de la Penitencia"³⁶.

Los enfermos asistían también a funciones solemnes de la Iglesia como los actos del mes de mayo, novenas, procesiones, etc.

³⁶ Historia del Sanatorio San José, Ciempozuelos, 1926: 81-82.

7. 4. El Equipo Médico.

A la muerte de Rodrigo González, ocurrida el 22 de diciembre de 1903, le sucedió como director Francisco Maraver quien tomó posesión de su cargo el 13 de enero de 1904 y lo ejerció hasta el 10 de junio de 1908. Realizó su tesis doctoral sobre "El mercurio y sus preparados en la terapéutica de las enfermedades mentales". "Acudió al Congreso de Milán con la comisión constituida por los directores de los establecimientos manicomiales de la Orden, doctores Rodríguez, Morini, Anivarro, Astúriz y Llinás, redactando una memoria como resultado de las conclusiones del Congreso, donde detallaba los pujantes adelantos que en la técnica manicomial se llevaban a cabo en los manicomios de Lombardía" (López Lerma y Díaz Gómez, 1991: 138). Maraver describía así el manicomio: "Se trata de una edificación muy irregular, sin ajustarse a plano alguno, y en la cual deben haber ido haciendo pabellones y patios conforme lo exigían las circunstancias, por lo cual resulta en muchos puntos un conglomerado de edificaciones, que no poseen las condiciones que la ciencia actual exige". Este sentir no era nuevo en el establecimiento y ello llevaría definitivamente a la construcción de los pabellones aislados, "con extensos jardines y alegres e iluminados horizontes, consiguiendo de este modo que el enfermo mental no se considerase como prisionero entre altos muros, sino gozando de una relativa libertad". Teixidó, médico interno, fue sustituido por Eulogio García de la Piñeira.

"Cuando el Dr. Maraver dejó la dirección, el padre B.Menni, a todo trance, quería llevar a la dirección al mejor psiquiatra que hubiera en España. Hizo las consultas correspondientes, llegando a la conclusión de que a la sazón el mejor psiquiatra era D. Luis Simarro, catedrático de Psicología Experimental en la Universidad de Madrid, pero le dijeron que este señor, siendo un gran médico en su especialidad, era ateo y gran oriente en la Masonería española. A lo que el padre Menni contestó que él por encima de todo ponía el amor a los enfermos y que él no necesitaba catequistas, porque para eso ya tenía a los religiosos, que lo único que necesitaba era un gran médico que atendiera a los enfermos. En estas circunstancias, vestido con sus hábitos de religioso, se fue a ver al doctor

Simarro, exponiéndole el objeto de su visita. El doctor quedó sorprendido de tal visita y aunque dijo que le agradaría mucho, el respeto humano pudo más y le dijo al padre Menni, qué pensarían sus correligionarios, los masones y socialistas, que eran sus contertulios, si aceptase tal puesto, pero ya que él no se atrevía a aceptar la dirección propuesta, le recomendaba al Dr. Miguel Gayarre, que era su discípulo predilecto. Así fue como este vino a ocupar la dirección vacante" (López Lerma y Díaz Gómez, 1991: 139).

El 27 de junio de 1908 fue nombrado director Miguel Gayarre, destacado neurólogo y psiquiatra que realizó numerosas investigaciones en colaboración con Cajal, Villaverde y Somoza. Interesado por el descubrimiento de la espiroqueta pálido y el diagnóstico de la sífilis por Wasserman, Gayarre publicó un importante trabajo sobre la reacción Wasserman y aplicó en el Manicomio las inyecciones de Salvarsán. Sus principales trabajos histológicos los realizó en 1914 en colaboración con Nicolás Achucarro.

Bajo la dirección de Gayarre se contrataron dos médicos, Domingo y Felipe Huete, que habían estado estudiando al lado del profesor Kraepelin y Plant, lo que favoreció, en gran manera, que se tomase como modelo la escuela alemana y que se estuviese al día de las nuevas tendencias psiquiátricas. Nos sirve de ejemplo el hecho de que poco después de publicado el libro de Bleuler "Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien" (1911) apareciesen los primeros diagnósticos de esquizofrenia en las historias clínicas (1912). Interesado por la investigación psicológica hizo adquirir aparatos como el Pletismógrafo, Ergógrafo de Lehman, el taquitoscopio, etc. Cuando consideraba que los enfermos no eran agresivos fue partidario de darles el alta provisional y fomentó la supresión de la contención mecánica.

Gayarre publicó en la Revista Frenopática Española (1912), la Memoria del Manicomio de Ciempozuelos de 1911. El total de enfermos ingresados (hombres y mujeres) era de 1.577. El número de defunciones fue de 64 (6,5%) hombres y 86 (10%) mujeres. El número de altas por curación fue de 66 hombres y 43 mujeres.

En febrero de 1919, Gayarre dimitió de su cargo, aunque en agradecimiento se le nombró director honorario, y fue sucedido por el coronel Antonio Fernández Victorio que fue nombrado director facultativo el 7 de abril de 1919. Autor de diversos libros³⁷ ocupó el cargo hasta su fallecimiento ocurrido el 14 de marzo de 1925.

Santos Rubiano Herrera, Teniente Coronel y Jefe Clínico de la Clínica Militar, fue nombrado nuevo director el 7 de mayo de 1925. Fue una persona de gran prestigio y experiencia adquirida no sólo a lo largo de su vida profesional sino también a través de sus frecuentes viajes por Alemania, Francia, Suiza y Estados Unidos. Escribió varios libros³⁸ y bajo su dirección se organizó un curso para la formación de los enfermeros psiquiátricos, además de crearse en 1926 los servicios de otorrinolaringología, odontología, oftalmología y el laboratorio en el Hospital.

Muchas de las mejoras anteriores pudieron llevarse a cabo con la elección, en el Noveno Capítulo Provincial (15-20 de junio de 1908), del Provincial P. Andrés Ayúcar quien "deseando que la asistencia a los enfermos mentales fuera no sólo caritativa y paternal sino científica, ordenó que se pusieran en práctica en estos establecimientos frenopáticos los nuevos métodos descubiertos por la ciencia para el tratamiento de las enfermedades mentales". A los directores médicos les envió una "carta circular" en la que les pedía que todos los años hiciesen una Memoria del establecimiento en la que se reflejase las incidencias en relación con la asistencia a los enfermos y atendió todas las peticiones médicas dentro de las posibilidades económicas de la Orden. Con estas medidas se consiguió que las "Casas de Salud de la Provincia se colocaron a la cabeza de las de

³⁷ Fernández Victorio fue autor de varios libros entre los que se destacan: "La Psiquiatría del médico práctico" (obra que fue premiada por el Ministro de la Guerra y declarada de mérito por la Real Academia de Medicina), "Las Psicosis del Ejército" y "Anatomo-Fisio-Patología del Sistema Nervioso o Diagnóstico Clínico de las enfermedades nerviosas mentales" (ambas obras fueron premiadas con la Cruz Blanca de 2º clase del mérito militar), "Locuras latentes", etc.

³⁸ Santos Rubiano fue autor de "La Fórmula Hematológica en la Neurastenia", "Concepto Psicobiológico de la Psicosis" y "Psicosis de Guerra". Tradujo muchos libros, entre ellos, la "Introducción a la Psiquiatría Alemana" de Kraepelin, "Neurología" de Lehvandosky y la "Historia de la Psicología" de Kemm", además de diversas publicaciones del francés y del inglés sobre psicología.

esta especialidad en España, al mismo nivel que las mejor dotadas del extranjero, y superando, en muchos aspectos, a las otras en esas naciones".

7. 5. Los tratamientos del enfermo mental.

E. García Piñera, subdirector del centro decía: "El nombre terrorífico de Manicomio era el espanto de los que en ellos ingresaban: hoy se ve dulcificado con el de Sanatorio y más modernamente aún con el de Hospital Psiquiátrico³⁹", aunque esta última denominación no sería utilizada hasta muchos años después (1976).

Las enfermedades más frecuentes eran la epilepsia, la parálisis general progresiva y la esquizofrenia. En 1926 el número de enfermos epilépticos superaba el centenar y el tratamiento con bromuro fue sustituido por el de Luminal e inyecciones de sonnífero.

Ya en los años 1908 y 1909, Gayarre había comenzado a tratar la parálisis general progresiva, estudiando la serorreacción de Wasserman con nuevos preparados arsenicales compuestos de bismuto y la malarioterapia, con resultados más favorables que los anteriores preparados a base de mercurio e inyecciones de nucleinato de sosa.

A los esquizofrénicos se les trataba con baños tibios prolongados, sábanas mojadas, y con la narcosis prolongada de Klasi (opio, morfina, paraldehido y el somnifense).

El tratamiento, la asistencia y el pronóstico estaban condicionados por la "peculiar naturaleza del proceso psíquico", las relaciones del enfermo con la familia y el orden social. Se hace notar como en aquella época se daba ya mucha importancia a la relaciones con la familia y al "orden social" en el tratamiento de los enfermos, sobretodo si consideramos que la salida del Sanatorio se entendía legalmente sólo

³⁹ García Piñera, E. "El tratamiento del enfermo mental a través de medio siglo", Memoria del Sanatorio de San José par Enfermos Mentales, Madrid, 1927: 24.

por curación; el tener una familia que aceptase esta salida implicaba también su colaboración en esta "curación".

Para los enfermos que no ingresaban de forma voluntaria el médico era su carcelero por ser cómplice de su familia que le había recluido. "Esto obliga al psiquiatra del Manicomio a seguir peculiares pautas, a poner en práctica lo que llama Jaspers psicoterapia indirecta, utilizando el camouflage del medio manicomial como modo de actuar sobre el enfermo para que este se considere en lo posible dentro de su habitual medio social y en ejercicio, aunque restringido, de sus individuales actividades" (Corres, 1926: 42).

Debe mantenerse la vida individual "lo más ordenada posible en atención a que este régimen, como enseña la más elemental biología, es el mejor coadyuvante para que la naturaleza pueda encontrar por sí misma las rutas perdidas. Y por vida ordenada no entendemos la uniformidad de actos cotidianos para todos los enfermos sino la vida horaria para determinados grupos de pacientes, dentro de ciertas conveniencias". "La vida ordenada horaria que crea hábitos y automatismos provechosos comprende la vida ocupada singularmente en trabajos mecánicos, que no exijan atención intensa ni produzcan fatiga, siempre tendiendo a las particulares conveniencias de los enfermos crónicos, únicos en los que es factible tal medida" (Rubiano Herrera, 1927: 43).

Esta terapia por el trabajo había sido defendida por Pinel en el siglo XVIII: "No es un problema que esté aún por resolver sino el resultado más constante y uniforme de la experiencia que en todos los asilos públicos, así como en las cárceles y hospitales, el más seguro y aún quizás el único medio de mantener la salud, las buenas costumbres y el orden es el establecer por ley fundamental, observándola rigurosamente, que se empleen los individuos en un trabajo mecánico. Esta verdad se debe aplicar particularmente a los hospitales de locos, y, estoy íntimamente convencido de que no se puede formar un establecimiento de este género que sea duradero y siempre útil, si no estriba en esta base fundamental" (Pinel, 1804: 43). Más adelante añade Pinel: "Tenemos que envidiar a una nación vecina un establecimiento que no sabré alabar

debidamente y que es superior a todos los de Inglaterra y Alemania. En efecto, la España tiene abierto en Zaragoza un asilo para todos los enfermos y especialmente para los locos de todos los países, de todos los gobiernos y de todos los cultos con esta sencilla inscripción URBIS ET URBIS. El trabajo mecánico no ha sido el solo objeto de la atención de los fundadores sino que, han buscado además una especie de contrapeso a los extravíos del alma, en el deleite que inspira el cultivar los campos valiéndose del instinto natural que invita al hombre a hacer fecunda la tierra"..... "La experiencia me ha enseñado en este hospital que estos son los más seguros y eficaces medios para curar un loco y que los nobles que con desprecio y altivez desdeñan todo trabajo mecánico tienen también la funesta ventaja de perpetuar su insensatez y su delirio".

Lamentablemente, de este manicomio que fue modelo para Pinel se diría años después: "El nuevo establecimiento fue visitado por Desmason, quien vino a España atraído por la fama de siglos atrás. De lo que allí vio quedó horrorizado. Además de carecer de médico propio, hasta 1862 no se nombró uno en el mismo, salvo en el período de 1842-1845 en que Vieta estuvo a su cargo, pero fue rápidamente eliminado por las reformas que propugnaba, en su lugar los que llevaron la batuta del establecimiento fueron el mayordomo, que ocupó la dirección y tuvo el cuidado de los dementes, un inspector que vigilaba las comidas y cuidaba para que se les asistiera y el llamado padre de locos. Aparte de las grandes dificultades económicas por las que atravesó, el local era muy reducido, no reunía condiciones y las fincas que durante tanto tiempo fueron destinadas a la terapéutica del trabajo, se perdieron con las sucesivas leyes desamortizadoras. Pascual Madoz diría que la única que se realizaba era el cuidado del guardarropa por parte de algunas dementes y Vieta por su parte, denunciaría la escasez de vestidos. Rubio en 1836, visitó personalmente junto con los Ministros de la Gobernación y Hacienda el establecimiento, quedando perplejo de lo que vio: "peor tratados que los mayores criminales y aún peor que las fieras encerradas"; y Correa en 1839, pidió al jefe político de la provincia que cerrase el establecimiento" (Márquez Moreno, 1989: 69-70).

En Ciempozuelos, se pusieron en práctica las recomendaciones acerca de la terapia por el trabajo, pero aplicándose

principalmente a los enfermos crónicos capacitados para ello y acogidos a Beneficencia. El grupo de trabajadores estaba compuesto por 166 enfermos a los que se les daba un extra de alimentación, tabaco y una gratificación mensual que oscilaba entre 5 y 20 ptas. que se anotaba en su cartilla. Los enfermos pensionistas, con un nivel cultural superior, realizaban actividades de pintura, dibujo, modelado y lecturas de libros de viajes o historia natural.

Respecto a la relación de los enfermos con sus familias se decía lo siguiente: "Si algunas veces las visitas familiares son ventajosas para el enfermo es sólo en los convalecientes avanzados: por lo común, conspiran contra la acción sedante de la vida manicomial sosegada, tranquila, automatizada. A la urgencia de la reclusión pedida por las familias por natural temor a la nocividad y peligrosidad del enfermo, pronto suele suceder un desapoderado deseo de llevársele cuando advierten el menor indicio de mejoría o de apagamiento de estados de excitación desoyéndose las admoniciones médicas" (Memoria, 1927). Es por ello que quizás se suprimiesen las visitas familiares en este tipo de establecimientos cuando ingresaban los enfermos y que estos, debido probablemente a que fueron forzados en muchos casos por sus familias a ingresar y que luego perdían el contacto con ellas, ante este desamparo acabasen por rechazarlas. Ante esta situación no es extraño que muchos enfermos, principalmente los que hubiesen pasado por esta experiencia, acabasen ignorando a sus familias como se ha observado en las historias clínicas.

"Conviene ir deshaciendo la leyenda de las reclusiones indebidas y toleradas por los médicos, pues, sobre que las garantías legales de ingreso son ya un tupido filtro para evitar aquellas, el criterio en los que suele andar por medio el chantaje y que todavía encienden la imaginación de gentes ingenuas. Y a este propósito debo decir que un libro como el del norteamericano Beers⁴⁰, "A mind that found itself", promovedor en parte del confuso movimiento social sobre Higiene Mental en Norteamérica, indudablemente beneficioso, puede ser

⁴⁰ Clifford Beers ingresó a mediados de 1900 en un Manicomio de Norteamérica. En 1908 escribió su libro: "A mind that found itself", con tal éxito, que motivó la revisión de este tipo de centros en el país y fue el origen de los Comités de Higiene Mental.

contraproducente también en no pequeña escala (sobre todo en su comento en nuestro país), porque, habiendo puesto el dedo en la llaga del sentimentalismo, esa peste femenina dominante hoy en Norteamérica, expone a dar la razón a gentes letradas ciertas en su animosidad contra la internación de los enfermos mentales; sin que yo desconozca que en parte haya motivos para ello, por la general deficiencia de los establecimientos para aquellos enfermos" (Rubiano Herrera, 1927: 44). Y continúa diciendo: "Creemos que por evitar un riesgo posible no debe hacerse incalculable mal seguro privando de libertad a cientos de personas. Esta conducta nos parece tan natural y tan humana que no comprendemos como hay directores de Manicomio que por no comprometer su intangible prestigio psiquiátrico o por otras razones, caen en el extremo opuesto. Nadie puede pretender que un loco peligroso viva en libertad y, claro es que no damos libertad a ninguno que nos parece que lo es o que puede serlo; pero hay muchos inofensivos y poco molestos que pueden ganarse la vida o vivir amparados de sus familias sin perjuicio para nadie y no hay razón para retenerles en el Manicomio. En la mayoría de los casos debe autorizarse la salida como ensayo de alta definitiva, más, por ahora, se conceden permisos temporales. Debe tenerse en cuenta también que, en muchos casos, el único modo de averiguar si el enfermo está o no curado y hasta que punto, es darle de alta" (Rubiano Herrera, 1927: 45).

Con respecto a la asistencia que se prestaba, la dirección del establecimiento tenía un concepto muy alto a tenor de lo expresado: "Nuestro Sanatorio proporciona a las clases de Beneficencia una situación que no da ningún establecimiento similar del país". "En nuestro Sanatorio hácese además terapéutica psiquiátrica especial (balneoterapia, hipnoterapia, proteínoterapia, piretoterapia), en los casos de beneficencia que lo requieren; no es sólo asilo de inválidos de la mente ni depósito de antisociales y vagabundos como la mayoría de los manicomios provinciales, únicos que en nuestro país albergan enfermos menesterosos" (Rubiano Herrera, 1927: 46).

7. 6. Requisitos de ingreso.

La ley vigente exigía para el internamiento de alienados un certificado facultativo firmado por dos médicos en el que se informaba sobre los trastornos mentales y la necesidad y urgencia de la reclusión. Dicho certificado debía estar visado por el Subdelegado de Medicina del distrito de residencia de los médicos, acreditando la firma e informando sobre las certificaciones facultativas. Además, era necesario un informe del Alcalde del lugar de residencia del enfermo en el que se hiciera constar la necesidad y urgencia de la reclusión. Si se trataba de un incapacitado, el tutor debía contar con la autorización del Consejo de Familia. Por último, con toda la documentación anterior, el pariente más próximo al enfermo o su tutor solicitaba el ingreso al Superior del Centro.

Una vez ingresado el paciente se iniciaba el denominado "período de observación" que, por ley, tenía una duración de tres meses, aunque cuando el caso no estaba muy claro se podía ampliar a seis meses o a un año. En los casos en los que era necesario prolongar el tratamiento, el director del establecimiento tenía que remitir un certificado al Juzgado de Instrucción del partido de residencia, quien autorizaba o no la continuación de la reclusión. El juez, asesorado por el médico forense y los médicos del establecimiento, decidía la reclusión o no. La familia u otras personas disponían de un mes para poder impugnar esta resolución. En general, la familia de un pensionista podía solicitar el alta, salvo en los casos judiciales en los que era necesario la autorización de la Audiencia de la que dependía.

Los enfermos de Beneficencia, a cargo de las Diputaciones, ingresaban sólo con el decreto correspondiente de su traslado, ya que generalmente procedían de los hospitales generales o provinciales. El alta la podía solicitar la familia o la Diputación. Los enfermos militares ingresaban por orden de la Autoridad Militar.

A su ingreso, el enfermo era atendido por el Hno. Jefe del Departamento de Observación quien cumplimentaba un impreso con todos los datos personales y abría un expediente en el que no solía faltar

una fotografía que se le hacía al ingresar y el protocolo "Hoja de Conducta" que cumplimentaba el Hermano. En este departamento permanecía el enfermo hasta que se le diagnosticaba. Si su comportamiento no alteraba el orden era trasladado al departamento de tranquilos donde se le hacía seguir un programa terapéutico, dietético y ocupacional. La distribución de los enfermos no se hacía según su diagnóstico sino en relación a su conducta y la repercusión que ésta pudiese tener sobre los demás enfermos. Para ello el Establecimiento disponía de pabellones de agitados y procesados⁴¹, semiagitados⁴², encamados con gatismo⁴³, epilépticos, trabajadores⁴⁴, demenciales tranquilos. Los que padecían alguna enfermedad somática eran trasladados a la "enfermería especial de su clase"⁴⁵.

El Manicomio disponía también de una sala de operaciones para casos urgentes, un postoperatorio, un gabinete odontológico y un laboratorio clínico completo⁴⁶, además de aparatos de psicología experimental que se utilizaban para algunos casos, de un servicio de electroterapia y de farmacia.

Los médicos visitaban todos los departamentos por las mañanas y, si había alguna novedad, también por las tardes.

7. 7. El Servicio de Asistencia.

Los servicios de asistencia, vigilancia y administración eran atendidos por los Hermanos Hospitalarios. El servicio religioso lo llevaba

⁴¹ Este departamento disponía de una sala especial para el baño caliente permanente y varios cuartos de aislamiento que se utilizaban cuando lo exigía la agitación del enfermo.

⁴² En este departamento ingresaban los enfermos que molestaban con sus voces a los demás, los que se desgarraban la ropa, se tiraban por los suelos, tenían movimientos automáticos, etc.

⁴³ Galicismo francés que se utilizaba para los enfermos sucios.

⁴⁴ En el pabellón de trabajadores estaban los enfermos de beneficencia que ingresaban a cargo de las Diputaciones Provinciales.

⁴⁵ Cada departamento tenía los servicios adecuados al tipo de enfermos que atendía. En el departamento de agitados había una sala especial para el baño caliente permanente y cuartos de aislamiento para cuando la extremada agitación lo exigía. (Memoria, 1927).

⁴⁶ El laboratorio colaboraba con el Instituto Cajal de Madrid al que proporcionaba piezas anatómicas para su estudio histológico.

un capellán. Las oficinas administrativas estaban a cargo del Hermano Ecónomo y personal seglar. El jefe de secretaría era también secretario del P. Superior.

Los cargos de jefes y adjuntos de los pabellones estaban ocupados por los Hermanos. La mayoría tenían el título de practicante expedido por la Facultad de Medicina⁴⁷. Entre las funciones del Jefe del Departamento estaba la de estar informado sobre la relación del enfermo con sus familiares.

⁴⁷ En 1925 se comenzó a impartir un curso de 30 lecciones teórico-prácticas sobre "Medicina Mental". El director explicaba "Sintomatología Mental Objetiva"; Piñera "Farmacología Aplicada a la Terapéutica Psiquiátrica" y G. Pinto "Técnica Manicomial". Se utilizaba el libro de "Anatomofisiología Humana", escrito por el Enfermero Mayor Fr. Justiniano Valencia y el Vademecum médico-quirúrgico. Los programas se ajustaban a los programas oficiales de los estudios de practicantes.

PERIODO DE REMODELAMIENTO (1925-1969)

Comienza este período con la nueva denominación del establecimiento, Sanatorio de San José para Enfermos Mentales a partir de junio de 1925 y bajo la dirección médica de Santos Rubiano Herrera (1925-1930) que sería sustituido por Antonio Vallejo Nájera, primer catedrático de psiquiatría de Madrid por Oposición de la Universidad Complutense (1940)⁴⁸ y además jefe de la Clínica Militar y director de Ciempozuelos de 1930 a 1958. Desde 1920, la Clínica Psiquiátrica Militar funcionaba independientemente del Sanatorio, aunque la asistencia a los enfermos la seguían llevando los Hermanos Hospitalarios.

Las mejoras realizadas durante el período precedente dieron lugar a "que el Sanatorio fuese considerado como uno de los mejores de España y pionero en la dotación de un gran número de especialidades médicas y con uno de los mejores laboratorios de análisis clínicos, en colaboración con el Instituto Ramón y Cajal⁴⁹, hasta considerarse como Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Madrid y Escuela para la mayoría de los psiquiatras de varias provincias. Por otra parte, y esto es necesario destacarlo, la colaboración y apoyo de la Administración Provincial nunca correspondió mínimamente al esfuerzo que la Institución realizaba, al punto que en distintas oportunidades se produjo en términos de total

⁴⁸ Emilio Mira y López fue nombrado, en 1933, para ocupar la primera cátedra de psiquiatría del Estado Español (Estalrich, 1996: 498).

⁴⁹ Creado el 20 de febrero de 1920.

seriedad la imposibilidad de continuar la asistencia a cargo de la excelentísima Diputación de Madrid" (Memoria 1983).

Continuaron las mejoras y modificaciones en los pabellones: "Ha mejorado el aspecto interior del pabellón al haber cambiado las camas negras por otras esmaltadas en blanco, dando un aspecto de limpieza mucho más agradable, y contribuyendo a que los enfermos se convenzan más en la idea de estar en una clínica, donde son tratados de su enfermedad mental, y no encerrados en un manicomio" (Santos Rubiano, 1929: 95).

Los estudiantes de medicina que querían especializarse en psiquiatría hacían las prácticas en el establecimiento y también se organizó un curso de enfermería psiquiátrica que impartieron los médicos del manicomio.

El Capítulo Provincial de la Orden Hospitalaria celebrado el 2 de junio de 1934 aprobó la división de la Provincia Española en tres provincias: Provincia Ntra. Sra. de la Paz (Andalucía), Provincia de San Juan de Dios (Castilla) y Provincia de San Rafael (Aragón). La distribución se hizo según las necesidades de los establecimientos y a los religiosos se les dio la posibilidad de elegir casa. El Sanatorio Psiquiátrico de Ciempozuelos quedó dentro de la Provincia Bética.

Durante el Provincialato del P. Guillermo Llop (1928-34) que coincidió, no sólo con unos años de paz y sosiego en el país proporcionados por la dictadura del general Primo de Rivera, sino también con una situación económica más desahogada en los establecimientos de la Orden que contaban, además, con un número suficiente de religiosos para atender las necesidades de las Casas, hizo posible que se pudieran llevar a cabo una serie de mejoras. El nombre de Manicomio había sido sustituido por el de Sanatorio Psiquiátrico y en la primera Junta de Definitorio (5 de agosto de 1928) se expuso la necesidad de que algunos religiosos estudiaran sacerdocio, medicina y farmacia siendo aprobada la propuesta por unanimidad. Poco después comenzarían dos religiosos los estudios de sacerdocio, cinco los de medicina y tres los de farmacia. Se consideró también que el número de

empleados no era el suficiente para atender a todos los enfermos, por lo que se aumentó la plantilla de cuarenta o cincuenta que había en Ciempozuelos a ciento cuarenta, y nombrando un jefe de sección en cada uno de los talleres o departamentos. También se preocupó de que estuviesen bien remunerados los empleados, de tal forma que cobraban un cien por cien más de lo que cobraban los que desempeñaban estos mismos empleos en centros estatales, provinciales, municipales o particulares (Gómez, 1958: 575).

El 14 de abril de 1931 se proclamó la República y la situación de tranquilidad cambió radicalmente. La persecución contra la Iglesia se hizo palpable y ello llevó entre otras medidas a que se ordenase que todos los religiosos vistiesen de seglar y que se tomasen medidas para proteger el Archivo Provincial y poner a salvo los bienes materiales de las Casas.

Entre 1931 y 1934, que fue prior el P. Damián Luengo no se hicieron obras de ampliación o reformas debido a la situación política, pero si se trató de remediar el problema de la escasez de agua y para ello se edificó un gran depósito en la parte de la huerta próxima a la Escolanía.

En 1934, al terminar su provincialato, el P. Guillermo Llop fue elegido Superior de la Casa de Ciempozuelos. El 8 de agosto de 1936, fue encarcelado junto con toda la Comunidad y el 28 de noviembre fue asesinado en Paracuellos del Jarama, casualmente, según nos dicen los historiadores, "atado codo con codo a don Pedro Muñoz Seca".

8. 1. Distribución de los enfermos

Se reorganizaron los pabellones con la siguiente distribución:

- Enfermos pensionistas sucios (pabellón de San Luis)
- "Trabajadores" de Beneficencia (pabellón de San Isidro)
- Pensionistas tranquilos (pabellón de San José)
- Pensionistas nuevo ingreso, enfermería, agitados y peligrosos (Pabellón de San Juan de Dios)
- Epilépticos de Beneficencia (pabellón de San Isidro)

- Enfermos de nuevo ingreso y agitados de Beneficencia (pabellón de San Camilo)
- Enfermos sucios de Beneficencia (San Rafael)
- Tranquilos de Beneficencia, trabajadores de huerta y otros oficios (Pabellón de San Anselmo)
- Enfermos idiotas e imbéciles (pabellón del Niño Jesús).

La distribución de los enfermos, observamos, se sigue haciendo por unos criterios que no corresponden a la patología de la enfermedad.

8. 2. La asistencia a los enfermos.

Atendían a los enfermos ciento veinte hermanos a dedicación completa, lo que permitía dar una asistencia más económica, pero era "un grave condicionante para la formación profesional de los mismos religiosos, obligados a realizar todos los servicios durante las 24 horas del día". La plantilla de personal no religioso se limitaba al cuerpo facultativo, un grupo de señoras empleadas para lavandería y costurero y los empleados de talleres de conservación y cocina.

Muy importante fue la medida del P. Llop que obligó a todos los auxiliares a asistir a las clases, impartándose: cultura general, anatomía, higiene, asistencia en casos de urgencia, etc. Pronto se comenzaron a observar estos resultados en "aspecto de dignidad, limpieza y orden que se notaba en todas las secciones de las Casas".

Los enfermos llegaban sin antecedentes médicos por lo que a su ingreso se les hacía una exploración psiquiátrica completa que se registraba en las hojas clínicas, además de exploraciones complementarias de laboratorio (toma de sangre, punción lumbar); si era necesario se remitían al neurólogo y demás especialistas para ampliar el estudio antes de emitir un diagnóstico. Independientemente del examen clínico, a su ingreso se realizaba un inventario de todos los objetos que llevaba consigo el enfermo.

Desde 1925 se dio tratamiento sistemático a los paráliticos cerebrales y lues cerebral, lo que supuso una verdadera revolución en la terapéutica mental. En el establecimiento se mantenían dos principios:

- 1ª. Todos los enfermos en tratamiento y a cada enfermo su tratamiento.
- 2ª. A enfermedad crónica, tratamiento crónico.

junto con el lema de "tratamiento perpetuo y ocupación continua".

Se sigue fomentando la terapéutica por el trabajo "para mantenerles en contacto con la realidad, restándoles tiempo al mundo fantástico de sus ideas delirantes". De 20 a 25 enfermos que trabajaban, en la Memoria de 1929 se dice que el número se elevó a 100.

"El psicoanálisis, los ejercicios físicos, la balneoterapia, la hipnosis sola o combinada, la terapéutica y otros medios han hecho que muchos casos que parecían imposibles de obtener una reacción favorable hayan dado resultados beneficiosos" (Santos Rubiano, 1929: 35). No creemos que se practicase el psicoanálisis a muchos enfermos en el Sanatorio, entre otras cosas porque el tipo de enfermos no era el adecuado para ello. Si se ha observado en alguna historia clínica (muy pocas) el término de "psicoterapia" lo que indica que probablemente si se llevó a cabo con algún enfermo.

Las bajas (hoy hablamos de altas) se producen por los siguientes conceptos:

Curaciones	11,69%
Defunciones	6,78%

En 1929, se menciona que de un total de 30 enfermos pensionistas que recibían un tratamiento especial se curaron 17 casos, siendo las enfermedades tratadas en esa sección la parálisis general progresiva, psicosis, toxicomanías y algún caso de alcoholismo.

El ilustre psiquiatra Rodríguez Morini, en una de sus visitas dijo: "En esta tercera vez que visito el manicomio de

Ciempozuelos, quedo sorprendido de las admirables modificaciones sufridas desde mi visita anterior. En el concepto estético todo ha cambiado; la mayor parte de los antiguos locales están transformados tan por completo, que parecen modernas construcciones, y los pabellones recientemente edificados pueden competir ventajosamente con los que he tenido ocasión de ver en los más famosos manicomios de la Europa Central. Dinámicamente puede equipararse este frenocomio con las instituciones nosocomiales más reputadas; así lo atestiguan su ilustrado personal facultativo, sus caritativos y abnegados enfermeros y su régimen psiquiátrico" (Memoria, 1929: 12-13).

Desde su fundación hasta 1934 se observan los siguientes datos estadísticos en la Casa de Ciempozuelos:

Enfermos ingresados		10.218	
Salidas:	curados	1.463	
	mejorados	1.198	
	traslados	2.867	
	defunciones	3.390	<u>8.918</u>
Enfermos ingresados en 1934		1.300	

En 1932 se creó en España la Liga de Higiene Mental y, probablemente debido a las presiones por parte de la Asociaciones de Higiene Mental de otros países, se señala un gran interés por dar altas y reducir la estancia en el manicomio sólo para los enfermos que verdaderamente lo necesitaran, de tal forma que ya se preveía en aquel entonces el hacer una selección de enfermos crónicos, no peligrosos, que no necesitaran de tratamiento para remitirlos a un asilo.

Se celebran Juntas Facultativas todas las semanas y una mensual dedicada a casos y cuestiones científicas. Existe un servicio de estadística.

Si durante el primer medio siglo la asistencia psiquiátrica del establecimiento hizo fundamentalmente hincapié en medidas higiénicas,

observación, aislamiento y clasificación de enfermos, aparte de los tratamientos ya indicados, a partir de la época de Vallejo Nájera se van a incorporar las llamadas técnicas biológicas (el tratamiento convulsivo mediante cardiazol del húngaro Ladislao Von Meduna; el de Cerletti y Bini, italianos, mediante electrochoques; la cura de Sakel mediante insulina; electronarcosis; piretoterapia, etc.) y en la época de Peláz se incorporan los avances en psicofarmacología y se inicia la transformación socioterapéutica de la Institución. Desde hace tiempo han desaparecido ya los métodos de contención mecánica, terapéutica de balneación y otras terapéuticas biológicas de choque, conservándose en sus estrictos límites la indicación electroconvulsivante (Rodríguez de Vera y Marti, 1967: 40). Excepcionalmente, se utilizan los métodos de contención mecánica pero, en general, por la propia seguridad de los enfermos.

En 1965 se alcanza la cifra de 1.329, el mayor número de enfermos ingresados en la historia del centro y, en parte, se atribuye "al desarrollo incontrolado de Madrid a consecuencia de la masiva inmigración y la falta de estructuras sociales para hacer frente a este crecimiento demográfico que tanto influyó en la configuración de las grandes capitales". Se podría añadir también que debido al desarrollo económico las Diputaciones estuvieran en una situación económica más ventajosa y lo mismo ocurría con las Mutualidades Laborales que, aunque de forma graciable, abonaban el internamiento de algunos de sus mutualistas. Se notaba la influencia económica en el internamiento de los enfermos.

Para Peláz (1967) la asistencia que ha recibido el enfermo mental a través de la historia ha sido el resultado natural de tres factores:

- 1º. El concepto de enfermo mental y actitud social ante él. Como ejemplo nos expone el trato de preferencia que se daba durante la Edad Media en Turquía a los locos a los que se les consideraba como seres casi-divinos. En otros países se les consideraba poseídos por el diablo y no es difícil imaginar como se les trataba. Si el enfermo aparece como peligroso se le encierra en centros similares a cárceles sin discriminar si son verdaderamente peligrosos o son inofensivos.

- 2º. Nivel ético. Influye sobremanera en el comportamiento que la sociedad va a tener con el enfermo crónico que supone una carga para la economía de un país. Tenemos muchos ejemplos de los que podemos citar algunos tal como el trato que se daba en Esparta a los niños lisiados, o la eliminación de los ancianos inservibles por ciertas culturas o la eliminación de los locos en las cámaras de gas en uno de los países considerados más cultos de Europa.
- 3º. El factor económico. Lógicamente un país debe adaptar sus gastos a sus recursos, pero no es tan lógico que se produzca una discriminación tan manifiesta entre el trato que se presta a los enfermos médico-quirúrgicos y el que se da a los enfermos mentales.

8. 3. Sostenimiento económico.

Durante estos años las peticiones de ingreso, tanto por parte de las familias como por parte de organismos oficiales, eran cada vez más numerosas por lo que para atender esta demanda y llevar a efecto los nuevos adelantos científicos fue necesario subir las pensiones de los enfermos y así se lo expusieron al Provincial, P. Faustino Calvo. El 25 de diciembre de 1925 la Junta de Definitorio consideró razonable esta petición y aprobó la subida pero, teniendo en cuenta el carácter de religiosos hospitalarios, las nuevas tarifas debían ser inferiores a las de los establecimientos similares dirigidos por seculares. Los nuevos precios quedaron así: las entidades encargadas de los enfermos de beneficencia deberían pagar 2,50.- ptas./ día. Los enfermos residentes en los hoteles 850 ptas. mensuales; distinguidos, 550; de primera, 400; de segunda, 350 y de tercera 180. La Diputación de Madrid se negó a pagar esta subida por lo que después de muchos tiras y aflojas se decidió que abonasen la cantidad de 2,25.- ptas.

En 1930, la Diputación de Madrid, además de los enfermos hospitalizados en el Departamento de Psiquiatría del antiguo Hospital Provincial de Madrid, tenía un promedio de 950 enfermos entre los dos Sanatorios de la Villa de Ciempozuelos, y 300 más repartidos en San

Baudilio, Valladolid y Alcalá, por lo que parece ser que decidió, para tener a todos los enfermos en un mismo lugar, hacer una oferta para la compra del Sanatorio de Ciempozuelos. Otra versión es que ante la dificultad por parte de la administración del Sanatorio de Ciempozuelos de poder prestar asistencia por la módica cantidad de dos pesetas y quince céntimos, que era la cuota asignada desde años anteriores por enfermo/día, se decidió la cesión del Sanatorio a la Diputación aprobándose, por unanimidad de votos, en el Definitorio Provincial del 6 de noviembre de 1930 la venta del Sanatorio. El 31 de diciembre de 1930, el presidente de la excelentísima Diputación presentó al pleno un estudio de cinco folios con tres soluciones para "acometer el problema del Manicomio Provincial". Estas fueron:

- a) Construcción en Alcalá de un nuevo Manicomio (se detallan los costes, años necesarios para su construcción y puesta en marcha y formación del personal).
- b) Adaptación del Hospicio Colegio San Fernando de Valdelatas (se observan las dificultades legales en razón a la voluntad de los donantes y las inversiones necesarias para su adaptación y posterior construcción de un nuevo colegio).
- c) Compra del Sanatorio Psiquiátrico San José, de Ciempozuelos (se detiene en una exposición amplia de su valor, 11 millones de pesetas, y las distintas ampliaciones que se necesitarían hacer para albergar también mujeres). La Comunidad de Religiosos permanecería el tiempo que fuera necesario y se respetarían los contratos con otras Diputaciones mientras los Hermanos continuaran prestando sus servicios en el Sanatorio.

Si bien esta última medida pareció la más aceptable para solucionar el problema de los enfermos mentales de la provincia de Madrid, distintas circunstancias y presiones sociales y políticas impidieron que se llevara a efecto ninguna de las tres propuestas y, en prueba de buena voluntad, "la Corporación Provincial propuso un aumento de cincuenta céntimos por enfermo y día, en tanto solucionaba el problema" (Memoria, 1983: 36).

Esto palió, en parte, el problema económico e hizo que se pudieran llevar a cabo distintos proyectos asistenciales y rehabilitadores, sobre todo teniendo en cuenta que la mayor parte de los enfermos procedentes del Hospital Provincial llegaban etiquetados de "incurables" y, además de sus déficits psíquicos, tenían otras limitaciones orgánicas y, por tanto, necesitaban asistencia psíquica y somática.

8. 4. Legislación vigente.

Consideramos de interés, transcribir a continuación la legislación para la asistencia al enfermo psíquico, vigente en nuestro país desde el tres de julio de mil novecientos treinta y uno hasta abril de 1983.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Todo enfermo psíquico debe recibir en España asistencia médica, bien privada en medio familiar o bien en establecimiento psiquiátrico, público o privado, cuya organización técnica corresponda al estado actual de la ciencia psiquiátrica.

Artículo 2. La asistencia psiquiátrica podrá prestarse en establecimientos adecuados oficiales o privados. Se entiende por establecimiento psiquiátrico (llámese manicomio, casa de salud o sanatorio) todo aquel que admita enfermos psíquicos en número mayor de cinco y cuya dirección técnica está encomendada a un especialista de probada o reconocida competencia, en posesión del título médico expedido por una universidad española.

a) Se entiende por establecimiento psiquiátrico oficial todo aquel que sea sostenido directamente por el Estado, las Diputaciones provinciales o los Ayuntamientos.

b) Se entiende por establecimiento psiquiátrico privado todo aquel que sea de propiedad particular o de persona jurídica (laico o religioso).

Artículo 3. La construcción y organización técnica de cada establecimiento psiquiátrico oficial o privado deberá atenerse estrictamente a los preceptos que la psiquiatría moderna exige y someterse a la aprobación oficial por la sección correspondiente de la Dirección General de Sanidad. Es condición

indispensable para el funcionamiento de todo establecimiento de esta naturaleza, oficial o privado.

- a) Que toda sección dedicada a la asistencia de enfermos agudos o crónicos en estado de agitación se halle dotada de una instalación de baño permanente.
- b) Que en ningún caso, y sin orden explícita del médico, se utilicen medios físicos coercitivos (camisa de fuerza, ligaduras, etc.).

Artículo 4. Todo establecimiento psiquiátrico, público o privado deberá, a ser posible, tener un carácter mixto, con un servicio abierto y otro cerrado.

- a) Se entiende por servicio abierto el dedicado a la asistencia de enfermos neuróticos o psíquicos que ingresen voluntariamente, con arreglo al artículo 9º del presente decreto y de los enfermos psíquicos ingresados por indicación médica, previas las formalidades que señala el artículo 10, y que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad.
- b) Se entiende por servicio cerrado el dedicado a la asistencia de los enfermos ingresados contra su voluntad por indicación médica o de orden gubernativa o judicial en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales.

En casos especiales el Ministro de la Gobernación, previo informe de la Dirección General de Sanidad, podrá autorizar el funcionamiento de clínicas y hospitales psiquiátricos oficiales, emplazados en centro urbanos con un carácter exclusivamente abierto; es decir, no sujetos a la Legislación especial para la asistencia al enfermo psíquico, sino al Reglamento general de asistencia hospitalaria.

Los establecimientos psiquiátricos alejados de los centros urbanos podrán conservar un carácter exclusivamente cerrado (o de asilo).

Artículo 5. Los hospitales psiquiátricos oficiales dispondrán, a ser posible, de una ambulancia con personal idóneo para que se haga cargo de los enfermos en el lugar de su residencia a requerimiento de la autoridad correspondiente. Cuando no sea posible, utilizarán la de otros centros oficiales que se la faciliten.

Las Diputaciones que cuenten con hospital psiquiátrico fuera de los centros urbanos, organizarán en las capitales un Dispensario psiquiátrico (consultorio), que funcionará, por lo menos, tres veces por semana.

Artículo 6. Todo establecimiento psiquiátrico, público o privado, tendrá un Reglamento propio informado por la Sección Psiquiátrica de la Dirección General de Sanidad, y aprobado por el Ministro de la Gobernación, que podrá ser revisado cada cinco años, a propuesta del Director médico del establecimiento, según dispone el artículo 44 del Reglamento de Sanidad Provincial. En este Reglamento constará todo lo referente a régimen interior de los distintos servicios, a la organización científica y administrativa del personal y sus atribuciones.

Artículo 7. Dependiente de la Dirección General de Sanidad se creará en el Ministerio de la Gobernación y en la forma que se considere más adecuada, una sección que, integrada por personas de reconocida competencia, tenga a su cargo la vigilancia e inspección en cualquier momento de todo cuanto se refiera a la asistencia psiquiátrica nacional, así como de los cometidos de la higiene mental en su más amplio sentido.

La inspección de los hospitales psiquiátricos se realizará, por lo menos anualmente, recogiendo el inspector las proposiciones y quejas del personal y de los enfermos para aconsejar las reformas que fuesen justas y convenientes.

Esta sección dispondrá también de la organización de patronatos provinciales para la asistencia y protección de los enfermos que salgan de los establecimientos psiquiátricos y la vigilancia y reglamentación de las organizaciones privadas o públicas de asistencia familiar que puedan crearse.

DE LA ADMISION DE ENFERMOS PSIQUICOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS PSIQUIATRICOS.

Artículo 8. Todo enfermo psíquico podrá ingresar en un establecimiento oficial o privado en las siguientes condiciones:

- a) Por propia voluntad.
- b) Por indicación médica.
- c) Por orden gubernativa o judicial.

Artículo 9. El ingreso voluntario de todo enfermo psíquico exige:

- a) Un certificado firmado por un médico colegiado y legalizado por el Inspector Médico del Distrito (Subdelegado de Medicina), por el Colegio de Médicos, o Delegado de éste, en el cual se declare la indicación de la

asistencia en el establecimiento elegido (podrá servir también un certificado de un médico del establecimiento donde es admitido el enfermo).

b) Una declaración firmada por el propio paciente, en la que se indique su deseo de ser tratado en el establecimiento elegido.

c) La admisión del enfermo por el director médico del establecimiento.

d) En los establecimientos públicos deberá ser justificada por el certificado médico legalizado por el Inspector Médico del Distrito (Subdelegado de Medicina), Colegio de Médicos o Delegados de éste, más los documentos de identidad (cédula, huellas dactilares, carnet, etc.) que se consideren necesarios por la Dirección Facultativa.

Artículo 10. La admisión por indicación médica o involuntaria de un enfermo psíquico sólo podrá tener el carácter de "medio de tratamiento", y en ningún caso de privación correccional de la libertad. Exige las siguientes formalidades:

a) Un certificado firmado por un médico colegiado, subdelegado de Medicina, Colegio de Médicos o delegados de éste, debidamente legalizado, en el cual se hagan constar la existencia de la enfermedad y la necesidad de la reclusión. Este certificado expondrá brevemente la sintomatología y resultados de la exploración somática y psíquica del paciente, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico. Se hará con arreglo a un formulario sencillo y especial para enfermos mentales, que publicará la Dirección de Sanidad y que será adicionado al documento oficial de certificación.

b) Una declaración firmada por el pariente más cercano del paciente o su representante legal, o por las personas que conviven con el enfermo, si no tiene parientes próximos, en la que se indique expresamente su conformidad y solicitando su ingreso directamente del director médico del establecimiento, que en los establecimientos provinciales lo participará al presidente de la Diputación. En dicha declaración familiar se harán constar también las permanencias anteriores del enfermo psíquico en establecimientos psiquiátricos, en sanatorio o en aislamientos privados.

Las razones para certificar la admisión de una persona en un establecimiento psiquiátrico serán: la enfermedad psíquica que aconseje su aislamiento, la peligrosidad de origen psíquico, la incompatibilidad con la

vida social y las toxicomanías incorregibles que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida y los bienes de los demás.

Los médicos ajenos al establecimiento psiquiátrico donde es admitido el enfermo, que expidan la certificación de enfermedad psíquica, no podrán ser parientes, dentro del cuarto grado civil de la persona que formule la petición, de ninguno de los médicos del establecimiento donde deba efectuarse la observación o tratamiento, ni del propietario o administrador de éste.

La admisión del enfermo deberá efectuarse en un período de tiempo que no pase de diez días, contados a partir de la fecha del certificado médico.

Antes de transcurridas veinticuatro horas de la admisión del enfermo en el establecimiento, está obligado el médico-director a comunicar al señor Gobernador de la provincia la admisión del enfermo, remitiendo una nota resumen de todos los documentos indicados en párrafos anteriores y motivos del ingreso. Dicha autoridad ordenará de oficio al Inspector Provincial de Sanidad, el cual encomendará la inspección a un Subdelegado de Medicina o al Inspector Municipal de Sanidad que habite en la población donde radique el establecimiento.

También remitirá dentro de dicho plazo al Juez de Primera Instancia de la última residencia el enfermo y, si ésta fuera desconocida, al del distrito del manicomio un parte duplicado en el que se hagan constar la filiación del enfermo y el nombre y domicilio del médico que certificó el ingreso, siendo obligación del juzgado devolver sellado al establecimiento el ejemplar duplicado al día siguiente de su recepción.

Artículo 11. Cuando un enfermo ingresado voluntariamente presente, a consecuencia del avance de su enfermedad psíquica, signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocrítica de su estado morbo, o manifestaciones de peligrosidad, el director del establecimiento deberá ponerse de acuerdo con la familia o representante legal del enfermo para disponer que se extiendan urgentemente los certificados y notificaciones oficiales correspondientes que señala el artículo 10 para los enfermos ingresados por *prescripción médica*.

Artículo 12. En casos de urgencia el enfermo podrá ser admitido inmediatamente bajo la responsabilidad del médico director del establecimiento; el cual, en el término de veinticuatro horas, comunicará al

señor Gobernador de la Provincia el ingreso del enfermo, acompañado de un certificado en el cual se han de constar las razones de la urgencia del caso. Este certificado podrá ser extendido por uno de los médicos del establecimiento o por otro ajeno a éste, debidamente legalizado. En el primer caso deberá, dentro de los tres días siguientes al del ingreso, ser ampliado por otro firmado por un psiquiatra ajeno al establecimiento, o en su defecto por un médico general. Siempre deberá completarse con los demás requisitos legales mencionados en el artículo 10, referente a ingreso voluntario. El Gobernador, en este caso, procederá también a tenor de lo dispuesto en el expresado artículo 10.

Artículo 13. En el caso de que el Gobernador de la provincia lo considere oportuno, podrá, sin previo aviso, comprobar, mediante el Inspector Médico del distrito (Subdelegado de Medicina) donde esté emplazado el establecimiento, la situación de cada uno de los pacientes dentro del establecimiento, atendiendo a las posibles denuncias sobre internamiento indebido y transmitiéndolas al juzgado correspondiente para que exija las responsabilidades que señala el Código Penal.

Artículo 14. Estas denuncias por internamiento indebido de presuntos sujetos normales podrán presentarse ante el juzgado de instrucción correspondiente a la última residencia del enfermo o ante el Gobernador de la Provincia donde asiente el establecimiento psiquiátrico que admitió al enfermo. Ambos oficiarán a la autoridad judicial correspondiente para que incoe el expediente.

Artículo 15. Los departamentos hospitalarios oficiales destinados a la *admisión de enfermos psíquicos* están obligados a remitir a los establecimientos psiquiátricos donde se trasladen los enfermos una copia del certificado de ingreso (art. 10, a) y un resumen del curso de la enfermedad observado durante la estancia del paciente en el citado departamento.

Artículo 16. La admisión por orden gubernativa o judicial puede tener lugar:

- a) Para observación, en el primer caso,
- b) Con arreglo al artículo correspondiente del Código Penal vigente, en el segundo caso.

Artículo 17. La admisión por orden gubernativa para observación podrá ser dispuesta por el Gobernador Civil o el Jefe de Policía en las capitales de provincia y por el Alcalde en las poblaciones menores. Tendrá lugar cuando a juicio de un médico el enfermo se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo. No podrá prolongarse más de un día sin que sea justificada por el certificado del médico director del establecimiento, y en caso de duda, por el del médico forense correspondiente, y con arreglo a las formalidades estatuidas en el artículo 10, que se cumplirán como en los casos de urgencia.

Artículo 18. Todo enfermo mental indigente, o de escasos medios de fortuna, o que carezca de protección familiar, y cuya psicosis exija por su peligrosidad un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico, será admitido, sin dilación alguna de los departamentos de observación habilitados en los hospitales provinciales o municipales, y será considerado como caso urgente con arreglo al artículo 12 para los efectos de su ingreso, completándose después los demás requisitos del artículo 10.

Artículo 19. La admisión por orden judicial podrá ser dispuesta por la autoridad judicial correspondiente.

Artículo 20. Los enfermos psíquicos sujetos a procedimiento criminal que son ingresados en un establecimiento por orden judicial deberán igualmente ir provistos de un informe médico ordenado por la autoridad que dispuso su ingreso, en el cual se indique con detalle preciso los resultados del examen psiquiátrico a que han sido sometidos con anterioridad por uno o diversos médicos.

Artículo 21. Es pública la acción para solicitar de la autoridad gubernativa o judicial la orden de ingreso forzoso de un enfermo psíquico en un establecimiento psiquiátrico. En consecuencia, a todo español o extranjero, mayor de edad, residente en territorio nacional, compete dicha acción.

El procedimiento para el ingreso forzoso de un enfermo psíquico en estado de peligro, por ser de interés público y estar reclamado, tanto por el

adecuado tratamiento del enfermo como por la seguridad general y la conveniencia social, se ha de tramitar de oficio con la mayor urgencia y supliéndose, por la autoridad o funcionario ante quien se inicie, las faltas o deficiencias de la petición formulada, basta la petición de cualquier persona para decretarse la observación, previo informe médico, reclamado con urgencia de los funcionarios sanitarios por la autoridad ante quien se formule la solicitud.

No existiendo petición, la autoridad que tenga conocimiento de un caso comprendido en el artículo 17 procederá de oficio a decretar la observación, previo el informe de que habla el párrafo anterior. En casos de notoria urgencia, por inmediata peligrosidad, se podrá ordenar el ingreso gubernativo, sin informe previo y con arreglo a los artículos 12 y 18.

Artículo 22. En el plazo máximo de seis meses de observación, el médico director de todo establecimiento psiquiátrico está obligado a remitir al juzgado de primera instancia correspondiente (apartado final del artículo 10) un informe en el que consten los resultados del estudio del enfermo ingresado por indicación médica u orden gubernativa o judicial.

Artículo 23. Los enfermos psíquicos sujetos a servicio militar recibirán asistencia en los servicios correspondientes, y una vez dados de baja en los cuerpos respectivos serán entregados a sus respectivas familias o, en su defecto, a la autoridad civil correspondiente, para que disponga su ingreso en establecimiento psiquiátrico, como si se tratase de un caso común. Cuando el enfermo mental esté procesado militarmente, la entrega se hará sólo a la autoridad civil que haya sido designada previamente por la militar.

Artículo 24. Los expedientes de incapacitación civil y sujeción a tutela de enfermos psíquicos admitidos en establecimientos psiquiátricos públicos o privados, se solicitarán al juzgado de primera instancia de la residencia del enfermo por su representante legal, con arreglo al artículo correspondiente del Código Civil, el juzgado oficiará al médico director del establecimiento para que informe. La responsabilidad penal por informes falsos de esta índole le incumbe al médico director o a su sustituto.

Artículo 25. Los médicos directores de los establecimientos psiquiátricos podrán delegar en los otros médicos del establecimiento en casos de ausencia o enfermedad.

Artículo 26. Todo médico que se haga cargo de la asistencia de un enfermo mental y ésta tome el carácter de aislamiento voluntario en asistencia privada o familiar organizada, lo comunicará al Gobernador Civil de la Provincia, dentro de las 48 horas siguientes a su intervención médica, notificando que se han tomado las medidas convenientes de custodia. La familia o representante legal de un enfermo psíquico peligroso, que a pesar de los consejos médicos no haya tomado las medidas de previsión correspondientes (internamiento, vigilancia particular), son responsables civilmente de las acciones delictivas del enfermo contra la vida de los demás.

DE LA SALIDA DE LOS ENFERMOS PSIQUICOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS PSIQUIATRICOS.

Artículo 27. La salida o alta de un enfermo psiquiátrico tendrá lugar:

- a) En los enfermos ingresados voluntariamente cuando éste lo solicite del médico director y cuando lo disponga este último. Sólo constituirá excepción la circunstancia señalada especialmente en el artículo 11.
- b) En los enfermos ingresados por indicación médica o por orden gubernativa, cuando a juicio del médico director haya cesado la indicación de la asistencia en el establecimiento.
- c) Ningún enfermo ingresado por orden judicial podrá salir del establecimiento sin permiso de la autoridad que decretó su admisión, a la cual se le comunicará previamente la curación del enfermo.
- d) Cuando los familiares de un enfermo o su representante legal lo soliciten en debida forma del médico director. En el caso de que la salida del enfermo se halle contraindicada por cualquier circunstancia, los familiares del paciente o su representante legal, firmarán una declaración, en la cual hagan constar que bajo su responsabilidad (según el artículo 26), y a pesar de la opinión en contra de los facultativos, se llevan al enfermo.

Si el director considerase al enfermo en estado de peligrosidad, podrá oponerse a su salida hasta tanto que la autoridad gubernativa, a la que se

habrá notificado el deseo del representante legal, disponga el alta del enfermo.

Artículo 28. Todo enfermo psíquico que sea dado de alta en un establecimiento psiquiátrico recibirá un documento del director médico del mismo que así lo haga constar. El médico director comunicará al Gobernador Civil de la Provincia y al Juez de Primera Instancia del domicilio del enfermo, la salida de éste y las circunstancias de esta salida.

Artículo 29. En caso de fuga se notificará ésta a la autoridad gubernativa o policial para que se proceda a la busca del enfermo y su reingreso en el establecimiento.

Artículo 30. Cuando el médico director de un establecimiento psiquiátrico oficial o privado lo considere oportuno, podrá conceder, como ensayo, permisos o licencias temporales que no podrán exceder de tres meses. En casos excepcionales también podrá conceder salidas provisionales de una duración máxima de dos años, al final de cuyo plazo se canjearán por el alta extendida en documento especial por el director.

Las condiciones de estos permisos o salidas provisionales son:

- a) Los enfermos que salen del establecimiento en estas condiciones podrán ser readmitidos sin formalidades de ninguna clase.
- b) Los familiares de ellos están obligados a remitir al director médico del establecimiento una relación mensual del estado del enfermo.
- c) No podrán negarse los familiares del paciente a que éste pueda ser visitado por el personal médico del establecimiento o sus representantes, si el director del mismo lo estimase oportuno, para el buen conocimiento de la psicosis del paciente.

Artículo 31. Si la familia de un enfermo dado de alta con licencia temporal no se presentase a recogerlo en el término de cuatro días siguientes a la notificación, podrá aquél ser entregado a la autoridad gubernativa para que sea conducido a su residencia familiar.

Artículo 32. Tanto los familiares del paciente como éste mismo podrán elevar sus quejas y reclamaciones a las altas, permisos u otros motivos al Gobernador de la Provincia o a la Dirección General de Seguridad.

Artículo 33. El reingreso de todo enfermo psíquico dado de alta se efectuará mediante los mismos requisitos que el ingreso, salvo en los casos que ya tuviera su expediente de reclusión definitiva terminado (véase el artículo 10).

Artículo 34. La reorganización interior de cada establecimiento en lo que a las relaciones de los enfermos con sus familiares se refiere, queda al prudente criterio del director médico del establecimiento, así como la forma y técnica de la asistencia prestada en aquel. Dicha organización será especificada convenientemente en el reglamento propio del establecimiento, según dispone el artículo sexto de este Decreto.

Artículo 35. El presente Decreto deroga todas las disposiciones referentes a la asistencia de enfermos mentales publicadas con anterioridad.

8. 5. El servicio de asistencia médica.

Con respecto al personal médico, el P. Llop alegó que no era posible que sólo tres facultativos atendieran a mil enfermos y consideró que para que los Sanatorios estuviesen medianamente organizados se necesitaban un médico director, un neurólogo electroterapeuta, un encargado del laboratorio de análisis clínicos y de investigaciones, un internista encargado también de los enfermos epilépticos, uno para agudos y subagudos, uno para crónicos y un interno residente. "Para que todos los establecimientos frenopáticos de la Provincia estuvieran dotados de los servicios médicos y quirúrgicos exigidos por la ciencia psiquiátrica, ordenó que se nombraran en ellos todos los médicos necesarios, procurando escogerlos entre los más eminentes que por entonces se conocían en la especialidad".

El servicio de neurología y electroterapia (novedad que se implantaba en España) fue confiado a Raúl de Montaud, del Hospital de San Luis de los Franceses; la sección de oftalmología, a Jesús Galíndez, del Asilo de Niños de San Rafael; la de otorrinolaringología, a Rovira, del mismo Asilo; y el laboratorio de análisis clínicos, a Aznar; el

departamento de radiología y radioterapia, a Raguz; el de odontología, a Navarro, y médicos de guardia auxiliares de los psiquiatras, Enrique Rivas y Otillo Herrero. Se instalaron aparatos de salas de consultas y operaciones, de rayos X, etc., se llevaron a la práctica proyectos para modernizar la terapia por el trabajo, reeducación de anormales y cura de toxicomanías. Todas estas medidas es de suponer que repercutieran no sólo en los enfermos sino también en la formación de todo el personal de la casa, seculares y religiosos. Mensualmente se celebraban sesiones clínicas a las que podían acudir estudiantes de Medicina, que solían trasladarse en el autobús "El Psiquiátrico" que se puso para facilitar el traslado del personal desde Madrid. En los pabellones de pensionistas también se renovaron los muebles y enseres con el fin de lograr un hábitat más cómodo y agradable para los enfermos.

Por iniciativa de Santos Rubiano y teniendo en cuenta la importancia que tiene la investigación de los tratamientos, se creó la plaza de médico de laboratorio que fue ocupada por Ricardo Murillo.

Durante la guerra civil (julio del 36 a febrero del 37) el Gobierno de la República se incautó de los dos Sanatorios de Ciempozuelos y nombró director de ambos a Dionisio Nieto Gómez que se instaló en el Sanatorio de Hombres. Este nombramiento sería publicado en la Gaceta de Madrid, núm. 221 de fecha 8 de agosto de 1936:

MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISION

Habiéndose incautado la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia del Sanatorio Psiquiátrico San José y del Manicomio de Señoras, ambos del término municipal de Ciempozuelos, donde reciben asistencia la mayoría de los enfermos mentales de la provincia de Madrid; vistas las actuales circunstancias y la necesidad de organizar debidamente estos servicios, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Artículo 1º. Vengo en nombrar a D. Dionisio Nieto Gómez, delegado técnico interino de la Dirección General de Sanidad al frente de los establecimientos psiquiátricos de varones y de mujeres de Ciempozuelos.

Artículo 2º. Serán funciones de este delegado técnico la organización y dirección técnica y administrativa de ambos establecimientos para la mejor consecución de los sanitarios y de asistencia.

Artículo 3º. Para auxiliar la labor del delegado técnico en el aspecto administrativo se asignará un funcionario administrativo que asumirá el cargo de administrador-habilitado de ambos establecimientos a las órdenes inmediatas del delegado técnico.

Artículo 4º. Queda facultado el delegado técnico para proponer a la Dirección General de Sanidad cuantos nombramientos y modificaciones de los servicios juzgue convenientes, debiendo a este efecto presentar una Memoria sobre la forma en la cual deberán organizarse ambos establecimientos.

Madrid, 5 de agosto de 1936

P.D.

JESUS JIMENEZ

En 1967 el servicio de asistencia médica era de la incumbencia exclusiva del cuerpo facultativo y estaba constituido por un director médico, seis psiquiatras (1 por pabellón) 1 médico psicólogo y otro electroencefalografista. Un equipo médico formado por un internista y dos médicos para guardia y urgencias. Un equipo completo de especialistas compuesto por un analista, un odontólogo, un oftalmólogo, un otorrinolaringólogo, un fisiólogo y un cirujano. Un equipo de Ayudantes Técnicos Sanitarios, religiosos de la Orden y, por último, un servicio de Asistencia Social puesto en funcionamiento a partir de 1966.

Con la apertura en 1969 del Hospital Psiquiátrico Provincial Alonso Vega se pensó que se reduciría la población hospitalizada y al compararse los costes y servicios de ambos hospitales se podría cambiar la situación y hacer una psiquiatría más comunitaria pero, lamentablemente, no ocurrió así. La Diputación se llevó de Ciempozuelos 125 enfermos que poco después serían distribuidos por otros hospitales psiquiátricos de provincias. Esto les aislaría mucho más de sus familias agravando todavía más su situación de abandono. "A Ciempozuelos se le siguió considerando como "reservorio" de toda la

patología mental cronificada y cobertura para problemas de abandono social".

En 1967, coincidiendo con el centenario de la llegada a España del Restaurador de la Orden Hospitalaria, P. Benito Menni, el Provincial de la Provincia Bética⁵⁰, P. Fernando Lorente, decide crear un Centro de Rehabilitación Psiquiátrica en el cinturón verde de Madrid, que proporcione a los enfermos mentales una asistencia psiquiátrica que pueda competir con la de los países más desarrollados y cuyo modelo sirva de ejemplo a todos los establecimientos de la Orden y a todos los centros de la beneficencia española. Se hizo un profundo estudio y se realizaron los proyectos pero, por diversas causas, (una de ellas que los enfermos no serían aceptados en ningún lugar como lo eran en el pueblo de Ciempozuelos) esta gran empresa no se llevó a cabo. A cambio se decidió la remodelación completa del sanatorio; se construirían nuevos edificios y reformarían los pocos que quedaron en pie de la etapa anterior. El enorme cambio no fue sólo estructural, cambio muy importante por la patología crónica de los enfermos que alberga Ciempozuelos, sino que, se operó también un cambio fundamental a nivel funcional.

En los años siguientes se fueron realizando lentamente y con gran esfuerzo todos estos proyectos, ampliando de forma importante la plantilla de personal, lo que permitió llevar a efecto una serie de programas que se describen más adelante y que modificó en gran manera la asistencia psiquiátrica como ha sido reconocido por todos aquellos que han estado en contacto con el establecimiento en las dos etapas.

⁵⁰ La Orden Hospitalaria está dividida desde 1934 en tres provincias: Cataluña, Castilla y Andalucía. Hasta ese año la casa central estuvo en Ciempozuelos.

PERIODO ACTUAL (Desde 1976)

En 1976 el Centro comienza a utilizar la denominación de Hospital y empieza a poner en práctica los proyectos socioterapéuticos que se venían elaborando desde principios de los 70. Se habían comenzado las obras de lo que es hoy el Centro San Juan de Dios, con la creación de un pabellón nuevo para niños de 5 a 15 años con retraso mental grave y se remodelaron las unidades de residencia, San Rafael y Beato Juan Grande y se construyeron los talleres de laborterapia, la lavandería-ropería y la central térmica. Esta primera fase se paralizó por motivos económicos y se reiniciaría en 1977 continuando las obras hasta la actualidad.

Muchos de los datos de estos años se recogen de la Memoria de 1983⁵¹, publicación que sale a la luz después de muchos años de silencio con la pretensión de "dar testimonio del esfuerzo que, durante los últimos años, se viene realizando por cambiar y modernizar nuestro hospital, con arreglo a los criterios dominantes, en el tiempo que vivimos, para conseguir una vida del enfermo más digna y respetable, tanto en lo biológico y en lo psicológico como en lo social y en lo espiritual".

En la introducción se destaca que, "de cuadros patológicos tan graves, se derivan unas consecuencias sociales de muy difícil solución y que, actualmente, por carecer de una infraestructura extrahospitalaria,

⁵¹ Curiosamente esta memoria se publica con el título: "SAN JUAN DE DIOS, CIEMPOZUELOS' 83", sin más (no se utiliza la palabra Hospital, ni Sanatorio Psiquiátrico San José que eran las denominaciones utilizadas en el establecimiento).

entorpecen nuestro propósito de llevar a cabo una asistencia más dinámica". A pesar del movimiento de la desinstitucionalización "las necesidades de internamiento habrán de seguir vigentes, en tanto no se ofrezca al sistema actual una alternativa eficiente. La creación de cadenas asistenciales extrahospitalarias se hace imprescindible, y, por supuesto, está en nuestro ánimo el contribuir a su puesta en marcha. Nuestra postura al respecto está decididamente abierta a colaborar con los organismos públicos y con la comunidad que constituye el elemento prioritario y generador de la demanda". Pasados los años, podemos decir que aquellas palabras se quedaron sólo en un deseo inalcanzado. Se planteaba el futuro del hospital como una incógnita que no dependía sólo de la propia dirección del Centro sino de "instancias superiores que regulen con sus decisiones organizativas cual debe ser su función". La Memoria de 1983 intentó expresar su oferta asistencial e insistir "en el sentido de que nuestro mayor propósito se orienta a ser útiles al máximo, primeramente a los enfermos, proporcionándoles unos servicios en los que encuentren la satisfacción que todos deseamos, y, en segundo término, a responder adecuadamente a los órganos correspondientes a la gestión pública, a los que brindamos nuestra colaboración constante, para cuanto suponga una mejora en la asistencia psiquiátrica y atención integral a minusválidos psíquicos." Esta oferta a los organismos públicos fue ignorada y, teniendo en cuenta las relaciones históricas con la Diputación de Madrid que de siempre ha utilizado al establecimiento en la medida que lo ha necesitado, no es de extrañar, aunque si resulta difícilmente comprensible cuando se piensa que ambas instituciones se supone están "enganchadas" en el mismo proyecto de mejorar la situación del enfermo mental y la cooperación entre ambas hubiera podido conseguir mejores resultados.

En 1978, dependiendo de Ciempozuelos, se inauguró un Centro de Higiene Mental en Madrid "a fin de realizar diagnósticos precoces, educación sanitaria y, sobre todo, ofrecer un apoyo al enfermo dado de alta clínica o en licencia temporal. Tanto el enfermo como los propios familiares se sintieron más protegidos por el Equipo de Consultas Externas y pusieron menos resistencia para acceder a la salida y continuar el tratamiento de forma ambulatoria, aunque fueron muy pocos los enfermos que pudieron salir en esta ocasión ya que el miedo de las

familias se centraba en que una vez dado el alta, la Diputación se negase a acogerles nuevamente si ello fuese necesario. De esta forma el Hospital se abría al exterior y, posteriormente, firmó un contrato con la Diputación por el que se hacía responsable de la asistencia psiquiátrica ambulatoria del distrito de Arganzuela. También se abrieron consultas en el propio Hospital para atender la zona de influencia de la comarca y otras en Cuenca". Años después, la Comunidad llegó a un acuerdo con el INSALUD por lo que cesó la subvención económica a Ciempozuelos lo que motivó el cierre de las consultas externas en Madrid y, más tarde, con la apertura del Hospital Psiquiátrico Provincial de Cuenca, esta Diputación abrió sus propias consultas y se llevó a la mayoría de sus enfermos que luego serían repartidos por diversos hospitales y residencias de la Comunidad de Castilla-La Mancha lo que repercutiría una vez más en su desarraigo familiar.

Para López Lerma y Díaz Gómez (1991: 243-244), psiquiatras del Hospital Psiquiátrico del Sagrado Corazón (Hospital de Mujeres de Ciempozuelos), durante el período 1960-1989 se producen importantes cambios en la asistencia psiquiátrica española que se ve influida por las siguientes tendencias:

- a) El gran desarrollo de la psicofarmacología con la utilización de neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos que casi por sí solos modifican el presente y el futuro del enfermo mental
- b) El desarrollo y puesta en práctica de una auténtica psiquiatría social. Solamente en el primer semestre de 1968 tienen lugar en España las siguientes reuniones: "Seminario sobre aspectos legales en la rehabilitación laboral del enfermo mental" (Reus), "Seminario sobre rehabilitación y readaptación social" (Bilbao), "Conferencia de la OMS sobre organización de servicios de salud mental" (Madrid), "Mesa redonda sobre psiquiatría social" (Madrid). Esto indica el interés y repercusión a nivel nacional del enfoque social que caracteriza a la psiquiatría actual en todo el mundo.
- c) La aparición de la corriente denominada antipsiquiatría, que aparece en Inglaterra al comienzo de la década de los 60. Sus creadores son un grupo de psicoanalistas y psiquiatras clínicos

preocupados por el estudio de la esquizofrenia. Como personajes relevantes en este grupo destacan, R. D. Laing y D. Cooper.

- d) El último aspecto que señalan estos autores es el cambio tan espectacular que se produce en las instituciones psiquiátricas para las que se pasa del manicomio al hospital con todo lo que dicho paso conlleva de cara a la asistencia del enfermo mental. "Porque no se trata de un cambio arquitectónico o de confort, ni tampoco de un cambio intramuros: es algo más profundo y que supone la ruptura del aislamiento, la comprensión del enfermo en otras perspectivas. La integración del hospital en la Comunidad. En estos aspectos se avanza más en veinte años que en veinte siglos".

Aún no existiendo un modelo de asistencia psiquiátrica claro en el país, en Cienfuegos "el esfuerzo de estos últimos años se ha dirigido en ofrecer una asistencia más técnica y humana, mejorar el hábitat y buscar las personas más adecuadas para realizar programas conforme a las necesidades de los pacientes que requieren nuestros servicios, buscando una separación individualizada para cada grupo de enfermos según patología y necesidades". Donde más se ha hecho notar este cambio ha sido en el hábitat y la separación por patologías y mejorar la calidad de vida, probablemente lo más importante para el enfermo y las familias que no esperan mucho más ya que en la mayoría de los casos la esperanza de una rehabilitación y reinserción es prácticamente nula.

A petición de la Orden Hospitalaria y con la aprobación del Ministerio de Justicia, a partir del 24 de julio de 1990 el que fue en su origen MANICOMIO DE VARONES EN CIEMPOZUELOS ha pasado a denominarse "CENTRO DE SAN JUAN DE DIOS". Sus distintas denominaciones Manicomio, Casa de Salud, Sanatorio, Hospital, Centro; son testigos de una evolución lenta que ha necesitado más de un siglo para conseguir un moderno hábitat y un tipo de asistencia más humanitaria para los que padecen una patología psíquica incurable.

La demanda de internamientos de larga estancia por motivos de su cronicidad y sociales justifican por sí la existencia de este tipo de instituciones, llámase como se quiera: manicomio, casa de salud,

sanatorio, hospital, residencia asistida, albergue o simplemente centro. A pesar de las críticas recibidas, está claro que el modelo de la desinstitucionalización no ha conseguido los objetivos propuestos, muy probablemente porque se precipitó su implantación sin tener los medios extrahospitalarios necesarios. Muchos de los enfermos desinstitucionalizados son los que hoy vemos durmiendo por las calles o recogidos en los albergues de transeúntes. En países económicamente más fuertes, como es el caso de los Estados Unidos, se consiguió que desapareciesen los monstruosos hospitales psiquiátricos de más de 10.000 camas pero la mayoría de los enfermos acabaron internados en instituciones más pequeñas. La modificación del hábitat, reduciendo el número de plazas y la atención a los enfermos en instituciones según su patología, junto con una serie de servicios sociales alternativos que respondan al estado patológico del enfermo, y el trabajar con las familias para conseguir una colaboración adecuada, es la única forma viable de ayudar al enfermo a vivir en sociedad y reducir los hospitales psiquiátricos.

El Centro San Juan de Dios cumple con su objetivo general: "la asistencia a enfermos psiquiátricos crónicos y minusválidos profundos, aunque también está abierto a otras opciones dentro de la Psiquiatría" (Memoria 91: 13).

En la actualidad está dividido en la siguientes AREAS:⁵²

- Salud Mental (Hospitalización de corta y media estancia).
- Salud Mental (Rehabilitación y Reinserción Social)
- Residencia Asistida (Psicogeriatría)
- Minusválidos Psíquicos (Rehabilitación y Educación Especial).
- Hospitalización médica (Cuidados somáticos).
- Docente (F.P., BUP, E.U. de Enfermería).
- Servicios generales.
 1. Talleres
 2. Lavandería-ropería

⁵² La información para la realización de este apartado se ha obtenido de la Memoria de 1991, revistas de la Orden Hospitalaria y la información proporcionada por el propio personal del Centro.

3. Residencia religiosos
 4. Tanatorio
 5. Cocina
 6. Centro Social, Iglesia, Teatro
- Deportiva
 - Jardines

La asistencia está organizada en tres niveles⁵³:

1. Hospitalización de Larga Estancia.

- a) Enfermos psicoorgánicos. "Son más de la mitad y que por su base somática son irreversibles, que han acudido a nuestros Centros rechazados de otros, que han sido excluidos de los beneficios de la red asistencial pública y derivados a la dependencia de servicios sociales, cuya patología era grave e irreversible en el momento de su ingreso, y para los que ni hubo en otro tiempo, ni hay actualmente, organizaciones que los acojan. Nuestra función, dada la imposible reinserción social en el medio de su procedencia, ni su posible traslado a una red asistencial extrahospitalaria, es generar programas que dignifiquen su vida en nuestra institución cubriendo sus necesidades vitales, psicológico-afectivas y sociales."
- b) "Enfermos psicóticos residuales. Tienen personalidades deterioradas, defectos severos que, si bien, son autosuficientes en actividades primarias, no podrían dirigir su vida con total autonomía, y que requerirían prótesis sociales basadas en mecanismos asistenciales extrahospitalarios, en la actualidad inexistentes. Estos enfermos viven en régimen semiabierto. Muchos tienen fuertes síntomas de dependencia hospitalaria y su destino es tener un tipo de protección y tutela más o menos flexible. La carencia de asistencias alternativas al Hospital

⁵³ "La Psiquiatría de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España", Secretariado Permanente Interprovincial, documento reservado, Madrid, 1988: 64 y 65.

INSTALACIONES Y DISTRIBUCION POR AREAS

TOTAL: 1.015 CAMAS

SALUD MENTAL (HOSPITALIZACION)	UNIDAD IX (S. JUAN DE DIOS) CORTA ESTANCIA MEDIA ESTANCIA
SALUD MENTAL (REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL)	UNIDAD IV (B. JUAN GRANDE) UNIDAD V (SAN RAFAEL) UNIDAD VI (SAN CAMILO)
RESIDENCIA ASISTIDA (PSICOGERIATRIA)	UNIDAD VIII (SAN JOSE) UNIDAD IX (S. JUAN DE DIOS)
MINUSVALIDOS PSIQUICOS (REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL)	UNIDAD I (NIÑO JESUS) UNIDAD II (SAN LUIS) UNIDAD III (S. RICARDO PAMPURI)
HOSPITALIZACION MEDICA (CUIDADOS SOMATICOS)	UNIDAD VII (ANTON MARTIN) UNIDAD X (B. BENITO MENI)

FUENTE: Centro San Juan de Dios, MEMORIA, 1992-94, Ciempozuelos.

Psiquiátrico nos impide darles de alta. La mayoría de estos enfermos ocupan camas concertadas con el sector público."

2. Hospitalización de Corta Estancia.

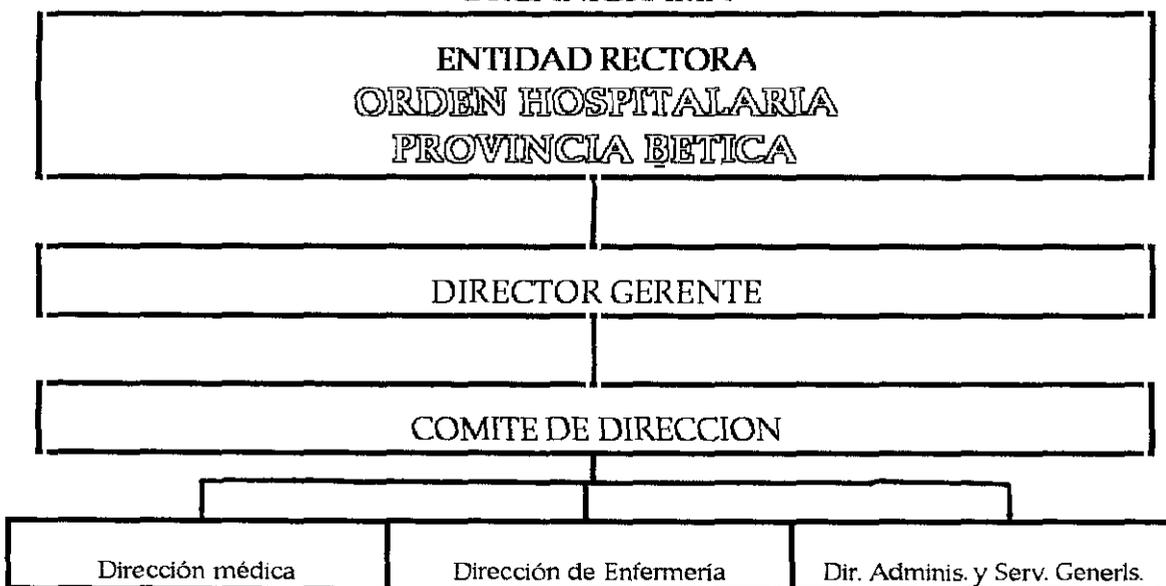
"Se realiza en el área de Admisión. Son enfermos subagudos o crónicos que viven en la comunidad y son asistidos cuando tienen una crisis, y dados de alta cuando esta remite. Tienen apoyos sociales familiares y su comportamiento intercrítico no genera rechazo social. Su estancia media es de uno a tres meses, y sus recaídas no son frecuentes a pesar de su cronicidad."

3. Asistencia Extrahospitalaria.

"En régimen ambulatorio se hace el seguimiento de los enfermos dados de alta y el diagnóstico y tratamiento de la población que pide ayuda clínica. El no estar integrados en la red impide que se pueda hacer epidemiología. Mediante este sistema se filtran los ingresos y se limitan los internamientos.

En general la asistencia que se presta es fruto de una oferta a la población a veces aprovechada por el sector público."

ORGANIGRAMA



POBLACION ATENDIDA EN EL CENTRO (AÑO 1989-1990)⁵⁴

Nº de camas hospitalarias del Centro: 1.050

<u>Organismos</u>	<u>% Sobre Total Camas</u>
Comunidad de Madrid. Bienestar social	30,47
Comunidad de Madrid. Salud Mental	21,90
Ministerio del ejército	15,23
Diputación de Cuenca	12,95
Diputación de Santander	0,85
Diputación de La Coruña	0,38
Cabildo de Tenerife	0,28
Cabildo insular de Las Palmas	0,19
Diputación de Segovia	0,09
Diputación de Pontevedra	0,09
Ayuntamiento de Madrid	1,04
INSERSO.	0,95
Hospital del Aire	0,47
ONCE	0,47
Privados	9,90
Benéficos	0,57
<hr/>	
Total	95,83

MOVIMIENTOS DE PACIENTES. Año 1991

Ingresos	162
Reingresos	27
Regresos de permiso	599
Regresos fuga	15
Regresos otros centros	78
<hr/>	
Total	881

⁵⁴SAN JUAN DE DIOS, Ciempozuelos '91, p. 24. (Memoria años 1989, 1990 y 1991).

Altas	95
Permisos terapéuticos	606
Traslados a otros centros	100
Fugados	16
Fallecidos	<u>28</u>
TOTAL	845

9. 1. Area de Salud Mental (Hospitalización)⁵⁵

Unidad IX (San Juan de Dios)

Esta Unidad está situada en un lateral del Centro y tiene entrada directa desde la calle. Es un edificio arquitectónico nuevo de grandes dimensiones. Al construirlo, la dirección tuvo en cuenta que las unidades con un gran número de enfermos son poco operativas y disfuncionales por lo que esta Unidad es la que acoge un menor número de pacientes. Por otro lado, y lo más importante, es que fue creada para atender un servicio que no existía en el Centro, la atención a enfermos de corta estancia, es decir, enfermos con una patología psiquiátrica aguda o crónicos reagudizados. Está dividida en tres subunidades porque además atiende a enfermos de media estancia y psicogeriatría (mujeres).

a) Corta estancia.

Lleva pocos años funcionando y fue creada para atender la patología psiquiátrica aguda que exige hospitalización para su tratamiento. Además de esta novedad hay que destacar que es de régimen mixto, es decir, admite también mujeres, ya que tradicionalmente el Centro se había dedicado al tratamiento de hombres.

Construida para la atención de enfermos agudos tiene unas particularidades que la definen e individualizan tal como la entrada independiente y servicios necesarios (admisión, urgencias durante las

⁵⁵CENTRO SAN JUAN DE DIOS, Memoria 1992-1994, Ciempozuelos, p. 25 y ss.

veinticuatro horas, etc.), zona de vigilancia intensiva dotada para prestar atención a los enfermos que lo requieran, habitaciones individuales con baño, salas de terapia ocupacional, relajación, salas para reuniones de grupo y lúdico-recreativas, sala de estar, comedores, sala de visitas, etc. además de una zona ajardinada independiente.

El equipo terapéutico está constituido por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeuta ocupacional, trabajadora social y auxiliares psiquiátricos, así como un coordinador encargado de la planificación de la dinámica a seguir para la puesta en práctica de las distintas actividades programadas.

FUNCION ASISTENCIAL⁵⁶:

La unidad consta de 34 camas. Se presta atención en salud mental a un sector de la población que comprende Madrid capital y otras provincias. En régimen ambulatorio evaluación con diagnóstico precoz y tratamiento a población adulta y en régimen de internado evaluación diagnóstica, pronóstico y tratamiento. Terapia intensiva multidisciplinaria y reinserción contando con los posibles apoyos comunitarios.

Tratamiento máximo de estancia: 90 días

Tratamiento idóneo de estancia: inferior a 30 días.

Objetivos:

- Proporcionar una adecuada atención a los pacientes en régimen intensivo.
- Duración de tiempo necesario de hospitalización para establecer las condiciones de tratamiento ambulatorio
- Consolidar la hospitalización como entorno terapéutico y formando parte de un plan
- Organizar intervenciones especiales

⁵⁶CENTRO SAN JUAN DE DIOS, Memoria 1992-1994, Cienpозuelos, p. 25 y ss.

Para conseguir los anteriores objetivos se realizan una serie de actividades como: plan individualizado de tratamiento, programas de atención según diagnóstico (psicóticos, trastornos de personalidad, trastornos afectivos, trastornos por ansiedad), terapias de grupo, familiares y ocupaciones y programas de intervención especiales (anorexias, bulimias y alcoholismos).

Además:

- "Cuenta con un Servicio de Urgencias psiquiátricas, en funcionamiento las 24 horas.
- Dispone de hospitalización de Día y presta asistencia ambulatoria, por medio del Servicio de Consultas Externas.
- La reinserción social del usuario incluye psicoterapia de grupo, intensificación de las pautas de salida al exterior y de los permisos terapéuticos, potenciación de actividades ocupacionales y/o laborales y utilización de recursos socio-comunitarios o del propio Centro.
- Dispone de zonas de medicina interna, laboratorio, radiología, neurología, electroencefalografía, cirugía, odontología rehabilitación fisioterapéutica, podología y rehabilitación, así como servicio religioso"⁵⁷.

Integrado en la unidad existe un servicio de consultas externas, en el que se realiza asistencia ambulatoria.

DIAGNOSTICOS ⁵⁸	%
Esquizofrenia residual	40
Psicosis esquizofrenia tipo paranoide	15
Psicosis esquizofrénica tipo simple	5

⁵⁷SAN JUAN DE DIOS, Ciempozuelos '91, op.cit., p. 31

⁵⁸Ibid., p. 33.

DIAGNOSTICOS (Cont) %

Anorexia nerviosa	5
Demencia senil, tipo simple	5
Retraso mental grave	5
Retraso mental de grado no especificado	5
Retraso mental discreto	5
Trastorno paranoide sin especificar	5
Psicosis maniaco-depresiva circular, fase depresiva	5
Varios	5
	<hr/> 100

b) Media estancia.

Capacidad de 78 camas. Integrada dentro de la estructura del Centro, concentra su actuación en la actividad rehabilitadora y de reinserción. Está constituida por enfermos con un buen grado de autonomía, pero que por su patología o por carecer de apoyos sociales son difíciles de reinsertar. La acción terapéutica se orienta fundamentalmente en dos campos:

- Aproximadamente el 50% de los usuarios, carecen de posibilidades para ser reinsertados. No obstante y antes de su traslado a la unidad de salud mental de larga estancia se lleva a cabo una labor multiprofesional que se puede diferenciar en dos aspectos fundamentales:
 1. Atención a las familias orientándolas y proporcionándoles pautas psicoeducativas que permitan el mayor conocimiento de la patología y facilita la convivencia en el medio familiar.
 2. Programa de rehabilitación (actuaciones médico-psiquiátrica individuales, seguimiento psicológico a través de terapias grupales, terapia ocupacional encaminada a mantener y recuperar las habilidades de la vida diaria, psicomotricidad, relajación y actividades lúdico-recreativas, salidas programadas

al exterior, cursos de jardinería del INEM, y los enfermos que tienen un oficio trabajan en las distintas dependencias del Centro percibiendo una remuneración por ello.

- El resto de los enfermos necesitan una estancia más prolongada antes de que pudieran ser reinsertados.

Objetivos:

- Integrar paulatinamente a los pacientes a las estructuras sociales de la comunidad natural.
- Prevenir la institucionalización psiquiátrica.
- Incrementar los recursos comunitarios para la rehabilitación.
- Prestar una atención integral.

DIAGNOSTICOS ⁵⁹	%
Celotipia alcohólica	5
Psicosis esquizofrénica, tipo hebefrénica	9,3
Psicosis esquizofrénica, tipo paranoide	14
Psicosis maníaco-depresiva circular	2,32
Esquizofrenia residual	35
Psicosis esquizofrénica, tipo simple	5
Retraso mental moderado	9,31
Est. paran. o alucin. o con ambas manifestaciones e induc. drogas	2,32
Otra demencia alcohólica	5
Tipo esquizoafectivo	2,32
Otros trastornos de la personalidad	2,32
Epilepsias	2,32
Varios	2,32
	100,00

⁵⁹Ibid., p. 34.

Cuadro 9.1. Diagnósticos en Corta y Media Estancia (1992-1994).

DIAGNOSTICOS	Corta estancia	Media estancia
Trastornos afectivos	8	0
Trastornos Esquizofrénicos	15	49
Trastorno Mental Orgánico	3	2
Trastornos Sust. Psicoactivos	1	0
T. Delirios paranoides	3	1
Trastornos Personalidad	9	11
T. del Estado de Animo	4	1
Trastornos Ansiedad	16	0
Trastornos Adaptación	1	2
Retrasos Mentales	11	0
Dependencias Alcohólicas	17	11
TOTALES	88	77

FUENTE: Centro San Juan de Dios, Memoria 1992-1994, Ciempozuelos, p. 27.

Se está llevando a cabo un proyecto de habilitar pisos en la localidad para que puedan ser utilizados por enfermos lo que les permite la socialización y al mismo tiempo seguir siendo atendidos en el Centro ya que están integrados en un programa de actividades diseñado específicamente para su efecto.

Hay dos pisos también en Madrid a los que acuden todos los fines de semana un grupo de enfermos acompañados por un monitor. De esta manera los enfermos tienen la posibilidad de poner en práctica las habilidades trabajadas por el equipo desde el centro (cuidado personal y del hábitat, solución de problemas de convivencia, manejo de dinero, planificación del tiempo libre) todo ello encaminado a la consecución de una mayor autonomía.

c) Psicogeriatría.

La unidad de psicogeriatría está situada en la 3ª planta y tiene funcionamiento autónomo e independencia absoluta. Su capacidad es de cuarenta y siete camas. Está adscrita a todos los efectos al Área de Residencia Asistida.

9. 2. AREA DE SALUD MENTAL⁶⁰.

(REHABILITACION Y REINsercion SOCIAL

Este área acoge a enfermos que se caracterizan por una patología de larga evolución. Son enfermos crónicos, la mayoría con un período de internamiento de muchos años y que han recorrido más de un hospital psiquiátrico. El fin del área es tratar de obtener lo mejor para estas personas a través de técnicas de rehabilitación potenciando las actividades lúdicas, recreativas y resocializadoras intrahospitalarias. Al mismo tiempo se trabaja con las familias para que incrementen las visitas a los enfermos y siempre que sea posible los lleven a sus casas (fines de semana, vacaciones y fiestas tradicionales).

De acuerdo con la dinámica interna del Centro el área se sectoriza en tres unidades lo que permite una mayor calidad asistencial.

Se destacan como actividades más importantes las relacionadas con la laborterapia cuyo objetivo principal es el tratar de hacer la vida del enfermo lo más parecida a la vida en el exterior donde los hombres realizan sus actividades laborales. Según las capacidades de los internos las tareas que realizan tienen más o menos complejidad. Como paso inmediato a la externación del enfermo el Centro cuenta con pisos protegidos donde se potencia la reinserción sociocomunitaria de los enfermos.

⁶⁰ Ibid., p. 35

FUNDAMENTOS ASISTENCIALES⁶¹

- Acogida de usuarios con patología de larga evolución.
- Brindar una asistencia integral: física, psíquica, religiosa y social, potenciando las actividades lúdico-recreativas ocupacionales, culturales y laborales.
- Integrar a la familia del usuario en los planes parciales de externamiento con el fin de lograr períodos más prolongados y frecuentes y participes de las actividades socializadores.
- Asignación de los usuarios al Area y dentro de ésta a cada una de las Unidades en que se sectoriza, para conseguir grupos operativos y funcionales donde desarrollar los programas terapéuticos.
- Realizar un abordaje bio-psico-social del usuario, a través de los distintos integrantes del equipo multidisciplinar".

Unidad IV. (Beato Juan Grande)⁶².

Dotación de camas: 116

"Acoge a usuarios con patología psiquiátrica persistente, con alta proporción de psicosis endógenas con presencia actual de síntomas psicóticos. Si bien susceptibles de mejoría de estos síntomas como de rehabilitación psicosocial".

DIAGNOSTICOS ⁶³	%
Esquizofrenia residual	44,64
Retraso mental discreto	8,03
Retraso mental moderado	7,14
Psicosis esquizofrénica tipo paranoide	7,14
Psicosis esquizofrénica tipo simple	4,46
Otra demencia alcohólica	4,46

⁶¹Ibid, p. 38.

⁶²Memoria 1992-1994, p. 29.

⁶³SAN JUAN DE DIOS, Ciempozuelos '91, p.41.

DIAGNOSTICOS (cont.)	%
Trastorno paranoide de la personalidad	2,67
Tipo esquizoafectivo	2,67
Trastorno esquizoide personalidad	2,67
Síndrome de dependencia del alcohol	1,78
Otra alucinosis alcohólica	0,89
Embriaguez patológica	0,89
Retraso mental grave	0,89
Trastorno pers. manifest. socio, o aso.	0,89
Otras psicosis orgánicas	0,89
Psicosis maníaco-depresiva circular	0,89
Estado paranoide simple	0,89
Alcohol	0,89
Psicosis maníaco-depresiva tipo depresivo	0,89
Epilepsias	0,89
Varios	1,78
	100,00

Unidad V. (San Rafael).

Dotación de camas: 100

"Agrupa aquellos usuarios que poseen un marcado deterioro de sus funciones psíquicas con escasa autonomía, por lo que es una unidad cerrada, siendo mayoritariamente retrasos mentales con graves alteraciones de conducta (2/3 de los pacientes) y el resto psicosis residuales (1/3 de los pacientes). Con escasa o nula posibilidad de reinserción en un marco asistencial alternativo, teniendo en cuenta la gravedad de su cuadro psicopatológico"⁶⁴.

⁶⁴Ibid, p. 29.

DIAGNOSTICOS ⁶⁵	%
Retraso mental grave	25,26
Otra demencia alcohólica	3,15
Esquizofrenia residual	32,63
Retraso mental discreto	6,31
Retraso mental moderado	20,00
Síndrome de dependencia alcohol	1,05
Otra demencia alcohólica	2,10
Otras ataxias	1,05
Retraso mental profundo	3,15
Psicosis esquizofrénica tipo hebefrénico	3,15
Psicosis esquizofrénica tipo catatónico	1,05
Psicosis esquizofrénica tipo simple	1,05
Otras psicosis orgánicas senil y presentil	1,05
	100,00

Unidad VI. (San Camilo)

Dotación de camas: 100

"Está orientada a aquellos usuarios tanto con retrasos mentales como con psicosis residuales que carecen de grave productividad psicopatológica y que poseen una aceptable autonomía. Aunque caracterizados por falta de los adecuados recursos sociofamiliares para una posible asistencia extrahospitalaria"⁶⁶.

DIAGNOSTICOS ⁶⁷	%
Esquizofrenia residual	46,06
Retraso mental moderado	24,72
Retraso mental profundo	2,25
Retraso mental discreto	7,87

⁶⁵Ibid., p. 45.

⁶⁶Ibid., p. 29.

⁶⁷Ibid., p. 48.

DIAGNOSTICOS (cont)	%
Psicosis esquizofrénica tipo paranoide	1,12
Síndrome de dependencia del alcohol	1,12
Otras psicosis orgánicas (crónicas)	1,12
Otra demencia alcohólica	1,12
Trastornos obsesivos compulsivos	1,12
	100,00

Cuadro 9. 2
Distribución por Diagnósticos Psiquiátricos. Unidades IV, V y VI.

DIAGNOSTICOS	UNIDAD IV	UNIDAD V	UNIDAD VI
T. Esquizofrénicos	39	7	0
T. Esquiz. Residual	29	21	44
Síndrome sicoorgánico	5	3	3
T. Sust. Psicoactivos	0	0	1
T. Delirios Paranoides	0	0	0
T. Personalidad	13	0	0
T. Bipolares	7	0	0
T. Ansiedad	0	0	0
T. Adaptación	0	0	0
Epilepsia	8	16	0
Otros	0	0	1
TOTALES	101	47	49

FUENTE: Centro San Juan de Dios, Memoria 1992-94, Ciempozuelos, p.30.

Cuadro 9.3.

Distribución por diagnósticos. (Retrasos Mentales). Unidades IV, V y VI.

RETRASOS MENTALES	UNIDAD IV	UNIDAD V	UNIDAD VI
R. Mental Ligero	0	10	12
R. Mental Moderado	7	23	29
R. Mental Grave	0	21	10
R. Mental Profundo	14	8	0
Nº Pacientes	21	62	51

Fuente: Centro S. Juan de Dios, Memoria 1992-94, p. 33. Ciempozuelos.

Cuadro 9.4. Distribución por Edades. Unidades IV, V y VI.

EDADES	UNIDAD IV	UNIDAD V	UNIDAD VI
63-72	10	7	6
53-62	28	28	33
43-52	37	35	27
33-42	25	18	21
23-32	8	7	8
Nº pacientes	108	95	95
Edad Media	48,8	48.5	53,7

Fuente: Centro S. Juan de Dios, Memoria 1992-1994, p. 34. Ciempozuelos.

9.3. AREA DE RESIDENCIA ASISTIDA (PSICOGERIATRIA)⁶⁸

"La residencia asistida del Centro San Juan de Dios tiene como fundamentos asistenciales la recepción de usuarios de más de 65 años que sufran alteraciones psíquicas involutivas en las que son muy frecuentes alteraciones somáticas concomitantes.

⁶⁸ Ibid, p. 49.

Se realiza un análisis del estado psíquico y somático para:

- Mantener y potenciar la autonomía personal.

Se desarrollan actividades:

- Ocupacionales
- Laborales
- Lúdicas, recreativas y sociales.

Se cuenta con dormitorios de distinta capacidad en función de los usuarios atendidos."

"La terapia rehabilitadora y el mantenimiento y potenciación de las autonomías son clave para los fundamentos asistenciales de este Centro que pretende también una atención integral y humanizante para cada uno de los enfermos".

Unidad VIII. San José. (Psicogeriatría varones)⁶⁹

Dotación de camas: 200

Presta una asistencia tipo residencia asistida. Se encuentra estructurada en cuatro módulos funcionales dependiendo del grado de cuidados que los pacientes necesitan:

MODULO "A": Formado por 92 pacientes, con un nivel de autonomía aceptable, por lo que gozan de cierto grado de libertad dentro de la unidad y del recinto hospitalario.

MODULO "B": Formado por 52 pacientes cuyo nivel de autonomía es menor, precisando más cuidados y una supervisión constante.

MODULO "C": Formado por 32 pacientes cuyo nivel de autonomía es nulo y un grado de dependencia total; precisan una atención especial por parte del personal de enfermería y supervisión constante.

⁶⁹MEMORIA, 1992-1994, p. 35.

MODULO "D": Formado por 24 pacientes, la mayoría disminuidos tanto psíquica como físicamente, por lo que precisan una asistencia continua y especializada del personal de la Unidad.

La unidad tiene tres plantas, distribuidas de la siguiente forma:

Una planta baja donde están los comedores y salas de estar de los diferentes módulos, el Módulo "D" con sus dormitorios, comedor, sala de estar y aseos, despachos de los profesionales, una sala de enfermería, una sala de rehabilitación y servicios.

La planta primera se ha dividido en dos alas: En el ala derecha se alojan los pacientes del Módulo B y en el ala izquierda los pacientes del Módulo C. En esta planta están los dormitorios de seis y dos camas y los cuartos de baño y ropería.

En la segunda planta están los dormitorios de seis, dos y una cama que albergan a los enfermos del Módulo A.

La Unidad está rodeada por jardines y zonas de esparcimiento.

La actividad médica de la Unidad se organiza a través de las consultas diarias de psiquiatría y medicina somática, y en consultas médicas interdisciplinarias (laboratorio, EEG, Radiología, etc.).

La asistencia de enfermería se planifica diariamente con fichas de seguimiento y planteamiento de objetivos, y así se establece la siguiente dinámica:

- a) Cuidados básicos: Vigilancia permanente, medicación, soporte, control de disconductas, etc.
- b) Cuidados intermedios: Igual que el caso anterior, con el añadido en control de esfínteres.
- c) Cuidados totales: Asistencia diaria permanente en vestimenta, aseo, medicación, disconductas, etc.

El trabajo social, muy importante con este tipo de enfermos y en este área en particular, se ocupa de la interrelación paciente-familiares-técnicos, además de con otras instituciones y de la gestión del enorme "papeleo" que conlleva la tramitación de los asuntos relacionados con estos pacientes y, en este sentido, atienden las consultas y demandas no sólo de los enfermos y sus familias sino también de otros profesionales e instituciones.

La actividad ocupacional se subdivide en terapia ocupacional, laborterapia y ocupaciones diversas, todas las cuales intentan mantener al paciente en actividad rehabilitadora y evitar la patológica tendencia a la inactividad tan característica de estas edades y estas patologías.

Las llamadas actividades socio-recreativas en la Unidad tienen como objeto la salida del paciente del centro de forma programada para fomentar la interrelación con la realidad social y evitar a toda costa "tendencias de hospitalismo". Así se fomentan actividades con los familiares de los pacientes, asistencia a espectáculos, realización de excursiones, asistencia a centros de interés cultural, campamentos de quince días en los meses de julio, agosto y septiembre y la participación en las actividades socio-recreativas del centro"⁷⁰

DIAGNOSTICOS ⁷¹	%
Retraso mental discreto	2,64
Retraso mental moderado	15,34
Síndrome de dependencia del alcohol	5,82
Retraso mental grave	10,58
Demencia senil tipo simple	2,11
Retraso mental profundo	7,40
Esquizofrenia residual	37,56
Demencia presenil	1,05

⁷⁰ JUAN CIUDAD (1992), 378: 26-27.

⁷¹ SAN JUAN DE DIOS, CIEMPOZUELOS ' 91, p. 54.

DIAGNOSTICOS (cont.)	%
Otras psicosis orgánicas senil y presenil	1,0
Otra demencia alcohólica	0,52
Demencia senil de tipo depresivo o paranoide	4,76
Epilepsias	1,58
Psicosis esquizofrénicas tipo simple	0,52
Demencia arterioclerótica	2,64
Psicosis alcohólica de Korsakov	0,5
Psicosis orgánicas senil y presenil sin especificar	0,52
Enfermedad de little-parálisis cerebral	0,52
Parafrenia	0,52
Otras psicosis orgánicas (crónicas)	0,52
Hidrocefalo comunicante	0,52
Psicosis o síndrome de Korsakow (no alcohólica)	0,52
Psicosis maníaco-depresiva circular mixta	0,52
Tipo esquizoafectivo	0,52
Varios	0,52
	100,00

Unidad IX - San Juan de Dios (Psicogeriatría Mujeres).

"Es una unidad de 47 camas, distribuidas en dos módulos funcionales dependiendo del nivel de autonomía y de cuidados que precisan.

En un módulo hay habitaciones de 2 ó 3 camas, donde residen pacientes con problemas psíquicos y físicos.

En un segundo módulo distribuido también en habitaciones de 2 ó 3 camas que alberga pacientes cuyo nivel de autonomía y cuidados, es muy aceptable⁷²

Cuadro 9.5.
Distribución por Diagnósticos Psiquiátricos. (Unidades VIII y IX).

DIAGNOSTICOS	UNIDAD VIII	UNIDAD IX
T. Esquizofrénicos	78	14
T. Mental Orgánico	30	25
T. Sust. Psicoactivas	8	0
T. Delirios Paranoides	7	0
T. Personalidad	4	0
T. Estado de Animo	2	2
Otros	0	1
TOTALES	129	42

FUENTE: Centro S. Juan de Dios, MEMORIA 1992-94, Ciempozuelos, p. 37.

Cuadro 9.6.
Distribución por Diagnósticos. Retraso Mental. (Unidades VIII y IX).

RETRASO MENTAL	UNIDAD VIII	UNIDAD IX
R. Mental Ligero	5	1
R. Mental Moderado	23	1
R. Mental Grave	25	0
R. Mental Profundo	15	0
Nº Pacientes	68	2

FUENTE: Centro S. Juan de Dios, MEMORIA 1992-94, Ciempozuelos, p.36.

⁷² Memoria 1992-1994, p. 35.

Cuadro 9.7. Distribución por Edades (Unidades VIII y IX).

EDADES	UNIDAD VIII	UNIDAD IX
82-92	7	3
71-81	24	6
60-70	75	25
49-59	74	9
38-48	17	2
Nº Pacientes	197	45
Edad Media	68,9	69,2

FUENTE: San Juan de Dios, Memoria 1992-1994, p. 38.

9.4. AREA DE MINUSVALIDOS PSIQUICOS, REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL⁷³

El Centro de San Juan de Dios atiende a minusválidos psíquicos "incluso con alteraciones conductuales asociadas y deficiencias sensoriales y motoras: auto y heteroagresiones, conductas destructivas, hiperactividad, alteraciones del sueño y problemas alimenticios".

A nivel de estructuración interna, el Area de Minusválidos Psíquicos se distribuye en tres unidades:

- **Unidad I**, que acoge a usuarios con edades comprendidas entre los siete y veinte años, distribuidos según sus características y capacidades de rendimiento.
- **Unidad II**, que alberga a usuarios con edades entre veinte y treinta y dos años.

⁷³ SAN JUAN DE DIOS, Ciempozuelos '91, p. 57.

- **Unidad III**, con usuarios entre treinta y tres y cincuenta y cinco años.

La distribución por grupos en todo el área se hace teniendo en cuenta la autonomía y el nivel de capacidad en sus aprendizajes, así como las diferentes alteraciones conductuales que cada usuario presente. En este sentido existen cuatro niveles:

- En el primer nivel se encuentran los usuarios que realizan tareas ocupacionales, tales como laborterapia, jardinería o la ocupación laboral dentro de la Unidad. Son aquellos que poseen una mayor autonomía funcional para la desenvolvitura en su medio. No necesitan, por tanto, una supervisión constante en sus tareas y tienen adquiridos los repertorios básicos, lo que facilita la elaboración de programas pedagógicos más complejos.
- Al nivel dos pertenecen todos aquellos que poseen una aceptable autonomía personal aunque en ocasiones necesiten una supervisión constante en sus habilidades. En este nivel están incluidos sujetos que presentan alteraciones conductuales esporádicas, pero sin que impidan su rendimiento en las programaciones establecidas.
- En el nivel tres, los usuarios presentan una mayor dificultad para las adquisiciones pedagógicas, no disponiendo de los repertorios básicos y necesitando constante supervisión y estimulación física.
- Ya en el cuarto y último nivel nos encontramos con los usuarios totalmente asistenciales y que presentan alteraciones conductuales frecuentes

Dos son las finalidades que la intervención del Centro persigue, de acuerdo a las características de esta población:

- Proporcionar las habilidades necesarias para un desarrollo autónomo.

- Y extinguir las disconductas presentadas mediante la intervención de programas conductuales"

Para conseguir estos objetivos se incide en todas las áreas que intervienen en el desarrollo integral de la persona: socialización, lenguaje, psicomotricidad y desarrollo perceptivo-cognitivo.

FUNDAMENTOS ASISTENCIALES:

1º. Principio de Normalización.

Este principio consiste en proporcionar un entorno físico y humano con unos ciclos vitales que se asemejan, en la medida de lo posible, a lo que la mayor parte de nosotros consideraríamos como típico, habitual o aceptable para sí mismo.

2º. Principio de Sectorización

Facilitarles los servicios que la propia sociedad ofrece.

3º. Principio de Individualización.

La persona deficiente debe desplegar sus virtualidades por un programa que estimule su desarrollo físico, intelectual, afectivo y social.

4º. Principio de Integración.

El compendio de todos los anteriores.

La "programación que contempla en la asistencia, las pautas integradas en⁷⁴:

- a) **Autoconcepto.** Desarrollo del concepto positivo de sí mismo como miembro de su familia y comunidad, favoreciendo el sentimiento de seguridad y de ser aceptado, pese a sus diferencias de desarrollo, en el nivel de ayuda, asistencia y dirección necesitada.

⁷⁴ SAN JUAN DE DIOS, Memoria, 1988, Ciempozuelos, 1988: 25.

- b) **Socialización.** Incrementar en la población el aprendizaje y participación de las experiencias que determinan la convivencia, los límites y términos de las reglas de disciplinas, tendentes a obtener en límites aceptables, la autodisciplina y el autocontrol.
- c) **Intelectualidad.** Planificación de actividades y oportunidades encaminadas a la obtención de la autoexpresión y el conocimiento, incrementando las habilidades del lenguaje y las capacidades de comprender, razonar, sentir y controlar el mundo físico.
- d) **Desarrollo físico.** Proporcionar oportunidades de mejoramiento del control de la motricidad gruesa y fina.
- e) **Actividades ocupacionales y/o laborales.** Proporcionar alternativas para que la población asistida tenga la oportunidad de desarrollar sus capacidades en lo ocupacional y laboral socialmente productivas.
- f) **Integración, vinculación y participación familiar.** La familia es considerada como elemento primordial y básico en el proceso de rehabilitación e integración del usuario a su medio socio-familiar, estableciendo una instrumentación de acción centrada en:
- Información escrita periódica de la evolución del enfermo.
 - Entrevistas personales destinadas a un examen exhaustivo de la evolución del mismo en el Centro.
 - Escuela de Padres, destinada a determinar normas y preceptos de asistencia en el medio familiar y la problemática contingente (Unidad I).
- g) **Evaluación.** Periódica para la comprobación del índice de eficiencia y eficacia de los fundamentos asistenciales y la necesidad de establecer pautas de educación y/o rectificación." (Memoria 1988).

Unidad I. (Niño Jesús).

Dotación de camas: 67

Atiende a "usuarios con retrasos mentales severos y profundos mayoritariamente, algún moderado. Asociando en gran número trastornos de conducta, epilepsia y alteraciones sensitivas (sorderas, cegueras) y motoras, hemiplejias, etc."

<u>Diagnósticos</u> ⁷⁵	<u>%</u>
Retraso mental grave	17,54
Retraso mental profundo	77,19
Retraso mental moderado	1,75
Varios	3,50
	100,00

Unidad II. (San Luis).

Dotación de camas: 114.

"82 usuarios profundos y algún severo con graves alteraciones del comportamiento y escasa autonomía en los hábitos de la vida diaria, asociando como en el grupo anterior epilepsias, deficiencias sensitivas y motoras.

Cuenta la unidad con 5 camas de observación"

Los diagnósticos se distribuyen como sigue:

⁷⁵ SAN JUAN DE DIOS, Ciempozuelos '91, p. 64.

<u>DIAGNOSTICOS⁷⁶</u>	<u>%</u>
Retraso mental grave	29,88
Retraso mental profundo	48,27
Retraso mental moderado	19,50
Retraso mental discreto	1,14
Otro tipo de cambio de la personalidad	1,14
Minusvalías múltiples (27)	
Retraso mental profundo	96,29
Retraso mental grave	3,71
<hr/>	
	100,00

Unidad III. San Ricardo Pampuri.

Dotación de camas: 71

"71 usuarios con retrasos mentales profundos y algún severo y que siguen la líneas de los anteriores, escasa autonomía personal, trastornos del comportamiento, epilepsia y déficit motores y sensitivos en algunos de ellos".

<u>DIAGNOSTICOS⁷⁷</u>	<u>%</u>
Retraso mental profundo	79,03
Retraso mental grave	16,12
Epilepsias	3,22
Varios	1,61
<hr/>	
	100,00

⁷⁶ Ibid, p. 67.

⁷⁷ Ibid, p. 69.

Cuadro 9. 8. Distribución por Diagnósticos (Unidades I, II y III).

RETRASO MENTAL	Unidad I	Unidad II	Unidad III
Retraso Mental Ligero	7	-	-
Retraso Mental Moderado	22	2	1
Retraso Mental Grave	29	14	15
Retraso Mental Profundo	9	98	98
Nº Pacientes	67	114	71

FUENTE: Centro S. Juan de Dios, Memoria 1992-1994, Ciempozuelos, p.42

Cuadro 9. 9. Distribución por Edades (Unidades I, II y III).

Edades	Unidad I	Unidad II	Unidad III
50-59	0	3	3
40-49	3	8	14
30-39	13	12	43
20-29	35	74	10
10-19	15	17	1
Nº Pacientes	67	114	71
Edad Media	24,91	24,5	37,1

FUENTE: Centro S. Juan de Dios, Memoria 1992-94, p. 44

9. 5. Area de Hospitalización Médica⁷⁸. Cuidados Somáticos.

Objetivo general:

"Asistir los trastornos intercurrentes que se producen en el enfermo psíquico internado o ambulatorio y evacuar los procesos que exceden nuestras posibilidades asistenciales".

⁷⁸ MEMORIA, 91, p. 72.

Unidad VII. (Antón Martín).

"Está formada por un total de 57 camas y 2 camas de observación y estructurada en dos plantas, cuenta con un gran comedor, dos salas de estar, despachos, office y otras dependencias".

<u>DIAGNOSTICOS⁷⁹</u>	<u>%</u>
Esquizofrenia residual	29,16
Enfermedad de Alzheimer	2,08
Demencia arterioesclerótica	6,25
Retraso mental grave	20,86
Retraso mental discreto	6,25
Retraso mental profundo	10,42
Retraso mental moderado	10,42
Demencia presenil	2,08
Demencia senil de tipo depresivo o paranoide	2,08
Psicosis orgánicas senil y presenil	2,08
Otra demencia alcohólica	2,08
Parafrenia	2,08
Demencia senil tipo simple	4,16

	100,00

Unidad X. Beato Benito Menni.

"Está formada por un total de 30 camas distribuidas en una planta y dividida en dos alas en las que se encuentran habitaciones de 1 ó 2 camas y 18 camas de observación; al igual que la Unidad VII dispone de sala de estar, despachos, office y otras dependencias"

⁷⁹ Ibid., p. 76.

<u>DIAGNOSTICOS⁸⁰</u>	<u>%</u>
Retraso mental grave	25
Demencia senil, tipo simple	20
Esquizofrenia residual	15
Otras demencia alcohólica	5
Enfermedad de little (parálisis cerebral infantil)	5
Retraso mental moderado	5
Retraso mental profundo	10
Epilepsias	5
Demencia presenil	5
Síndrome de abstinencia de droga	5
	<hr/>
	100,00

FUNCION ASISTENCIAL.

"Asistencia de los trastornos intercurrentes que se producen en el enfermo psíquico internado en nuestro Centro, así como la evacuación de los procesos que exceden de nuestras posibilidades asistenciales".

⁸⁰ Ibid., p. 79.

Cuadro 9. 10.

Distribución por Diagnósticos Psiquiátricos (Unidades VII y X).

DIAGNOSTICOS	UNIDAD VII	UNIDAD X
Trastorno esquizofrénico	25	9
Trastorno personalidad	0	1
Trastorno Mental Orgánico	8	10
T. Delirios Paranoides	3	0
T. Estado de Animo	1	2
T. Retrasos Mentales	20	8
Otros	0	0
TOTALES	57	30

FUENTE: Centro San Juan de Dios, Memoria 1992-94. Ciempozuelos, 1995: 46

Cuadro 9. 11. Distribución por Edades. (Unidades VII y X).

EDADES	UNIDAD VII	UNIDAD X
74-84	16	7
63-73	19	13
52-62	15	5
41-51	6	1
30-40	1	3
<30	0	1
Nº Pacientes	57	30
Edad Media	65,3	63,6

FUENTE: Centro S. Juan de Dios, Memoria 1992-1994, Ciempozuelos, 1995: 49

Cuadro 9. 12. Estadística General Hospitalaria.

AÑOS	1992	1993	1994
Evolución número de camas totales	1.010	1.004	1015
Evolución número de camas ocupadas	935	967	974
Nº de estancias totales (Diciembre)	342.092	350.373	352.776
Indice de rotación	0,92%	0,95%	0,95%
Indice de ocupación	92,54%	95,61%	95,22%
Estancia Media	338,7	349,37	347,56
Ingresos y Reingresos Externos	178	158	146
Mov. de Pacientes entre Unidades	368	293	467
Ingresados por Entidades Privadas	58	46	62
Ingresados por Entidades Públicas	69	79	33
Ingresados por Autorización Judicial	76	82	43
Ingresados Voluntarios	61	54	89
Ingresados por la C.A.M. Salud Mental	22	36	9
Ingresados por la C.A.M. Integ. Social	40	29	12
Altas por Desplaz. a otros Hospitales	30	23	14
Altas Médicas	99	73	91
Altas por Defunción	26	34	20

FUENTE: Memoria 1992-1994. Centro San Juan de Dios, Ciempozuelos, 1995: 63.

Cuadro 9. 13. Plantilla de Personal

CATEGORIAS	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994
Director Médico	1	1	1
Subdirector médico	1	1	1
Médico jefe servicio	1	2	2
Médico jefe clínico	4	3	3
Médico jefe laboratorio	1	1	1

Cuadro 9. 13. Plantilla de Personal (cont.)

CATEGORIAS	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994
Médico adjunto y de guardia	11	10	10
Médico E.E.G.	1	1	1
Odontólogo	1	1	1
Farmacéutico	1	1	1
Farmacéutico adjunto	1	1	1
Psicólogo adjunto	3	3	2
Director enfermería	1	0	0
Subdirector enfermería	0	1	1
Supervisor enfermería	5	3	3
A.T.S. y diplomados enfermería	17	20	19
A.T.S. empresa	1	1	1
Fisioterapeutas	2	2	2
Podólogo	1	1	1
Terapeuta ocupacional	3	3	3
Supervisor pedagógico	1	1	1
Pedagogo	1	1	1
Profesor E.G.B. Educ. especial	2	2	2
Educador minusválidos	7	7	7
Coordinador	1	1	1
Monitor ocupacional	2	2	2
Auxiliar de clínica	158	170	178
Cuidador psiquiátrico	5	5	3
Técnico Esp. radiología	0	1	1

Cuadro 9.13. Plantilla de Personal (cont.)

CATEGORIAS	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994
Informático	0	0	1
Trabajador social	6	6	6
Agente pastoral	1	1	1
Administrador	1	1	1
Jefe de recursos humanos	1	1	1
Oficial administrativo	3	3	3
Auxiliar administrativo	9	8	10
Telefonista	2	2	2
Recepcionista	2	1	1
Jefe de cocina	1	1	1
Cocinero	5	5	5
Ayudante cocina	6	6	6
Fregadora	2	0	0
Almacenero	1	1	1
Costurera	22	21	23
Limpiadora	20	16	12
Oficial mantenimiento	1	2	2
Mecánico	1	1	1
Electricista	1	1	1
Calefactor	1	1	1
Fontanero	1	1	1
Conductor primera	2	2	2
Albañil	1	1	1
Carpintero	2	2	2

Cuadro 9. 13. Plantilla de Personal. (cont.)

CATEGORIAS	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994
Pintor	1	1	1
Peluquero-barbero	4	4	4
Maquinista lavadero	3	2	2
Panadero	1	1	1
Impresor	1	1	1
Zapatero	1	1	1
Ayudante mantenimiento	4	5	5
Peón mantenimiento	10	10	10
Total plantilla personal	350	355	360

FUENTE: Centro San Juan de Dios, Memoria 1992-1994, Ciempozuelos. 1995: 99.

Cuadro 9. 14. Personal Religioso.

CATEGORIAS	Año 1992	Año 1993	Año 1994
Director Gerente	1	1	1
Director Enfermería	0	1	1
A.T.S. Supervisor	8	3	3
A.T.S. y diplomados enfermería	0	2	2
Auxiliar de clínica	5	6	6
Jefe mantenimiento	1	1	1
Encargado ropería lavandería	1	1	1
Servicio religioso	1	1	1
Total personal religioso	17	16	16

FUENTE: Centro S. Juan de Dios, Memoria 1992-94. Ciempozuelos. 1995: 100.

Cuadro 9. 15. Personal Arrendamiento de Servicios.

CATEGORIAS	Año 1992	Año 1993	Año 1994
Neurólogo	1	1	1
Médico radiólogo	1	1	1
Médico cirujano	3	3	2
Médico fisioterapeuta	1	1	1
Investigador	1	1	1
Asesor jurídico	1	1	1
Departamento técnico	1	1	1
Jardineros	2	2	2
Total Personal A. de Servicios	11	11	10

FUENTE: Centro S. Juan de Dios, Memoria 1992-94, Ciempozuelos, p. 100

Cuadro 9. 16. Personal Contratas de Servicios.

CATEGORIAS	Año 1992	Año 1993	Año 1994
Supervisor de limpieza	1	1	1
Peón especialista	1	1	1
Peón limpiador	3	3	3
Limpiadoras	78	91	101
Vigilantes jurados	3	3	3
Total Personal Contratas Serv.	86	99	109

FUENTE: Centro S. Juan de Dios, Memoria 1992-94, Ciempozuelos, p. 100

TOTAL PERSONAL	464	481	495
-----------------------	------------	------------	------------

Por último, hemos realizado un cuadro donde pueden observarse el número de enfermos ingresados por años desde su inauguración (Cuadro 9.17 p. 402).

Cuadro 9.17. Nº de Enfermos Ingresados Anualmente en el Centro desde su Fundación.

<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.

9. 6. Conclusiones.

El Hospital Psiquiátrico, en general, como hemos podido observar por la literatura consultada, a lo largo de su trayectoria se ha visto obligado a ejercer por la diversidad de patologías que acogía funciones tan diversas como la de hospicios, pensionados y reformatorios. Enfermos venéreos, blasfemos, alquimistas, libertinos, degenerados, homosexuales, disipadores eran reclusos en asilos que más tarde serían, como decía Foucault, los "campos cerrados de la locura". El espíritu liberal del siglo XVIII creyendo actuar con una actitud más humanitaria llevó a la expansión de los manicomios con la misión esencial de separar la razón de la sinrazón. Se pretendía proteger a los "locos" de los abusos, agresiones y burlas de que eran objeto por parte de la población "sana". Más adelante, y de forma desafortunada, cambió esta concepción y la finalidad del manicomio pasó a ser proteger a la comunidad de las agresiones de los pacientes durante sus "estados de locura" (Foucault, 1985).

Cuando Tuke visitó el Hospital de San Lucas a finales de siglo XVIII anotó: "El superintendente jamás ha encontrado gran ventaja en la práctica de la medicina ... el piensa que el secuestro y la coacción pueden imponerse con ventaja, como castigo, y de manera general estima que el miedo es el principio más eficaz para reducir a los locos a una conducta ordenada⁸¹". Es obvio que la finalidad del internamiento iba dirigida más hacia la corrección de conductas por el camino del arrepentimiento que hacia la curación. No será hasta el siglo XIX cuando el Hospital se convierte en un medio prioritariamente médico y es a partir de entonces cuando se va a reconocer el derecho de los enfermos mentales a un tratamiento hospitalario. Ahora bien, la eficacia de aquellos manicomios distaba mucho de conseguir la curación de los enfermos: "Ese hacinamiento de individuos que no están unidos por ningún vínculo natural, sin ninguna esperanza que avive su actividad, a quienes una seguridad sin sentido hace desentenderse del futuro, que no

⁸¹ San Lucas Hospital, fundado en 1751 para aliviar al Bedlam Hospital que en un principio atendía sólo a los lunáticos curables y a partir de 1733 también a los que no lo eran; mantenía el estilo correccional. (D.H. Tuke: "Chapters in the history of the insane", Londres, 1982: 9 y 90, cit. por Foucault, 1985: 194, T.I).

tienen más que relaciones falsas y corrompidas con las personas de las que dependen, ese hacinamiento, pregunto ¿no es capaz de degradar al máximo la inteligencia y las costumbres?" (Cabanis, 1823: 201-202). Pero no es fácil encontrar otro tipo de solución a este problema y ello lo reconoce el propio Cabanis, más adelante, cuando dice: "Los hospitales son tal vez por su naturaleza, establecimientos viciosos pero, en el presente estado de la sociedades, son absolutamente necesarios" y en opinión de Castel (1980: 95) "... el carácter pernicioso del hospital no se debe a la segregación que opera sino a la promiscuidad que allí reina". En estas condiciones, cuando se habla del fracaso del tratamiento moral, no deberíamos preguntarnos si realmente se pudo aplicar a enfermos que vivían en tal situación.

Como decía Foucault (1985) la locura encontró en el manicomio su lugar específico donde se la redujo al saber médico y la práctica psiquiátrica. A partir de entonces, el loco queda secuestrado como el delincuente pero por causas distintas; se le internará en el manicomio a causa de su enfermedad. El control social, sin embargo, no es muy diferente, salvo que la represión del loco tiene un fundamento médico y la del delincuente tiene un fundamento jurídico. Sin embargo, los alienistas se indignaban ante el hecho escandaloso de encerrar a los pobres enfermos en la cárcel y por ello consideraron un inmenso progreso filantrópico la invención del manicomio, aunque la nueva invención, en realidad, sólo consistió en la creación de un espacio distinto pero similar al anterior.

Para Pinel "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" (Castel, 1980: 104). Y así, apelando al tratamiento se justificarían todas las actividades: la organización de la vida cotidiana es tratamiento, la sumisión a las órdenes del personal es tratamiento, el trabajo es tratamiento. A partir de Pinel se va a caracterizar por:

1. "Aislamiento terapéutico". El secuestro como condición primera de toda terapia.

2. Constitución del orden asilar (disposición de los sitios, ocupaciones, utilización del tiempo, jerarquías, reglas).
3. Relación de autoridad, médicos y auxiliares con el enfermo. El médico es la ley viviente del manicomio.

El manicomio pasó a ser un observatorio ideal y un centro de acción privilegiado, donde se comenzará a clasificar a los dementes, dando lugar al nacimiento de la psiquiatría. "De ahí el programa de la medicina alienista: hacer del hospital un instrumento dócil en manos del médico ilustrado y desplegar en él una tecnología que no es nueva, pero si profundamente renovada por haber encontrado al fin todas las condiciones susceptibles de maximizar su eficacia" (Castel, 1980: 95).

Más recientemente el Hospital Psiquiátrico, en general, ha seguido siendo el cajón desastre donde entraba una patología tan diversa que, sin duda alguna, hubiera que haber tenido en cuenta al generalizar su función rehabilitadora y de reinserción, algo que de hecho se sabía que no era posible. De la misma forma, tradicionalmente ha desarrollado funciones de asilo y custodia que no eran las únicas que necesitaban muchos de los enfermos aunque fuese, en parte, porque carecía de los recursos necesarios sociales y asistenciales que permitiesen la reinserción del enfermo. Está claro que, lo lógico hubiera sido disponer de centros especiales para los enfermos que pudiesen ser rehabilitados y reinsertados y de centros apropiados asistenciales para los que no pueden serlo, lo que mejoraría todo el sistema y reduciría los costes. Esto ya se ha iniciado, separando las competencias de uno y otro tipo de enfermos que dependerían de los Servicios de Sanidad o de los Servicios Sociales, lo que en nuestro país no es muy del agrado del colectivo médico.

Para Everett Hughes, el control de los enfermos está en manos del personal auxiliar o "personal de abajo" que obedece a "los de arriba" para mantener el orden, aunque ello vaya en contra del bienestar del enfermo. Los de abajo son mal vistos por los enfermos y los de arriba pueden ser más transigentes porque no rompen la disciplina. Es lo que se conoce como la "división moral del trabajo", "por cuanto una diferencia en la tarea desempeñada por el individuo entraña visiblemente una

diferencia en los atributos morales que se le imputan" (Goffman, 1961: 120). Un buen trabajo equivale a una buena persona. El trato va a depender mucho de la imagen estereotipada que se tenga del enfermo, y de la persona del cuidador y su propia humanidad, así como la del enfermo. En general se les trata bien, pero manteniendo siempre las distancias. Los roles de los enfermos y del personal son distintos, como si perteneciesen a dos tipos humanos radicalmente diferentes.

La asistencia psiquiátrica hasta los años cincuenta se caracterizó por su carácter institucional asilar-custodial pero con la llegada de los psicofármacos, se produjo "un recambio en las intervenciones terapéuticas acrecentando la tecnificación médica"⁸². Debido a la situación de abandono en que se encontraban los enfermos, sin una asistencia médica adecuada y con una carencia casi total de servicios sociales que permitiesen su reinserción social durante los años 60-70, como consecuencia de las críticas antipsiquiátricas, se produce el cuestionamiento de la función social y asistencial del manicomio tradicional.

En Inglaterra, durante los años 50-70, se llevaron a cabo algunas experiencias, como la de Maxwell Jones, que trataron de concebir al Hospital como una comunidad terapéutica con el fin de que los enfermos, con la ayuda del equipo terapéutico, pudiesen aportarse mutuamente un efecto beneficioso. Para los casos agudos se pensó en una estancia breve, no más de dos meses de hospitalización, que en la mayoría de los casos se reduciría sólo a días, y un tratamiento en la comunidad donde podían recibir los cuidados y servicios necesarios. Como suele ocurrir estas intenciones, que parecen perfectas sobre el papel, en la práctica no dejan de ser una falacia ya que los recursos alternativos al internamiento son prácticamente inexistentes.

En España, con la democracia, van a aparecer una serie de normativas que, bajo la influencia de las ideas desinstitucionalizadoras y las restricciones socioeconómicas, motivaron el alta de un gran número de enfermos que raramente fueron asumidos por los escasos servicios

⁸² JUAN CIUDAD, núm 336, Alcalá de Guadaíra, 1988: 11.

sociales ni tampoco, en todos los casos, acogidos por sus familias lo que les va a llevar, abandonados a su triste destino, a aumentar el número de los sin techo.

Pero, aunque se hayan reducido un gran número de camas y, por tanto, se haya reducido también el coste de los internamientos, que es lo que se pretendía, debemos ser conscientes que la institución psiquiátrica no puede ser abolida sin más, por lo que hay que abordar su mantenimiento desde perspectivas distintas, con un cambio de funciones y nuevos planteamientos. No hay duda de que "El hospital psiquiátrico constituye una especie de situación límite en la frontera de dos mundos - el normal y el patológico, el social y el asocial" (Levy, 1971: 43) y esto es lo que hay que cambiar.

Los defensores del Hospital Psiquiátrico, y no sin razón, dicen que si todavía existe, a pesar de las críticas que continuamente se le hacen, es porque no se ha creado una alternativa que posea sus aciertos y a la vez esté exenta de sus errores; de momento satisface una necesidad social a la que todavía no se ha sido capaz de dar respuesta.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (abril 1985) presentó:

- El Documento General para la Reforma de la Atención Psiquiátrica y de Salud Mental.
- Recomendaciones y propuestas de la Comisión Ministerial presentadas al Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo, para la reforma de la psiquiatría española.

Este documento fue el primer paso para que al año siguiente se promulgase la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, cuyo capítulo III, es específico "De la salud mental", y su artículo 20 dice así:

Art. 20. Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y

sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizarán en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación de los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañarán a la pérdida de salud en general.

Esto dio lugar a que se crearan los distintos modelos de asistencia psiquiátrica en cada autonomía. Aquí sólo haremos referencia al modelo estatal y al modelo de Ciempozuelos. Veamos la crítica que este último hace al primero:

"El modelo definido por el Estado se inspira en presupuestos biosociales para la enfermedad mental, propiciando una modalidad de integración mecánica de la asistencia psiquiátrica en la Sanidad que excluye los aspectos específicos de lo "mental", en la práctica, el modelo se reduce:

- A la delegación de la asistencia primaria en Salud Mental en los generalistas.
- En la consideración de enfermos sólo para los casos agudos susceptibles de ser atendidos en los hospitales generales.
- Y a la declaración de "inválidos sociales" para los pacientes crónicos que deberían ser atendidos desde los Servicios Sociales.

Lo más grave de este modelo está en la no percepción de lo mental. La atención primaria no puede dejarse en manos de generalistas sin formación. Tiene que hacerse obligatoriamente por especialistas"⁸³.

Aunque en los hospitales generales se crean las unidades de psiquiatría, para atender a los enfermos en situación de crisis, tienen un número tan reducido de camas que obliga a los psiquiatras asignados a estas unidades a dedicar su tiempo a "hacer psiquiatría de enlace y consulta externa". Estos servicios no pueden atender a todas las demandas asistenciales existentes lo que limita enormemente su labor. No se tienen en cuenta experiencias de otros países como por ej. Inglaterra cuyo Servicio Nacional de Salud ya ha abandonado este sistema y se ingresa a los enfermos en una unidad de agudos de los hospitales psiquiátricos donde se obtienen los mismos resultados con un coste mucho más reducido. Por otro lado, por cuestiones económicas se reduce el número de días del enfermo ingresado por lo que la mayoría de las veces sale del Hospital con los mismos síntomas que tenía cuando ingresó.

Los proyectos para la reinserción social se han quedado en su mayoría sobre el papel, sin llegar a hacerse efectivos en la práctica psiquiátrica. Si alguno ha llegado a hacerse realidad se utiliza como ejemplo de lo que se está haciendo por estos enfermos. Fuera del hospital no existen actividades rehabilitadoras específicas y para muchos de los enfermos el concepto asilar se mantiene ya que lo único que se ha hecho ha sido cambiarles de hábitat pasando a residencias asistidas.

Según la dirección del Centro de Ciempozuelos, los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid programaron la asistencia psiquiátrica sin contar con ellos, aunque si siguieron utilizando sus camas para internar a los enfermos más graves y crónicos y, paradójicamente, aunque la Administración no contó con su colaboración para programar la reforma psiquiátrica, no por ello dejó de reconocer su eficacia. Al no entrar en la Red Pública Asistencial

⁸³Ibid., p. 12

Psiquiátrica de Madrid, "el reto más fuerte que se le planteó fue el tener que salir a buscar su mercado y cuidarlo".

La desinstitucionalización, aunque dio la posibilidad a que algunos enfermos se reinsertasen bajo la protección de sus familias, la realidad es que muchos de ellos deambulan por las calles mendigando, cubiertos de harapos y protegidos del frío por cartones que les sirven de manta y de colchón, en un estado de desamparo total, expuestos a la explotación y corrupción de las grandes ciudades. A pacientes con largos años de internamiento se les ha dado el alta sin tener en cuenta sus necesidades, lo que ha dado lugar a muchos fracasos que se hubieran podido evitar si se hubieran tenido en cuenta las experiencias de otros países.

Las Administraciones Públicas deben actuar con una política social coherente que tenga en cuenta los recursos necesarios para poder atender a estos enfermos desinstitucionalizados contando, en primer lugar, con el apoyo de las familias que si se sienten respaldadas no dejarán de prestar su colaboración. De tal forma que ni institucionalizados o no, se pueda volver a decir: "Yo los he visto, cubiertos de harapos, sin tener más que paja para protegerse de la fría humedad del pavimento sobre el que se echan. Los he visto malamente alimentados, sin aire para respirar; sin agua para calmar la sed y sin las cosas más necesarias para la vida. Yo los he visto en reductos estrechos, sucios, infectos, sin aire, ni luz, encadenados en unos antros donde no se encadenaría ni a los animales feroces que el lujo de los gobiernos mantiene a grandes expensas en la capital. Esto es lo que yo he visto en casi toda Europa; así es como se trata a los alienados en casi toda Europa" (Esquirol, 1838: 400).

Y aunque queremos creer que no existen en nuestros días enfermos que se encuentren en estas condiciones, todavía se dan, lamentablemente, situaciones de internados en establecimientos como las denunciadas⁸⁴ en el "Informe sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España" que nos muestran el mal trato que reciben estos enfermos: "Un cuarto de aislamiento de dimensiones reducidas.

⁸⁴ Publicado en el diario El País, de fecha 28 de diciembre de 1991.

Una cama. Una ventana sin cristales y con rejas. En una esquina de la habitación hay un recipiente metálico que el usuario utiliza como inodoro. El enfermo permanecía desde hace un año en dicho cuarto, de donde únicamente salía para comer, bañarse, afeitarse y cuando acudían sus familiares."⁸⁵

En este Informe realizado por la oficina del Defensor del Pueblo, se revela que en nuestro país existen entre 23.000 y 24.000 enfermos mentales internados en centros públicos y privados concertados. Desde 1978 a 1991 se han cerrado 17 centros psiquiátricos con una reducción de 18.860 camas. El Defensor del Pueblo pide que no se cierren más centros mientras no exista una red alternativa de asistencia integrada en la sanidad general.

Vemos, pues, que la asistencia psiquiátrica en España tiene todavía un largo camino que recorrer. Las asociaciones de familias de enfermos mentales solicitan a los organismos competentes las alternativas adecuadas a la hospitalización que permitan mantener al enfermo integrado en la sociedad pero, de momento, la única respuesta ha sido dificultar los ingresos hospitalarios, incluso en los momentos de crisis, lo que no supone precisamente una ayuda a las familias que a la larga, al verse solas ante un problema que no saben manejar, se ven forzadas a abandonar al enfermo a su suerte, y así se pierde una colaboración que, por otro lado, es tan necesaria si se quiere evitar el internamiento del enfermo de por vida.

Ciempozuelos cuida de los enfermos psíquicos considerados como una amenaza involuntaria para los demás (son una minoría) y los que son incapaces de cuidarse por si mismos (son la mayoría). Como institución total⁸⁶, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el

⁸⁵ Este ejemplo real del Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María (Cádiz) es uno de los exponentes de la *España Negra* que todavía existe en 1991 y que acaba de ser denunciado como "caso sobrecogedor" por el defensor del Pueblo, Alvaro Gil Robles, en su "Informe sobre la Situación Jurídica y Asistencial del Enfermo Mental en España". Gil Robles ha señalado que muchos enfermos mentales están "almacenados", cuando deberían ser "tratados y rehabilitados".

⁸⁶ Una institución total es un "lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo,

mismo lugar y bajo una autoridad única; las actividades diarias se llevan a cabo en compañía de los otros enfermos a los que se les da el mismo trato y a los que se les pide las mismas cosas y las actividades están programadas. En palabras de Goffman: "En nuestra sociedad, son los internados donde se transforma a las personas; cada una es un experimento natural sobre lo que puede hacerse al yo" (Goffman, 1961: 25). Desde un enfoque foucaultiano, como todas las instituciones cerradas trata de detener el mal, romper las comunicaciones, suspender el tiempo.

Cuando las estancias son muy prolongadas se produce la "desculturación" o el "desentrenamiento" que les hace difícil, por no decir imposible, enfrentarse a los problemas, por sencillos que sean, de la vida cotidiana en el exterior. En el psiquiátrico no sólo no se cura la enfermedad por la que se ingresa sino que además la propia institución crea conductas que interpretadas como síntomas dan lugar a nuevos síndromes como el "hospitalismo" o la "neurosis institucional".

Desde que se produce el etiquetamiento comienza la carrera moral del paciente: "Una carrera moral es la historia de una persona individual con respecto a las actitudes y creencias que otros tienen de él y las actitudes y las creencias sobre sí mismo que él forma en base a su interpretación de las actitudes y creencias de los demás (Harré, 1982: 325).

Al ingresar, al enfermo crónico le han obligado a abandonar todos sus roles anteriores para tener que acabar aceptando el rol de enfermo mental. Ha sido desposeído de todas sus cosas que ha dejado atrás y en el establecimiento poco se le deja tener por miedo a que lo pierda y luego sea reclamado por los familiares. Al estar bajo control continuo pierde su intimidad y, a partir del ingreso, su vida está toda regulada. No existe ni otro espacio ni otro tiempo que el institucional. Todo está marcado por el horario: levantarse, asearse y vestirse, desayuno, laborterapia y talleres, comida, tiempo libre, laborterapia, tiempo libre, cena, tiempo libre, T.V., acostarse, silencio. Al principio, el temor a romper las reglas le hace vivir en una angustia permanente. Tiene que demostrar que no está loco, cuando lo que se busca en él es su

comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (Goffman, 1961: 13).

locura y actuar tal como se espera que actúe si quiere evitar el castigo. Al enfermo adulto se le hace regresar a una etapa infantil, al no respetar en ningún momento su autodeterminación. La hora de levantarse, las comidas, las salidas, los trabajos, todo está programado de tal forma que continuamente se cometen agresiones al yo. De ser sujeto pasa a convertirse en objeto.

"En lo más íntimo del yo el internado se siente descalificado y cosificado" (Moffatt, 1988: 17). Cualquier mensaje es interpretado como "cosa de loco", y ello deteriora los sentimientos de autonomía, de autorrespeto.

El sistema de privilegios y castigos funciona de forma muy similar a como lo describe Goffman. Existe el grupo denominado de "trabajadores" que son los más capacitados para realizar los trabajos normales necesarios en toda institución, pero que cada vez es más reducido al haber sido sustituidos por empleados de la casa. Realizan estas tareas ayudando a los empleados y reciben por ello una gratificación económica que suele estar en consonancia con el trabajo realizado pero que, desde luego, siempre es simbólica. Estos enfermos, lógicamente, son los que están más conservados y los que tienen más facilidad para salir al exterior. Aunque en distintas épocas se ha criticado mucho el trabajo realizado por los enfermos en los psiquiátricos, la realidad es que es la mejor terapia que realizan, como bien sabían en el siglo XIX, que les ayuda a conservarse mejor psíquicamente y a evitar, en parte, el enorme empobrecimiento intelectual que produce el no hacer nada y la falta de estímulos provocado por la situación en que viven. Físicamente no se obliga a ningún enfermo a trabajar, aunque quizá si se haga psicológicamente ya que la forma adaptativa es "portarse como un enfermo" y ello conlleva cumplir las expectativas de la institución. Tuve ocasión de observar en Inglaterra, un programa de rehabilitación y reinserción por el trabajo que se aplicó a enfermas crónicas, en el que el horario estaba perfectamente estructurado de la mañana a la noche y los resultados fueron altamente positivos, dándose muchas altas a pacientes que llevaban largos años de internamiento.

El infringir las normas lleva consigo el castigo. Las fugas o intentos de fugas, las agresiones, los robos, la mentira, la desobediencia, etc. son castigadas. Puede ser prohibiéndoles las visitas o las salidas al exterior, si gozaban de ese privilegio, o salir de la Unidad y se les tiene en pijama para su más fácil cumplimiento. Cuando un enfermo protagoniza un episodio agresivo se le suele calmar con lo que se conoce como un cocktail, la camisa de fuerza farmacológica.

Los privilegios tradicionales de darles mejor cama, suplementos de comidas, prácticamente no existen, porque al mejorar el hábitat ya no son necesarios. La distinción que existía entre unos enfermos y otros según fueran privados, acogidos o de beneficencia, ha desaparecido actualmente y la distribución por unidades y camas se hace siguiendo otros criterios como ya hemos explicado. No existen los grandes dormitorios con largas hileras de camas y las habitaciones individuales que se reservaban para enfermos privilegiados, salvo escasas excepciones, hoy las ocupan enfermos que tienen dificultad para dormir y pueden alterar el sueño de los demás. Los dormitorios son de dos, cuatro o seis camas, en su mayoría.

Es normal la falta de comunicación entre los enfermos, ejemplo manifiesto de su tendencia al aislamiento. Existen algunas camarillas pero son excepciones y cuando se les pregunta si tienen amigos la respuesta normal es que no. Raramente hacen amistades. Ven a los demás de forma distinta a como se ven a sí mismos; los demás "están locos". Ocasionalmente, se ve alguna pareja simbiótica como un ciego acompañado por otro enfermo que le sirve de lazarillo y recibe a cambio de sus servicios tabaco, se le invita a café, etc. Algunos enfermos continuamente se quejan del Centro: "esto es un manicomio", "todos están locos", "esto no es para mí, yo me quiero ir". Curiosamente, en alguna ocasión, cuando a alguno de estos enfermos se les ha ofrecido salir del establecimiento lo ha rehusado. Por el contrario, hay enfermos que están muy bien adaptados; todo está bien y no quieren salir ni siquiera de vacaciones con su familia porque se encuentran mejor internados. Son los enfermos "colonizados", como dice Goffman y también se observan los "convertidos", en cuanto que asumen plenamente la visión que el personal tiene de ellos y desempeñan el rol de perfecto pupilo. Ayudan al

personal con quien tratan de tener una relación más igualitaria. Pueden compartir el jugar a la lotería o a las quinielas juntos pero no mucho más.

Aunque como hemos observado anteriormente, entre los objetivos del Centro están la rehabilitación y la reinserción de los enfermos, la realidad es que por el tipo de población que alberga pocos son los enfermos que pueden ser rehabilitados y reinsertados, si como tal entendemos aquellos que abandonan el centro. Distinto es, si lo que se pretende con la rehabilitación es evitar el deterioro del enfermo que se produce con el internamiento.

Los enfermos mentales viven bajo observación continua. No hay nadie más controlado que un enfermo mental, ni hay nadie que haya perdido de tal modo su intimidad como estos enfermos. Todo lo que hagan que se salga o no de la monotonía diaria es registrado y archivado (historia clínica, historia de enfermería, informe psicológico, historia social, hasta los terapeutas ocupacionales y auxiliares hacen sus informes). Se celebran jornadas del hospital humanitario, se dice que lo más importante es el enfermo, pero, ¿es esto realmente así?

Es el conflicto permanente entre el sentir humanitario, por un lado, y la eficacia institucional por otro, sin que exista duda respecto a la elección posible. Se abren las puertas para que se sientan libres pero si alguno se escapa, la responsabilidad es del establecimiento, por lo que se opta por la posición más cómoda para éste que es mantenerlas cerradas, independientemente del sentir de los internos. Pocos ignoran en un psiquiátrico que los objetos personales son parte muy importante del yo, pero los enfermos se ven desposeídos de ellos porque facilita enormemente su manejo y elimina otro tipo de problemas, salvo en los casos de los enfermos que puedan cuidar perfectamente de sus escasas posesiones y, por tanto, se responsabilizan de ellas.

Los que conocen el Hospital Psiquiátrico, no ignoran que su función no es precisamente la curación de los enfermos. La experiencia ha demostrado que los psiquiátricos, con frecuencia, han sido la causa de la cronificación de muchos más enfermos de los que han "curado", de ahí

que se defiendan las estancias cortas y la desinstitucionalización. El hospitalismo, la neurosis institucional, no son nada más que algunos ejemplos de los síndromes descritos por los mismos psiquiatras, producto de un internamiento prolongado.

Desde hace pocos años, el Centro cuenta con una unidad de enfermos agudos o crónicos reagudizados donde se intenta que la hospitalización sea breve. Se mantiene al enfermo bajo observación y cuando desaparecen los síntomas que motivaron su ingreso y su conducta está controlada con medicación, se le da el alta para que siga el tratamiento en su casa. Se recomienda un control ambulatorio, a veces psicoterapia y, sobre todo, que mantenga su tiempo ocupado. En los centros privados, a veces el alta se da por motivos económicos ya que las familias no pueden pagar lo que supone un internamiento prolongado y las Diputaciones son muy reacias a hacerse cargo de los gastos, salvo que sean enfermos que sufran de una patología grave y no tengan familia que se haga cargo de ellos.

Hace ya mucho tiempo que el Centro se ha abierto al exterior con motivo de sus fiestas tradicionales. Las más conocidas se celebran a finales de junio y todo el recinto se engalana como si se tratara de las fiestas de un pueblo. Hay tómbola, bailes, atracciones y no falta el folklore andaluz y el conocido ballet de Adelita que se desplazaba desde Sevilla todos los años, además de otras figuras conocidas que ofrecían sus actuaciones desinteresadamente. Se celebran también las fiestas de Navidad, y las fiestas de las respectivas unidades en las que la Unión de Familias y el personal se esfuerzan por competir quien las prepara mejor y que atracciones se llevan que sean más novedosas. Lo único lamentable de todo esto, es que en todas estas comisiones de festejos no hay un solo enfermo, cuando continuamente se está diciendo que el verdadero protagonista es él. Cuando se da todo organizado y planificado pero sin contar con los propios interesados es raro que se consigan los objetivos propuestos. Creemos que se consiguen pero sólo desde nuestro propio punto de vista.

Nuestro trabajo se ha realizado en un centro donde la mayoría de los internos son "expacientes reingresados", es la etapa de

recidiva o del "re-paciente", como dice Goffman, aunque muchos de los ingresados nunca han dejado de ser pacientes. La primera etapa comprende el período previo a su ingreso o etapa del pre-paciente. Cuando el enfermo empieza a sentir que está perdiendo la razón debe experimentar una sensación estremecedora, hasta tal punto que si él no lo expresa libremente es mejor no preguntarle. Oír voces que le insultan o le dan órdenes, perder la orientación en el tiempo y en el espacio, sentirse perseguido, son sensaciones reales para el enfermo que lo vive como si realmente estuviese ocurriendo. Otras veces sabe que es producto de su imaginación y acude al psiquiatra y desea ser internado porque tiene miedo a no ser capaz de controlarse. Este primer contacto con la psiquiatría va a ser muy importante para su futuro. Cuando al enfermo se le recibe de forma ritual, casi ni se le escucha y se le atiborra de medicación que le produce una serie de efectos secundarios que, en ocasiones, son peores que el mal que se quiere atajar, se le obliga a que comience a perder la fe en la psiquiatría a lo largo de un lento proceso que le conduce a la ruptura total.

Para el enfermo que ingresa voluntariamente porque no puede vivir con la idea de que sus alucinaciones y delirios le están haciendo perder la razón, el ingreso puede resultar un alivio sobre todo cuando ve que por efecto de la medicación estos síntomas desaparecen. La estancia, aunque sea breve, será un recuerdo inolvidable, una mala pesadilla, que en el mejor de los casos si no se repite, no olvidará el resto de su vida. Cuando los brotes se repiten y la enfermedad va dejando secuelas, se convierte en un enfermo crónico; uno de los posibles internados en Ciempozuelos. La carrera del prepaciente es realmente un proceso de expropiación; cuando se inicia tiene derechos y relaciones que va a perder cuando ingresa en un Centro Hospitalario. Experimenta además, el abandono, la deslealtad y el resentimiento, aunque reconozca, como también su familia, que necesita un tratamiento. El enfermo que es llevado a la consulta con engaños se siente traicionado y más si el ingreso se produce de forma no voluntaria.

Los antiguos pabellones han sido sustituidos por las nuevas unidades y los números han sustituido a las invocaciones de los santos, aunque esto sólo teóricamente pues en la práctica se sigue utilizando la

denominación anterior. La distribución espacial de los enfermos ya no se hace por conductas (agresivos, tranquilos, sucios, etc) sino por su patología y edad. Es cierto que existen excepciones, pero se deben más a una cuestión de poder manejar mejor a los enfermos que a la cuestión de premios y castigos a la que hacía referencia Goffman, aunque a veces también esto se produzca.

"La disciplina precede ante todo a la distribución de los individuos en el espacio" (Foucault, 1982: 145). A cada individuo se le da su lugar y se evitan las distribuciones por grupos. Los colectivos se descomponen rápidamente. Se fijan unos lugares determinados para responder no sólo a la necesidad de vigilar, de romper las comunicaciones peligrosas, sino también de crear un espacio útil. Observación médica, localización de los medicamentos en armarios cerrados, registro de su utilización, número de enfermos, identidad, unidades de que dependen, se reglamentan sus idas y venidas, se les obliga a permanecer en sus salas, aislamiento de los peligrosos. El espacio terapéutico tiende a individualizar los cuerpos, las enfermedades, los síntomas, las vidas y las muertes; constituye un cuadro real de singularidades yuxtapuestas y cuidadosamente distintas. Nace de la disciplina un espacio médicamente útil (Foucault, 1982). La función principal del poder disciplinario es la de enderezar conductas. La disciplina fabrica individuos. El éxito del poder disciplinario se debe sin duda al uso de instrumentos simples:

- 1) la vigilancia jerárquica.
- 2) la sanción normalizadora y su combinación en un procedimiento que le es específico y
- 3) el examen.

El hospital, como instrumento de acción médica, debe permitir observar bien a los enfermos y así ajustar mejor los cuidados, separación cuidadosa de los enfermos, prevenir el libertinaje y la homosexualidad, imperativo de la moralidad. El castigo disciplinario tiene por función reducir las desviaciones (Foucault, 1982: 175).

En el Centro, a excepción de la Unidad de ingresos, en la que existe un relativo movimiento, el resto de las Unidades albergan enfermos crónicos cuya esperanza de salida es prácticamente nula. Muchos de los nuevos ingresos son enfermos psicogeríátricos para los que se busca una residencia asistida como morada definitiva, ya que su lamentable estado psíquico y a veces también físico hace imposible la convivencia familiar.

La vida y costumbres depende mucho de las unidades o, lo que es prácticamente lo mismo, de la patología de los enfermos. Hay que distinguir primero entre los tres grandes tipos de residentes: los enfermos que sufren de un trastorno mental (enfermos mentales), los que padecen un retraso mental (discapacitados psíquicos) y los enfermos de la tercera edad (en su mayoría con demencias). Son patologías completamente distintas que requieren de una asistencia específica, cada una en la institución adecuada. Las asociaciones de familias de discapacitados psíquicos se han manifestado a menudo en este sentido y han protestado por tener en las mismas instituciones a ambos tipos de pacientes (enfermos mentales y minusválidos psíquicos). En el Centro, esto se ha podido paliar, aunque sólo en parte, debido a que residen en Unidades distintas rodeadas por amplios jardines.

Hay enfermos que están autorizados a pasear por todo el recinto y ello incluye los amplios jardines, acudiendo a los trabajos que tienen asignados, a los talleres de laborterapia o terapia ocupacional, o, si no realizan ninguna actividad al centro social donde tienen un amplio local con cafetería. Según las unidades se llevan a cabo distintos programas. El área de minusválidos psíquicos y hospitalización médica están cerradas con llave, al igual que los enfermos que necesitan vigilancia y a los que se encierra en las salas bajo la supervisión de los auxiliares. Se les encierra para protegerles pues si se escapasen caminarían sin rumbo perdiéndose en algún rincón dentro del enorme recinto. La mayoría de estos enfermos no está capacitado para hacer nada, pero se les ofrece la alternativa de ver la televisión, aunque pocos lo hacen, oír música o para algunos pocos hacer ocasionalmente algún tipo de laborterapia o leer, aunque esta última alternativa prácticamente no la realiza ninguno.

La situación económica de los enfermos ha cambiado durante los últimos años. Hoy casi todos disponen de una pequeña pensión que les permite tener dinero para sus pequeños gastos pero a pesar de ello no se ha logrado que desaparezca la imagen tan conocida del enfermo pidiendo dinero para un café o tabaco a las visitas. Un grupo reducido de enfermos se administran ellos sus pensiones e incluso van al Banco y sacan el dinero que necesitan. Otro grupo de enfermos acuden un día señalado a la Caja situada en el Servicio de Administración del Centro y allí les dan la cantidad estipulada, dependiendo de la cuantía de su pensión, para sus gastos semanales. A los enfermos que tienen cierta dificultad para administrarse o que pueden ser engañados por otros, el coordinador de la unidad les da una pequeña cantidad diaria para que puedan emplearla como quieran (tabaco, café, refrescos, o algún bocadillo es lo que habitualmente suelen comprar). Por último, a los enfermos que por su patología no pueden salir de la unidad y que son incapaces de administrarse se les proporciona tabaco, café o algún refresco a media mañana y a media tarde, que otros enfermos se encargan de ir a comprar, aunque esto depende de la Unidad y de la colaboración del coordinador.

Los enfermos tienen asignados su silla en el comedor, su cama y su armario donde guardan sus pertenencias. Algunos, los que están mejor, tienen su llave lo que les permite tener un territorio propio. No faltan los que van con su bolsa o su cartera a todos los sitios y allí guardan sus más preciados tesoros (recortes de papel, estampas, alguna fotografía familiar, dinero, etc.). Otros enfermos tienen sus "nidos", sólo conocidos por ellos, donde ocultan sus "tesoros".

Algunos, aunque está prohibido, venden y cambian objetos entre sí (relojes, radios, carteras, etc.). En estos trueques los enfermos más "listos" engañan a los más "tontos", aunque cuando esto se descubre se termina la transacción dando a cada cual lo suyo. Algunos se juegan el dinero a las cartas, también prohibido. Hay enfermos más generosos que en cuanto tienen dinero invitan a otros. El "rol ritual del cigarrillo" por el que se iba cediendo de uno a otro, pasando por varias manos hasta que la última, para no quemarse, sujetaba la colilla con un alfiler no se ve en

la actualidad. Sin embargo, todavía algunos enfermos siguen recogiendo por costumbre las colillas del suelo. Si se quitan los cigarrillos entre ellos.

En cada unidad hay uno o más psiquiatras. En las unidades de psicogeriatría y hospitalización médica, además de un psiquiatra, hay también un médico internista, ya que los procesos somáticos generalmente son prioritarios, en estas unidades, a los psíquicos. En los centros de crónicos la función de custodia reemplaza a la función de reparación de la salud perdida.

La relación psiquiatra-enfermo, relación poder/sumisión de que tanto se ha hablado, no es nada más que la misma relación que existe en cualquier interacción profesional-cliente donde el primero ostenta el conocimiento por el cual le consulta el segundo. La diferencia es que en esta relación, al psiquiatra ya no le interesa sólo lo relacionado con la enfermedad, sino la totalidad de la vida del enfermo, toda su biografía, incluso lo más íntimo. El enfermo se encuentra totalmente desposeído y se pregunta si ello tiene alguna finalidad. Actos, pensamientos y sentimientos, además de aspectos físicos y sociales son investigados, en principio, con fines diagnósticos. Desde un enfoque goffmaniano, "gran parte de la terapia consiste en sacar a la luz los pecados de los pacientes y ponérselos delante de los ojos haciéndoles ver el error de sus costumbres". El psiquiatra utilizará, además, toda la información de enfermería, psicología, trabajo social, terapeutas ocupacionales, etc. otorgándose el derecho de ser el único que puede reunirla con fines terapéuticos. Tiene toda la información que le da el poder para regular y ordenar la vida del enfermo dentro de la disciplina del establecimiento.

Hemos observado como a los enfermos mentales se les ha denominado lunáticos, alienados, locos, enajenados, dementes, insanos, pacientes, pensionistas, residentes y más recientemente usuarios, entre otros. Igualmente se han operado cambios en la denominación de los establecimientos: asilo, manicomio, casa de salud, sanatorio para enfermos mentales, sanatorio psiquiátrico, hospital psiquiátrico, residencia, centro. Todas estas denominaciones son producto de un momento histórico determinado. La Orden Hospitalaria intentó mejorar la situación de estas enfermos mediante la fundación de establecimientos

específicos para ellos que, a pesar de sus fallos y de las críticas, que no han faltado, se han destacado por dar la mejor asistencia psiquiátrica en nuestro país. Las familias, debido a su experiencia en este terreno, son conocedoras de ello y solicitan, prioritariamente, de los organismos competentes su ingreso en sus establecimientos.

Si durante los siglos XVIII y XIX a los locos y lunáticos se les encerraba en asilos y manicomios; en el siglo XX, los enfermos mentales reciben tratamiento en hospitales; los pacientes-usuarios ocuparán pisos protegidos o residencias especiales para ellos. Como en el pasado, las disciplinas generales, horarios fijos, trabajos cronometrados, diversiones reglamentadas, pueden sustituir sin demasiado perjuicio el cara a cara terapéutico. "Sometimiento al silencio, imposición al trabajo, prohibición de los juegos que excitan las pasiones y sustentan la pereza y por encima de todo la acción del médico imponiendo la sumisión, el afecto y el respeto por su incesante intervención en todo lo referente a la vida moral de los alienados". Esto que se decía del trato que se daba a los enfermos en los manicomios en realidad poco ha evolucionado. Pensamos que ha cambiado el hábitat, higiene, vestidos y alimentos y la economía de los enfermos que ahora disfrutan de sus pequeñas pensiones. Con los psicofármacos se controlan las conductas agresivas que hacen posible una convivencia más tranquila. Al enfermo, siempre que se someta a la disciplina, se le trata bien y se intenta que su vida sea más agradable. Nuevas profesiones que se han unido a las tradicionales trabajan porque esto sea así. Pero no olvidemos, según los resultados del estudio del Defensor del Pueblo, que todavía existen establecimientos donde poco se ha evolucionado con respecto al pasado.

La ley vigente para el internamiento de los enfermos psíquicos data de 1983 y ha dificultado, más que simplificado, todo este proceso a las familias, profesionales y los propios enfermos. El ingreso no voluntario tiene que ser autorizado por el juez y es una tarea complicada conseguir el auto de internamiento. Debido a ello, acuden a la vía de urgencias haciendo el traslado en una de las pocas ambulancias privadas que se prestan a ello y cuyas tarifas son muy elevadas, lo que agrava la situación ya que no siempre se produce el ingreso y cuando esto ocurre el problema sigue lo mismo pero la familia tiene además una deuda que

antes no tenía. En tiempos pasados, la policía colaboraba humanitariamente con la familia cuando la necesidad del internamiento era patente. Hoy se niega a hacerlo a no ser que se vea obligada para mantener el orden público o exista un auto de internamiento. Lo mismo ocurre con el SAMUR que, aunque en la actualidad cuenta con un nuevo servicio para trasladar a los enfermos psíquicos, sólo lo hace si se dispone de dicho auto. Si el enfermo ingresa por la vía de urgencia (no necesita el auto) el Centro tiene que comunicarlo al juez correspondiente dentro de un plazo de 24 horas.

El Centro cumple con la nueva legislación vigente habiendo comunicado al juez la situación de todos los enfermos ingresados. Ello conlleva que los profesionales tengan que emplear parte de su tiempo en estos menesteres burocráticos. El ingreso no voluntario es siempre negativo para el enfermo que lo percibe. Se siente abandonado, privado de su libertad, de movimientos, desposeído de todo, obligado a cumplir una serie de normas, rodeado de los que considera "locos" y a los que ve diferentes, sujeto a una disciplina y a una autoridad.

El recinto está cercado, como toda finca privada en la actualidad, tanto para evitar la fuga de los enfermos, aunque ocasionalmente estas se producen, como para evitar también la entrada de intrusos. La puerta de entrada está abierta pero controlada por un sistema de circuito cerrado de TV que supervisa un vigilante jurado. Sólo se permite la salida a los enfermos que tienen el correspondiente pase, autorizado por el médico y el supervisor de la unidad, y a los que van acompañados por sus familias o personal de la casa.

Si el alejamiento de la capital pudo suponer en un principio un problema, a pesar de ser lo habitual en los tiempos en que se fundó el primitivo manicomio, hoy está más que superado, y no sólo por la distancia sino por algo mucho más importante como es la aceptación de los enfermos por parte del pueblo y las autoridades de Ciempozuelos; una realidad que también podemos explicar por el hecho de que son varias las generaciones de lugareños que han convivido con ellos y muchas las familias que han dependido económicamente del establecimiento gracias a haber encontrado allí un puesto de trabajo. Una

prueba importante de las buenas relaciones con el Ayuntamiento ha sido la denominación de Avda. de San Juan de Dios (abril, 1995) a la antigua carretera de Chinchón, lugar donde está enclavada la entrada principal.

Por último, sólo señalar la necesidad de este tipo de establecimientos, a pesar de que tanto han sido criticados, pero sin que ninguna de estas críticas haya sido capaz de dar una alternativa capaz de mejorarlos. Hay un tipo determinado de enfermos que siempre necesitarán de la institución; lo que hay que evitar es tener institucionalizado al enfermo que no lo necesita.

La implantación de la desinstitucionalización en los diversos países que se llevó a efecto, a excepción de las diferencias propias de cada idiosincrasia, coinciden en admitir que aunque tuvo algunos aciertos, (la salida de muchos enfermos crónicos y la reducción de los enormes gastos hospitalarios), también tuvo muchos errores. En consecuencia, las políticas actuales deberían tener una visión mucho más amplia del problema antes de acometer los nuevos programas de salud mental, sobre todo en lo que se refiere a los enfermos crónicos de larga estancia que son a los que estamos haciendo referencia. Shadish, Lurigio y Lewis (1989) han recogido los resultados de distintas investigaciones y trabajos realizados en Estados Unidos y señalan los siguientes aspectos de la situación actual de la salud mental de estos enfermos de larga estancia, después de la desinstitucionalización, aspectos que deberían tenerse en cuenta en las nuevas programaciones y que mencionamos aquí porque creemos que no difieren mucho de lo que ocurre en nuestro país. Los resultados de estas investigaciones fueron:

1. Muchos de los problemas anteriores permanecen sin resolver (no se han creado medidas alternativas, no se ha conseguido una mejor calidad de vida para los enfermos, no se les ha integrado en la comunidad, no se ha reducido su dependencia de las instituciones, se ha fracasado en proporcionarles la custodia para los que la necesitan, aunque no se niega que se haya hecho algún progreso).

2. La desinstitucionalización ha creado nuevos problemas, entre los que se citan: tener que admitir a los enfermos en residencias de ancianos,

la presencia de enfermos en la comunidad, enfermos tirados en las calles, problemas planteados a algunas familias, etc.

3. Se ha podido apreciar que los problemas de estos pacientes son mucho más diversos, serios y difíciles de tratar de lo que se creía (graves trastornos psíquicos, no tienen trabajo o si lo tienen es esporádico y mal pagado, dependen de pensiones bajas, son discriminados y estigmatizados y pocos grupos les apoyan). Estamos de acuerdo con estos autores cuando dicen que los enfermos mentales crónicos son uno de los grupos más necesitados y abandonados (ellos hacen referencia a la sociedad americana) y piensan que estos problemas no son fáciles de solucionar.

4. Se ha perdido el optimismo, el idealismo y la ingenuidad que acompañó a la desinstitucionalización. Las políticas sociales dependen de factores políticos y económicos y suelen ser injustas con los más necesitados salvo que estos estén bien representados. Para llevar a cabo estos programas hay que aumentar los impuestos y esta no es una medida muy popular. Tampoco todas las personas admitirían una residencia de enfermos psíquicos próxima a su domicilio. Cuando los ideales chocan con la realidad, los ideales normalmente pierden la batalla.

5. ¿Por qué la desinstitucionalización no ha conseguido sus objetivos?. En Estados Unidos se ha escrito mucho sobre ello desde distintas perspectivas: históricas, políticas, sociológicas, económicas, legales, antropológicas, etc. Todas han dado soluciones para evitar que las nuevas políticas cometan los mismos errores, pero no se han puesto de acuerdo para dar una respuesta común y aunque todos saben que esto no es sencillo, deben tener en cuenta que los problemas de los enfermos mentales crónicos están más allá del ámbito de una única disciplina.

6. Con la experiencia se ha aprendido que cuando se implanta actualmente un programa, no siempre se consigue lo que se pretende sino más bien lo que es posible desde el punto de vista político y económico.

7. Los problemas que existen en el sistema de salud mental se deben investigar desde dentro y no dejar que se impongan las soluciones desde

fuera. Las soluciones deben ser prácticas; por lo que deberán evitarse la creación de servicios como psicoterapia y educación comunitaria que poco pueden ayudar a los enfermos crónicos.

8. Se han llevado a cabo muchos programas pilotos con la esperanza de que podrían resolver los problemas de forma eficaz, económica y práctica, sin tener en cuenta su alcance limitado. Ofrecen muchas alternativas y muchas ideas pero después de 30 años de esfuerzos para desarrollar y aplicar estos programas pilotos la experiencia ha demostrado que sólo se han aplicado a un número escaso de enfermos crónicos, por lo que la política actual debería tener una visión más amplia.

9. Se debe investigar la situación real del sistema de salud mental, ya que en Estados Unidos se sorprendieron cuando descubrieron que la mayor parte de los enfermos mentales crónicos desinstitucionalizados estaban ingresados en residencias asistidas, casas-asilo y de asistencia, cárceles, durmiendo en la calle, etc. Quizá estas investigaciones proporcionen las bases para las nuevas políticas, y hayan sido la causa de que se comience a comprender el problema de estos enfermos.

**PRINCIPIOS IDEOLOGICOS
DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE
SAN JUAN DE DIOS**

1. El enfermo o el acogido es lo más importante de nuestra institución.
2. Los Centros hospitalarios de la Orden de San Juan de Dios se caracterizan por su sentido de competencia profesional, justicia social y solidaridad con todos los hombres, privilegiando a los más necesitados, y siempre sin ánimo de lucro.
3. *Nuestro modelo asistencial compagina perfectamente la ciencia, los avances de la técnica y la humanización, respetando siempre la dignidad del hombre, y buscando una asistencia integral.*
4. Nuestros Centros asistenciales son y se definen como Centro confesionales católicos, donde se observan y defienden los principios evangélicos, las leyes sociales de la Iglesia y las normas referentes a los derechos humanos.
5. En nuestros Centros, trabajamos por hacer una buena asistencia técnica, fundamentalmente humanizada, dando preponderancia a la "*Carta de Derechos y Deberes del Enfermo*".
6. Consideramos elemento esencial en la asistencia la dimensión religiosa como oferta de salvación y curación, respetando otros credos y planteamientos de la vida.
7. En el ejercicio de la asistencia, nos guiamos por los principios de la ética católica.
8. Las relaciones entre los miembros que componen la Institución, están fundamentadas en el Derecho Laboral, no obstante, respetando el criterio de todos, *queremos formar una alianza con cuantos se sienten inspirados por el espíritu de San Juan de Dios.*
9. La Orden Hospitalaria está siempre abierta a la colaboración con organismos tanto de la Iglesia como de la sociedad en el campo de su misión, atendiendo de manera preferencial a los sectores sociales más abandonados.
10. La propiedad de nuestros Centros solamente tiene sentido en la medida que está en función de la misión de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

"Vivir y manifestar
el carisma de la hospitalidad
el estilo de San Juan de Dios".

ABRIR VOLUMEN II

