

EL CUERPO TEÓRICO DE LA PSIQUIATRÍA
DE LA ILUSTRACIÓN

El año 1780 marcó un hito en la historia de la asistencia sanitaria en Francia con la voluntad por parte del gobierno de hacerse cargo de la asistencia hospitalaria. Se visitaron e inspeccionaron cárceles y hospitales y se iniciaron diversas reformas. Este movimiento de reforma dio origen a la redacción por parte de Colombier³¹ y Doublet³² de la *Instruction sur la manière de gouverner les Insensés, et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés*, documento de 44 páginas fechado en 1785, difundido en todos los hospitales del reino, que fue propuesto por el Gobierno para “aprovechar las luces adquiridas” y “protegerse contra los abusos y los prejuicios”. Lo esencial de ello era

³¹ Jean Colombier nació el 2 de diciembre de 1736 en Toul. Hijo del cirujano mayor de esa guarnición. Estudió en los jesuitas de Besançon y fue el cirujano mayor de un regimiento de caballería. Presentó su tesis en Douai en 1765 y después en París en 1767. En 1780 Necker le nombró inspector general de los hospitales civiles y de las prisiones, y en virtud de ello el gobierno, a instancias de Luis XVI, le encargó, junto con Francois Doublet, inspector adjunto, redactar la “*Instruction*” en 1785. En ella Colombier se reservó la primera parte, más breve, que toca todos los problemas materiales y humanos que plantea la organización de la asistencia a los alienados y que definió los principios que presidieron la edificación de los asilos “modelo” que se erigieron en Francia en el siglo XIX. Proclamó que “a los seres más débiles y desdichados es a quienes debe la sociedad la más acusada protección y el máximo de cuidados”.

³² Francois Doublet nació el 30 de julio de 1751 en Chartres. Acabó sus estudios jurídicos en 1772 y se dedicó a la medicina. Presentó su tesis en 1778. Trabajó en el hospital Necker, un hospicio en Vaugirard y se encargó de un servicio de enfermedades venéreas antes de pasar a ser inspector adjunto de los Hospitales Civiles y de las Prisiones del Reino. En 1794 se le confió la cátedra de patología interna en la École de Santé de París pero murió unos meses más tarde. Doublet se encargó de la segunda parte de la “*Instruction*” aunque jamás tuvo ocasión de ocuparse de esta clase de enfermos.

que no bastaba con recluir a los insanos, sino que se les debía dar tratamiento. Para ello, los establecimientos debían dotarse de dos tipos de locales: unos para el tratamiento y otros para la contención. En el primer caso era preciso disponer de salas para las diferentes clases de locos. Aparece la noción de sala de clasificación o departamento, una para los imbéciles, violentos, tranquilos y otra para los que parecen estar en el camino de curación. Esta clasificación se fundaba en la noción de “contagio nervioso” que incluso podía alcanzar a los más sanos. Los cuidadores parecían tener especial riesgo. Cada departamento constaba de un conjunto de habitaciones en un solo piso, alrededor de un patio y con una galería cubierta. En el centro del patio había un edificio para los baños, así como salas para la administración de las purgas y las sangrías que eran elementos imprescindibles del tratamiento. En el conjunto de habitaciones se situaban las salas de día y las celdas individuales para la noche. La utilización de mucha agua e higiene y una dieta alimenticia rigurosamente preparada fueron algunos de los principios fundamentales de la “Psiquiatría Ilustrada”.

En 1791 Daquin³³, en su obra *La Philosophie de la Folie*³⁴ expuso en Francia los principios de lo que se convertiría en el Tratamiento Moral.

En la *Instrucción* y en la *Philosophie* estaban contenidos los principios del asilo terapéutico que sería defendido a comienzos del siglo XIX por los alienistas más importantes, en especial por Pinel y Esquirol.

³³ Joseph Daquin, nació el 14 de enero de 1732 en Chambéry y falleció en 1815. Estudió medicina en Turín graduándose en 1757. Tras pasar por las facultades de Montpellier y París, volvió de nuevo a su ciudad en 1762. En 1768 fue nombrado médico del hospicio de Chambéry y en 1788 médico del hospital de incurables. Tres años más tarde publicó su *Philosophie de la folie, où l'on prouve que cette maladie doit plutôt être traitée par les secours moraux que par les secours physiques, et que ceux qui en sont atteints éprouvent d'une manière non équivoque l'influence de la lune*.

³⁴ Versión española, Daquin, 2000.

EL CUERPO TEÓRICO DE LA PSIQUIATRÍA DE LA ILUSTRACIÓN



El Hospital de la Salpêtrière en la actualidad. Fotografías del autor.

El nacimiento de la psiquiatría moderna suele asociarse a la retirada de las cadenas por Pinel³⁵ y la escena se recoge en el cuadro de Ch.

³⁵ Philippe Pinel (1745-1826) ha sido considerado el fundador de la Psiquiatría en Francia y puede ser el precursor de la reglamentación psiquiátrica, que encontró su expresión definitiva en la ley promulgada en Francia en 1838. Nació en Jonquières, cerca de Castres (Tarn) en una familia de médicos. Estudió medicina en Tolosa, en donde se graduó doctor el 21 de diciembre de 1773 a los 28 años de edad. Después de diferentes vicisitudes en las que ejerció de periodista, llegando a asumir la dirección de la *Gazette de Santé* en 1784, comenzó a tratar enfermos mentales en 1786 en el manicomio de Belhomme, reservado a pacientes adinerados. Se hizo nombrar, gracias a su relación con Thouret, médico del hospicio de Bicêtre, en el que permaneció desde el 11 de septiembre de 1793 hasta el 29 de abril de 1795. Allí observó el trabajo del celador Pussin. Pinel, “convencido de las valiosas ventajas del gobierno interior introducido y estrictamente observado entre los insanos de Bicêtre por el ciudadano Pussin” lo llevó consigo a la Salpêtrière y allí fue su más eficaz colaborador desde el 19 de mayo de 1802 hasta la muerte de Pussin el 7 de abril de 1811, y comprendió la importancia del tratamiento moral en su dimensión institucional. Profesor adjunto de física médica y de higiene en la nueva Escuela de Salud de París en 1794, al año siguiente fue catedrático de patología médica y desde el 13 de mayo de 1795, médico jefe en la Salpêtrière en donde permaneció hasta su muerte. Recibió entre sus primeros poseedores la Legión de Honor creada por Napoleón, que le nombró “Médico consultor del Emperador” en 1805. Fue destituido en 1822 y los años finales de su vida se vieron ensombrecidos por ello y por los problemas planteados por los despilfarros de sus hijos Scipión y Charles. Falleció el 25 de octubre de 1826 a causa de una demencia arteriopática.

Pinel destacó como nosógrafo y clínico. Se inspiró en Cullen (1710-1790) para la realización de su obra *Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliqué à la médecine*, aparecida en 1798. Se apoyó en el método analítico aportado por los naturalistas como Linneo y por anatomistas comparados como Cuvier. En su obra *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, cuya primera edición se centró sobre la manía, reconocía que las causas de la enfermedad mental eran o bien “predisponentes” –en gran parte hereditarias– o bien “ocasionales”, concediendo importancia a los acontecimientos traumáticos. No creyó sin embargo en la organogénesis cerebral directa. Consideró que los trastornos mentales eran consecuencia de afecciones viscerales, provocadas por las emociones y las pasiones.

En la segunda edición de su obra *Traité Médico-philosophique* de 1809 su clasificación de las enfermedades mentales se realizó de acuerdo con el comportamiento, desde las perturbaciones más ligeras a las más graves.

Ejerció una gran influencia en la organización del tratamiento de los alienados. Desarrolló el tratamiento moral y se interesó por la reglamentación psiquiátrica de la institución hospitalaria a la que se denominó “asilo”.

Demostró la importancia de las relaciones en el seno de la familia y el resto de relaciones interpersonales en el desencadenamiento, la persistencia y el agravamiento de la enfermedad mental. Hizo hincapié en la disciplina, la regulación de la vida de los enfermos, su clasificación rigurosa y el aislamiento de los más peligrosos. Insistió en la necesidad de la participación del médico en la administración de los hospitales psiquiátricos. Concedió una importancia relativa a los tratamientos medicamentosos. El médico alienista tenía que ser ante todo un director y organizador. El fue, con la intermediación de su discípulo Esquirol, el verdadero precursor de la formalización de la reglamentación psiquiátrica, que encontró su marco legal definitivo en la ley francesa de 30 de junio de 1838.

Muller con los alienados de Bicêtre o en el de T. Robert-Fleury, en el que aparecen las locas de la Salpêtrière. Ambas pinturas han sido ampliamente difundidas reduciendo a este gesto filantrópico la importancia de la obra de Pinel, cuando su aportación fue la consideración del loco como “insano”, y el descubrimiento del Tratamiento Moral, que se dirigía a tratar el espíritu del enfermo que no había perdido totalmente la razón y que por tanto mantenía una posibilidad de comunicación.

Este nuevo enfoque de la locura, que tuvo repercusión en filósofos como Hegel o escritores como Stendhal, permite por tanto el tratamiento del enfermo mental. El loco ya no se queda aislado en su celda sino que accede a una convivencia con otros, en un espacio de encuentro, el asilo, que ya no es concebido solamente como sitio de encierro y exclusión. Volverá a esa función con el paso del tiempo, cuando el Tratamiento Moral fracasase en el intento de tratar de “razonar” con la “parte sana del yo” del loco. De esa forma se cambiará la persuasión por medio del “razonamiento” por la intimidación y el reforzamiento de la autoridad del médico que ostenta todos los poderes en la institución.

La novedad del Tratamiento Moral, parecía que iba a cambiar significativamente la situación de los alienados porque: “...se les habla con amabilidad, se compadece uno de sus males y se les dan esperanzas consoladoras de que habían de tener una suerte más afortunada”³⁶, pero terminó reforzando firmemente la autoridad de médicos y cuidadores, al indicar que era preciso saber cómo inspirar temor en el alienado, incluso, en caso de necesidad “con un aparato capaz de asustar”. Si bien la “represión” no debía tener el carácter de arrebató o rigor arbitrario y sólo se emplearía con una fuerza proporcional al grado de resistencia sin que el médico en ningún caso renunciase a su poder. Poder que no debía de ser compartido, para lo cual el alienista necesariamente –un

³⁶ Pinel, Ph. “Recherches et Observations sur le traitement moral des aliénés”. Memoria dedicada a la Société Médicale d’Émulation. p. 228. Citado por Postel, J. y Quételet, C. 1993: 147.

personaje temible e inatacable— precisaba según Foderé³⁷, ser dueño de “un físico hermoso. un físico noble y masculino”, y añadía: “es, en general una de las primeras condiciones para tener éxito en nuestra profesión”. Haciendo nuevas precisiones sobre las características de este alienista ideal: “Cabellos castaños o blanqueados por la edad, ojos vivos, aspecto orgulloso, miembros y pecho que muestren fuerza y salud, rasgos salientes, voz fuerte y expresiva: tales son las formas que causan en general un gran efecto sobre esos locos que creen estar por encima de los demás”.

También se permite dar a conocer las características que debe tener el enfermero psiquiátrico: “hay que buscar en el vigilante de los insanos una estatura de cuerpo bien proporcionada, músculos llenos de fuerza y vigor, un continente orgulloso e intrépido ... una voz cuyo tono sea fulminante cuando resulte ser necesario, ...pero su firmeza debe ir acompañada de docilidad absoluta a las órdenes del médico”³⁸.

Con esas cualidades destinadas a la neutralización de la locura, no es de extrañar que la curación se consiguiera “rompiendo la voluntad” del enfermo y “domándolo” un planteamiento alejado de la pedagogía moral inicial de Pinel que trataba de “educar” al enfermo devolviéndole la salud.

El fracaso del método llegó cuando los alienistas trataron de razonar con sus enfermos para que expulsaran de su espíritu sus obsesiones o ideas delirantes. Finalmente se produjo una aceptación de los límites del Tratamiento Moral: la ocupación activa, el trabajo obligatorio, los reglamentos de vida y la policía del establecimiento se convirtieron en lo esencial de esos tratamientos morales. Ya no se dirigían a la parte sana de la razón del alienado.

³⁷ Francois Emmanuel Foderé nació en Saint-Jean-de Maurienne en febrero de 1764 y falleció en febrero de 1835. Estudió medicina en Turín en donde se doctoró en 1787. Médico militar con las tropas francesas en Saboya, fue acuartelado en Marsella. Allí contrajo matrimonio en 1793 y trabajó como agregado en el hospicio de alienados de la ciudad. Escribió varios libros sobre la enfermedad mental, estando especialmente interesado sobre los problemas de la responsabilidad de los alienados.

³⁸ Foderé F. E. *Traité du délire appliqué à la médecine, à la morale et à la législation*. 1817: 230-234. Citado por Postel, J. y Quézel, C. 1993: 148.

La asistencia psiquiátrica

El cambio que supuso la asistencia al enfermo mental por parte de aquellos psiquiatras “ilustrados” puede concretarse en dos puntos:

- a) Consideración del loco como un enfermo que podía ser tratado para devolverle la salud.
- b) Tratamiento “moral”, mediante el aislamiento de su medio habitual, donde se encontraba el origen de sus conflictos, internándole en el asilo, concebido en su diseño y funcionamiento como instrumento terapéutico, con separación de los enfermos en diferentes secciones.

El tratamiento incluía un trato amable y humanitario, empleo del trabajo como medio educativo y rehabilitador, y disciplina, basada en los reglamentos de la institución, en la cual el médico era la máxima autoridad y los enfermeros tenían un papel importante como agentes del orden y delegados del poder del médico.

William Tuke, Vincenzo Chiarugi³⁹ y Philippe Pinel, son reconocidos como los inspiradores de la reforma psiquiátrica a comienzos del siglo XIX, que produjo importantes modificaciones en el tratamiento de estos enfermos. Una de las más importantes era que el médico convivía con los alienados observando sus reacciones, su evolución y dando las directrices de actuación que iban a convertir los manicomios en instrumentos terapéuticos, pasando el facultativo a transformarse, de simple médico, en especialista en trastornos mentales.

³⁹ Vincenzo Chiarugi nació el 20 de febrero de 1759 en Empoli, cerca de Florencia. Falleció en 1820. Terminó sus estudios de medicina en Pisa en 1780 y en 1788 recibió la responsabilidad de la atención a los alienados del hospital de San Bonifacio en Florencia. El reglamento que propuso para el establecimiento contiene los grandes principios del tratamiento moral. En los años 1793-1794 aparecieron los tres tomos de su obra “Tratado de la locura” que fue empleado en Italia durante muchos años. También destacó en el estudio de la dermatología, siendo nombrado profesor de dermatología y patología mental en la Escuela de Medicina de Florencia y posteriormente catedrático de fisiología, patología y materia médica. Su tratado estudia la enfermedad mental por medio de un centenar de casos de los que 59 se hicieron con control autopsico. Se esforzó en relacionar las lesiones anatómicas y los trastornos intelectuales, considerando la locura como la falta de equilibrio en la vitalidad de las diferentes porciones de los centros nerviosos, ligada a una alteración de la estructura física del cerebro. En lo referente al tratamiento, sus principios esenciales fueron: respetar al insano como individuo, evitar el recurso a la fuerza, limitar al máximo las duraciones de la contención y proscribir el uso de cadenas, estimular la actividad de los enfermos y exigir en el asilo la presencia médica permanente.



Hospital San Bonifacio de Florencia en el que Vincenzo Chiarugi comenzó en 1788 a poner en práctica el tratamiento moral. Fotografía del autor.

Desgraciadamente la etiología de los trastornos mentales se desconocía totalmente y por tanto, los medios terapéuticos fueron variando en función de las ideas existentes respecto a la enfermedad mental y sus posibilidades de curación.

Para López Piñero⁴⁰, el Tratamiento Moral encontró su fundamento en el pensamiento antropológico de Cabanis, que era el máximo representante médico de los “ideólogos” influidos por Condillac. Cabanis consideraba que había que incluir la moral entre las ciencias de la naturaleza, ya que las cuestiones morales tenían que ser esclarecidas me-

⁴⁰ López Piñero, J. M^a. y Morales Meseguer, J. M^a, 1966-67: 478.

diante el estudio de los fenómenos físicos. Permitió un sistema explicativo de cómo ciertas impresiones morales tienen consecuencias patológicas en el cuerpo. Estas explicaciones fueron utilizadas por los seguidores del Tratamiento Moral.

Los cuidadores intentaban influir sobre el enfermo y convencerle de que su actitud o sus ideas eran erróneas. A veces era necesario recurrir a la intimidación o al engaño para tratar de sacar al enfermo de su “error”. También era apropiado que adoptase una actitud educativa frente al loco, para anular el desorden con una reestructuración de su personalidad. En estas condiciones, el reglamento del establecimiento es importante dentro del tratamiento, porque establece una normativa que se debe cumplir para volver al enfermo a la normalidad. El médico es el juez que dicta las leyes del establecimiento y las impone a veces con procedimientos coercitivos que sirven para que el enfermo se ajuste a la realidad y pueda convivir con el resto de los ciudadanos.

Esto se conseguía por medio del aislamiento, sujeciones, inmovilización, máquinas rotativas y máscaras. No existían muchos más medios ni conocimientos para emplear otros recursos y aparentemente este tipo de actuaciones se prestaban a los posibles abusos por parte del personal cuidador, que como puede inferirse, en aquella época no debía tener una formación especializada.

El médico se convierte en el personaje esencial del asilo detentando todo el poder para decidir sobre los ingresos, distribución de los enfermos y administración terapéutica. E. Georget⁴¹ indica, repitiendo lo ya indicado por Pinel y Esquirol, que es indispensable una jerarquía de

⁴¹ Etienne Jean Georget, nació el 9 de agosto de 1795 en Vernou-sur Brenne, (Indre y Loira). En 1815 fue nombrado interno de los hospitales de París. Trabajó con Esquirol en la Salpêtrière y en 1819 ganó el premio que este acababa de fundar con una memoria sobre *Les ouvertures de corps des aliénés* y en febrero siguiente presentó su tesis *Dissertation sur les causes de la folie*. Posteriormente publicó su obra más conocida: *De la Folie. Considérations sur cette maladie; son siège et ses symptômes*, aparecida en 1820. Falleció de tuberculosis pulmonar a los 33 años. Su objetivo fue “tratar de fijar la sede” de la locura y “ascender hasta la fuente de los trastornos producidos”. Insistió en la separación del campo de la locura en dos partes: los trastornos puramente sintomáticos que son secundarios a afecciones orgánicas y los que pertenecen a la alienación mental de naturaleza todavía desconocida pero “directa y esencial”.

poderes y que el médico es el único director de su empleo; nada se hace sin sus órdenes y sólo por ellas se actúa⁴².

Otro modelo terapéutico desarrollado en el siglo XIX es el denominado “Non-restraint”. Fue propuesto en 1839 por un médico de origen irlandés, John Conolly⁴³, y se extendió en los países anglosajones y más tarde en Alemania, aunque otros autores atribuyen el inicio de este método a Charlesworth y Hill⁴⁴.

Su objetivo era tranquilizar al enfermo agitado por medio de cuidados especiales si se consideraba la forma en que habían sido tratados hasta entonces: confort, limpieza, vestidos idóneos, atención, bondad y paciencia.

⁴² “El gobierno de los locos debe ser absoluto; todas las cuestiones debe decidir las sin apelación el médico, que podrá, cuando las exigencias o reclamaciones de los enfermos sean demasiado inoportunas, oponerles el reglamento de la casa. Si hubiese varias autoridades rivales, celosas del poder, rara vez se pondrían de acuerdo y fomentarían la desobediencia de un lado o del otro. No debe reprenderse públicamente al personal por sus faltas; los enfermos, para resistir mejor, menospreciarían las órdenes de estos empleados. Georget, E. De la Folie, Privat, 1820. Reedición Tolosa, Privat, 1972.

⁴³ John Conolly nació el 27 de mayo de 1794 en Market, Rasen, Lincolnshire y falleció en 1866. Después de varias vicisitudes que le llevaron a vivir en Francia, estudió medicina en Edimburgo y en 1821 presentó su tesis, “De statu Mentis in insania et melancholia”. Tras varios años de cambios de domicilio y empleo, en los que llegó a ser alcalde de Stratford-on-Avon donde ejerció durante cinco años, en 1827 se estableció en Londres. Allí fue profesor en el University College y publicó su libro “Indications on insanity”. Trató de convencer a las autoridades de Londres para que se incluyeran los estudios de las enfermedades mentales en la enseñanza de la medicina. No tuvo éxito y tres años más tarde trabajó en Warwick de inspector de los asilos del condado. En esa época participó en la fundación de una sociedad de médicos que con el tiempo se convertiría en la *British Medical Association*. En 1838 fue a Birmingham y al año siguiente lo nombraron médico residente del asilo de Middlesex en Hanwell, próximo a Londres, el más grande de los establecimientos británicos de la época. Cuatro meses más tarde de su llegada, que tuvo lugar el 1 de junio de 1839, había logrado imponer la supresión de las camisas de fuerza, de los sillones de contención y de diversas trabas. Reconoció honestamente a sus precursores, en particular el York Retreat. Defendió la idea “de que no haya un solo asilo en el mundo en el que la contención mecánica no pueda ser abolida, no sólo con plena seguridad sino aun con incalculables ventajas”. Sus ideas al respecto se encuentran en sus libros, “Sobre la construcción y el gobierno de los asilos para lunáticos” de 1847 y “El tratamiento de los insanos sin contención mecánica”.

Es considerado el padre del Non-restraint, cuyos antecedentes se encuentran en las reformas de Pinel y Tuke y de manera más clara las aplicadas por Charlesworth y Gardiner-Hill en el asilo de Lincoln.

⁴⁴ Postel y Quètel, 1993: 621.

En vez de utilizar procedimientos de contención mecánica o física, Conolly emplea la *seclusión* en una celda dispuesta para ello, con paredes acolchadas, en la cual el paciente no pudiera lesionarse fácilmente. Se le mantiene recluso hasta que se calma, vigilado por empleados expertos y de gran fortaleza física, ya que en ocasiones era necesario recurrir a la fuerza para controlar a los enfermos.

Este enfoque del tratamiento más humanitario obligaba a tener un personal más numeroso y entrenado para facilitar la asistencia, aunque siempre existían pacientes que no podían ser controlados fácilmente, con lo cual, el “restraint” siguió siendo el método más utilizado en Europa para el tratamiento. Los efectos beneficiosos del otro método, con el cual gran parte de los médicos hicieron alguna experiencia, permitieron tomar conciencia de que se podía avanzar en los procedimientos de tratamiento para estos enfermos⁴⁵.

La nosografía psiquiátrica

Para algunos autores, Pinel habría delimitado el espacio del asilo, mientras que Esquirol, basándose en la observación y en la clínica describió de manera admirable las formas principales de locura.

Pinel no enriqueció las cuatro “especies” que había legado la antigüedad: manía, melancolía, demencia e idiotismo. A la alienación se la comenzó denominando manía y Esquirol identificó en la primera parte de su carrera, la medicina mental con la medicina de la manía. Algo que también hizo Pinel al comienzo, aunque luego rectificase ya que su segunda edición del *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la Manie*, de 1809, perdió el subtítulo: *ou la Manie*.

Las primeras clasificaciones de Esquirol debían estar fuertemente influidas por su formación, en la que el discurso médico estaba orientado por una nosografía botánica, que Esquirol, eminentemente clínico, se encargó de transformar.

⁴⁵ Varios años más tarde, los efectos positivos del aumento de personal en la recuperación de los pacientes han podido constatarse de forma precisa en casi todos los manicomios y en concreto en el Hospital Psiquiátrico de Navarra.

La innovación nosográfica que realizó Esquirol fue la división de la antigua melancolía en lipemanía –depresión– y monomanía –trastorno delirante crónico– separando definitivamente el trastorno del humor, del trastorno del juicio. La lipemanía recobrará más adelante el nombre de melancolía, concediendo a la tristeza que pueda ser patológica por su propia intensidad. Desde 1805, Esquirol se dedicó al estudio de las pasiones como causas, síntomas y medios curativos de la locura, proporcionando la descripción del “*Tedium vitae*” y de la inhibición melancólica a propósito del “*spleen*”, estado pasional que presentaba todas las características de la lipemanía.

Diferencia la lipemanía en: a) continua, que tiene un desarrollo muy lento, además del delirio parcial que la caracteriza se complica con multitud de síntomas; b) remitente, que es la más frecuente; c) intermitente, que no ofrece nada de particular respecto a otras locuras intermitentes.

Las pasiones, en este caso alegres y expansivas también están presentes en la monomanía que diferencia en: a) monomanía intelectual, en la que existe un desorden intelectual limitado en un solo objeto o una serie de ellos, fuera de lo cual “sienten, razonan y obran como todo el mundo. b) monomanía afectiva, en la que “los monomaniacos no desvarían, pero sus afecciones, su carácter están pervertidos” y c) la monomanía sin delirio o monomanía instintiva, en la que, “A veces la voluntad está herida; el enfermo, fuera de los caminos ordinarios, se ve arrastrado a realizar actos que la razón o el sentimiento no aconsejan, que la conciencia reprueba, que la voluntad no tiene fuerza para reprimir; las acciones son involuntarias, instintivas, irresistibles”.

Distinguió además la monomanía erótica, razonable, de embriaguez, y homicida⁴⁶.

La nosografía de Esquirol, aunque llena de lagunas, sirvió para que se comenzara a ver enfermos donde antes solo reinaba la sinrazón, fundando la psiquiatría al vivir en contacto con los alienados, exigiendo el compromiso personal del médico con sus enfermos a los que mostró tal como se presentaban ante él.

⁴⁶ Esquirol, 1991: 295-296, 315, 316, 326, 340, 347, 353.

La escuela francesa de psiquiatría pasó a lo largo del siglo XIX, en el periodo que va de Pinel a Charcot, del periodo denominado “nosográfico” al método “anatomoclínico”. La lesión, subordinada hasta este momento al síntoma, pasó a convertirse en el centro del saber patológico y del quehacer clínico⁴⁷.

El predominio de la psiquiatría francesa va a ir dando paso a la escuela germánica a finales de siglo. Las ideas románticas fueron perdiendo preponderancia y la psiquiatría de asilo fue dejando paso a la psiquiatría universitaria. W. Griesinger⁴⁸ fue el introductor de la psiquiatría clínica orgánica en la universidad. K. L. Kahlbaum⁴⁹ en su *Clasificación de las enfermedades psíquicas*⁵⁰ comienza a alejarse de los criterios anatomopatológicos para acercarse a puntos de vista etiopatogénicos en un trabajo fundamentalmente descriptivo y clasificatorio que anticipó la obra de Kraepelin.

⁴⁷ Gracia Guillén, D. 1971. 10: 310.

⁴⁸ Wilhelm Griesinger nació en Stuttgart el 29 de julio de 1817. Estudió medicina en Tubinga y Zurich, leyendo su tesis sobre la difteria en 1838. Tuvo una actividad itinerante que le llevó a Winnenthal, Tubinga, Kiel y El Cairo en 1850, en donde fue director del Consejo de Sanidad y médico personal del jeque Abbas-Pachá. Volvió a Alemania en 1852, en 1854 obtuvo la cátedra de clínica médica de Tubinga y se dedicó al hospital de idiotas de Mariaberg. En 1860 aceptó la cátedra de clínica médica de Zurich y la dirección de la clínica psiquiátrica universitaria de Burghölzli, de la que fue el primer titular. Posteriormente prosiguió con la enseñanza en la cátedra de clínica médica en la Universidad de Berlín. Murió el 26 de octubre de 1868. Pese a ser considerado un “organicista” admitió el papel de los conflictos internos y de la represión de las ideas y de los sentimientos. Defendió la idea de la analogía entre la ensoñación y los trastornos mentales, que permiten la reaparición de sentimientos reprimidos. Su principal obra “Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten” publicada en 1845 fue traducida a varios idiomas y conoció varias ediciones.

⁴⁹ Karl Ludwig Kahlbaum nació en Dresde el 28 de diciembre de 1828 y falleció el 15 de abril de 1899. Estudió en Königsberg, Würzburg y Leipzig. Fue Ayudante en un asilo de Prusia Oriental, Privat-Dozent en la Universidad de Königsberg y luego formó parte del personal del Sanatorio Psiquiátrico de Görlitz (Silesia) del que llegó a ser director. Describió una enfermedad mental que terminaba rápidamente en demencia y que aparecía en la pubertad, a la que denominó hebefrenia. Su discípulo Edward Hecker precisó el cuadro clínico, explicando que se manifestaba por una sucesión de accesos de manía y melancolía que avanzaban rápidamente hacia la demencia. Kahlbaum aisló en 1884 una forma benigna pseudopsicopática, la heboi-dofrenia. Su nombre está ligado también a la catatonía a la que dedicó en 1874 una interesante monografía.

⁵⁰ Versión española, Kahlbaum, L. 1995.

La psiquiatría alemana introduce la idea de curso o proceso y Kraepelin⁵¹ elabora una ordenación nosológica completamente nueva a la que se ha denominado psiquiatría con mentalidad clínico-nosológica. Diferencia entre cuadros exógenos y endógenos. La sintomatología y el curso le obligan a diferenciar entre la psicosis maníaco-depresiva y la demencia praecox. Kraepelin considera que cada enfermedad tiene su causa propia, patogenia determinada, anatomía patológica fija, sintomatología y curso precisos y otras peculiaridades. Las diferentes profundizaciones y rectificaciones dieron origen a las diferentes escuelas psiquiátricas alemanas: clínico-nosológica, anatomoclínica, fisiopatológica, etiopatológica, constitucionalista, psicoanalítica y fenomenológica⁵².

Desde la segunda edición de su Tratado de psiquiatría en 1887⁵³, el criterio de la evolución, o pronóstico, se tornó preponderante en la distinción entre enfermedades “curables”: melancolía, manía, delirio y estados agudos de agotamiento; y enfermedades “incurables”: locura periódica o circular y delirio crónico. En la cuarta edición apareció el

⁵¹ Emil Kraepelin nació el 15 de febrero de 1856 en Neustrlitz (Mecklemburgo). Comenzó sus estudios de medicina en Würzburg. Presentó su tesis en Munich en 1878, sobre: “Lugar de la psicología en la psiquiatría”, ante un tribunal presidido, por Von Gudden del que fue ayudante durante cuatro años, antes de regresar a Leipzig y al servicio de Flechsig. Nombrado profesor de Psiquiatría de la Universidad de Dorpat (Estonia), dejó este puesto en 1890 y llegó a Heidelberg, donde contó entre sus colaboradores a Gustav Aschaffenburg y al histopatólogo Alois Alzheimer que lo seguiría a Munich ciudad en la que Kraepelin se encargó en 1903 de la cátedra de Psiquiatría y asumió la dirección de la nueva clínica universitaria, la Königliche Psychiatische Klinik, que debido a su impulso adquirió fama internacional.

Kraepelin se formó en la escuela organicista y neuropatológica alemana del siglo XIX, cuyo espíritu formalista correspondía a su carácter lógico y riguroso. Su obra esencial está contenida en las ocho ediciones de su Tratado de Psiquiatría que fueron apareciendo entre 1883 y 1915, en las que separándose de los criterios sintomáticos de sus predecesores, propuso clasificaciones sucesivas de las enfermedades mentales, completadas y revisadas permanentemente, fundadas en las nociones de evolución y estado terminal. A él se debe el concepto de demencia precoz, al agrupar tres tipos clínicos principales: la catatonía descrita por Kahlbaum, la hebefrenia, cuya descripción se debe a Hecker y una forma delirante a la que calificó de paranoide. Esta entidad nueva preparó el camino al concepto de esquizofrenia de Bleuler. También dio entidad propia a la psicosis maníaco-depresiva.

En ningún momento se preocupó por las hipótesis psicopatológicas y se contentó con consideraciones descriptivas y clasificatorias. Su sistema de referencia nosográfico fue rápidamente adoptado por las escuelas de psiquiatría occidentales y utilizado ampliamente.

⁵² Gracia Guillén, D. 1971. 10: 313.

grupo de los “procesos degenerativos psíquicos”. En la quinta edición habló de procesos demenciales, en la sexta edición, en 1899, se habló simplemente de demencia precoz. En la octava edición aparecida entre 1909 y 1915, apareció el grupo de las afecciones endógenas. El tomo cuarto de esta edición fue dedicado a las afecciones degenerativas congénitas y adquiridas.

La terapéutica anterior al siglo XIX

Pese a que durante el siglo XIX se comentaba que no existían apenas terapéuticas eficaces para estos enfermos, al final del siglo XVIII se encuentran muchas acciones médicas destinadas a combatir la locura.

Podemos agrupar en tres clases las terapias de ese periodo, que se seguirán utilizando durante gran parte del siglo XIX.

Los tratamientos de inspiración mágico-religiosa

Grandes clínicos como Jean Fernel, Ambroise Paré y Thomas Willis, incorporaron a sus terapéuticas numerosas creencias en las fuerzas mágicas y en los efectos beneficiosos de los talismanes, aunque a de Willis se le atribuye ser el iniciador del estudio de la patología mental de forma racional, separándola de los cuadros de origen “sobrenatural satánico”⁵⁴.

La influencia de lo religioso movilizó a los insanos hacia diferentes lugares a la búsqueda de los santos curadores de la locura. La lista es muy amplia: Meulenbeeck en Bélgica, Echternach en Luxemburgo, Saint Menoux en el Borbonado, Locminé en Bretaña, Saint Dizier en la Champaña, o San Florentino de Bonnet en el Meuse, aunque las más famosas fueron las peregrinaciones basadas en el culto a Sante Dimpna o Difnea en la villa de Gheel en Bélgica, que dieron origen, al quedarse los peregrinos en la zona, a las primeras “colonias familiares” para el tratamiento de los alienados.

⁵³ Traducción española de Santos Rubiano, ver Kraepelin, 1905.

⁵⁴ Conry, Y. 1982: 313.

Las terapias específicas

Franz Antón Mesmer⁵⁵ puso en boga el “magnetismo animal” y puede ser considerado un precursor de la psiquiatría dinámica de finales del siglo XVIII. Otra teoría, la del útero como órgano móvil dentro del cuerpo, dio lugar a buen número de remedios relacionados con la aromaterapia, actualmente en boga dentro las terapias alternativas. Remedios más arriesgados también se pusieron en práctica, así se atribuye al médico J. Denis, en 1667, la transfusión de sangre de res a un enfermo agitado, para calmar los ardores y borbotones de su sangre.

Con posterioridad a la observación de la curación de un paciente melancólico después de un viaje en silla de posta, se atribuyó la mejoría a las vibraciones del vehículo y se reprodujeron las condiciones de traqueteo mediante un sillón mecánico que se denominó “zarandeador”.

Otras “terapéuticas” incluían ingestión de excrementos humanos o de pavo real, raspaduras de vértebra de hombre que “haya muerto de muerte violenta” o “sangre proveniente del primer flujo menstrual” para el tratamiento de la epilepsia, o sal volátil de cuerno de ciervo calcinado, o su pene reducido a polvo, o la aplicación de las mitades de un pichón vivo partido en dos.

Las medicaciones racionales

Los calmantes

Se empleaba en primer lugar el opio, para suspender los accesos de furor, solo o asociado a otras drogas como la datadura, el beleño, la belladona y el alcanfor. También se utilizaban otras sustancias como la asafétida, el almizcle, el castóreo, el cobre amoniacal y el óxido de zinc o “flores de zinc” utilizado como antiespasmódico.

⁵⁵ Mesmer, hijo de un guardabosque del príncipe obispo de Constanza, nació en Iznang (Suabia) en mayo de 1734. Estudió, debido al apoyo del cura de su aldea, en un colegio de los jesuitas y más tarde medicina en Viena. Pese a sus muchos detractores y a los rasgos de personalidad oscilantes entre la postración depresiva y la euforia megalománfaca, se reconoce que sus teorías desempeñaron un papel importante en el desarrollo de la psicología dinámica.

Los evacuadores, purgantes y eméticos

El tártaro emético fue utilizado para lo que puede considerarse un tratamiento aversivo, ya que más que el vómito lo que se buscaba era el asco que producía al paciente y que debía servir para desviarle de sus pensamientos patológicos. También era utilizada la rueda giratoria como vomitivo y diversos purgantes como la tintura de jalapa o los calomelanos. Todo ello puede encuadrarse dentro de las medidas utilizadas por el Tratamiento Moral y su práctica seguramente se prestaba a un uso arbitrario. Con posterioridad a los descubrimientos de William Harvey sobre la circulación sanguínea, las sangrías y sanguijuelas se usarán entre los siglos XVII al XIX. Con el mismo enfoque se sitúa la “dieta severa” preconizada en el hospital de Nápoles, en 1760, destinada a consumir los humores nocivos y reducir los espíritus animales a una cantidad pequeña.

Los irritantes

En la epilepsia se empleó el “cauterio actual”, es decir, el hierro al rojo vivo que se aplicaba en el hueso temporal, el occipucio o en la columna vertebral, con la intención de resolver el problema de las crisis convulsivas de los pacientes. Las cataplasmas se aplicaban en la cabeza y nuca con la intención de derivar la sangre acumulada en el cerebro, a la que se suponía causante de la enajenación. Moxas y sedales, ventosas y vesicantes, fricciones e incluso cera de sellar hirviente, también eran aplicados lo mas cerca del cerebro salvo en las mujeres histéricas, a las que les podía ser aplicado en el bajo vientre o cara interna de los muslos.

Los tónicos

Empleados en la melancolía, idiocia o demencia. Asociados a un régimen restaurador integrado por arroz, sémola y huevos frescos, cordiales y vinos amargos preparados con quina, ajeno y genciana. Otros terapeutas recurrieron al mercurio o los polvos de cantárida. Más tarde se usarían los arseniales, estricnina y fósforo, y hasta el yoduro potásico.

La hidroterapia

Alcanzó su máximo apogeo en el siglo siguiente. En el XVIII se utilizaba en la histeria, mediante el uso de desleidores, para devolver la elasticidad a las fibras nerviosas asociado a tisanas, lavativas y baños prolongados.

La terapéutica a partir del siglo XIX

Ya se ha mencionado las dos líneas asistenciales más significativas de esta época, en cuanto al tratamiento de los enfermos: Tratamiento Moral y Non-restraint, pero además de esto, hubo otras ideas que se fueron imponiendo e influyeron de forma relevante en la organización de los establecimientos psiquiátricos durante todo el siglo e inspiraron la orientación de las nuevas construcciones y la actividad en los centros. Se desarrollaron diferentes estrategias para intentar conseguir mejorías en los pacientes. Podemos dividir las en: principios generales y terapias concretas.

Los principios generales

El aislamiento

Este era uno de los objetivos primordiales en los centros psiquiátricos, aislar al enfermo de su medio habitual, apartándole de las situaciones que podían haber influido en su enfermedad y actuar precozmente, con los medios terapéuticos a su alcance, para intentar devolverle la razón. Estos medios eran muy variados según se tratase de actuar sobre el cuerpo o sobre el espíritu.

La terapia ocupacional

La actividad física se había propuesto en los hospitales psiquiátricos españoles como un procedimiento válido para la recuperación de los enfermos –siempre bajo supervisión médica– desde mucho tiempo antes del siglo XIX, pero fue a partir de esta época cuando comenzó a darse la máxima importancia a la terapia mediante el trabajo, que con sucesivas modificaciones, se ha mantenido como un importante recurso terapéutico hasta nuestros días.

Inicialmente se consideraba conveniente que la actividad supusiera un gran desgaste físico, ya que esto contribuiría a facilitar el descanso nocturno del paciente y le ayudaría a relajar su tensión nerviosa, algo que como se ha podido demostrar años más tarde, es una de las ventajas del ejercicio físico aeróbico⁵⁶. El paseo era recomendado con frecuencia⁵⁷.

⁵⁶ Aztarain, J. y De Luis, M^a. R. 1994.

⁵⁷ Rodríguez Pérez, 1980: 103.

Al comienzo, se consideraba que lo más importante era que el trabajo fuera como una carga, que el paciente debía hacer a disgusto, lo cual llevó a indicar tareas absurdas que servían para aumentar el sentimiento de dominación en los enfermos, acorde con la teoría del Tratamiento Moral.

Los trabajos fueron muy diferentes, abundando las tareas manuales para los hombres, teniendo la máxima aceptación las labores agrícolas que se organizaron llegando a constituirse colonias agrícolas. Estos establecimientos fueron de muy diferentes tipos, pero en general se redujeron a dos:

- a) Las que contaban con una gran extensión de terreno cultivable en el que trabajaban un elevado número de enfermos como sucedía en Zaragoza⁵⁸.
- b) Las que tenían a los enfermos en familias o unidades más pequeñas de las cuales la más conocida era la de Gheel⁵⁹, en Bélgica, de la cual se emitieron grandes alabanzas durante muchos años.

En el caso de las mujeres, la principal actividad se desarrollaba en los lavaderos, salas de planchado, limpieza y cocina. En casos excepcionales se hicieron otras actividades como la música, el teatro y la pintura, que años más tarde alcanzarían un desarrollo considerable.

La dieta alimenticia

Se consideraba importante y como veremos en la mayoría de los reglamentos de las instituciones se reflejaba con detalle el régimen alimenticio. Esto parece haber quedado en el inconsciente colectivo, ya que una de las peculiaridades de la vida en los manicomios, ha sido la

⁵⁸ Baquero habla de la decadencia del Hospital Nuestra Señora de Gracia, indicando que de más de seiscientas fincas inscritas a nombre del hospital, solo quedaron tres: la Torre del Gállego, la del Abejar y el Campo del Burgo que era donde trabajaban de forma terapéutica los dementes, aunque lo que hacían en ellas no queda muy claro: "Ahora bien, ¿que hacían en esas fincas?. No lo dicen las historias clínicas, ni hemos encontrado nada al respecto. Solamente que salían del departamento para pasar una temporada, que duraba dos, tres o más meses y que muchos dementes venían con fiebres, que en nuestra opinión serían palúdicas, por leptopirosis, o tal vez fiebres recurrentes, dada la presencia de ganado, como era habitual en estas fincas". Rodríguez Pérez, E. 1980: 101-103.

⁵⁹ Para conocer la experiencia de Gheel, véase Earle, P. 1851, (1994). Huertas, R. 1988.

sobrecarga ponderal de la mayoría de los pacientes, probablemente debido a la inactividad y al exceso calórico de la ingesta diaria.

La separación de los enfermos

Se hacía de acuerdo con su “grado de enfermedad”, primero en curables o incurables, en función de que se produjera una asistencia precoz, para no dejar que la enfermedad avanzase hasta convertir al paciente en incurable. A partir de Griesinger, la clasificación se hacía en agudos y crónicos, que no necesariamente significaba incurables. Los primeros son tratados en clínicas que están cerca de las principales ciudades, que no deben diferenciarse del resto de los establecimientos sanitarios y que sirven para la enseñanza de la psiquiatría hasta que esta llega a implantarse en la Universidad.

La hidroterapia

Desde los inicios del siglo XVIII se comenzó a utilizar con mayor frecuencia el tratamiento por medio del agua. Las formas de administración eran muy variadas e iban desde las duchas y los baños con agua a diferentes temperaturas, presión y tiempo de administración, hasta infusiones o enemas “para diluir en el interior los humores atascados”⁶⁰.

El agua se empleaba dentro del Tratamiento Moral como una forma de intimidación para doblegar al enfermo. En el siglo XIX cambió el sentido de su uso, que además de disciplinario se amplió a la higiene y la terapéutica. Se utilizaba con éxito en la manía, tanto en los grados subagudos como en algunos delirantes, manteniendo al enfermo durante varios días en un baño caliente procurando que no tuviera problemas circulatorios mediante un chorro de agua fría en la cabeza. En ocasiones: “se añadían al agua del baño sustancias narcóticas como simientes de estramonio, hojas de cicuta o de beleño, etc. con el fin de acelerar sus propiedades sedativas”⁶¹.

El baño de inmersión, que procuraba un intenso shock, las duchas con agua fría o caliente con chorro a presión sobre la cabeza o bien la

⁶⁰ Foucault, M. El agua y la Locura Med. e Hig. 85: 7. 1964.

⁶¹ Espinosa, 1966b: 24.

afusión que consistía en dejar caer una gran masa de agua sobre la cabeza y espalda del enfermo y más comúnmente la ducha fría, como parte del tratamiento moral, se utilizaron con profusión hasta los comienzos del siglo XX.

Estos remedios no eran empleados sin embargo en el Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el que según Rodríguez Pérez: "...se empleaban con profusión los baños generales templados, a veces gelatinosos" y "... con gran frecuencia los pedilubios y capilubios, los primeros a veces sinapizados"⁶².

Las terapias concretas

Se hicieron experimentos con multitud de productos⁶³ que en la mayoría de los casos eran ineficaces e incluso peligrosos, por lo que terminaron por abandonarse. Entre los más utilizados estaban como ya se ha indicado⁶⁴: los calmantes, los estimulantes los tónicos, los vomitivos y los purgantes, los irritantes y las sangrías, de las que Rodríguez Pérez refiere que en el Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza se efectuaban en su mayor parte por medio de la sanguijuela, colocándola en las orejas, márgenes del ano y en las mujeres a veces en la vulva, "... con el fin de producir o ayudar a la aparición de los menstruos, cuyo detenimiento era considerado como el origen de la demencia"⁶⁵.

No hemos mencionado los tratamientos psíquicos, o la terapia por la palabra. López Piñero y Morales Meseguer⁶⁶ consideran que la Ilustración no dispuso en absoluto de tales técnicas, aunque valoran esta etapa como de transición entre los tratamientos psíquicos clásicos y la

⁶² Rodríguez Pérez, 1980: 103.

⁶³ Rodríguez Pérez, indica que en Zaragoza se hacía amplio uso del vinagrillo y del vinagrillo alcanforado, del oxicato en forma de fomentos, del yoduro, de la solución de Fuller, que el cree se refería a Fowler, al que considera una fórmula magistral de opio, aunque también es posible que fuera un licor arsenical. También se utilizaron los preparados ferruginosos, el aceite de hígado de bacalao y finalmente en 1.878 los bromuros para el tratamiento de la epilepsia. Rodríguez Pérez, 1980: 103.

⁶⁴ Véase anteriormente "Las medicaciones racionales".

⁶⁵ Rodríguez Pérez, 1980: 103.

⁶⁶ López Piñero, J. M^a. y Morales Meseguer, J. M^a, 1966-67: 476.

JAVIER AZTARAIN DÍEZ

aparición de la psicoterapia moderna⁶⁷ y estiman que las formas en que se mantuvieron estos tuvieron tres vertientes: 1) El Tratamiento Moral. 2) El Psychische Curmethode de J.C. Reil. 3) La Dietética anímica, cuyo máximo representante fue E.V Feuchtersleben.

⁶⁷ Para conocer los orígenes de la psicoterapia contemporánea conviene consultar su excelente trabajo "Neurosis y Psicoterapia. Un estudio histórico". López Piñero, J. M^a y Morales Meseguer, J. M^a. 1970: 129-258.