

TREBALL DE RECERCA

De boig a malalt mental

HOSPITAL PSIQUIÀTRIC DE SALT



CURS 2017 - 2018

AUTOR: AQUILES

ÍNDEX

MOTIVACIÓ	2
PRÒLEG	4
INTRODUCCIÓ I METODOLOGÍA.....	6
EVOLUCIÓ DE LA VISIÓ I TRACTAMENT DE LA BOGERIA I DEL BOIG.....	13
1. Les concepcions animistes primitives	15
2. La bogeria en les cultures Grega i Romana	19
3. La bogeria a l'Edat Mitjana	23
4. L'Edat Moderna: El Renaixement	28
5. Cap a la Il·lustració	32
6. Del segle XVIII al segle XIX: El camí cap al segle XX	34
7. Una època de canvis a Europa: A cavall entre els segles XIX i XX	39
8. El desenvolupament de la psiquiatria durant el segle XX	47
EL PSIQUIÀTRIC DE SALT	55
1. Els orígens	58
2. La compra del Mas Cardell. El període de la Diputació	67
3. L'esperit reformista de la Mancomunitat de Catalunya	77
4. La Dictadura del General Primo de Rivera	91
5. El Psiquiàtric d'abans de la Guerra Civil	104
6. El Manicomi en temps de Guerra.....	119
7. El Manicomi de la postguerra.....	130
LA REFORMA PSIQUIÀTRICA A SALT	146
El Dr. Pigem: les bases de la reforma al Manicomi de Salt	147
La Coordinadora Psiquiàtrica	156
Els anys de la transició	179
ENTREVISTA AL DR. CLAUDI CAMPS	186
CONCLUSIONS	196
EPÍLEG	214
AGRAÏMENTS	216
BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA	217

Vull ser psiquiatre.

Des de ben petit m'han atret les rareses i singularitats de les persones i aquells comportaments que s'aparten de la norma convencional, sobretot si són tan exagerats com inexplicables. Sóc d'aquelles persones que prefereixen observar i escoltar sense cridar l'atenció, que ser el protagonista de la festa. Sempre em recordo així, observant el que passava al meu voltant i buscant els motius de certes reaccions en les persones que, de vegades, no comprenia.

Recordo una vegada que vaig anar a l'Hospital de Santa Caterina a acompanyar la meva mare que estava embarassada. Li havien fet una prova mèdica que l'obligava a no bellugar-se gaire. Estàvem asseguts en un banc del parc hospitalari mentre esperàvem que el meu pare ens vingués a recollir amb el cotxe. Aleshores es va acostar una dona, ens va mirar. Jo vaig veure que la meva mare despistava la mirada i no li'n feia cas. Però aquella dona es va acostar molt, cosa que em va cridar l'atenció. La meva mare em va mirar i va somriure. Era ben estrany, però la mare no en feia ni cas, semblava no adonar-se del fet que aquella dona estava a només uns pams de nosaltres, cosa que jo trobava ben estranya i m'incomodava. De sobte aquella dona va dir amb la veu molt forta: -em dones un euro? Dóna'm un euro que no en tinc cap! Tens un euro per mi? Jo em vaig sorprendre. Hi havia quelcom en els seus ulls, en la manera com deia les coses i en els gestos que feia que em va fer sentir por. La mare li va dir que no en tenia cap i tot seguit, mentre m'abraçava i em feia un petó, em va dir a cau d'orella: - no t'espantis, no ens farà res. Jo no les tenia totes però confiava amb la mare i, la veritat era que la veia molt tranquil·la. La dona va marxar sense dir res. Jo no la perdia de vista, per si de cas. Que estrany tot plegat! Llavors vaig veure com s'acostava a una parella d'avis que hi havia un xic més enllà i, tal com havia fet amb nosaltres se'ls hi va acostar a un pam de la cara i els va preguntar amb veu forta, si fa no fa, el mateix que a nosaltres. Jo no sabia què pensar, potser com la mare no li havia donat res.... Però el més estrany de tot var ser que mentre aquella parella rebuscava dins el moneder (suposo que algun euro per donar-li), la dona se'n va anar. Ni tan sols s'havia esperat! Va seguir avall, amb aire desmanegat i

demanant l'euro a uns i altres. La mare em va mirar i em va dir: -ella també ha vingut per anar al metge, com nosaltres.

-Però, què li passa? –vaig preguntar jo. La mare em va explicar que estava malalta; que la seva malaltia, però, era diferent de quan jo tenia febre, o mocs o mal de panxa. La seva malaltia li feia veure i entendre les coses que passaven al seu voltant de manera diferent a com les veiem els altres, cosa que sobtava a petits i també a grans. També em va explicar que a l'edifici del davant d'on estàvem asseguts hi havia metges que tractaven i curaven a les persones que patien aquest tipus de malaltia, per la qual cosa no hi havia motiu per tenir por.

Jo, que per aquella època ja considerava que el meu pediatre estava quasi a l'altura d'un superheroï, ja que sempre sabia d'algun xarop per curar els meus mals, vaig al·lucinar, només de pensar que hi havia metges capaços de curar malalties tan enigmàtiques i difícils d'entendre com la que acabava de descobrir.

De la mà del cinema, la meva gran passió, he descobert un munt de personatges inadaptats, controvertits, turmentats... I aquells que per les maneres grotesques i el perfil extravagant que mostren traspassen sovint el lílindar de la coherència i avalen la complexitat de la ment humana. Malgrat ser una experiència apassionant i, de la que no dubto, he après alguna cosa, la curiositat que em desperten certs comportaments i certes respostes de les persones, sobretot quan les considero tant exagerades com inexplicables, es manté talment intacta a la que sentia quan era petit.

Podria existir una motivació més sincera que aquesta per endinsar-me en el món de la malaltia mental?

... I investigar aquell lloc que hi ha a Salt, on els metges són capaços de curar malalties tan enigmàtiques i difícils d'entendre com les que potser un dia seré capaç de descobrir.

...Als orats, imbècils, infeliços, idiotes, trastornats, dements, alienats, nimfòmanes, subnormals, maniàtics, inútils, cretins, estúpids, necis, posseïts...

A tots aquells innocents que víctimes de la ignorància, el desconeixement i la insensibilitat, van ser condemnats a viure en la penúria, la incomprensió i l'abandó dels seus iguals... A tots aquells que per ser diferents de la majoria i viure de manera poc adequada a la moral establerta i dominant, van ser repudiats pels seus consemblants i reclosos, contra tota opció de llibertat... A tots aquells que per mostrar un comportament incomprensible i extravagant, de vegades conseqüència de malalties tant originals com desconegudes, van ser privats del privilegi de viure com éssers humans i relegats a l'oblit... A tots aquells desventurats que per apartar-se dels patrons establerts, van ser injustament reprovats, denigrats per la majoria i, sovint, confinats al recinte de l'absurd, del càstig i del menyspreu, d'on potser no en sortirien mai més: els "bojos".

Quan vaig començar la recerca, ja tenia molt clar que el que escriuria en les properes pàgines no seria un text de contingut agradable. Quan escoltem la paraula "boig" o la paraula "manicomi" de vegades ens venen al cap escenes d'alguna pel·lícula que recreen les condicions de vida dins els manicomis d'altres temps. Així pel·lícules com "Stonehearts Asylum" (Brad Anderson, 2014), *Sucker Punch* (Zack Snyder, 2011) o *Shutter Island* (Martin Scorsese, 2010) ens traslladen a l'interior d'aquelles institucions històricament destinades a vetllar pels qui patien algun trastorn mental; de la mateixa manera, en més d'una ocasió la filmografia ens ha alertat de què passava realment dins aquests centres: com es tractava als malalts, qui ingressava en aquests llocs, quins eren els motius de reclusió dels interns, etc. Per això, ja m'imaginava que endinsar-me en la realitat de la vida manicomial i furgar en els expedients d'un centre tan emblemàtic com el Manicomi de Salt no seria, precisament, una lectura banal. Malgrat tot, la duresa que

amagava una història tan real i propera com la que jo estava a punt de descobrir, no em va allunyar en cap moment del què jo havia decidit. Per fi tenia l'oportunitat de posar el meu humil granet de sorra a la història dels mal nomenats "bojos" i potser provar, o potser no, tot allò que la literatura i el cinema m'havien explicat.

Malgrat tot, no vaig dubtar mai que dins aquest univers fosc i ple de tabús, veritats a mitges, tractaments incomprensibles i altres pràctiques pròpies dels manicomis d'abans, també hi trobaria a totes aquelles persones que van consagrar la seva vida a tenir cura d'aquells a qui la societat va titllar de "bojos" i va tancar en un manicomi; que es van dedicar de ple a ajudar-los, curar-los i a lluitar pels seus drets. Així metges, científics, religiosos, treballadors dels manicomis en general...

La veritat que vull transmetre, però, és crua i insensible, igual que el contingut, les descripcions i els qualificatius que es desprenen dels manuscrits originals. De manera que m'ha sigut del tot impossible substituir totes aquelles paraules malsonants i que avui persisteixen en forma de qualificatius insultants, per paraules boniques o d'àmbit tècnic adequades per atenuar la duresa del contingut. En cas de fer-ho, privaria a les persones que decideixin endinsar-se en aquestes pàgines de sentir tantes emocions com he sentit jo. Només amb aquesta finalitat utilitzaré termes com ara "boig", "manicomi" o "hospital psiquiàtric", "dement", "subnormal", "idiolta", etc., que apareixen repetidament en el text i que avui dia, sortosament, ja no defineixen cap concepte en l'actual àmbit mèdic i social.

Per damunt de tot, vull que aquesta recerca sigui el més sincer, emotiu i respectuós homenatge a tots aquells innocents anònims, testimonis i protagonistes d'una història tan insòlita com desconeguda. Vull que cada paraula malsonant i cada qualificatiu insultant esdevingui un pretext per reivindicar la consideració d'ésser humà que la societat, durant segles, els hi va arrabassar.

... A los orates, imbéciles, idiotas, enajenados, dementes, alienados, ninfómanas, subnormales, maniáticos, inútiles, estúpidos, necios, poseídos...

INTRODUCCIÓ I METODOLOGIA

De boig a malalt mental és l'estudi longitudinal vers el concepte de la bogeria al llarg de mil·lennis d'història de la humanitat i més concretament en la nostra societat occidental, des de les civilitzacions clàssiques fins avui dia. La figura del boig és la icona que representa un trastorn tan antic com la humanitat, on el qui el pateix exhibeix un estrany comportament, caracteritzat per tot un cúmul de símptomes i manifestacions externes que vulneren allò que les societats establertes entenen com a norma social. En conseqüència el boig ha sigut, per a totes les cultures, una singularitat que no ha passat inadvertida, de manera que cada societat, en cada moment històric, ha sentit la necessitat de buscar explicacions lògiques i adaptades a la norma vigent, capaces de buscar l'encaix adequat per aquestes persones dins la comunitat. Així és que la manera de veure el boig i de tractar-lo és un llarg camí que es remunta a les cultures primitives, que consideraven el seu trastorn com un error o accident que el desposseïa d'humanitat i el convertia en un ésser irracional, salvatge, immoral, violent, imprevisible... I per damunt de tot, perillós. En conseqüència, no se li reconeixia la dignitat, la llibertat i els drets inherents a les persones, i se l'apartava de la resta de la societat. Una visió del tot oposada a la realitat d'aquest trastorn i de les persones que el pateixen.

Avui dia ni la comunitat científica ni la resta de la societat discrepen a l'hora de valorar la bogeria i el boig. El concepte de "bogeria" ja no serveix a l'hora de definir a l'ampli grup d'alteracions patològiques que pertorben les facultats mentals de certs individus: les malalties mentals. Tampoc el qualificatiu de "boig" representa a la persona afectada per aquest tipus de trastorns, a qui la societat tracta amb la dignitat i el respecte que mereix qualsevol persona malalta, que gaudeix dels drets i la llibertat que li són inherents com a ser humà: el malalt mental.

Dues visions oposades i talment allunyades que és inevitable obviar els interrogants que s'amaguen dins aquest llarg parèntesi: Quan es va produir el transit del boig a malalt mental? Per què es va produir? Va ser de cop o progressiu? Qui el va fer possible? Quins factors hi van influir? On va començar? Quan va tenir lloc a casa nostra? I un munt de qüestions més que obtindran la resposta en el tema proposat, objecte d'aquesta recerca. Determinar si els canvis en l'objecte d'estudi s'ajusten a un procés lineal i continu al llarg dels segles, on pas a pas ciència i societat van anar entenent el tipus de trastorn que

patien certs individus i, en conseqüència, els va anar assimilant a qualsevol ésser humà. O són un èxit puntual d'un moment concret de la història de la nostra civilització... O potser es produeixen en el marc de la nostra història recent, fruit d'algun procés esdevingut en cert moment històric com a conseqüència de determinats avenços científics, mèdics, socials, humans, etc., aconseguits per la nostra societat. En tal cas totes les opcions són, ara per ara, possibles hipòtesis de treball que justifiquen el tipus d'investigació prevista, en la que basaré les conclusions que donaré al final d'aquesta complexa recerca.

El contingut és, sens dubte, molt extens, ja que es tracta d'una revisió, pas a pas, del concepte de la bogeria, i del que ha significat el boig al llarg de quasi vint segles de civilització, i de com les societats de cada moment han vist i tractat a les persones que han patit algun tipus de trastorn mental.

A fi de poder respondre les qüestions a les quals he fet referència he dividit la investigació en tres parts, ben diferenciades les unes de les altres, tant pel que fa al contingut i moment històric en què van tenir lloc, com pel tipus de recerca emprada en cada apartat.

Primera part. Antecedents històrics i marc conceptual general: evolució del concepte i tractament de la malaltia i del malalt mental al llarg de la història.

És el relat de què ha significat el boig en cada moment de la història i de quin lloc ha ocupat dins les societats protagonistes de cadascuna d'aquestes etapes. Dins aquest apartat i de manera cronològica introduiré els personatges més rellevants de cada moment, tant aquells que per la seva contribució entorn de la malaltia mental han suposat un avenç en aquest llarg camí, com tants altres, símbol de les reculades que sovint han caracteritzat aquesta trista i, per a molts, desconeguda història.

Aquest apartat que en un principi havia de ser la part teòrica de la recerca, ha esdevingut una tasca llarga i, en certs moments, molt més complexa del que jo pensava. M'ha fet falta recopilar molta informació de procedència variada: històrica, social, antropològica, mèdica... per poder, en primer lloc conèixer i entendre els esdeveniments en cada moment i, en segon lloc, sintetitzar en poques pàgines, de manera cronològica i ordenada, la informació recollida. Llibres, pàgines web, hemeroteca... M'han servit per compondre un relat coherent i breu de com es van succeir els esdeveniments al llarg dels segles, ja

que no existeix o no he pogut trobar un tractat que sintetitzés allò que jo pretenia explicar. Per això aquesta primera part la considero: Part de recerca històrica.

En la **segona part** d'aquesta recerca acotaré el treball en un marc definit d'espai i temps, i em centraré en la investigació d'alguns dels canvis i progressos descrits de manera general en la primera part, en l'àmbit d'una institució concreta: l'antic Manicomi de Salt. Una història que s'inicia a finals del s. XIX i continua fins avui dia. Una institució de referència en l'àmbit psiquiàtric tant per la seva trajectòria al llarg de moltes dècades d'evolució i canvi a tots nivells, com pel referent que suposa dins el marc de la psiquiatria a Catalunya i a la resta de l'Estat Espanyol.

La finalitat d'aquesta part de la recerca és la d'esbrinar i estudiar quines constants i quins canvis han definit qui era "boig" i perquè se'l considerava "boig" en el transcurs de més d'un segle d'evolució del Manicomi de Salt; qui devia ser ingressat al manicomi i qui no; de quina manera calia tractar al "boig", quines expectatives hi havia de tractament i curació, i com era considerat el "boig" dins la societat catalana d'aquesta etapa.

Per tal de poder donar la visió que pretenc realitzaré un minuciós treball de camp. Per això em centraré en l'estudi dels expedients d'ingrés al Manicomi de Salt que custodia l'Arxiu Històric de la Diputació de Girona i que van del 1860, just abans de la seva inauguració, etapa en què els "bojos" s'ingressaven en una ala de l'antic Hospital de Santa Caterina a Girona, fins al 1960. Vull aclarir que a partir d'aquesta data, els expedients ja es consideren expedients mèdics i estan custodiats com a tal i degudament protegits per l'actual llei de protecció de dades que resguarda les dades personals i íntimes de les persones, entre elles tot allò que fa referència a la seva salut. També vull explicar el meu compromís amb el personal de l'Arxiu Històric de la Diputació de Girona i amb el Cap d'Àrea: Sr. Narcís Castells, a l'hora de no revelar els noms d'aquelles persones, titulars dels expedients, que utilitzaré com a exemples en la recerca. Cal entendre que estudiaré expedients de persones de pobles de tota la demarcació de Girona, d'avantpassats de famílies que en molts casos encara viuen a la zona i que, d'exposar-ne els cognoms podrien ser identificades, cosa que jo no pretenc ja que podria ferir la seva sensibilitat de molta gent. No per això, però, els expedients que figurin en el treball són menys autèntics, cosa que posaran de manifest algunes fotografies que adjuntaré on, això sí, mostraré amb píxels les zones del document on figura el nom del malalt.

Aquestes fonts, de valor incalculable, nodriran d'autenticitat les conclusions a què arribi al final de la meva recerca. M'endinsaré en el Manicomi de la mà d'escrits i manuscrits, obra de tots aquells que, sense cap altra intenció més que la pròpia de la seva professió, van deixar la seva empremta tant en la història de la psiquiatria de la nostra comarca, com també en la història de la psiquiatria arreu: històries clíniques, informes, cartes, documents administratius, impresos, plànols... Així com mil anècdotes de vides desconegudes i en aparença anodines, que sense consciència ni cap mena d'ambició, ja finalitzada la seva existència, em guiaran en aquest viatge a l'estudi de la raó, entenent com a tal allò que justifica, explica o fa entenedora alguna cosa.

En aquesta part, la recerca es subdivideix en 7 apartats que vénen determinats, quasi de manera natural, pels canvis succeïts en l'administració de la mateixa institució. Els esdeveniments polítics que van tenir lloc a Espanya durant aquesta etapa de la història van condicionar provadament la política a Catalunya i en conseqüència tot allò que de l'administració catalana se'n derivava. Per això, endemés del treball de camp i les valoracions que en faig, he cregut indispensable introduir cada apartat amb una breu recerca de tipus històric, polític i social de què succeïa en cada moment tant a l'interior com a l'exterior del Manicomi. No existeixen en prou feines documents: llibres, articles, pàgines web que parlin dels bojos i dels manicomis d'aquell temps. Tampoc de la història del Manicomi de Salt i del marc polític i social en què es va desenvolupar la institució en cada moment (crec que només existeix un llibre que es va editar en motiu del centenari). Per això he hagut de compondre, fragment a fragment, un relat propi capaç de vincular els condicionants que crec més importants en el transit del "boig" a malalt mental: en primer lloc la vida dins els murs, en segon lloc la política que determinava, en cada època, el funcionament de les institucions que es trobaven sota el seu paraigua i, en tercer lloc i potser el més important, a qui es considerava "boig" i de quina manera la societat de cada moment veia i ubicava el "boig" dins la comunitat. Ho he fet amb l'ajuda de l'hemeroteca de diaris antics, Arxiu Municipal de Salt, Arxiu Històric de la Diputació de Girona, Biblioteca de la Institució (avui dins el Parc Hospitalari Martí i Julià), recerca a través d'Internet, i de tantes anècdotes i curiositats que m'han cridat l'atenció i m'han fet lligar caps mentre manipulava tants documents antics.

Pel que fa al treball de camp, no va ser fàcil trobar on estaven guardats els expedients de l'antic manicomi. Després de donar unes quantes voltes i fer unes quantes consultes, em

vaig assabentar que durant molts anys l'assistència dels "bojos" sense recursos (que no podien ingressar en sanatoris privats) depenia del Departament de Beneficència de la Diputació de Girona i que per això, encara avui, l'Arxiu Històric de la Diputació de Girona (Sub-arxiu de l'Arxiu Històric de Girona) era l'encarregat de custodiar els documents de l'antic Manicomi de Salt.

Malgrat un avenç tan important en la meva recerca i un cop obtingut el permís corresponent, em trobava davant quasi 16.000 expedients repartits en cents d'arxivadors de cartó atapeïts de dossiers (cadascun d'una persona), classificats per any d'ingrés i per ordre alfabètic del primer cognom. Davant la impossibilitat evident d'estudiar-los tots, em calia, però, obtenir una mostra representativa que donés veracitat a les conclusions a què arribaria al final. Per això em vaig assabentar de quins criteris em podien garantir l'objectivitat de l'estudi i em vaig posar en marxa.

Primer criteri- Obtenir una mostra, la més extensa possible (dins el que jo podia manejar). Vaig seleccionar un total de 432 expedients (gairebé un 3% del total), dels que entre 60 i 70 corresponen a cada apartat.

Segon criteri- Seguir un criteri aleatori per evitar conclusions esbiaixades.

El mètode que vaig triar va ser el següent:

Al principi de l'estudi de cadascun dels períodes elegia un llibre a l'atzar dels estants de la biblioteca de l'Arxiu de la Diputació i anotava la primera lletra de la primera paraula que apareixia en 4 primeres pàgines del llibre que jo triava, també de manera aleatòria. Aleshores demanava a l'arxiver que em portés arxius del període que volia estudiar i que continguessin expedients de persones les quals el primer cognom comencés per les 4 lletres que jo havia elegit a l'atzar amb el mètode del llibre.

Un cop tenia els arxius damunt la taula els obria i, sense alterar-ne l'ordre, triava un expedient de cada quatre, fins que la quantitat s'aproximava a la que m'havia establert com a límit (uns 70 màxim). Llavors els avaluava i establia uns quadrants de coincidències: sexe, edat, any de l'ingrés, motiu d'ingrés, poble, qui sol·licitava l'ingrés, documents que s'acompanyaven a la petició, etc. També em fixava en detalls que cridaven l'atenció: alguns per repetir-se a tots els expedients, altres pel llenguatge utilitzat, altres per la documentació que adjuntaven o que no adjuntaven... Així, de mica en mica, em vaig poder fer una idea de com era la vida dins el Manicomi de Salt en cada moment de la història i, de resultes, com era la societat a l'altra banda dels murs.

En síntesi, la visió simultània de la recerca històrica del Manicomi de Salt i d'aquells fets que van influir d'alguna manera en la seva evolució, juntament amb el treball de camp realitzat em permetrà donar una visió global dels fets i presentar unes conclusions acurades, objectives i fidels al tema proposat.

La Tercera part de la recerca estudiarà els fets des dels anys 60 fins avui dia: antecedents, fets, política del moment, societat del moment, protagonistes i tot allò que va influir en la transició del "boig" a malalt mental en les darreres dècades de la nostra història.

Donat que parlo de fets de la nostra història recent que endemés van tenir lloc molt a prop de casa nostra, he cregut molt important explicar aquesta part des de les diferents perspectives d'aquells que en van ser testimonis, bé perquè ho van viure en primera persona, bé perquè, en molts casos, en van ser els protagonistes. Endemés d'oferir una visió molt real del que passava, del que va passar i de com va passar, tindrè l'oportunitat d'experimentar un mètode de recerca ben diferent del que he fet servir en les altres dues parts. Buscaré en els diaris del moment articles i entrevistes que m'expliquin quina era la situació i quins fets rellevants van tenir lloc en les darreres dècades del s. XX, moments de canvi a molts nivells en el marc de la nostra societat occidental, tant pel que fa a la vida política com a la vida social i cultural. Investigaré aquests canvis a nivell mundial, quin impacte van tenir tant en el nostre entorn més proper (Catalunya, Espanya, Europa...), i concretament en el Manicomi de Salt.

Un cop la investigació estigui quasi acabada, i jo hagi obtingut resposta a aquelles qüestions que m'he plantejat al començament, objectiu del treball, vull pensar que tindrè una idea ben clara i un ampli coneixement de com ha sigut el transit de "boig" a malalt mental. Tot amb això, crec que la millor manera de verificar tot allò que hauré explicat al llarg de tants fulls i, com a tanca d'or de la recerca, presentaré una entrevista original i exclusiva amb el Dr. Claudi Camps, Director Assistencial de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona i Comarques, que aportarà, endemés dels coneixements històrics i mèdics de com era la psiquiatria del segle passat i de com era la vida dins els murs del Manicomi de Salt, la seva indiscutible experiència en l'àmbit de la psiquiatria i del tractament del malalt mental en l'actualitat, requisit indispensable per completar aquest viatge que m'haurà permès descobrir com va ser el transit de boig a malalt mental.

*“Per me si va ne la città dolente,
per me si va ne l’eterno dolore,
per me si va tra la perduta gente.”*

(...)

“Lasciate ogne speranza, voi ch’intrate.”

Inferno - Canto III, Divina Commedia
Dante Alighieri

*“Per mi aniràs a la ciutat sofrent
per mi aniràs cap a l’etern dolor,
per mi aniràs amb la perduda gent.*

(...)

Deixeu tota esperança els que heu entrat!”

Infern – Cant III, Divina comèdia
Versió de Josep M. de Sagarra (1947)

Dant: *Aquestes paraules de color fosc vaig veure escrites a la part alta d'una porta, i vaig preguntar al meu Mestre, és greu el seu sentit? I, com persona cauta, ell em va respondre:*

Virgili: *Has de deixar aquí tot recel, i donar mort a la teva covardia. Hem arribat al lloc que et vaig dir, en el que veuràs les gents doloroses que van perdre el bé de l'intel·lecte.*

Dant: *Després va prendre la meva mà amb la seva, i en els misteris del lloc em va introduir. Sospirs, plors i alts laments ressonaven en l'aire sense estrelles, i jo em vaig posar a plorar en escoltar-los. Múltiples llengües, horribles blasfèmies, paraules de dolor, accents d'ira i crits roncs al so de manotades, s'unien en un tumult en l'aire eternament fosc.*

Mestre, què els pesa tant i els causa laments tan amargs?

Virgili: *No veuen en la mort, esperança, i la seva vida destorbada és tan rastrera, que envejosos estan de qualsevol sort. El món es va oblidar d'ells; compassió i justícia els menyspreen. Ai, millor que d'ells no parlem!*

PRIMERA PART

EVOLUCIÓ DE LA VISIÓ I TRACTAMENT DE LA BOGERIA I DEL BOIG AL LLARG DE LA HISTÒRIA

Les idees generals sobre l'home i el món que predominen en una determinada època i cultura condicionen, sens dubte, les explicacions dels fets i els significats que cada cultura dóna als conceptes, entre ells també al concepte de malaltia. Per entendre la "bogeria", igual que per entendre la felicitat o la salut o qualsevol altre concepte humà, hem de tenir en compte el conjunt de creences i suposicions comunes envers el món compartides per una cultura, societat o grup humà, ja que unes i altres, tal com explicaré, mantenen un estret lligam.

La malaltia mental ha acompanyat a l'home des del primer moment de la seva existència. De la mateixa manera, tant les causes que la provoquen (físiques, orgàniques o psíquiques) com els símptomes que afecten el malalt mental (expressions internes i/o externes) no han variat al llarg de la història. Malgrat aquesta certesa, avui dia inqüestionable, quan estudiem els canvis en el concepte i tractament de la "bogeria" podem observar com un i altre han anat evolucionant de maneres diferents al llarg dels segles en les nostres societats, sempre en coherència amb els paradigmes dominants, que n'han condicionat tant l'explicació del trastorn com la manera de enfronta'l. Ens cal, doncs, endinsar-nos en la història de la humanitat per tal d'entendre el què han representat tant la malaltia com el malalt mental. La nostra societat no sempre a considerat al *boig*, un malalt; ni sempre que la ciència l'ha considerat un *malalt*, ha encertat en la manera de tractar la seva malaltia; ni sempre a definit al "boig" com a l'individu que pateix un trastorn mental. Així és que ha sigut un camí llarg i ple d'entrebancs. De fet, no és fins a finals del s. XIX, quan s'estableix certa unitat de criteris en la visió i causes del trastorn mental i es comencen a acceptar endemés de les causes orgàniques i físiques que la medicina d'aquell moment considerava responsables d'aquestes patologies, altres tipus de trastorns de tipus psicològic, independents de la patologia general, tanmateix capaces d'alterar la manera de sentir, fer i discernir de l'home endemés de causar-li sofriment. Tant les unes com les altres: malalties, totes elles capaces de nimbar-li, en gran mesura, la humanitat, autonomia i llibertat.

1. LES CONCEPCIONS ANIMISTES PRIMITIVES

En les cultures més primitives, la manca de coneixements i eines culturals de què disposava l'home a l'hora d'explicar els fets i fenòmens del món que l'envoltava, el va portar a recórrer a metàfores sobrenaturals, mítiques i místiques que expliquessin tot allò que s'apartava del món material en el qual vivia. Tal com diuen els experts, els nostres avantpassats humans no tenien consciència de si mateixos ni tampoc un sentiment perfeccionat d'individualitat, com els sentiments que avui en dia caracteritzen l'individu de les nostres societats avançades. A l'home primitiu el caracteritzava la identificació amb totes les coses que l'envoltaven: animals, plantes, boscos, rius, mars, cels, muntanyes, tempestes i tot un seguit d'elements naturals que possiblement entenia com a esglaons d'una cadena a la qual ell també pertanyia i, on els límits entre unes coses i altres no estaven del tot perfilats; com tampoc la seva individualitat estava netament diferenciada dels altres membres del grup. Consciència individual i grupal eren gairebé indistingibles. Per aquest motiu, qualsevol alteració en la conducta o en la manera d'estar d'un individu del grup (afí a la bogeria) s'entenia com a sobrenatural i es tractava mitjançant rituals o procediments que el xaman o líder espiritual del grup aplicava, i en els que implicava tant al "malalt" com a la resta de la tribu. (Aquesta mena de pràctiques fonamentades en una visió animista del món encara es duen a terme en tribus primitives d' Austràlia, Àfrica i Amèrica del Sud, descobertes en zones geogràfiques fins avui inexplorades i alienes al progrés de la societat actual). Aquesta concepció animista salpa de la creença que existeix un "principi" diferent del cos (ànima, esperit) que és present no només en l'home sinó en totes les altres coses existents; que en determinades condicions pot abandonar el cos (durant el son o en estats induïts per substàncies), i sobreviure quan el cos material de l'individu mort. Juntament amb el món visible i material coexisteix un altre món invisible, intangible i atemporal, poblat per ànimes, esperits, déus, dimonis i tota mena de presències bones o malignes, capaces d'interactuar amb el primer món. Vist així, la malaltia en general no s'entén com a la conseqüència d'una causa natural: física, orgànica o psíquica, sinó de resultes d'influències procedents del món invisible que conviu amb l'ésser humà. Per aquest motiu, la malaltia mental (bogeria) era entesa pels nostres avantpassats primitius en termes de possessió, segrest o suplantació de l'ànima del malalt per part de forces o entitats subtils, o de malefícis i encanteris duts a terme per bruixes i

bruixots. Pel que fa a la curació, aquesta requeria indubtablement algun tipus d'acció/efecte realitzat en el món invisible, acció que corresponia a determinats individus del grup (xamans, mags, bruixots...) als qui s'atribuïa la capacitat de submergir-se en aquest altre món invisible i, un cop allà, contactar amb els ens d'aquell món paral·lel, a fi "d'alliberar" el malalt i curar-lo. És per això que el xaman duia a terme diversos rituals i cerimònies, sempre de caràcter grupal, per tal d'induir un trànsit que el transportés fins al món intangible que l'envoltava. L'objectiu d'aquest viatge al món de les entitats invisibles era recuperar l'ànima del malalt, en el supòsit d'haver sigut robada; o alliberar-la de l'ens que la dominava, en el supòsit d'haver sigut segrestada o esclavitzada. Així mateix, en altres circumstàncies el ritual no exigia un "viatge" a l'altre món i el xaman es centrava en altres procediments destinats a exorcitzar l'entitat intrusa. En aquests casos nomenats "fenòmens de possessió per esperits o dimonis" es creia que el suposat ens maligni havia penetrat en el cos físic del malalt i l'havia posseït de tal manera que la seva conducta era estranya i aberrant, fins a tal punt que semblava una persona totalment diferent. Per dur a terme les pràctiques exorcistes (pròpies dels nostres avantpassats primitius però avui dia encara en pràctica en les societats o cultures intel·lectualment subdesenvolupades o geogràficament aïllades de la civilització), els xamans empraven un munt de procediments diferents, a fi d'eliminar l'entitat imaginària que suposadament posseïa al malalt. De totes les que recull la tradició en resumiré les més característiques:

-El xaman feia servir estris materials que l'ajudaven a expulsar l'entitat maligna del cos del malalt. Actes com: produir sorolls d'elevada intensitat, olors intensos, turments físics que de vegades, fins i tot, culminaven amb mutilacions al suposat posseït.

- Ritus destinats a transferir l'entitat maligna a un altre ser viu, normalment un animal.

- Conjurs, pregaries i invocacions, pràctiques destinades a expulsar l'entitat maligna. Totes elles pràctiques molt espectaculars però sense cap mena d'efectivitat a l'hora de curar cap tipus de malaltia.

En el cas de les suposades possessions cal esmentar una manifesta similitud, tant dels símptomes del "posseït" com de la manera en què el xaman o curandero entén aquests símptomes, amb la simptomatologia característica que presenten alguns malalts mentals, avui dia diagnosticats. Tal és el cas dels esquizofrènics, on les trames al·lucinatòries i delirants del malalt poden girar al voltant de temes d'influència o possessió mental per part de dimonis, esperits i d'altres entitats subtils. En altres tipus de quadres

esquizofrèncs, la simptomatologia va associada al deteriorament greu del comportament de l'individu: conductes certament grotesques, ritualistes i estereotipades, gestos ridículs, manierismes, agitació o, per contra, immobilitat; trets que podrien dur a conclusions equivocades a qualsevol persona poc experta en malalties mentals, doncs la manifestació d'aquests símptomes fa que el malalt sembli realment una altra persona. Tant en un cas com en l'altre podem apreciar la similitud d'aquestes expressions de l'esquizofrènia amb els símptomes dels "posseïts", cosa que va fer que molts d'aquells desventurats, titllats de posseïts, que van ser víctimes de tortures i d'altres pràctiques igual d'inútils, avui serien diagnosticats com a esquizofrèncs i tractats convenientment com al que eren realment: malalts.

Amb tot i això, la visió animista i les seves pràctiques arcanes, gairebé tan antigues com la humanitat van perdurar, segons els antropòlegs fins als segles V-VI aC., moment en què totes aquestes antigues idees van convergir en dues noves formes d'entendre el món: D'una banda les *religions organitzades* com ara el Budisme, l'Hinduisme, el Taoisme de Lao-Tse i d'altres; d'altra banda el pensament racional dels filòsofs hel·lènics, principalment Sòcrates, Plató i Aristòtil.

Per tal de no estendre'm més del que cal a l'hora d'explicar la malaltia mental en el món antic, em centraré principalment en la visió i evolució de la malaltia i del malalt mental a Occident. Però no puc passar per alt, encara que només sigui amb una petita ressenya, les aportacions d'algunes cultures mil·lenàries, a cavall entre les cultures primitives i els avenços de la Grècia clàssica a Occident. Pobles que també van aportar el seu granet de sorra a la malaltia mental i a la visió i tractament del malalt mental dins la seva comunitat.

Els sumeris, considerats la primera i més antiga civilització del món. Van viure a Mesopotàmia (terra ubicada entre els rius Tigris i Èufrates, a la vora del Golf Pèrsic, avui terres de Iraq, Síria i Turquia) entre el s. VI aC i el s. III aC aproximadament. Se sap que van ser un poble pioner en l'ús de drogues que extreïen de les plantes, de remeis d'origen mineral i/o animal i en la pràctica quirúrgica. Amb tot i això els sumeris eren una societat de concepció plenament màgica i animista, amb la mateixa visió màgica de la malaltia que els pobles primitius. El terme "*shêrtu*" definia tant la malaltia com el pecat, la impuresa moral, la ira divina i el càstig, ja que compartien la mateixa causa: divina. Per això la malaltia era considerada com un càstig diví, imposat per algun dels 6000 dimonis en els

que creien, i havia de ser tractada per especialistes. Els “*sacerdots d’Assipu*” eren instruïts per tractar les malalties tant externes com internes, especialment les afeccions mental. Els sacerdots sumeris són considerats els primers metges de la humanitat i el precedent de la medicina psiquiàtrica.

Els egipcis, (3130 aC – 536 dC) situats al nord-est d’Àfrica, a la vora del riu Nil. Una civilització i cultura rellevants per l’abast dels seus estudis i avenços tant socials, artístics i culturals com tecnològics i científics: matemàtiques, astronomia, escultura, pintura, escriptura, comerç, indústria, agricultura, organització social... També en el camp de la medicina van fer importants aportacions tant pel que fa al diagnòstic del pacient com en les cures emprades. Van ser els primers en mostrar certa sensibilitat cap al malalt, administrant-li substàncies tant per curar-lo com per evitar-li el sofriment. Es diu que els egipcis mantenien ocupats als malalts mentals, amb tasques que els distraguessin per així pal·liar l’agitació que comporten certes patologies (pràctica pionera que no veurem fins èpoques posteriors). Es conserven 14 papirs amb descripcions mèdiques dels quals 5 fan referència a patologies avui dia de tipus neurològic (mal de cap, convulsions, demència...) i a possibles remeis. Malgrat tals avenços i l’afany per lluitar contra la malaltia, que era una prioritat per als egipcis, la manca d’arguments en l’etiologia d’alguns trastorns, entre ells els trastorns mentals, comportava explicacions de tipus sobrenatural. Es creu que els egipcis no discriminaven entre fets i imaginacions, per això creien que la malaltia era la demostració física d’una possessió del cos del pacient per part d’un esperit enemic, un déu enrabiats o un difunt descontent. La medicina egípcia estava emmarcada en el pensament màgic, i, màgia i religió estaven plenament vinculades. Així és que els metges egipcis eren sacerdots que es creien protegits directament pels déus, instruïts formalment i organitzats amb estructures jeràrquiques especialitzades: els investigadors, els que visitaven a domicili (*sun-nu*), mediadors amb la divinitat i especialistes en drogues (*sacerdots de Sejmet*), els exorcistes i els que no sortien dels seus temples (*uabu-sekhet*). Aquests darrers disposaven de recintes de curació (que donarien nom als sanatoris d’èpoques posteriors), amb banyeres plenes d’aigua sagrada on submergir al malalt a l’espera de la curació divina. La relació de la vida quotidiana dels egipcis amb les creences religioses i la seva vinculació amb el món intangible i paral·lel, propi de les cultures primitives, va minvar, segons afirmen els experts, l’avenç en l’àmbit mèdic.

2. LA BOGERIA EN LES CULTURES GREGA I ROMANA.

GRÈCIA

Els llibres d'història situen l'origen de la medicina i de les nostres concepcions actuals sobre la natura humana, la ment i la bogeria en la Grècia clàssica. Se sap, però, que els hel·lens no van partir de zero a l'hora de construir les seves idees, ja que estaven plenament influïts pel llegat cultural d'altres civilitzacions de l'Orient Mitjà, cultures de gran transcendència com la cultura àrab i la cultura hebrea, així com altres cultures provinents de societats més llunyanes com l'Índia i la Xina; tot i que el mèrit va ser dels savis grecs que van elaborar la síntesi final a partir de tots aquells sabers.

En la Grècia prehipocràtica (segles VI i V aC.), de la mateixa manera que en altres cultures i tradicions del moment, la bogeria era concebuda en termes de possessió per dimonis i esperits que es personificaven en dues deïtats nomenades "Mania" i "Lisa", que suposadament eren enviades al món pels Déus de més rang quan les accions o ofenses dels homes els hi despertaven la còlera. De la mateixa manera que la malaltia o la bogeria, també estava en mans dels déus el poder de la curació, concretament del déu Escolapi, amfitrió d'un famós temple on peregrinaven els insans per demanar-li ajuda.

Si bé és cert que aquestes creences i tradicions eren vàlides per a la majoria dels grecs, hi va haver pensadors contemporanis que van discrepar de la causa divina del trastorn, i van buscar, en la natura, la manera d'entendre fenòmens naturals i humans com la salut, la malaltia, la curació i òbviament, la bogeria. Per això van fonamentar les seves teories en l'observació rigorosa i el raonament. D'aquests pensadors sorgeixen les primeres observacions clíniques, les primeres classificacions de les malalties mentals, les primeres aproximacions terapèutiques, així com la negació de la divinitat en l'origen i curació de les malalties.

Alguns dels pensadors que cal destacar per les seves reflexions sobre l'origen i curació de les malalties van ser:

Alcmeó de Crotona (s. VI aC.), filòsof de l'escola de Pitàgores (s. VI aC. Creador de l'escola Pitagòrica, societat que entre altres temes s'interessava per la medicina). Va considerar que el cervell era la seu de la raó i de l'ànima. La salut era l'harmonia dels contraris o "crasi" (paraula grega que significa mescla), i la malaltia o discràsia era el

resultat d'un estat de desequilibri entre forces internes (humors tals com la sang, la bilis...) i forces externes (fred, calor, humitat...).

Hipòcrates (460-377 aC.), pare de la medicina occidental. Afirmava que les malalties són fruit del desequilibri dels quatre humors essencials: flegma, bilis amarga, bilis negra i sang, que es troben en determinats òrgans del cos (cor, cervell, fetge, melsa), i que al mateix temps van associats a temperaments també específics (temperament sanguini, flegmàtic, colèric i melancòlic). En l'àmbit psicopatològic, va considerar que el trastorn mental, de la mateixa manera que les malalties físiques, era degut a causes i processos naturals. Definitivament va separar la bogeria de la fins aleshores considerada i acceptada causa sobrenatural. Va situar en el cervell la capacitat de pensar, sentir o somniar i va ser el primer a proposar que els somnis són una expressió simbòlica dels nostres desitjos, que aflora fins al coneixement quan es limiten les demandes de la realitat (és a dir quan dormim). També va elaborar descripcions detallades d'alguns trastorns mentals, tals com la depressió, els deliris febrils o l'epilèpsia i va dissenyar una proposta de classificació de les malalties mentals on incloïa la mania, la malenconia, la paranoia, la histèria entre moltes altres avui en dia recollides en els manuals de psiquiatria. Tanmateix, la perspectiva sobre els trastorns mentals d'Hipòcrates va quedar eclipsada anys més tard per les obres de Plató i Aristòtil.

Plató (427-347 aC.) i **Aristòtil** (384-322 aC.), defensors del dualisme ment cos, els quals van postular dues facetes de l'ànima (ànima racional, en oposició a ànima irracional).

Per Plató l'origen del trastorn mental era degut a un trencament del dèbil nexa que unia ambdues ànimes, conclusió que el portava a distingir dos tipus de bogeria, una vinculada al cos i una segona d'inspiració divina que dotava a qui la posseïa de qualitats profètiques. Per a Aristòtil, contràriament, el nexa entre ambdues ànimes era indissoluble, per la qual cosa l'ànima irracional de cap manera podia ser atacada per la malaltia degut a la seva natura immaterial. Això comportava la negació rotunda a l'existència de malalties psicològiques doncs les suposava dependents, inevitablement, de la part física, idea que es mantindria fins al s. XVII.

“Considero que el centre de totes les sensacions és el cor, mentre que el cervell només és un filtre que condensa els vapors calents del cor”.

Val a dir que Plató va fer aportacions sobre l'efecte beneficiós de la paraula en el tractament de la malaltia. Assegurava que la paraula, adequadament emprada, tenia la

virtut d'harmonitzar l'ànima, millorar la condició del cos i crear-li un estat capaç d'optimitzar l'acció curativa dels fàrmacs. Endemés, la seva obra, inclou diverses apreciacions referents als somnis, les passions i l'inconscient (part inferior de l'ànima), que es podrien considerar predecessores legítimes del pensament de Freud, fundador de la psicoanàlisi (teoria psicològica i mètode psicoterapèutic sorgit a finals del s. XIX) i del propi psicoanàlisi.

Pel que fa a Aristòtil, en l'àmbit psicoterapèutic, va establir certs usos de la paraula amb finalitats curatives, usos que alguns filòsofs sofistes (s. V aC, grup de filòsofs grecs experts en l'estudi i ús de la paraula), utilitzaven en el tractament específic per a determinats trastorns mentals.

En síntesi, en l'àmbit explicatiu la tradició grega va suposar una naturalització de la bogeria o dels trastorns mentals en general; en l'àmbit psicoterapèutic, el fet de desvincular el trastorn mental de la divinitat va suposar el sorgiment d'una aproximació racional a la malaltia mental, endemés de la formalització d'un conjunt d'arguments i mètodes destinats a aconseguir que la part racional de l'home (l'ànima racional dels filòsofs dualistes) dominés sobre la part animal (l'ànima irracional).

ROMA

La política de Roma va anar adquirint rellevància després de la davallada de l'imperi Grec d'Alexandre Magne (323 aC). Tant en matèria científica com en filosofia, Roma estava plenament influenciada per Grècia, cosa que va fer que gran part de les aportacions i progressos científics dels romans sobre la manera d'entendre i tractar la bogeria, provenen de metges instruïts en la tradició grega. Essencialment, els romans van subscriure les filosofies gregues: estoica (domini i control de les coses, passions, fets que pertorben la vida, mitjançant la raó i el caràcter personal) i epicúria (vida feliç mitjançant la recerca intel·ligent del plaer), les quals afirmaven que les passions i desitjos insatisfets actuen sobre l'ànima i són causa de malaltia mental. Només un estat mental lliure de perturbacions (ataràxia) podrà controlar el trastorn.

Una de les principals aportacions i molt importants de Roma a la malaltia mental va ser pel que fa al vessant legal de la bogeria, considerant-la com a atenuant legal en la imputació de responsabilitats per accions delictives (cal ressaltar la gran capacitat legislativa de Roma). Altrament, pel que refereix a les causes i tractaments dels trastorns

mentals específicament, van ser escasses les aportacions dels romans al trastorn mental, i així les detallo:

Asclepiades de Bitínia (s. I-II aC.), va distingir les il·lusions de les al·lucinacions i va dividir les malalties en dos grups: agudes i cròniques. A més va promoure un model de tractament no reclusiu per als malalts mentals. Les seves teràpies anaven dirigides a contraure o relaxar, sempre tenint en compte les característiques de cada pacient. Tractava als seus pacients amb dieta, exercici físic, massatge i banys.

Marc Tuli Ciceró (s. I aC.), entenia la filosofia com l'art de curar l'esperit. Distingia la "insània" (absència de calma i equilibri) del "furor" (que denota un col·lapse complet de la capacitat intel·lectual per la qual cosa l'individu esdevé legalment irresponsable del seu comportament).

Areteu de Capadòcia (50-130 dC), en la seva obra "*De causis et signis morborum*", aporta descripcions clíniques de diverses malalties, a més de ser el primer a estudiar les personalitats prèvies dels malalts mentals. Sobre aquest tema va concloure que gran part dels trastorns que els malalts mostraven eren, en realitat una extensió o agreujament dels propis trets, previs a la malaltia. També es va fixar en l'estudi dels estats depressius i maníacs, dels que va afirmar que es podien alternar en el mateix pacient i que aquest podia recuperar la lucidesa entre episodis. Va ser pioner en la classificació dels trastorns mentals no només en el vessant patològic, també en el curs i pronòstic d'aquests. Segles més tard, els estudis d'Areteu de Capadòcia van inspirar les teories i estudis del psiquiatre alemany Emil Kraepelin (s. XIX), fundador de la psiquiatria científica moderna.

Galè de Pèrgam (130-200 dC), va formular una teoria sobre temperaments o "maneres de ser" de les persones (de marcada influència hipocràtica), considerada la seva màxima aportació a la medicina psiquiàtrica, ja que serà la base de diverses hipòtesis i classificacions biotipològiques sobre les diferències individuals de la conducta, tendència patològica i personalitat, formulades durant el s. XIX. Més enllà d'altres aportacions menors. L'obra de Galè és considerada com una compilació de tot el període grecoromà. Després va ser el misticisme oriental qui va guanyar terreny i, a poc a poc, la forma d'entendre i tractar la malaltia i la bogeria va retrocedir, tornant a les velles concepcions sobrenaturals i divines de les antigues societats primitives. Així s'inaugurava una llarga era d'obscurantisme que es va prolongar durant tota l'Edat Mitjana.

3. LA BOGERIA A L'EDAT MITJANA

Després de la caiguda de l'Imperi Romà d'Occident l'any 476 dC, l'església es va convertir en la institució social, legal i política més influent de tota l'edat mitjana, per la tasca unificadora que va dur a terme i que va garantir la continuïtat de la civilització a l'Europa Occidental. Malgrat aquesta contribució fonamental a la història dels pobles i cultures d'Europa Occidental, l'Església també va tenir una llarga llista de contrapartides molt negatives per a les societats que estaven sota la seva influència, a conseqüència de la seva intolerància ideològica i el teocentrisme. Totes aquelles explicacions del món i de l'home, heretades del saber científic de grecs, romans, àrabs i d'altres cultures tant coetànies com anteriors que s'apartessin del dogma cristià, no només eren negades i menyspreades, sinó que al llarg de l'edat mitjana també van ser perseguides i condemnades; tal és el cas de l'obra d'Aristòtil que tot i aportar grans avenços en el camp de la física, l'astronomia i la filosofia, defensava el món etern i negava l'immortalitat de l'ànima, explicacions inacceptables i condemnables per l'Església medieval. De la mateixa manera, els avenços en el camp de la medicina i de la malaltia mental assolits pels savis de segles anteriors, no només van quedar aturats sinó que van patir un retrocés. Des del punt de vista de l'Església, la ciència i la filosofia estaven seriosament limitades per les imperfeccions en la manera d'entendre dels humans i, per tant, subjectes a múltiples fonts d'error. Per contra, la fe i la doctrina del Nou Testament (veritats revelades) eren considerades intrínsecament veritables, així doncs, referents obligats en les accions de l'home. De resultes d'aquest plantejament, la medicina va quedar relegada al tractament de les malalties del cos; encara que, fins i tot aquestes darreres quedaven habitualment subjectes al dogma cristià. En el cas de la bogeria, les suposades explicacions dels antics savis, així com els possibles tractaments que proposaven per fer front a la malaltia mental van sucumbir al domini de l'Església, ja que aquesta vinculava la causa d'aquests trastorns a forces i entitats sobrenaturals. El fenomen de la bogeria desconcertava a les autoritats de l'Església. La raresa dels símptomes de la malaltia mental, sobretot en aquells casos on el malalt patia al·lucinacions i deliris de tipus religiós o demoníac, juntament amb la dificultat a l'hora de comprendre l'origen d'aquestes manifestacions, feien del "boig" o bé un sant o bé un servent del dimoni. Malauradament, cap al s. VII dC, es va imposar la segona postura i la

bogeria, en totes les seves expressions, es va considerar fruit de la voluntat del diable i, per tant, quelcom pervers i ofensiu contra Déu. Vist així, la causa de la bogeria residia en “l’alienació” o “possessió” de la voluntat de l’individu per una altra voluntat no humana, molt més gran i poderosa: el dimoni. Així és que si la causa del trastorn era de domini sobrenatural, el tractament, consistent en l’expulsió de l’esperit o força diabòlica que posseïa a l’alienat, quedava totalment fora de l’àmbit mèdic i passava de ple a l’Església, per la qual cosa els seus representants (sacerdots, exorcistes i inquisidors) eren els encarregats de confrontar al mal amb la voluntat de Déu. Per a dur a terme aquesta tasca exorcista, l’Església, de la mà dels seus representants, va idear diferents rituals i procediments tals com oracions, imposició de símbols, confessions, turments, i en casos extrems, la mort del suposat posseït, tots ells destinats a alliberar l’ànima de qui consideraven: vehicle del maligne. L’individu que patia el trastorn mental era considerat com un posseït i no com un ser humà malalt, de manera que el seu cos esdevenia un “recipient de carn” dominat pel diable i que, en conseqüència, no mereixia cap mena de respecte. Per això el tracte del malalt mental per part de l’Església, durant l’edat mitjana, va esdevenir en tantes ocasions: deshumanitzat i cruel.

Malgrat tot, l’edat mitjana va ser un període molt llarg (s. V al s. XV) i ple de contrastos.

A partir del s. IX i durant la baixa edat mitjana, les tradicions paganes anteriors a l’església eren pràctiques molt habituals a molts llocs. La gent acudia a bruixes i curanderos per resoldre els seus problemes i els seus mals. També molts “bojos” acudien als monestirs, on els religiosos els cuidaven i oferien un tracte molt més humà que el que rebien de la resta de la societat, sempre que no exhibissin aquelles conductes agressives i estranyes, vinculades als fenòmens de possessió. Al començament, l’Església es mostrava força tolerant amb les tradicions antigues de caire més animista, de manera que durant molts segles van conviure les dues opcions. Però, a mesura que va anar passant el temps, les idees paganes de la població van xocar contra l’estricta moral cristiana i l’Església va pugnar per imposar el seu criteri.

Des de principis del s. XIII i fins ben entrat el s. XIV, van reaparèixer, en diverses zones, els antics plantejaments filosòfics i científics, herència de la tradició clàssica, gràcies als textos dels antics filòsofs i científics grecs i romans que van ser preservats i traduïts pels àrabs. Aquesta nova tendència va portar a la creació d’escoles d’ensenyament superior

on s'ensenyava el pensament científic, i els seus seguidors van protagonitzar diversos intents conciliadors entre ciència i teologia.

Arnau de Vilanova (1240-1311), metge, teòleg i ambaixador del clero i la monarquia, considerat el metge més important del món llatí medieval; autor de nombroses obres de medicina i, algunes d'elles, clars intents d'integrar la teoria galènica amb la demonologia.

Tomasso d'Aquino (1225-1274), gran estudiós de l'obra d'Aristòtil, qui va establir una clara distinció entre raó i fe, entre filosofia (domini de la raó) i teologia (domini de la fe), sense excloure'n la possible col·laboració entre totes dues.

Amb tot, la misèria, la fam, la pesta i les innumerables guerres cruentes que patia la població medieval van ser causa de diverses crisis socials que amenaçaven l'ordre als carrers. La falta de mitjans de què disposava la gent per expressar l'evident malestar que patien va contribuir al desenvolupament de formules, tant extravagants com curioses, a l'hora d'expressar les seves emocions. Estan descrites d'aquella època epidèmies i alteracions que van afectar a poblacions senceres en forma de brots de bogeria col·lectiva: epidèmies de manies dansaires, amb balls, salts, rialles i convulsions que de vegades duraven dies sencers (tarantisme i ball de sant Vito); atacs col·lectius de licantria, on els afectats vagaven pels carrers mentre udolaven com llops; o fenòmens de suposada possessió grupal. Tot i ser expressions estranyes i atípiques, es creu que no eren expressions originals d'oposició a l'estricta moral de l'Església, ja que eren molt semblants a certs rituals que la tradició greco-romana practicava en el culte als seus déus. Davant d'aquest panorama l'Església es va anar radicalitzant i tornant intransigent davant la possible pèrdua de control que suposaven aquestes pràctiques paganes i els successius moviments que, cada cop més, sorgien en la seva contra. Per això, cap a mitjans del s. XV, l'Església va decidir acabar amb la llibertat de creença i imposar hegemònicament la seva estricta moral sobre tota la població. Una moral que si bé distant del paganisme en quan a la rigidesa de normes, no gaire diferent en quan a la consideració de causes sobrenaturals en més d'un trastorn, entre ells la malaltia mental. Per dur a terme aquest canvi, que salvaguardés les seves idees i doctrines, de manera efectiva i contundent, l'Església va dotar de més poder a "*La Santa Inquisició*" (institució creada per l'Església durant el s. XII per combatre l'heretgia). A partir d'aquest moment assoliria molt més protagonisme: endemés de perseguir l'heretgia (dissidència ideològica), també s'ocuparia de practicar exorcismes als alienats (considerats posseïts) i perseguir a

les bruixes. El "*Tribunal del Sant Ofici*" (així anomenat també al "*Tribunal de l'Inquisició*") imposava arreu la seva llei, basada en la pròpia teologia i en els manuals encarregats de definir el grau del problema, ja que no totes les possessions tenien el mateix origen. Segons l'Església, podien ser de dos tipus, depenent de si l'individu havia sigut posseït de manera involuntària, degut a la manca de cura de la seva ànima o com a càstig pels seus pecats; o de manera voluntària, es a dir, una aliança consentida del maligne amb l'individu posseït, mitjançant la col·laboració d'una bruixa o bruixot. D'aquesta distinció dependria l'acció, càstig, escarment i/o ritual alliberador adient i necessari per a restituir el mandat de Déu. Però els manuals de teologia de l'Església de l'època no son gaire clars pel que fa referència als criteris de distinció que aplicaven els inquisidors a l'hora de distingir entre unes i altres. Tampoc hi havia massa diferència en la manera de combatre la possessió: l'exorcisme, un ritual on el sacerdot expulsava dimonis del cos del posseït a fi de retornar-li la pau d'esperit, sempre esdevenia la millor opció. Per dur a terme tals exorcismes, el sacerdot utilitzava diverses tècniques endemés de l'oració: esquitjar al posseït amb aigua beneïda, posar-li damunt del cos símbols cristians com la creu, administrar-li els sants olis damunt la pell, i fer-li beure estranyes pocions per netejar el seu interior; remeis que recorden les pràctiques dels xamans de les societats primitives. Amb el pas del temps, aquestes tècniques exorcistes, que en principi eren inofensives, es van anar modificant i tornant-se més i més cruels. A fi d'extreure el maligne del cos del suposat posseït es van emprar tot tipus de formules tant imaginatives com despietades, que avui dia serien considerades com a tortures sense cap mena de dubte: flagel·lació, dejunis, immersions en aigua bullent o gelada, encadenaments, mutilacions i d'altres, amb la única finalitat d'aconseguir que el cos del posseït esdevingués un lloc desagradable pel dimoni i l'abandonés.

L'Edat Mitjana va ser una època de pobresa, penúries i indigència, que moltes vegades acabava amb la vida de les persones. També la bogeria aïllava a qui la patia de la resta de la societat i li causava tot tipus de penúries: soledat, refús social, sensació d'impotència i pèrdua d'autoestima personal, patiments que de vegades també conduïen a la mort. Vista la situació és fàcil pensar que els "posseïts" i les "bruixes" devien ser en gran part persones marginades per la comunitat, per la seva condició de pobres i desemparats, que possiblement estaven desnodrits i segurament malalts. Des d'una òptica psiquiàtrica, és probable que, certament, patissin diversos trastorns mentals, mal

entesos i mal tractats en aquell moment, doncs existeixen moltes similituds entre les manifestacions externes dels posseïts medievals i alguns dels símptomes que avui dia caracteritzen algunes patologies mentals. Es creu que moltes de les dones titllades de bruixes eren, segurament, dones velles afligides per la demència senil, epilèpsia, i d'altres trastorns mentals que els metges medievals eren incapaços d'explicar i molt menys de curar. Així mateix, quan les bruixes confessaven haver dut a terme actes impossibles: volar per l'aire, veure esperits o entitats diabòliques, escoltar veus... o mostraven desinhibició en la conducta, discurs incoherent, afecte inapropiat i tota mena de comportaments assimilables a la possessió, segurament eren símptomes de malaltia mental (també són manifestacions pròpies dels esquizofrènics). També eren acusades de participar en orgies nocturnes, actituds que a dia d'avui es consideren conductes nimfòmanes i psicopàtiques. D'altra banda, el fet que algunes bruixes exhibissin zones anatòmiques del seu cos insensibles al dolor (llavors nomenades marques del diable), són manifestacions pròpies dels pacients que pateixen neurosi histèrica, malaltia que afecta majoritàriament a les dones. Cal ressaltar que aquests tipus de malalts són persones fàcilment hipnotitzables, la qual cosa pot suggerir el suposat control que un líder de grup podia exercir sobre elles, tant en orgies com a l'hora de crear una suggestió de grup.

Tant el fet de les possessions com la repressió de l'Església es van viure amb molta intensitat durant l'edat mitjana, fins al punt convertir-se en una font de protagonisme per a moltes persones anònimes. Així és que per a moltes "bruixes" la seva condició, suposadament màgica, i el temor que engendraven a la resta de la comunitat els hi propinava altes dosis d'atenció, admiració, així com la justificació adient a qualsevol culpa que comportessin les seves accions. La possessió i la por al càstig diví condicionaven, moltes vegades, la vida de la gent medieval que acabaven per veure bruixes a tot arreu, fet que reafirmava alhora els valors religiosos i cristians de la comunitat: si hi havia tants seguidors del maligne i tants posseïts, calia reforçar les forces capaces de fer-los-hi front. No hi ha cap dubte de que en l'àmbit de la psiquiatria no hi van haver avenços durant l'edat mitjana. Va ser una època fosca per a tota la gent però en especial pels malalts mentals. La visió del boig en la societat medieval patiria un gran retrocés. El boig no només no va ser considerat un malalt sinó que, endemés, se li va atribuir una condició de malignitat espiritual que tantes vegades el va conduir a la tortura i a la mort.

4. L'EDAT MODERNA: EL RENAIXEMENT

L'arribada del Renaixement (s. XV- s. XVI) va establir un canvi progressiu en els referents i valors de la societat. Déu va deixar de ser el centre de l'univers i de totes les coses, tal i com ho havia sigut a l'edat mitjana, i el nou centre va ser l'enaltiment de l'home i tot el que li pertany (humanisme). La raó va substituir el dogma, i la ciència i l'empirisme naturalista van esdevenir els mitjans necessaris per a comprendre i explicar els fenòmens del món.

Malgrat tot, els canvis van ser lents i les velles ideologies de l'Església coexistirien amb les noves idees durant molt de temps, de manera que també el Renaixement va ser un període de grans contrastos.

En l'àmbit de la malaltia mental, la figura del boig va abandonar gradualment el model demonològic de l'època anterior i va adoptar una perspectiva naturalista i biològica. El pecat va obrir la porta a la malaltia mental i els "endimoniats" van passar de ser considerats "posseïts" a pacients.

Paradoxalment l'Església catòlica persistia en la seva creença i seguia veient al dimoni en els bojós i en les bruixes, perseguint-los, encadenant-los i exorcitzant el seu mal amb la tortura i la foguera. Aquesta postura la podem entendre com a una reacció contra la progressiva pèrdua de poder de la institució, i com un darrer intent per a mantenir la seva hegemonia en una societat en procés de canvi. Així ho constata la butlla "*Summis Desiderantes Affectibus*" (1484) del papa Innocenci VIII, en ple Renaixement, on exhortava a clergues i inquisidors a no abandonar la "caça de bruixes". Així mateix, els monjos dominics Johann Sprenger i Heinrich Kraemer, nomenats pel papa Innocenci VIII, inquisidors per a l'Alemanya del Nord, van publicar l'any 1488 el "*Malleus Maleficarum*" (El Martell de les Bruixes), un manual per a la caça de bruixes considerat un prototip del raonament medieval. Aquest manual va esdevenir una obra de referència per als inquisidors, ja que detallava tots els coneixements de la bruixeria recollits fins aleshores i incloïa una relació dels suposats símptomes a partir dels quals les bruixes podien ser identificades, (símptomes que, tal i com he explicat, més tenien a veure amb patologies mentals que amb possessions i endimoniats). També referia les formes legals d'examinar i condemnar a les bruixes, fent especial insistència en la tortura com a mètode més òptim per aconseguir proves inculpatòries. En la mateixa línia, la possessió diabòlica esdevenia el millor diagnòstic quan el metge no podia trobar la causa d'una malaltia, del tipus que

fos, o si bé el tractament no aconseguia alleujar al malalt de la seva dolença, doncs considerava al dimoni únic causant del mal i posava el malalt a mans de l'Inquisidor.

Tanmateix, amb l'arribada del Renaixement van aparèixer les primeres veus crítiques, contràries a aquesta visió tan fosca de la bogeria. Van ser els metges, pèrits dels tribunals de la Inquisició, els qui van observar que la causa de moltes de les suposades "possessions" no tenia res a veure amb el domini del dimoni, sinó amb un funcionament defectuós del cos, de manera que esdevenia competència del metge i no del clergue la possible cura del malalt.

Aquest radicalisme propi de l'edat mitjana, contrasta àmpliament amb l'aparició d'hospitals i centres dedicats a la cura dels bojos, com el fundat a València, per:

Fra Juan Gilabert Jofré (1350-1417), religiós de l'Ordre de la Mercè, qui va aconseguir de governants i veïns el suport necessari i els mitjans per a construir un hospital on acollir els bojos que vagaven pels carrers, convencent a tothom del fet que, tancant-los, deixarien de ser una molèstia per a la comunitat. Va ser així com l'any 1409 es va inaugurar "*L'Hospital d'Innocents, Follcs i Orats de València*", considerat el primer manicomi del món cristià occidental. No només va ser el primer centre destinat a resoldre una necessitat social, endemés va ser el primer a retirar les cadenes dels alienats i implantar un tractament moral (amb antecedents en l'antic Egipte i que segles més tard seria recuperat pels manicomis francesos). També va ser el primer a incorporar un departament dedicat a l'atenció de nens amb problemes i en posar en marxa nombroses innovacions en el dia a dia dels malalts, que no només van ser pioneres i van marcar referents en la reinserció del malalt mental en la societat, sinó que van perdurar en la vida dins els manicomis, fins ben entrat el s. XX. Als homes se'ls assignava feines dins el centre, tals com treballar a la granja, arreglar el jardí, fer tasques de neteja i manteniment. Les dones cosien, teixien o confeccionaven vestits. Amb aquestes tasques es pretenia evitar la inactivitat del trastornat que es considerava causa de vicis i mals hàbits. La permanent ociositat, entenent com a tal el no fer res, podia pertorbar més al malalt i alterar-lo, i per això els mantenien ocupats. Però si eren desobedients o es mostraven furiosos, era habitual pegar-los i col·locar-los-hi grillons, fins i tot de manera permanent o, si calia, tancar-los en gàbies. Es recorden els bojos d'aquell moment uniformats amb casaques fetes d'esquinçalls de roba gruixuda i amb una caputxeta: "caputxeta de boig". I els dies de festa lluïen casaques de colors més vistosos.

L'Hospital d'Innocents de València va ser el primer amb aquestes característiques, tot i que en poc temps, a la resta d'Espanya, se'n van inaugurar molts més: Saragossa (1425), Sevilla (1435), Toledo (1480), Barcelona (1481), Granada (1527) i Valladolid (1492), la qual cosa és representativa de la progressiva desvinculació de la malaltia mental dels fenòmens de possessió i/o bruixeria, iniciada a principis del Renaixement.

Per què aquests fets van tenir lloc a Espanya i no en qualsevol altre territori europeu? La resposta la trobem en estudiar la influència cultural dels àrabs, que van envair la península l'any 722 i no van ser expulsats dels seus dominis fins a l'any 1492. Els àrabs professaven un tracte humanitari als bojos, als qui l'Islam atribuïa qualitats profètiques. Endemés, els àrabs van recuperar i portar a occidents dues grans fonts d'influència, fonamentals per al posterior desenvolupament de la ciència mèdica i la psicoteràpia. D'una banda, el punt de vista místic i holístic (estudia l'home en una visió de conjunt) de la medicina oriental, i d'altra banda, el pensament clàssic de les antigues cultures grega i romana. Cal recordar que els àrabs van preservar i traduir els texts mèdics dels grans estudiosos i científics de l'antiga Grècia i Roma.

El regnat dels Reis Catòlics, (1474-1505), va suposar el final de la reconquesta, la unificació dels regnes hispànics, la consolidació del poder reial, la consecució de la unitat religiosa (inquisició espanyola), l'expulsió dels jueus i l'inici de la cultura renaixentista. De resultes, durant el seu regnat va créixer de manera considerable el parc hospitalari, sobretot a les grans ciutats, i la vida dins els centres es va secularitzar. Espanya va entrar de ple a l'Edat Moderna amb tres noves institucions específiques per al tractament dels malalts mentals: Hospital dels Innocents a Sevilla, Toledo i Valladolid, i set hospitals generals amb departaments per a dementats com en el cas de Barcelona, Saragossa, València, Palma de Mallorca, Lleida, Granada, Córdoba; també l'antic Hospital d'Innocents de València va ser reconvertit en Hospital General en el marc d'un projecte innovador a Espanya impulsat pel rei Ferran el Catòlic. Espanya va esdevenir, en aquest àmbit, el país més avançat d'Europa.

Joan Lluís Vives, el 1526, humanista, filòsof i pedagog valencià, en el seu llibre "*De subventionem pauperum*" (l'Alleujament dels pobres), defensava un tracte més humà pels malalts mentals, cosa que el va dur a convertir-se en el precursor de l'organització dels serveis socials a Europa i el defensor del tracte humanitari al malalt mental. La seva proposta incloïa elaborar un registre de tots els pobres que pidolaven pels carrers, dels

que vivien en hospitals i dels que patien alguna mancança a casa seva . No es permetria que cap pobre que estigués capacitat per a treballar, rodés pel carrer sense fer res. També els pobres que endemés tinguessin minvades les seves facultats mentals, serien acollits en un hospital i tractats amb molta cura i màxim respecte. Per això calia diferenciar i excloure els bojos de la resta de pobres que vivien al carrer i elaborar mesures de sanejament que servissin per treure a l'alienat de la circulació social.

A poc a poc, aquesta tendència es va anar estenent a la resta del continent, cosa que va impulsar la creació a Europa d'altres hospitals, tal és el cas de "*l'Hospital per a insans de St. Mary of Bethlem*", inaugurat a Londres l'any 1547, així com molts d'altres centres que es van fundar en altres capitals. Per aquest motiu es considera que durant el s. XVI, Europa va protagonitzar l'anomenada: "*Primera revolució de la salut mental*". Cal fer esmena als artífexs d'aquest important canvi, tant social com psiquiàtric, en l'evolució de la malaltia mental.

Paracels (1493-1541), va criticar durament els postulats demonològics de l'Església catòlica, propis de l'edat mitjana.

El malalt mental, per Paracels, no era ni un criminal ni un pecador, sinó un ser humà malalt que necessitava l'ajuda del metge. Se li atribueix una possible explicació a la "mania dansaire" o "tarantel·la", nom utilitzat a Espanya i Itàlia respectivament, per definir una patologia molt comuna a l'època, on el malalt pateix moltes i sobtades convulsions que recorden el ritme d'una dansa (hem vist com de manera col·lectiva afectava a poblacions durant l'edat mitjana).

Johann Weyer (1515 – 1588), considerat com el primer psiquiatre de la història. A la seva obra "*De Praestigiis Daemonum*" hi apareixen descripcions clíniques detallades d'alguns trastorns mentals, així com tractaments basats en l'empatia i la comprensió. Es va pronunciar en contra de la persecució indiscriminada de les bruixes, atès que per a Weyer, els casos titllats de bruixeria no eren sinó mostra de malaltia, bé d'origen mental o orgànic, ja que la bruixeria no existia com a tal. L'Església, que no acceptava aquesta versió científica, va perseguir tant a Weyer com a la seva obra, que va incloure en el conegut "*Index librorum prohibitorum*" (l'listat de llibres considerats perniciosos per l'Església catòlica, promulgat pel papa Pius IV en el Concili de Trento l'any 1551 i que el papa Pau VI va abolir definitivament l'any 1966).

Juan Huarte de San Juan (1529-1588), autor del primer tractat de psicologia diferencial de la història: *“Examen de ingenios para las ciencias”*, que va ser censurat per la Inquisició, doncs ubicava, en el cervell, el centre de la raó i refusava les explicacions teològiques de la malaltia mental.

Reginald Scott (1538-1599), va negar que els dimonis foren els causants de les malalties mentals i va defensar que les estranyes experiències que les bruixes confessaven en els interrogatoris (gairebé sempre obligades per les tortures a què les sotmetien), tenien de ben segur una explicació natural. També va denunciar la corrupció qui hi havia entre els inquisidors a l'hora d'acusar de bruixeria i possessió a alguns individus.

Tots aquests canvis humanístics, juntament amb els avenços en medicina i psiquiatria, van contribuir a reforçar la idea renaixentista de la malaltia mental, que seguiria proliferant arreu d'Europa durant tot el segle XVII; era necessari que el malalt rebés un tractament adequat al seu trastorn en els centres creats específicament per a tal fi.

Tot i que atendre i ingressar els malalts en aquests tipus d'institucions va salvar moltes vides, la manca de tractaments adients, la inadequada formació dels metges que els atenien, la limitació dels mitjans de què disposaven els centres i la massificació de pacients, va conduir a una degeneració de l'esperit amb què inicialment havien estat creades. Ben aviat, es van convertir en autèntiques presons, on els interns vivien agarberats en espais insuficients i faltats de la higiene necessària; on els tractaments dispensats anaven perdent humanitat fins al punt de convertir-se en un conjunt de pràctiques vergonyoses i cruels que malauradament es van mantenir fins a finals de segle XIX.

5. CAP A LA IL·LUSTRACIÓ

Pels psiquiatres de la Il·lustració (corrent filosòfic, polític i social que va néixer a França el s. XVIII) la causa del trastorn mental tenia el seu origen en una suposada lesió del cervell; fins i tot en aquells casos en que no existia evidència de lesió, estaven convençuts que els avenços tècnics futurs la descobririen. Creien que els factors culturals, socials i ambientals poc tenien a veure en la malaltia mental, de manera que el pensament il·lustrat minimitzava el pes d'aquests factors d'origen no orgànic.

A partir del s. XVII es van succeir els avenços en els diferents camps de la ciència, i per descomptat també pel que fa a coneixements d'anatomia i fisiologia; encara que l'estudi de les causes i tractaments per a la bogeria va ocupar un lloc secundari i no va experimentar avenços tan significatius com els d'altres camps de la medicina. Val a dir que el metge del s. XVII era més aviat un erudit empíric i un estudiós de llibres, que anava a la seva consulta o a les sales on hi havia les taules de dissecció per tal d'estudiar la malaltia, encara que treballava d'esquena a l'altra realitat que tenia lloc als manicomis, on els bojos eren abandonats en sales repletes de cadenes i grillons.

La consolidació de la nova visió de la bogeria com a una malaltia del sistema nerviós, concretament del cervell, va ser progressiva i intermitent. Tant és així que fins i tot alguns metges més avantguardistes i prestigiosos de l'època no aconseguien desvincular-se totalment de la influència de les velles concepcions. Un bon exemple és el cas de:

Thomas Willis (1621-1675), metge anglès, pioner en la investigació de la neuroanatomia, qui va remarcar la importància de l'estudi de les estructures cerebrals i va posar de manifest certes semblances entre el cervell de l'home i el d'altres mamífers. De resultes de les seves investigacions va poder classificar l'epilèpsia, la histèria i la hipocondria com a malalties nervioses. Malgrat les grans i inqüestionables aportacions a la neurologia, a la pràctica, el seu punt de vista era clarament retrògrad i irracional, ja que creia en l'existència de dimonis, cosa que justificava els cops, les amenaces i els grillons, que entenia eren molt més útils que les medicines a l'hora d'obtenir canvis positius en la conducta dels bojos.

Ben entrat el s. XVIII, altres autors van fer aportacions i van teoritzar sobre la malaltia mental, ja en termes d'alteracions del sistema nerviós. Avenços importants, sens dubte, encara que modestos si els comparem amb els avenços mèdics en malalties del cos que van tenir lloc durant aquests anys.

William Cullen (1710-1790), qui va encunyar el terme "*neurosi*", un dels termes més influents en la psiquiatria i la psicologia dels segles posteriors. Per Cullen, la neurosi consistia en irritabilitat, nerviosisme, estat d'ànim deprimat i altres símptomes similars produïts per l'alteració dels fluids neurals (actual sistema nerviós). Les seves idees formaven part de l'anomenada "*Moda Neurocèntrica*", que va tenir lloc a la segona meitat del s. XVIII i que entenia els trastorns emocionals com a alteracions del sistema nerviós.

Durant els segles XVI i XVII els hospitals mentals eren centres administrats per l'Església, on es procurava un tracte el més humà possible als malalts i on els tractaments que s'oferien incloïen: mesures tranquil·litzants o estimulants, banys, dietes, sagnies, embenatges. Però amb l'arribada de la il·lustració, el segle XVIII, van concórrer dos fenòmens van variar el panorama. D'una banda, el culte a la raó que va caracteritzar l'època de la Il·lustració, on la bogeria o falta de raó era considerada com un fenomen menyspreable, amb la consegüent deshumanització en el tractament del malalt. L'home il·lustrat volia apartar de la societat tot membre que tingués un comportament considerat irracional. D'altra banda, mentre la massificació d'interns en els centres esdevenia una realitat, a molts països van sorgir institucions de caràcter i control estatal que tenien com a objectiu la reclusió i custòdia de tots aquells individus que, d'alguna manera, poguessin alterar l'ordre públic. No només els bojos, considerats durant la Il·lustració com a representants d'una desgràcia moral, eren reclosos en els centres de referència, també pidolaires, alcohòlics, meuques i orfes s'excloïen de la societat. Fins i tot van néixer teories poc científiques que neguaven l'existència de sentiments humans als dement, als criminals i a les persones de classes socials més desfavorides (classes no il·lustrades), per així justificar tot tipus de tractaments denigrants i cruels cap a elles, principalment pel que refereix al tractament dels dement.

6. DEL S. XVIII AL XIX : EL CAMÍ CAP AL SEGLE XX

Si pels psiquiatres de la Il·lustració la causa del trastorn mental tenia el seu origen en una suposada lesió del cervell i creien que els factors culturals, socials i ambientals (no orgànics) poc tenien a veure en la malaltia mental, a mesura que avança el segle XIX sorgeixen noves veus que aportaran una visió més àmplia i humana a l'hora d'explicar les causes de la malaltia mental, així com una nova concepció en el tractament del trastornat. Però la història ens diu que els canvis en la psiquiatria van ser intermitents en tot aquest període i, els diferents protagonistes, no sempre van coincidir en la teorització de la malaltia mental d'una manera lineal en el temps.

Tal és el cas del segon model biològic, que tot i sorgir durant la segona meitat del s. XIX, de la mà de **Bénédict Agustin Morel** (1809-1873), anomenat "*Teoria de la Degeneració*",

clarament complementava el model il·lustrat del segle anterior (en cap moment admetia els factors socials i/o ambientals com a possible causa de la malaltia). Aquesta nova teoria justificava la bogeria i la malaltia mental basant-se en l'herència. Segons aquest model, la conducta torbada de molts trastornats era deguda a l'existència d'alguna alteració anatòmica o funcional en el cervell del malalt, determinada per l'herència. És a dir, que la causa de la malaltia mental radicava en una degeneració genètica transmesa de pares a fills i que, per tant, era la responsable de les neurosis, les psicosis i tota la resta de conductes alterades. Aquest model afirmava, també, que una mateixa predisposició hereditària podia manifestar-se en descendència de diferents maneres i que un individu afectat podia experimentar variades manifestacions al llarg de la seva vida, totes elles expressions diferents del mateix trastorn heretat. Cert o no aquest enfocament, igual que la teoria de la lesió en el cervell, era poc rigorós i estava ple d'incongruències, a més de no tenir una derivació útil en l'àmbit terapèutic.

D'altres veus no menys importants, contemporànies a la "*Teoria de la Degeneració*", en canvi, apostaven per una visió molt més àmplia a l'hora de determinar les causes de la malaltia mental. No només la causa orgànica influïa en el trastorn, també les causes no orgàniques podien determinar la patologia. Per això, aquestes noves tendències fomentaven l'apropament del metge al pacient i posaven en pràctica noves maneres d'atendre i tractar al malalt. Un dels màxims exponents d'aquest període va ser **Philippe Pinel** (1745-1826), qui va vincular el mètode analític amb la tradició hipocràtica i va fusionar l'enfocament orgànic de la bogeria amb l'enfocament psicològic, fins al punt d'adoptar una actitud molt més comprensiva cap al pacient.

A diferència dels seus col·legues, que basaven la major part de les seves propostes en l'observació anatòmica "*post mortem*" dels cervells dels bojos, Pinel, es va basar en l'observació dels fenòmens perceptibles de la malaltia. Va establir la primera classificació de malalties mentals que va presentar l'any 1798: "*Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée a la médecine*", obra que tindria una gran repercussió posterior, doncs va esdevenir el fonament del diagnòstic psiquiàtric modern. Pinel va reduir les malalties mentals a quatre grups i va proposar determinats mètodes terapèutics per a cadascun.

-Malenconia: deliri parcial.

-Mania: deliri generalitzat sense agitació.

- Demència: debilitament intel·lectual generalitzat.
- Idiotisme: abolició total de les funcions de l'enteniment.

A part de l'existència d'una possible alteració en el cervell, Pinel opinava que les persones emmalaltien mentalment en sucumbir a pressions externes i hàbits de vida incorrectes, per la qual cosa no devien ser discriminades per la societat. En aquesta línia va dissenyar un nou punt de vista terapèutic que va suposar una nova revolució psiquiàtrica, anomenat "*tractament moral*". Aquest tractament es basava en un tracte amable amb el malalt, lliure d'agressions i des d'una posició de respecte cap al pacient. Calia ocupar i distreure al pacient amb exercici i treball físic; canviar el mitjà hostil en què estava anteriorment i alliberar-lo de cadenes per aconseguir un millor desenvolupament moral i una millor disciplina. El gran llegat de Pinel va ser la humanització i dignificació del boig, que passava de ser considerat una mena de criminal a ser una persona malalta, amb el mateix dret a la dignitat i a la llibertat que qualsevol altra persona. Es va oposar a un tracte salvatge basat en flagells, cadenes, sangries i d'altres tractaments que considerava inútils i que creia no servien per altre sinó per debilitar al malalt. Així és que va suprimir aquestes pràctiques cruels de "*Hospital de la Pitié-Salpêtrière*" (conegut com "*La Salpêtrière*") de París, on n'era el cap mèdic i on posava en pràctica les seves teories.

En el camp institucional va lluitar per la humanització del tracte sistemàtic que es donava als bojos. Pinel considerava possible la recuperació d'un ampli grup d'alienats a partir del tractament moral que ell proposava; entenia que alguns bojos es podien curar amb la utilització de la paraula com a estímul, si apel·lava, amb finalitat terapèutica, a la part de la raó que el malalt conservava.

"*La Salpêtrière*", és un cas exemplar dins la psiquiatria del s. XVIII, tanmateix anecdòtic, ja que no representa la realitat general que, a la pràctica, es vivia a la majoria de centres d'aquesta mena.

Malauradament, el "*tractament moral*" de Pinel no va arribar a tot arreu amb la rapidesa que fóra calgut, i la majoria de manicomis d'Europa no van experimentar cap mena de canvi fins al s. XX.

Podem destacar, també, altres psiquiatres importants d'aquesta transició:

Johann Cristian Reil (1759-1813), metge, psicòleg i psiquiatre alemany. Va dir que la psiquiatria no hauria d'existir només com a un dels àmbits de la medicina, sinó com a una

disciplina pròpia exercida per metges amb una formació especialitzada. Al llarg de la seva vida va intentar difondre la difícil situació que vivien els dementes en les institucions mentals, per la qual cosa va intentar desenvolupar un tractament de tipus "psíquic" inspirat en les noves aportacions de Pinel. L'obra de Reil "*Rapsodies sobre l'aplicació dels mètodes de tractament a esperits desorganitzats*" ha sigut considerada com el document més important de la psiquiatria romàntica. Per ell la bogeria no era una mera alteració de la raó, sinó l'efecte d'unes condicions socials més àmplies. Per tant, per a Reil, la bogeria no era producte de lesions cerebrals o de trastorns hereditaris, sinó el resultat d'una pertorbació o desequilibri de les funcions mentals arrelades en el sistema nerviós. De les seves paraules: "Una febre que altera les funcions i propietats dels nervis".

Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), psiquiatre contemporani de Pinel. Va defensar que el paper del metge era establir el tipus específic d'alienació mental que patia el malalt, per així poder individualitzar al màxim el seu tractament, que no devia limitar-se a l'administració de drogues, ja que considerava que el tractament moral sempre era la millor opció.

Les aportacions de Pinel en l'estudi i tractament de la malaltia mental van significar l'inici de molts avenços en psiquiatria. Moltes i diferents teories van néixer aquests anys de la mà de metges, fisiòlegs i també filòsofs de tot arreu. Algunes d'elles seguien les línies d'investigació ja obertes pels seus antecessors, mentre d'altres obrien la porta a noves escoles de pensament, modernes, innovadores i tantes vegades ben originals en els seus continguts i propostes de tractament, tanmateix teòriques i poc empíriques. Detallaré aquelles que en el seu moment van tenir més acceptació en la societat de l'època, una societat en procés de modernització que reclamava alternatives mèdiques per al trastorn mental.

Franz Joseph Gall (1758-1828), fisiòleg i filòsof alemany, autor de la teoria de la frenologia, en la que a través de la palpació del crani afirmava conèixer l'estat de certes funcions cerebrals. Va crear una important escola amb molts seguidors arreu d'Europa. La Universitat de Barcelona n'és un clar exemple; on **Marià Cubí i Soler** (1801-1875) hi va introduir aquest model psiquiàtric.

Johann Caspar Lavater (1714-1801), pensador i teòleg suís, que tot i no ser metge es considera un dels precursors de la neuropsiquiatria, per obres com: "*Essai sur la*

physiognomonie destiné a faire connoître l'homme” i “*Physnognomische Fragments*” on relacionava el comportament humà amb les característiques del rostre.

Franz Anton Mesmer (1734-1815), metge alemany, creador de la Doctrina del Magnetisme Animal (“*Mesmerismus oder System der Wechsel-beziehungen. Theorie und Anwendungen des tierischen Magnetismus*”), teràpia que pretén la curació de l'individu mitjançant la mobilització d'un fluid universal, bé sigui a través d'imants o de les mans del terapeuta fent passes i massatges. Es considera la primera teràpia suggestiva.

Així mateix, altres aportacions molt més rigoroses sorgien en els darrers anys del s. XVIII i durant tot el s. XIX, moltes d'elles de caràcter molt més científic i que serien la base de la nova psiquiatria del s. XX.

Jean Martin Charcot (1825-1893), de qui en són famosos els estudis sobre la hipnosi.

François Magendi (1783-1855), famós per descriure la diferència entre les fibres nervioses sensibles i les motores. Entre les seves obres destaquen: “*Expériences sur les fonctions des racines des nerfs rachidiens*” i “*Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*”, on descriu la diferència entre les fibres nervioses sensibles i les motores.

Claude Bernard (1813-1878), fisiòleg francès, considerat el pare de la fisiologia moderna. La seva obra “*Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*” és considerada el primer tractat científic de fisiologia nerviosa.

Santiago Ramón i Cajal (1852-1934), premis Nobel de Medicina, per la descripció de la neurona com a unitat funcional bàsica del cervell.

Wilhelm Wundt (1832-1920), fisiòleg i filòsof que va crear el primer laboratori de psicologia l'any 1879.

Johann Christian Heinroth (1773-1843), psiquiatre alemany, primer a definir el concepte de trastorn psicossomàtic.

Karl Wernicke (1848-1905), neuròleg i psiquiatre alemany, primer fisiòleg que va intentar relacionar el dany estructural en determinades zones del cervell amb algunes patologies mentals. Famós per les seves aportacions sobre l'afàsia sensorial (impossibilitat per comprendre el significat del llenguatge parlat o escrit). Trobem avui en els manuals de psiquiatria un trastorn nomenat: “*Síndrome de Karl Wernicke*”, en honor als seus descobriments.

Daniel Hack Tuke (1827-1895) psicòleg i **John Charles Bucknill** (1817-1895) psiquiatre, ambdós anglesos, autors del primer tractat mèdic de psiquiatria.

Val a dir que els nous avenços en el camp de la malaltia mental també s'estenien als Estats Units, on molts científics advocaven noves teories. Tal és el cas de qui es considera pare de la psiquiatria als Estats Units:

Benjamin Rush (1745-1813), deixeble de William Cullen (1710-1790), apostava per una aproximació científica als trastorns psicològics. Personalitat molt influent a la seva època. Si bé és conegut per obres com "*Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*", per brindar teràpia ocupacional als pacients i prohibir les visites de curiosos que sovint visitaven els malalts mentals per entretenir-se, altrament destaca en la seva trajectòria mèdica per posar en pràctica vells tractaments tals com l'ús del flagell, sangries, amenaces, dutxes fredes i la teràpia de la "cadira tranquil·litzadora", en la qual es lligava al pacient i se li estrenyia el cap i les extremitats, amb la intenció de reduir el flux sanguini al cervell i així eliminar la causa que, suposadament, produïa el trastorn mental. Per Rush la malaltia mental podia ser causa d'una inflamació del cervell i pensava que en reduir el flux sanguini aconseguiria eradicar la patologia.

7. UNA ÈPOCA DE CANVIS A EUROPA: A CAVALL ENTRE ELS SEGLES XIX I XX

En aquest controvertit viatge cap a l'assentament de la psiquiatria, fet que no arriba fins ben entrat el s. XX, destacaré per damunt de tots a dos personatges, potser els més significatius:

Emile Kraepelin (1856-1926), psiquiatre alemany que va complementar l'enfocament anatomopatològic dels trastorns mentals, amb una visió descriptiva de la psicopatologia. Va acumular cents d'observacions clíniques, de forma descriptiva i sistemàtica. Va examinar els símptomes de milers de pacients hospitalitzats i d'innombrables històries clíniques, i va intentar organitzar-los mitjançant els sistemes de classificació de la botànica. Va jerarquitzar i classificar els símptomes i signes dels malalts amb dos criteris, considerats claus per al diagnòstic diferencial dels diferents trastorns mentals.

Criteri transversal: basat en el tipus de signes i símptomes

Criteri longitudinal: basat en el curs, pronòstic i edat de l'inici del trastorn.

La seva obra "*Compendium der Psychiatrie*" (1883), que compila les seves descobertes i conclusions, es convertiria anys després en un tractat de psiquiatria de referència a Europa. Kraepelin pensava que, en els trastorns mentals, l'herència era molt més determinant que els factors psíquics o ambientals, que segons ell tenien un paper secundari. L'aportació més coneguda té a veure amb el concepte, diagnòstic i classificació d'un trastorn que ell va anomenar "*dementia praecox*", una forma específica de demència entre els joves i que, segons pensava, es nodria de tres quadres clínics diferents: la catatonia, l'hebefrènia i una forma delirant que va qualificar de paranoide; tres quadres clínics que va agrupar sota el mateix epígraf de "processos degeneratius psíquics". Aquesta malaltia, la coneixem avui amb el nom d'"*Esquizofrènia*", nom que, en substitució del terme "*dementia praecox*" de Kraepelin, va aportar el psiquiatre Paul Eugene Bleuler (1857-1939).

Tot i que el seu punt de vista va ser objecte de serioses crítiques i modificacions durant la primera dècada del s. XX, el seu sistema de classificació es va imposar des del començament i ha perdurat fins a l'actualitat. Avui dia es troba en la base dels sistemes actuals de classificació dels trastorns mentals, tals com:

-Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals de la American Psychiatric Association (DSM).

-Classificació Internacional de Malalties de l'OMS (CIE).

Els avenços en la psiquiatria d'aquesta època, com he explicat, van ser tant en relació al concepte de la malaltia, com en la humanitat en la cura del malalt mental. Tanmateix, pel que respecta als tractaments, durant el segle XIX no es van produir canvis significatius sinó que es van mantenir els tractaments clàssics, si bé amb una aplicació potser més selectiva i racional. Els opiacis, els bromurs, el cloral, el paraldehid i l'estimulació amb electroteràpia van ser algunes de les tècniques més utilitzades. Val a dir que la sensibilitat vers la malaltia mental heretada de l'humanisme il·lustrat de França va influir significativament en l'administració de fàrmacs, que va passar a ocupar un paper més secundari per deixar pas a tècniques terapèutiques de tipus psicològic. Tal és l'exemple de l'ansietat i les neurosis, fins llavors tractades amb opi i des d'aleshores tractades amb tècniques de caràcter més psicològic. En aquesta línia, un personatge rellevant va ser **Sigmund Freud** (1849-1936), psiquiatre, fundador de la teràpia de la psicoanàlisi, encara vigent i utilitzada avui dia per molts professionals de la psiquiatria. Aquesta nova i

revolucionària tècnica es va popularitzar entre finals del s. XIX i la primera meitat del s. XX per al tractament genèric dels trastorns neuròtics: ansietat, depressió, fòbies i obsessions; endemés de tècnica complementària al tractament farmacològic de certes patologies psicòtiques com ara la paranoia o la mania.

Altrament, tant la situació quotidiana dels malalts mentals com els tractaments utilitzats en la majoria de manicomis seguien com abans. La psiquiatria hauria d'esperar fins a la segona meitat del s. XX, per palpar els avenços en el dia a dia del tractament de la malaltia mental.

També a Catalunya van arribar les noves teories de Pinel, (referent de Vanguardia del s. XX a tota Europa), concretament a la Universitat de Barcelona, de la mà de:

Joan Giné Partagas (1836-1903), psiquiatre director del manicomi "*Nova Betlem*" a Sant Gervasi, centre on desenvolupava la seva activitat científica, i on va crear la "*Càtedra lliure de frenopatia*", base de la primera escola psiquiàtrica de l'Estat Espanyol. La seva obra "*Tratado de freno-patología. Fundado en la clínica y en la fisiología de los centros nerviosos*" és la primera exposició espanyola sistemàtica en vers la matèria frenopàtica (frenopatia: part de la medicina que estudia els trastorns mentals) i reflecteix tot el que Giné havia assimilat de l'escola francesa de Pinel. Però la poca base teòrica i la falta de sistematització dels principis terapèutics de Giné, així com la situació política i econòmica a l'estat espanyol, van ser un obstacle per a la seva implantació.

Cal tenir en compte, però, que més enllà de l'exaltació dels ideals humans que havia suposat la revolució francesa (1789-1799), i el consegüent naixement de noves teories psiquiàtriques més humanitzades, hi va haver alguns condicionants posteriors que van contribuir a reviuere el menyspreu cap als malalts mentals, heretat de l'època de la il·lustració. Tal és el cas dels importants canvis socials i de mentalitat que van venir de la mà de la Revolució Industrial, cap a la segona meitat del s. XVIII. La nova mentalitat, tal com explicaré, va suposar un retrocés en la consideració i tracte del malalt mental.

De manera general, la Revolució Industrial va comportar un èxode massiu de gent del camp cap a les ciutats. Una massa creixent de població proletària, de molt baix estatus social i econòmic es va anar concentrant a les ciutats, a l'espera de poder aconseguir una feina en la creixent indústria i gaudir d'una vida millor. La realitat però era ben diferent. La majoria de vegades, els proletaris malvivien, en condicions pèssimes, sovint en la mendicitat i la pobresa, cosa que comportava una esperança de vida molt baixa. I els més

afortunats, treballaven jornades inacabables en les fàbriques, a canvi d'un sou ridícul. Aquesta circumstància, de degradació física i moral dels individus, els feia molt més vulnerables a la malaltia física i, òbviament, al desequilibri psíquic. Per contra, a l'altre extrem de l'ordre social, juntament amb l'escassa i poc hegemònica noblesa, creixia una nova classe social econòmicament aposentada que es regia per uns codis morals estrictes i valorava per damunt de tot la qualitat de vida, el benestar, la comoditat i el bon gust i, sobretot, el fet d'oferir una imatge distingida de si mateixa: la burgesia.

La influència d'aquesta nova classe social emergent va canviar moltes coses, sobretot a les ciutats. Els burgesos van edificar els seus luxosos habitatges en barris selectes, apartats de la pleballeja, i van patrocinar la construcció de grans obres públiques per millorar les ciutats. La nova classe social s'allunyava cada vegada més de la classe proletària, a la que considerava intrínsecament inferior i, per tant, menyspreable; i així mateix menyspreava al "boig". La humilitat de les societats anteriors res tenia a veure amb la nova classe social: moderna, ordenada, correcta, regida per les bones maneres i uns codis de conducta victorians. De manera que la irracionalitat, el mal comportament i la manca de pudor del boig ofenien la moral i atemptaven contra l'esperit burgès, per la qual cosa el nou estament reclamava la retirada dels carrers d'aquest tipus de malalts. Aquesta nova perspectiva va contribuir a perpetuar la visió negativa del dement, que va esdevenir un element discrepant i potencialment perillós, tant o més que el pobre o el delinqüent; endemés de justificar el tracte insensible cap a ell.

Al peculiar context social s'hi van sumar altres problemàtiques que no van afavorir la situació. D'una banda, tot i els nombrosos avenços científics i filantròpics, els psiquiatres desconeixien les veritables causes de la bogeria i, per tant, ignoraven la manera de tractar-la. Els avenços es limitaven a teoritzar les causes i requalificar al boig com a malalt mental. D'altra banda, la determinació d'apartar al boig de la classe punyent i mantenir-lo allunyat dels carrers incrementava la demanda de llocs on recloure els malalts mentals. Per a tal fi es van delimitar espais en les presons, on els malalts vivien separats dels delinqüents comuns; o en hospitals, on vivien separats de la resta de malalts. La bogeria esdevenia, com en èpoques passades, un mal incurable que buidava al malalt d'humanitat i l'emparentava amb les bèsties. I precisament perquè el "boig" no s'atenia a les normes, es mostrava impúdic i agitat, i la seva malaltia no tenia cura, calia tenir-lo ben controlat: sotmetent-lo a la força, atemorint-lo i castigant els seus plors, protestes i conductes

inacceptables. Així és que en els casos difícils quedaven justificats tota mena de procediments: aïllament en gàbies, flagells, reclusió en cel·les, grillons i camises de força, dejunis, banys d'aigua gelada, xoc d'insulina o elèctrics, sedació sistemàtica mitjançant fàrmacs tranquil·litzants i, més endavant, cirurgia: aquest darrer apartat inclou les famoses lobotomies cerebrals. Aquesta era la crua realitat.

A Europa, la psiquiatria va haver d'esperar fins cap a mitjans del s. XIX, perquè el precedent de Pinel, a París, comencés a expandir-se per algunes capitals. A poc a poc el boig deixaria de ser un ser deshumanitzat i incurable, i esdevindria un ser humà malalt i necessitat d'ajuda. El nou punt de vista va limitar el tracte cruel i les restriccions físiques cap al malalt, i se li van anar millorant les condicions de vida. Així doncs l'Hospital Psiquiàtric o manicomi deixaria de ser una presó i esdevindria una residència per a malalts mentals, sense reixes ni gàbies. Aquells grans edificis que en altra època estaven a rebllir de malalts, lentament es convertirien en centres més petits, dotats de personal que coneixia als pacients i on s'oferia als interns alguna mena d'ocupació (habitualment tasques agràries).

En aquests centres, pioners en l'ús de la farmacologia, els psiquiatres van dur a terme assajos successius de medicaments, derivats dels continus avenços en aquest camp. Amb l'objectiu de tractar o prevenir els efectes més indesitjables derivats dels trastorns mentals, es van utilitzar tècniques de sedació (per als pacients més agitats, perillosos o aquells afligits per qualsevol sofriment major). En primer lloc es va utilitzar la morfina, psicofàrmac que es va començar a utilitzar l'any 1860 i que servia per a controlar ràpidament l'agitació i la agressió cap al personal, per part dels malalts. En segon lloc el bromur de potassi que contribuïa a la disminució de les crisis en el cas de les epilèpsies histèriques, i l'hidrat de cloral, primer fàrmac hipnòtic que va arribar el 1869 i va obrir una important via en la investigació, que conduiria cap a la síntesi dels barbitúrics (fàrmacs derivats de l'àcid barbitúric que actuen com a sedants del sistema nerviós central. Els possibles efectes van des de la sedació suau fins a l'anestèsia total. També són efectius com ansiolítics, hipnòtics i anticonvulsius), encara utilitzats avui dia. La combinació d'aquests tres fàrmacs va contribuir de manera molt efectiva a la sedació dels pacients, tant diürna com nocturns i va reemplaçar les tècniques físiques emprades fins llavors (cadenaes, camises de força, grillons...)

Paral·lelament, les universitats van començar a ensenyar psiquiatria, com a una branca de la medicina especialitzada en els trastorns mentals. I a tot Europa els parlaments van començar a promulgar lleis per a regular la situació dels malalts mentals en les institucions d'acollida. La reforma havia començat.

La situació de la psiquiatria a l'Estat Espanyol.

Malgrat els avenços a tot el continent, Espanya, per raons i condicionants polítics i econòmics que explicaré, va quedar al marge de la reforma, de manera que la situació dels nostres bojos va quedar ancorada en el vell clixé i no va millorar gaire.

Durant el regnat de Carles IV (1788-1808), l'any 1798, va tenir lloc a Espanya l'anomenada "*Desamortización de Godoy*", inici d'un procés històric (amb antecedents en el regnat de Carles III), que no va finalitzar fins a l'any 1924, conegut com a "*Desamortización de los bienes de la Iglesia*". En aquest procés els béns, tant de l'Església Catòlica com d'altres organitzacions religioses, van ser forçosament expropiats i subhastats. L'Església Catòlica, que tradicionalment havia desenvolupat una important activitat benèfica en vers els col·lectius més improductius (entre ells els bojos), va veure minvada la seva capacitat econòmica i en conseqüència va haver de reduir l'ajut als malalts mentals. En conseqüència l'Estat Espanyol va esdevenir l'únic responsable a l'hora de buscar noves fórmules que aportessin solucions a aquesta demanda social. Per això el govern espanyol va projectar la creació d'una "*Red de Manicomios*" públics on tancar els bojos. I no amb la intenció de curar-los o tractar-los-hi els seus mals, sinó amb la finalitat de protegir a la resta de la població, sana, i evitar les molèsties que el comportament dels malalts mentals pogués ocasionar en els carrers. Tot d'acord als dictats de benestar de la nova moral burgesa.

La penúria endèmica de les arques de l'Estat Espanyol, va comportar que aquest darrer no pogués assolir les necessitats que s'havia imposat i, en conseqüència, derivés a les "*Diputaciones Provinciales*" l'assistència dels malalts mentals pobres de les respectives províncies. Així, l'any 1820 es va promulgar a Espanya la "*Ley de Beneficencia*" tot i que no es va posar en pràctica fins a l'any 1885. Malgrat la legislació vigent, les Diputacions no tenien mitjans econòmics suficients per afrontar la despesa derivada d'aquesta nova imposició de l'Estat, ni per fer front a aquesta demanda social que creixia, cada dia més,

per culpa de l'augment de població a les ciutats, de manera que la situació dels malalts mentals va empitjorar considerablement.

A quasi tot l'Estat Espanyol, els alienats vagarejaven ociosos en sales atestades i en els patis d'esbarjo de manicomis i hospitals psiquiàtrics. Sobrevivien en condicions pèssimes d'higiene i alimentació, de vegades tancats en cel·les immundes, lligats amb grillons i, fins i tot, fuetejats, si els cuidadors ho creien necessari.

Catalunya, per contra, d'acord a les noves tendències avantguardistes arreu d'Europa i gràcies a la proximitat geogràfica amb França, va fomentar la iniciativa privada, ja que la nefasta situació econòmica de l'Estat Espanyol impedia el compliment dels acords econòmics que havien de compensar la nova despesa imposada (tenir cura tant de les instal·lacions com dels malalts mentals). Aviat es van fundar residències per a malalts mentals. Catalunya es va posar al corrent de les noves tendències, ja que la censura, conseqüència de la guerra amb França: "*Guerra de la Independència Espanyola*" 1808-1814), havia prohibit l'obra de Pinel, que no va arribar a Espanya fins a mitjans del s. XIX. Els psiquiatres catalans van ser els primers a defensar el canvi de punt de vista en la visió del boig i de la malaltia mental, i en començar a veure al boig com a un ser humà malalt, mereixedor de respecte i d'atencions especials. Van considerar els factors psíquics com a possibles causes de l'inici, curs i pronòstic d'alguns trastorns mentals, més enllà de la seva base orgànica. En el tractament dels malalts van tantejar la utilitat de nous fàrmacs pels pacients més greus, i de tractaments psíquics pels malalts més lleus. Pel dia a dia dels malalts recomanaven certes activitats i treballs (labor-teràpia de Pinel), a fi d'ocupar al pacient i alliberar-lo de pors i disgustos. Van ser els pioners a l'Estat Espanyol en entendre la bogeria no com un mal incurable i una càrrega social sinó com una alteració que podia i calia tractar; i al boig com una persona malalta que calia rehabilitar en la mesura que es pogués.

Malauradament, malgrat l'entusiasme dels psiquiatres, el costum i el mal estat dels centres públics dificultava la posada en pràctica de les noves idees i projectes. Els recursos econòmics públics no permetien costejar la construcció de nous centres per a malalts mentals i, els que ja existien, estaven totalment desbordats, amb centenars d'interns i molt poc personal per atendre'ls adequadament; de vegades un únic psiquiatre es feia càrrec de tot un manicomi.

De la mà de la iniciativa privada es van crear residències i hospitals per a malalts mentals, llocs de referència on posar en pràctica les noves tendències i avenços de la psiquiatria moderna. Però aquests centres, pel seu caràcter privat, anaven destinats només a malalts procedents de l'acabalada burgesia i no a la gent sense recursos. Un exemple és el Manicomi de Reus, construït, a finals del s. XIX, per l'arquitecte Lluís Domènech i Muntaner amb els criteris assistencials més avançats d'Europa, iniciativa del Dr. Emili Briansó i altres promotors de Reus que van aportar el capital necessari per a la seva construcció.

La manca de mitjans econòmics evidenciava les carències dels serveis públics necessaris i adequats per afrontar aquestes necessitats tan evidents. Va ser per aquest motiu que l'any 1875 es va aprovar un decret mitjançant el qual els manicomis privats estaven obligats a auxiliar l'assistència pública, i aquesta estipulava una mena de pagament concertat a través de les Juntes Provincials (Diputacions) i Municipals. Malgrat els esforços, la falta de mitjans per afrontar el concert i la poca disposició de la burgesia benestant a l'hora de compartir els mateixos espais i recursos mèdics finançats amb els seus diners amb els pacients d'estrats socials més baixos, van conduir a la decadència de molts d'aquests centres.

També hem de tenir present que a aquesta problemàtica social i econòmica s'hi va afegir la poca efectivitat dels nous tractaments. Els nous fàrmacs descoberts i les noves teràpies proposades per la moderna psiquiatria no sempre aconseguien els resultats esperats, ja que en la majoria de casos s'aplicaven a malalts deteriorats per molts anys de malaltia i penúria. En suma, els psiquiatres dels asils i hospitals psiquiàtrics acabaven medicant als pacients amb la sola intenció de tenir-los sedats i poder així mantenir cert ordre dins els centres que continuaven atestats de malalts i sense en prou feines personal per atendre'ls. A causa de la manca de remeis eficaços contra els trastorns mentals, els cuidadors van seguir imposant els vells procediments: fuetades, grillons, cadenes i gàbies d'aïllament.... I lluny dels avenços Europeus, a Espanya, la reforma de Pinel no va progressar com hauria calgut.

8. EL DESENVOLUPAMENT DE LA PSIQUIATRIA DURANT EL S. XX

Les aportacions de Kraepelin i Pinel van suposar les bases del nou enfocament de la bogeria, que es desenvoluparia durant el s. XX. Les seves teories es centraven en l'observació de les manifestacions del trastorn i en l'elaboració de millors criteris diagnòstics, i deixaven de banda l'especulació sobre les suposades causes anatòmiques de la bogeria (lesions en el cervell). La bogeria va deixar de veure's com un mal incurable que deshumanitzava al malalt i va esdevenir una malaltia que podia ser tractada. El malalt mental, tot i tenir dificultats, mereixia el tractament i les atencions apropiades que poguessin millorar el seu estat i garantir-li la dignitat pròpia d'un ser humà.

Amb aquestes premisses va començar la humanització de la bogeria i del "boig", tot i que faria falta més d'un segle per instaurar definitivament els canvis. Els avenços durant el s. XX van ser tan nombrosos que, explicar-los, m'apartaria de l'objectiu. Per això només faré esmena als que he considerat més rellevants, aquells que van contribuir, indiscutiblement, a canviar la visió que la societat tenia dels malalts mentals i van proposar tractaments per millorar la seva condició.

La consolidació de la psicoteràpia

Si analitzem la història de la psiquiatria, ens adonem que la malaltia mental sempre es va ubicar dins l'àmbit de la medicina. Per això els psiquiatres de segles anteriors acostumaven a vincular-la a suposades lesions del cervell i deixaven de banda els factors subjectius (passions, emocions, influència negativa de l'ambient, experiències traumàtiques, criança...), per així evitar visions místiques que la desprestigiessin. Tot i que sempre van ser conscients del paper d'aquests factors en l'origen de molts problemes de l'home, van ser els filòsofs els qui durant molts anys es van fer càrrec d'aquests tipus d'estudis. Però entre finals del s. XIX i començaments del s. XX va néixer **la psicologia**, com una branca independent dins la ciència, centrada en l'estudi de la ment i la conducta, i totalment desvinculada de la filosofia. Des d'aquest moment es van començar a tenir en compte, endemés dels aspectes orgànics de la malaltia, els aspectes psicològics dels comportaments humans, cosa que va unir en una sola ciència la neurologia, fisiologia, biologia, evolucionisme i psicologia. Metges i fisiòlegs van començar a estudiar les lleis generals de la ment i la conducta, així com les relacions entre ment i cos, i entre ment i entorn. Aquests tipus d'estudis van donar lloc a diversos models teòrics

i propostes de tractament vers els trastorns mentals. De totes elles, n'hi ha dues que considero les més rellevants: la psicoanàlisi i el conductisme.

La psicoanàlisi es fixa en el paper determinant dels factors biogràfics i subjectius personals, sobretot els elements inconscients tals com traumes, passions, desitjos i/o impulsos reprimits que defineixen la psicopatologia del pacient, deixant de banda els aspectes més orgànics que puguin ocasionar el trastorn. Aquest model ofereix l'explicació a l'origen de la malaltia mental (neurosi), així com un mètode estructurat per al seu tractament. Aquesta teràpia es va estrenar a finals del s. XIX i durant la primera meitat del s. XX es va imposar a l'hora de tractar les neurosis, ja que la tècnica emprada suposava una autèntica revolució: la curació mitjançant la paraula; una teràpia sense efectes secundaris, ni cap mena de patiment físic que denigrés al pacient. La psicoanàlisi va sorgir d'un mètode terapèutic per a determinades malalties nervioses, elaborat pel neuròleg Sigmund Freud (1856-1939), considerat el pare de la psicoanàlisi, i de qui hem parlat en el capítol anterior, juntament amb Joseph Breuer (1842-1925), metge, fisiòleg i psicòleg. Però la manca d'un mètode rigorós a l'hora d'establir la suposada relació entre el conflicte intern i la neurosi; la dificultat per conèixer el desenvolupament psicològic del pacient (principalment femení) al llarg de la seva infantesa i la poca base científica que se li atribuïa la van conduir, en poques dècades, a la decadència, tot i que avui dia encara hi ha qui la fa servir. Val a dir que la psicoanàlisi no es va estendre per igual entre totes les classes socials a causa de l'elevat cost econòmic que suposava (un elevat nombre de sessions individuals a la consulta privada del psiquiatre), i que òbviament no estava a l'abast de qualsevol. Tampoc, tot i el benefici aconseguit en pacients amb trastorns d'origen no orgànic ni físic, el coneixement del suposat origen del trastorn i l'ús de la paraula no eren suficients, tal com saben avui els psiquiatres, per a tractar certes patologies d'aquesta mena.

El conductisme es centra en el paper determinant de l'aprenentatge, bé sigui en el desenvolupament de la conducta normal o en el de la conducta considerada patològica. Resta importància als factors subjectius (fenòmens psíquics interns), ja que considera que com que no són observables des de l'exterior no es poden estudiar, i accentua el paper dels successos externs, tant a l'hora de buscar l'origen del trastorn mental com en el seu tractament. El conductisme considera que a cada estímul extern li segueix una resposta per part de l'individu; alhora, aquesta resposta és conseqüència de la interacció de

l'individu que rep l'estímul, amb el medi ambient que l'envolta. Per això aquesta proposta considera el trastorn mental com una conducta desadaptada, resultat d'alguns aprenentatges erronis. El centre d'atenció de la psicopatologia conductista són els determinants externs de la conducta, és a dir: l'ambient.

Durant la primera meitat del s. XX, destaquen psicòlegs com **Edward Lee Thorndike** (1874-1949), **Ívan Pávlov** (1849-1936), **John B. Watson** (1878-1958) y **B. F. Skinner** (1904-1990) pioners de la psicologia conductista. Va ser a partir dels seus estudis que es van anar identificant les lleis i principis de l'aprenentatge per condicionament (estímuls i reaccions), que finalment van donar lloc a l'escola de Teràpia i Modificació de la Conducta.

Cap als anys 60 es va consolidar aquesta teràpia i, les tècniques de Teràpia i Modificació de la Conducta es van convertir en el procediment principal o complementari en el tractament de gran diversitat de trastorns mentals. Per exemple, en el cas de pacients esquizofrènics, es va utilitzar com a complement de la teràpia amb psicofàrmacs. Va contribuir a la rehabilitació, fins i tot integral, del malalt, a força de reduir la duració dels períodes d'internament, millorar el control de certs símptomes, promoure el seguiment del tractament farmacològic, millorar el deteriorament emocional i intel·lectual causats per la malaltia i entrenar habilitats específiques, tant personals com socials, necessàries per a la reinserció del pacient en la comunitat.

Malgrat tot ni la psicoanàlisi ni el conductisme van suposar un mètode terapèutic suficient per tractar aquells trastorns que tradicionalment s'han vinculat a la bogeria. Fins al descobriment dels psicofàrmacs, durant la segona meitat del s. XX, no hi va haver remeis que permetessin posar fi ni a l'internament en manicomis dels malalts mentals, ni a la pràctica de tractaments que debilitaven al pacient amb la finalitat d'evitar molèsties als cuidadors i altres interns.

Els psicofàrmacs: una revolució en el tractament de la bogeria.

En el transcurs del s. XX es van utilitzar molts fàrmacs per buscar solucions al trastorn mental: tant per a les causes com per a les conseqüències. Malgrat les bones intencions a l'hora d'administrar substàncies que milloressin l'estat del pacient, els primers tractaments biològics ideats van suposaven greus perjudicis als malalts, per culpa dels perillosos efectes secundaris i la molt reduïda o nul·la eficàcia. N'hi va haver molts i de molt variats, mostra dels quals sintetitzo seguidament.

L'any 1801 Pinel, de qui ja he parlat anteriorment, en el seu tractat sobre la mania, deia:

“Només combinant la quina amb l'opi es pot curar la malenconia, i si el pacient és propens al suïcidi, els antiespasmòdics, almesc, la càmfora, l'aigua freda per sorpresa, l'aigua calenta, manxiules, la moxa, les sangries copioses i els purgants són el més indicat”.

“S'ha de tenir molta cura amb la hidratació i l'alimentació. Amb tot i això serà necessari durant molt de temps l'ús de la camisa de força, ja que, de vegades, les manies furioses no es poden contenir de cap més manera”.

F. Robertson el 1922, va apostar per una causa infecciosa de la psicosi, per la qual cosa entre l'esquizofrènia i algunes patologies articulars, per la qual cosa recomanava l'ús de remeis antiinflamatoris per tractar la psicosi.

John Shaw Billings, l'any 1922, qui va dur a terme una hipòtesi basada en un estat d'acidosi en els pacients psicòtics, en detectar cossos cetònics a l'orina dels pacients. En conseqüència va proposar l'alcalinització de l'organisme com a mesura terapèutica.

Gabriel Langfeldt, psiquiatre noruec, el 1927, va constatar un descens del metabolisme basal en malalts psicòtics, per la qual cosa suggeria l'aplicació de corrents diatèrmics i altres procediments per induir calor i augmentar el metabolisme.

Alguns científics van vincular altres alteracions glandulars amb les psicosis, fet que justificava alguns tractaments basats en l'administració de preparats de glàndula tiroides, de glàndula genital, d'extractes hepàtics o preparats d'altres glàndules, segons el tipus de bogeria. Per exemple, els preparats a base de glàndules paratiroides s'empraven en el tractament dels símptomes catatònics de l'esquizofrènia, ja que es relacionava aquests símptomes amb una funció deficitària d'aquesta glàndula juntament amb una disminució de calci en sang.

Ladislav J. Meduna, el 1924, psiquiatre i neuropatòleg hongarès, va determinar que l'epilèpsia (malaltia del sistema nerviós que provoca al malalt crisis amb convulsions violentes) i l'esquizofrènia eren trastorns incompatibles, en observar antagonismes entre les preparacions de teixit cerebral d'epilèptics i d'esquizofrènics, cosa que justificava la teràpia convulsiva en el tractament de l'esquizofrènia: provocar convulsions al malalt esquizofrènic contribuïa a la millora dels símptomes de la malaltia mental que patia.

Muller, l'any 1930, en aquesta mateixa línia d'estudi, va esmentar la curació de dos esquizofrènics després de patir una crisi convulsiva.

Manfred Sakel, neurofisiòleg i psiquiatre austríac, el 1935, va utilitzar *insulina* pel tractament de la síndrome d'abstinència a la morfina; va comprovar que si la dosi d'insulina administrada era prou alta com per a produir-li una hipoglucèmia intensa al malalt, paral·lelament es produïa una millora en l'estat psíquic del pacient. Arran d'aquesta troballa el coma per insulina es va proposar com a teràpia de xoc en el tractament de l'esquizofrènia.

Egas Moniz, el 1936, primer president de la *Sociedad Española de Neurocirugia*, va utilitzar la lobotomia dels lòbuls pre frontals com a tractament de certes psicosis. Aquesta tècnica consistia a seccionar un tros de cervell (escorça prefrontal o altres àrees del lòbul temporal) a fi de desactivar certes conductes. Per aquestes tècniques, l'any 1949 Moniz va rebre el Premi Nobel de Medicina, però la lobotomia es va il·legalitzar l'any 1967.

Cerletti i Bini neuròlegs italians, el 1938, van descobrir l'electroxoc o teràpia electroconvulsiva com a tractament per a estats aguts de l'esquizofrènia, tot i que ràpidament es va posar en pràctica en els pacients amb depressió greu.

La poca eficàcia d'aquests procediments va provocar la seva retirada progressiva i la posterior substitució pels nous psicofàrmacs que es van descobrir a partir dels anys 50. Aquests darrers sí que van ser molt efectius pel tractament de diversos símptomes de la bogeria, ja que van aconseguir un avenç molt significatiu en la qualitat de vida del malalt mental i en la seva adaptació a la societat, per la qual cosa faré un resum dels principals.

Neurolèptics: coneguts com a "antipsicòtics". Indicats en el tractament de símptomes psicòtics tals com al·lucinacions i deliris. Van suposar un gran avenç en el tractament de l'esquizofrènia, perquè van reduir considerablement els ingressos hospitalaris. Exemples són la Clorpromazina i l'Haloperidol.

Antidepressius: el seu descobriment va suposar un avenç històric en el tractament dels trastorns afectius. Aquests fàrmacs actuaven sobre els mecanismes que regulen els estats d'ànim (neurotransmissors com la Dopamina, Serotonina...) la qual cosa permetia tractar certs trastorns afectius. Malgrat la seva eficàcia, resultaven poc específics i causaven molts i dolents efectes secundaris. Fins a la dècada dels 70 no es van sintetitzar noves substàncies, nomenades: antidepressius de segona generació, que resultaven igual d'eficaços i amb molts menys efectes secundaris.

Sals de Liti com a reguladores de l'humor: s'utilitzaven com estabilitzadors de l'estat d'ànim del pacient. Es van descobrir l'any 1949 i va ser a partir dels anys 60 i 70 quan es

van popularitzar com a remei pel conegut trastorn afectiu bipolar (o psicosi maniacodepressiva). Si bé el Liti ja s'utilitzava des de mitjans del s. XIX, per a tractar patologies com el càncer, la gota o l'epilèpsia, va ser arran dels experiments del psiquiatre **John F. Cade** que es va provar la seva eficàcia en el tractament de la mania, així com en els estats d'agitació dels esquizofrènics.

Mogens Schou van popularitzar la utilització del carbonat de liti no només com a tractament de la patologia sinó també com a prevenció.

Ansiolítics: Fins a 1950 els barbitúrics van ser els fàrmacs sedants més utilitzats. Però l'estret marge entre la dosi terapèutica i la letal juntament amb l'abús que en feia la gent van promoure més estudis, a la recerca d'altres compostos amb propietats ansiolítiques. Es van descobrir les benzodiazepines, més segures en cas de sobredosi i amb menor potencial de dependència, cosa que va suposar el total relleu dels barbitúrics com a medicaments ansiolítics, tranquil·litzants i hipnòtics.

El descobriment i la popularització d'aquests nous psicofàrmacs va suposar una autèntica revolució en l'àmbit de la psiquiatria de tots els temps. Diverses raons en justifiquen el sobrenom de "Revolució dels psicofàrmacs":

- Eren eficaços en el tractament de trastorns mentals fins aleshores incurables.
- Eren econòmics, per la qual cosa estaven a l'abast de qualsevol pacient.
- El fet de ser efectius i estar a l'abast de tothom va significar la reducció del nombre d'ingressos en hospitals; la seva administració escurçava l'estada en hospital. Així, molts pacients que s'haurien passat la vida reclosos en centres especials, sense expectatives de curació i allunyats de les seves famílies, ara podien ser tractats a casa seva.
- La millora del trastorn principal del pacient que suposava la nova medicació, feia possible l'ús de la psicoteràpia per al tractament d'alguns trastorns secundaris.

La nova psiquiatria ja no esdevenia dogmàtica i curta de mires tal com ho havia sigut en èpoques passades. L'ús dels nous psicofàrmacs no exclouïa l'ús de tècniques de psicoteràpia i això repercutia en la millora de la qualitat de vida del pacient i en la seva reinserció social tant a la vida familiar com laboral i social. Aquesta combinació de tècniques biològiques i psicològiques va arribar al seu millor moment durant la dècada dels 80 amb el nomenat "*enfocament bio psicossocial dels trastorns mentals*", caracteritzat pel tractament multidisciplinari d'aquells trastorns tradicionalment vinculats al concepte de

bogeria, tals com esquizofrènia, mania, trastorn bipolar, depressió major i d'altres manifestacions psicòtiques.

Entretant, durant els anys 60, va sorgir un moviment o corrent molt més sòlid anomenat *antipsiquiatria* per reivindicar els drets dels malalts i promoure la transformació del model tradicional d'atenció psiquiàtrica. L'antipsiquiatria va voler reconvertir l'hospital psiquiàtric i tractar a les persones amb trastorn mental en el seu lloc: al seu barri, a casa seva... Aquest corrent va néixer l'any 1967 a Anglaterra de la mà del psiquiatre sud-africà **David Cooper** qui desafiava les teories i pràctiques de la psiquiatria convencional en obres com "*Psychiatry and Anti-Psychiatry*". Altres icones, no menys importants, d'aquest corrent van sorgir a tot arreu. Psiquiatres com **Ronald Laing** a Escòcia coautor juntament amb Cooper de l'obra "*Reason and Violence*", **Tomas Szasz** als Estats Units, **Franco Basaglia** i **Giorgio Antonucci** a Itàlia, entre d'altres.

Els continguts de les seves propostes, salvaguardant algunes diferències, plantejaven el fet que la psiquiatria oficial s'havia convertit en un instrument al servei de la ideologia conservadora de la classe dominant (la burgesia capitalista), encarregada d'identificar i aïllar a certs elements considerats disruptius, ja que el seu comportament s'allunyava dels estàndards acceptables. Denunciaven que la tasca de la psiquiatria consistia en identificar aquests elements i posar-los-hi l'etiqueta de "malalts mentals", fet que permetia tractar-los, fins i tot en contra de la seva voluntat, amb tots els mitjans disponibles, separant-los de la societat i privant-los en aquest acte dels seus drets i les seves llibertats. Donat que eren considerats perillosos, o que podien arribar a ser-ho, els bojos podien ser tancats en manicomis i sotmesos al tractament que es considerés oportú. La bogeria, entesa com un "*desordre interior*" de qui la patia ("el boig"), podia causar un desordre exterior (a la família, treball i societat), cosa que justificava i qualificava al psiquiatre per a corregir el problema i poder restablir *l'ordre natural* de les coses a fi de protegir la societat. Aquest moviment reivindicatiu no només va qüestionar la funció social (no mèdica) de la psiquiatria oficial, també va posar en dubte tot el conjunt d'idees establertes i de pràctiques instaurades que ningú fins aleshores havia qüestionat. Des de la "*medicalització*" de la bogeria fins a l'obligació d'internar al "boig", aïllar-lo per tractar-lo amb mètodes més que qüestionables i privar-lo dels seus drets i de les seves llibertats fonamentals com a ciutadà. Aquestes reivindicacions obrien la porta a altres professionals, com ara psicòlegs, i assistents socials que podrien col·laborar en

l'avaluació i tractament del malalt, així com a l'hora de fer servir mètodes més respectuosos (fàrmacs més suaus, suport psicoterapèutic, tant al malalt com a les famílies). També obrien la porta a la necessitat d'alliberar al boig de la reclusió en els hospitals psiquiàtrics i, en el seu lloc, crear un nou marc institucional que permetés tractar-lo sense necessitat de separar-lo del seu entorn.

En conseqüència, els criteris a l'hora d'ingressar una persona en un manicomi es van anar fent més restrictius. A poc a poc els centres van deixar d'admetre a les persones que no patien un trastorn psiquiàtric (indigents, sense sostre, persones grans sense mitjans, alcohòlics, vagabunds, orfes) i als malalts que tot i patir-lo presentaven un grau baix de perillositat i/o gravetat o, simplement, no estaven en una fase activa del seu trastorn. Des d'aquest moment només restarien internats els malalts mentals en fase activa, fet que podem considerar com el primer pas cap a la *“desinstitucionalització de la malaltia mental”*. Aquest procés va permetre oferir un model d'atenció més digne i humanitzat cap al malalt, basat en el tractament ambulatori que permetia mantenir al pacient vinculat amb el seu mitjà social, amb tots els beneficis que li suposava tant a escala personal com en la seva qualitat de vida. Els ingressos hospitalaris serien per estades curtes, només quan fos estrictament necessari. Tot i haver fet el primer pas, la desinstitucionalització de la bogeria va ser un camí molt llarg i dificultós, de la mateixa manera que el transit de “boig” a malalt mental, ho havia sigut des del començament. A l'Estat Espanyol però, la reforma de la psiquiatria no va arribar durant els anys 60, com a la resta d'Europa. De fet no va ser fins els anys 80 quan es va incorporar aquesta nova opció de la psiquiatria comunitària. Més tard, l'any 1985, es va crear l' *“Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica (del Ministerio de Sanidad y Consumo)”*, que delimitava els principis generals, recomanacions i directrius a seguir per a la implantació d'un nou model d'atenció al malalt psiquiàtric, amb la creació de la *“Red de Centros Asistenciales de Salud Mental del Estado”*, que pocs anys més tard transferiria la seva gestió a les diferents Comunitats Autònomes.

Finalment, els “bojos” deixarien enrere el sofriment i la desesperança que tan tristament havia caracteritzat a la bogeria dels segles anteriors, i avançarien cap nous horitzons on podrien tornar a ser persones, a reincorporar-se a la societat i a ser respectats malgrat la seva peculiar malaltia.

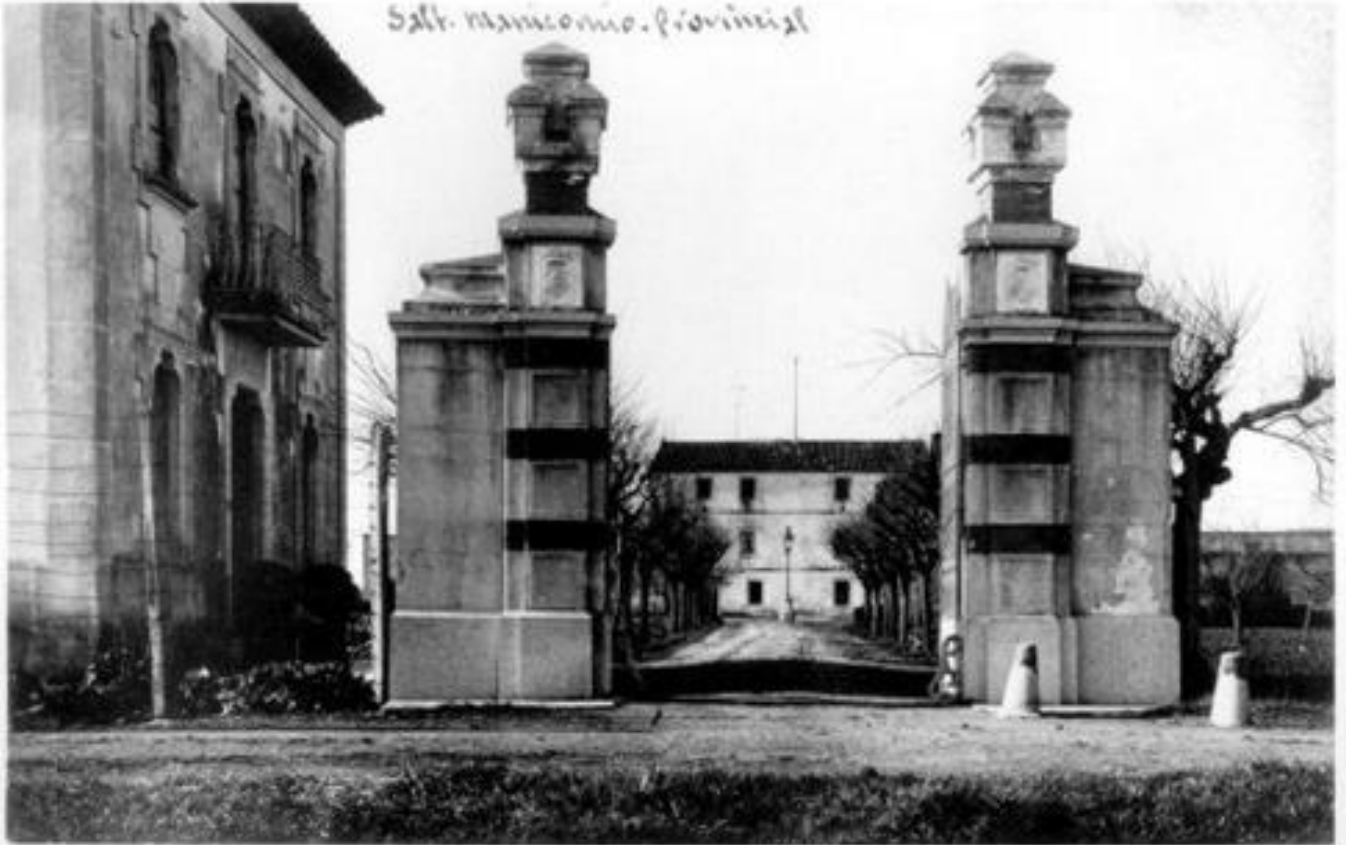
SEGONA PART

EL PSIQUIÀTRIC DE SALT:

ESTUDI DEL MALALT MENTAL DES DELS SEUS

ORÍGENS FINS ALS ANYS 60

Salv. manicomio. provincial



DIRECTORS DEL CENTRE (1906-2017)

- 1906-1910: **Dr. Dídac Ruíz i Rodríguez**
- 1910-1916: **Dr. Joan Alsina i Melis**
- 1916-1924: **Dr. Salvador Vives i Casajuana**
- 1924-1947: **Dr. Joaquim Castany i Bernat** (absent per problemes de Salut des del 1942)
- 1942-1947: **Dr. Manuel Alegre i Paráiso** (Director en funcions)
- 1947-1957: **Dr. Ramón Sambola i Casanovas**
- 1957-1974: **Dr. Josep María Pigem i Serra**
- 1974-1980: **Dr. Ramón Noguera i Hosta**
- 1980-1981: **Dr. Andrés Benítez / Dr. Joan Torres / Dra. Glòria Hortal** (terna de directors)
- 1981-1984: **Dr. Joaquim Alfons Muñoz i Creus**
- 1994-1994: **Dr. Josep Torrell i Llauradó**
- 1994-2003: **Dr. Xavier Bouzas**
- 2003- -- : **Dr. Claudi Camps** (Director assistencial de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona i Comarques)

1. Els orígens.

L'església catòlica, d'acord a la caritat cristiana que representa, va ser tradicionalment l'encarregada de donar asil i atendre a malalts, invàlids, bojos i tot tipus de marginats socials. Però cap a mitjans del s. XIX, el naixement dels nous estats moderns, els canvis socials i les noves necessitats sorgides amb la revolució industrial van fer que els governs comencessin a ocupar-se de la beneficència pública. Així és que l'any 1822 l'estat espanyol va promulgar la primera "*Ley de Beneficencia*", una llei bàsica d'ordenament dels centres que acollien desvalguts: "*Casas de Locos*". Aquesta llei establí la separació dels malalts mentals en els centres públics: per sexe i diagnòstic; les funcions del metge; fomentava el treball dels interns i entre altres coses prohibia el tracte inhumà. Anys més tard, l'any 1849 d'acord a la nova "*Ley de Beneficencia*" que promulga el govern espanyol, es va decretar la construcció de sis manicomis generals estatals, malgrat que el mal estat constant de les arques públiques espanyoles va impedir aquesta iniciativa i només es va construir un centre al poble de Leganés, prop de Madrid. Davant la impossibilitat econòmica del govern a l'hora d'assumir les despeses derivades de tal decret, va decidir delegar provisionalment a las "*Diputaciones Provinciales*" l'atenció dels alienats pobres dels respectius territoris. Dues dècades més tard, el 1870, les "*Diputaciones*" es van fer càrrec dels alienats pobres de manera definitiva i permanent.

Els malalts de la província de Girona, en aquella època, eren traslladats a una ala especial per a dementats situada en l'antic Hospital de Santa Caterina al centre de Girona, on quedaven ingressats en observació durant un període de temps i després eren o bé donats d'alta o bé transferits a l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona. Però el nombre d'alienats a la província de Girona augmentava dia a dia i les condicions de vida dels malalts dins l'Hospital de Santa Caterina empitjoraven cada vegada més. Calien noves instal·lacions i la Diputació de Girona es va plantejar la construcció d'un centre especial per a dementats. Però la manca de diners feia impossible comprar terrenys a dins de Girona i construir, de cap i de nou, un centre específic que albergués aquesta mena de malalts. Aleshores va sorgir la idea de buscar alguna finca als voltants de la ciutat que es pogués adaptar amb un pressupost reduït. L'any 1886 la Diputació es va decidir pel Mas Cardell, una masia envoltada de terres de conreu situada a la població de Salt. Així naixia el primer Manicomi Públic de Catalunya: el Manicomi de Salt.

.RECERCA A L'ARXIU DE LA DIPUTACIÓ: De Santa Caterina al Mas Cardell.

D'acord a l'estudi efectuat als expedients d'ingrés des de l'any 1866 fins al 1906 he arribat a les conclusions que detallo tot seguit i que documento: tant a través d'expedients representatius de cadascun dels blocs que suggereixo, com de les gràfiques que dels càlculs estadístics se n'han després.

Nombre d'expedients consultats: 68 (adults 58; menors: 10)

Homes: 38

Dones: 30

PRINCIPALS SINGULARITATS OBSERVADES DURANT AQUEST PERÍODE, D'ACORD A L'ESTUDI DE LA MOSTRA CORRESPONENT.

-La "ninfomania" apareix reiteradament en els expedients com un dels elements importants a l'hora de determinar l'ingrés d'una dona; cosa que no és observada en els expedients dels homes. Aquest fet demostra que l'expressivitat sexual no era considerada patològica en el cas d'aquests últims.

JPV - Dona - 23 anys - Cassà de la Selva - 1870

"Predisposición ninfomaniaca. Alucinaciones. Divagación. Podría ser susceptible de abusos por parte de personas malintencionadas que se aprovechasen de su condición."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de la família.

ABE - Dona - 18 anys - Cadaqués - 1878

"Notable perturbación mental y tenencia a la ninfomanía."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de la mare.

-Les alteracions de conducta derivades d'una patologia mèdica general (infecció...) són enteses com a motiu suficient per a l'ingrés.

RVC - Dona - anys - Llampaies - 1899

"Enajenación mental aguda, que en momentos de arretrato la hace peligrosa para sus hijos y asistentes. Posiblemente causado por flema en la rodilla izquierda."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del germà.

-Sorprenentment freqüent és el diagnòstic de "monomania", acompanyat o no d'altres símptomes; un terme que avui dia, segons experts, no s'ajusta a cap diagnòstic psicopatològic.

JPS - Dona - 42 anys - St. Feliu de Guíxols - 1868

"Monomanía con delirios".

NP - Home - 36 anys - St. Feliu de Buixalleu - 1868

"Monomanía religiosa con alucinaciones".

VP - Home - 51 anys - Caralps - 1869

"Exacerbación maníaca que ha degenerado en una enajenación mental correspondiente a la clase de 'manías religiosas'.

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de la família.

DBC - Home- 28 anys - Begur - 1869

"Manía aguda con desórdenes graves de la inteligencia y la voluntad."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de l'alcalde.

-Enajenació mental associada a l'alcoholisme: Una altra de les causes freqüents d'ingrés.

MB - Dona - 52 anys - 1882

"Enajenación mental causada por abuso de bebidas alcohólicas."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del marit.

MMF - Dona - 55 anys - St. Hilari Sacalm - 1897

"Alcoholismo. Rompe sus ropas con cuchillos y tiene alucinaciones."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del fill.

-Disminuïts psíquics: freqüentment descrits com "demencia con poco desarrollo de facultades mentales" s'ingressaven igualment al psiquiàtric, tot i que avui dia els disminuïts psíquics són objecte d'atenció especialitzada.

MMP - Dona - 56 anys - Esponella - 1897

"Demencia con poco desarrollo de facultades mentales. Exhibe conducta desvergonzante en los caminos, con peligro para su vida."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del marit.

És derivada de l'hospital Sta. Caterina a un asil per a persones "con retraso".

-Observem que les persones amb mal caràcter i/o trets d'hostilitat, també són considerats "bojos" i ingressats com a tals en manicomis. Preciso que l'ingrés es considera viable sempre que es consideri un perill per a la comunitat.

JP - Home - 34 anys - St. Pere d'Osor - 1871

"Persona con antecedentes patológicos por conducta agresiva. Ha estado dos veces recluido en manicomio."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició tant de la família com de les autoritats del municipi, per tractar-se d'un perill per a la comunitat.

DB - Home - 69 anys - Sta. Coloma Farnés - 1881

"Enajenación. Manía furiosa con peligro para transeúntes y vecinos."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de l'alcalde.

-Hi havia casos de persones, principalment dones, que tot i no presentar una clara simptomatologia de malaltia mental, eren igualment ingressades. Tal és el cas de les depressions postpart o post alletament; que es consideren intractables i irrecuperables.

RPA - Dona - 25 anys - St. Miquel de Sacot - 1866

“La infeliz demente presenta desorden en las miradas y en los gestos. Testarudez. Incoherencia de ideas. Come poco. Deseos de morir. Indiferencia hacia todas las cosas. Aborrece a sus hijos y a ella misma por razón de querer escaparse de casa e intentar matarse, bien arrojándose a una charca o bien colgándose mediante algún trozo de cuerda que encuentre. Esta locura proviene del hecho de haber amamantado a su hijo.”

-Casos on la simptomatologia és imprecisa i no dóna suport a la necessitat d'ingrés.

JPJ - Home - 36 años - Olot - 1876

“Conducta extraña. Pérdida de facultades mentales. Incoherencia.”

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de la família.

AMG - Dona - 56 anys - Girona - 1900

*“Manía razonada de Pinel: perturbadas las facultades afectivas e intelectuales. Se comporta bien a veces, pero otras hace **extravagancias**, con arrebatos en los que se rompe las vestiduras, gritando y delirando, para luego darse cuenta de lo ocurrido y **dice estar loca.**”*

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del gendre.

-Expedició del certificat mèdic a càrrec de l'autoritat: jutge, alcalde... o derivació d'un centre penitenciari.

JBG - Home - Pres de la presó de Girona - 1885

“Preso con manía de que le quieren sustituir por otro recluso que tiene mucha mayor condena, para atormentarle y hasta matarle.”

S'expedeix el certificat del metge de la presó per a l'ingrés en el manicomi.

JBV - Home - 46 anys - Corçà - 1888

“Trastorno de las facultades mentales que le induce a suicidio, incendio y robo, sin temor al castigo. Desaparece y emprende largas y pesadas marchas. Insomnio. Ideas incoherentes. Manía. Peligroso para él mismo y para los demás.”

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de l'alcalde.

-No es distingia entre majors i menors d'edat a l'hora de determinar-ne l'ingrés (la majoria d'edat no era als 18 anys, sinó als 21 o als 23 depenent de l'època).

ABP - Home - 19 anys– Tossa de Mar - pastor - 1883

“Monomanía a veces homicida y otras veces suicida, con idea delirante dominante de ser envenenado o atropellado o sometido a toda clase de violencias”.

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del pare.

CBB - H - 20 anys - St. Gervasi de Cassoles - 1889

“Delirio de persecución: cree que sus familiares –madre- son enemigos implacables. Alucinaciones. Accesos agresivos. Gran número de extravagancias. Incoherencia de ideas.”

El metge basa el diagnòstic en els antecedents patològics i hereditaris, a més de les evidències detectades durant l'examen.

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de la mare.

RMF - Dona - 19 anys - 1888

“Monomanía religiosa con exacerbaciones que la hacen peligrosa para sí misma y para los demás. Síntomas de enajenación mental.

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del marit.

LBB - Home - 15 anys - Medinyà - 1880

"Enajenación mental. Episodios de incoherencia. Tendencias paranoides: Sospecha de todos los que le rodean. Vasos ingurgitados en ojos y cara. Tentativas de fuga. Rechaza comer. Estado de constante excitación."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de l'alcalde.

-Destaco d'aquests expedients la peculiar manera de com el metge que certifica, descriu tant els símptomes com les característiques del malalt que determinen el seu ingrés (termes que avui dia no s'acceptarien en un expedient mèdic).

MMF - Dona - 29 anys - Vilademuls -1897

*"Facultades mentales perturbadas, presentándose llorona con mucha frecuencia, temiendo y hablando mucho de los espíritus malos, y alucinando con demonios que se le quieren llevar la criatura. Tendencia suicidio y varias tentativas realizadas, como **arrojarse por una ventana, tirarse a un depósito de agua, o consumir gran cantidad de fósforo.**"*

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del marit.

MPM - Home - 33 anys – Calonge - 1899:

"Delirio maniaco agudo causado por cuestiones de familia. Los ataques son bastante fuertes y continuos, llegando al extremo de arañar y morder a sus guardianes. Y en la imposibilidad de hacerle volver en razón, se hace necesario alejarle de los objetos y personas que pueden haberle causado la dolencia."

JP - Home - 49 anys - pagès - solter – Ripoll – 1900:

*"Incoherencia en sus raciocinios e ideas. Ojos fijos y centellantes, cara animada e ingurgitados los vasos, gritos desentonados, gestos agitados, insomnio grave y amenazas constantes a las personas de su entorno. **A veces con ideas de tipo religioso, pero más frecuentemente con "las opuestas"**. Por la propia seguridad y la de los demás debe estar vigilado e ingresado en manicomio."*

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de la família.

**ANÀLISI DEL PERÍODE DES DEL 1866 FINS AL 1906. SINOPSI DE FETS I EVIDÈNCIES
DESPRESES DE L'ESTUDI REALITZAT.**

-Com es determina l'ingrés.

Observem que en tots els casos, l'ingrés es determina mitjançant el certificat d'un metge de medicina general expedit a petició dels interessats: normalment la família; tot i que de vegades a petició de les autoritats locals; com l'alcalde, el vist i blau de la Beneficència (depenent de la Diputació). És imprescindible, però, l'ordre d'ingrés del Govern Civil o d'un jutge per ultimar el procés d'admissió al manicomi.

-Motiu de l'ingrés.

El metge que fa el certificat justifica la necessitat d'ingressar el malalt al manicomi d'acord a diversos criteris.

- 1) Presència de signes i símptomes de presumpte alienació mental.
- 2) Persistència del signes i símptomes del trastorn i manca de mitjans per tractar-lo.
- 3) Per evitar problemes a la família, a la comunitat i/o al malalt.

Destaca el fet que la petició d'ingrés no sempre es fa en favor del malalt sinó pel bé dels familiars que conviuen amb ell.

La causa d'ingrés no és sempre la malaltia mental, sinó que abunden casos en que es pretén ingressar persones a fi d'alliberar a la família de la càrrega de tenir a casa certs membres que requereixen atenció especial, tals com alcohòlics, nens amb retard...

Hi ha casos on la comunitat sol·licita l'ingrés d'algun dels seus membres per diverses raons que no sempre tenen a veure amb la malaltia mental: persones amb conducta antisocial, persones grans sense recursos ni família, pícolaires, alcohòlics, persones amb mal caràcter...

-Documentació que s'adjunta a l'expedient.

- 1) Certificat del metge del poble.
- 2) Fe de baptisme.
- 3) Certificat de l'autoritat: alcalde, jutge de pau i capellà, on es demana a la Diputació l'ingrés al manicomi lliure de càrregues, a causa de la manca de recursos de la família.
- 4) Carta que l'interessat adreça a la Beneficència, que depenia de la Diputació.

-Anomalies.

1) Diagnòstics imprecisos i poc concrets en el certificat mèdic. En prou feines es detallen els símptomes del trastorn. Termes com "*enajenación mental*", "*incoherencia*", "*perturbación de facultades mentales*", "*alienación mental*", "*monomanía*", "*divagación*", "*conducta extraña*" i "*delirio furioso*" justifiquen la reclusió del malalt.

2) Alerta d'alt grau de perillositat del malalt tant per a ell com per a les persones del seu entorn (en opinió dels experts consultats, rares vegades el malalt mental és perillós).

3) S'ingressen al manicomi pacients amb trastorns mentals secundaris a una condició mèdica generals (psicosis infeccioses, intoxicacions diverses) que haurien d'haver estat tractats en altre tipus de centres.

-Fets insòlits.

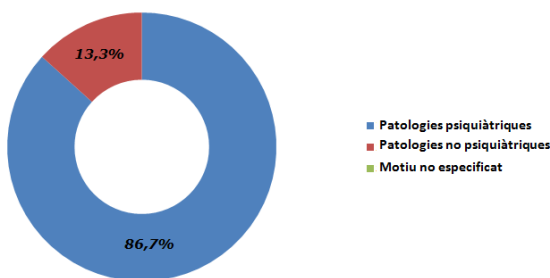
1) Ingrés de menors en el mateix centre que els adults.

2) Crida l'atenció el redactat de certes patologies que es repeteixen sistemàticament (que en opinió dels experts consultats no responen a cap trastorn inclòs en els actuals manuals diagnòstics).

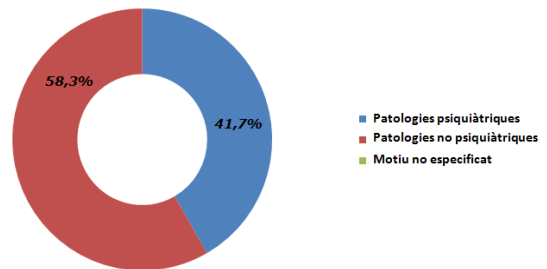
-Gràfics i estadístiques.

Població del psiquiàtric classificada segons si la seva patologia és considerada psiquiàtrica o no avui dia. Període del 1866 fins el 1906

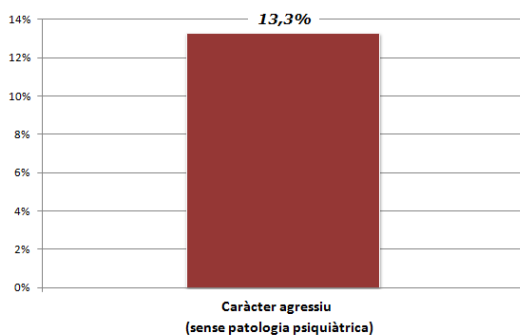
Homes



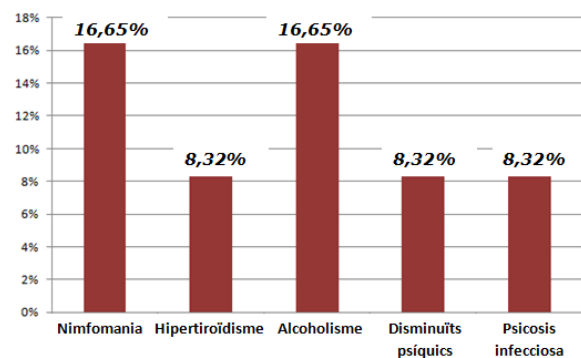
Dones



Homes



Dones



Subdivisió per diagnòstics del grup de pacients anteriorment classificat dins de patologies no psiquiàtriques (segons els manuals de diagnòstics actuals).

Año 1900.

HOSPITAL PROVINCIAL DE STA. CATALINA V. Y M.,
DE GERONA

Registro general n.º 44

Registro historial n.º 10 T. VI.

Sección de Gobierno

Negociado de Alienados

INTERESADO

PUEBLO

Gobernador civil

Port-bou

OBJETO DEL EXPEDIENTE

Propio en el departamento de alienados
de

D^{no} Ramón Martí y D^{no} Eugenio Ferras, médicos
respectivamente de Portbou y Llançà

Certifican: Que D^{no} [redacted]
viuda, de 56 años edad, natural de Gerona y obedi-
ente en esta, tiene perturbadas sus facultades afectivas
e intelectuales en la forma de mania razonada de
Pinel; conduciéndose y razonando bien algunas
veces pero haciendo extravagancias al momento menos
pensado, con arrebatos frecuentes, rasgando vestidos y
ropas, gritando y delirando con mucha persistencia,
después de lo cual se da cuenta de lo sufrido, manifiesta
tendencia a la locura; estado que reclama, para ver si
se puede curar, la reclusión en un manicomio.

Y para que conste donde convenga, libramos la
presente, en Portbou a 18 Febrero 1900

Ramón Martí Eugenio Ferras
patente clase 2.^a folio 21. patente clase 2.^a folio 19

ve pe

El Subdelegado de medicina

Sebastià Costa



2. La compra del Mas Cardell. Període de la Diputació (1906-1914)

L'any 1886, la "Diputación de Gerona" va decidir posar en marxa un centre propi on atendre als alienats de la província, segons les noves tendències mèdiques i de tracte que sorgien arreu. Una masia amb terres de conreu situada a la vila de Salt, molt propera a Girona, nomenada Mas Cardell, va esdevenir la millor opció tant geogràfica com econòmica, a l'hora d'ubicar el que va ser el primer manicomi públic de Catalunya: el

Año IV. Domingo 3 Enero 1892 Núm. 668.

SUSCRIPCIONES.

En la capital, al mes.	10
Idem. trimestre.	4
Idem. al año.	3
Idem. trimestre.	1
Idem. al mes.	10
Idem. al mes.	10

COMUNICADOS.

A todos los señores que se suscriben a este periódico se les avisará oportunamente de los cambios de precio y de los avisos que se inserten en él.

AVISOS

A todos los señores que se suscriben a este periódico se les avisará oportunamente de los cambios de precio y de los avisos que se inserten en él.

DIARIO DE GERONA

DE AVISOS Y NOTICIAS

REDACCION Y ADMINISTRACION: BALLESTERIAS, 31, BAJOS.

—El jueves pasado, último día del año, fueron trasladados al manso Cardell, de Salt, perteneciente a la Provincia, todos los dementes que existían en el Hospital de esta ciudad.

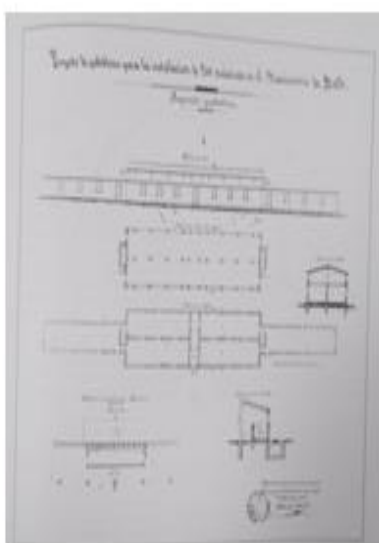
Con el referido traslado puede decirse que ha quedado de hecho inaugurado el manicomio provincial si bien, por lo visto, atendidas las condiciones del local y demás circunstancias, lo que en realidad se verificará ahora durante algun tiempo es un ensayo detenido para poder apreciar las ventajas ó inconvenientes del establecimiento, cuya Administración se llevara totalmente separada de las demás de beneficencia.

Si como se espera el resultado responde a los cálculos, las obras necesarias para dar al edificio las condiciones que necesita para poder alojar todos los dementes de la provincia se llevarian a cabo con la actividad compatible con el erario provincial, pero de una manera decidida, ya que estaría fuera de toda duda las ventajas que el mismo había de reportar.

"Manicomio de Salt". Però, un cop comprada la masia, la Diputació no disposava de pressupost per a construir un gran edifici que albergués el manicomi, de manera que va decidir aprofitar i remodelar els vells edificis de la masia per així poder traslladar-hi els

primers alienats al més aviat possible; part dels malalts estaven a Santa Caterina però per culpa de la manca d'espai alguns havien estat desplaçats al manicomí del Dr. Pujades a Sant Boi de Llobregat, que tot i ser fundat l'any 1854 amb caràcter privat, a partir de 1870 va oferir els seus serveis a la *"Diputación"*, per atendre malalts sense recursos.

Les obres del manicomí de Salt van durar anys però, a mesura que s'anaven acabant, s'hi anaven traslladant els malalts, de manera que l'1 de gener de 1906 va establir-se com a data límit per a reunir-los a tots en el nou centre. Amb aquest programa com a referència, l'any 1891, segons la premsa de l'època, s'hi van traslladar els primers interns, un cop finalitzades les obres més urgents. Aquesta primera expedició estava formada només d'homes aptes per a treballar al camp; activitat indispensable donats el pocs recursos econòmics de què disposava la *"Diputación"*.



Projecte de l'ampliació de l'Hospital (1905)

Poc temps després, l'any 1902, es va començar la construcció de dos pavellons nous, amb capacitat per a 200 interns cadascun, i el 1905 es va posar en marxa la nova bugaderia, que ocuparia a les dones internes que fossin aptes per a treballar. La nova

bugaderia es cuidaria de rentar, planxar i sargir la roba de totes les institucions benèfiques de la “*Diputación de Gerona*”, i així contribuir en la disminució de la seva despesa en acció social, que havia augmentat considerablement des que el govern de Madrid se n’havia rentat les mans. El 1906 s’hi van traslladar les primeres internes; al principi



Bugaderia del manicomi de Salt

poques, només les que eren aptes per a realitzar tasques a la bugaderia. Tot i que el fet d’ocupar als pacients recordava les idees de Pinel a la França de començaments del s. XIX, en el cas del manicomi de Salt de principis del s. XX el fet d’ocupar als interns amb tasques productives responia a un objectiu més econòmic que terapèutic.

En un principi els malalts estaven atesos per uns quants religiosos (entre ells un capellà) i religioses, uns pocs cuidadors i dues administratives que es cuidaven de la paperassa. Però en aquesta nova etapa la “*Diputación*” va decidir crear la plaça de metge director, a fi de donar un cert aire de centre psiquiàtric al què fins aleshores era un asil on es recollien els dementes. Fins aquell moment els alienats eren visitats esporàdicament pel metge de medicina general de Salt per a tractar les malalties comunes; però no hi havia cap especialista que determinés les possibles patologies mentals que patien els interns, cosa que podia conduir a molts errors de diagnòstic que portaven a ingressar a persones que no tenien cap malaltia mental.

Del text original de l’any 1905 de l’acta de la Diputació se’n desprèn el següent:

“...había llegado la oportunidad de nombrar un facultativo director especialista, requisito indispensable para evitar que se llene el Manicomio de tanto demente ficticio o real, pues resulta asombroso la facilidad con que los Médicos certifican las demencias y solo a eso es dable atribuir la desproporción del personal vesánico de esta provincia comparado con las demás de España.”

En conseqüència, cap a l’any 1906 es va contractar un metge director per contrarestar la idea que el nou manicomi era una presó on amagar i tancar als bojos. L’any 1908 es van començar a redactar les bases del Reglament del Manicomi de Salt, document que va sortir a la llum l’any 1909 i del que se’n desprenen els següents texts:

“(...) una dependencia de la Diputación de Gerona, destinada exclusivamente a la observación y reclusión definitiva de los dementes naturales y vecinos de la provincia y de

aquellos que, sin ser naturales de la misma, hayan ganado vecindad en ella por el tiempo mínimo de diez años y las dolencias que sufran hagan precisa la reclusión, de conformidad al artículo 5º de la R.O. de 19 de Mayo...”

Aquest reglament era un gran avenç en l'organització del centre, ja que pretenia regular totes i cadascuna de les activitats tant del funcionament en general com del dia a dia dels interns: menjars, horaris, activitats diverses...

“...Un desayuno que consistirá en sopa con ración de pan. Una comida compuesta de sopa variada y cocido de garbanzos, carne, tocino, patatas, verdura y pan. Y una cena de sopa de arroz, patatas o bacalao y pan.” “...se levantarán los enajenados, y con los Hermanos respectivos de cada sección a la cabeza se lavarán y asearán en los locales dispuestos al efecto; después ocuparán los comedores, en donde se les servirá el desayuno; concluido este se pasará a la visita facultativa. Terminada esta se acudirá a la sala de labor o a las faenas del campo, según el sexo, estado y circunstancias de cada uno y de cada grupo.”

Però al manicomi cada vegada hi havia més malalts i les previsions anaven en augment. El centre de seguida albergaria molts interns i faria falta més personal per poder-los atendre. Aquell mateix any la Diputació va arribar a un acord amb l'orde religiós de les *“Hijas de la Caridad de St. Vicente de Paul”*, de manera que va confiar a les monges tant l'atenció i cura dels interns com les tasques de govern del centre: administració, farmàcia, cuina, despesa, supervisió de cuidadors, etc.

Tot i la intenció d'agrupar a Salt la totalitat d'alienats de la província, el nombre creixent d'ingressos i les limitacions pressupostàries ho van complicar de manera que, des d'un principi, la institució es va caracteritzar per la massificació d'interns, la insuficiència de personal i la inadequació de les instal·lacions. Així ho descrivia el seu director Dr. Joan Alzina Melis l'any 1914, en un informe a la Diputació de Girona on denunciava les condicions de vida al manicomi quan hi va arribar:

” Los tranquilos convivían con los violentos y agitados, los limpios con los sucios, los enfermos con los sanos, con el correspondiente contagio psíquico y físico, y solicitando en consecuencia alguna obra o medio (un muro) para separarlos.”

També denunciava la insuficiència i el mal estat dels serveis, instal·lacions i pavellons, la manca de personal al centre i l'escassa participació dels interns en les tasques laborals tant a l'horta com a la bugaderia. De tota aquesta experiència en va publicar la *“Memòria sobre l'organització dels serveis dels boigs a Catalunya”*, on presentava les Clíriques de Munchi i Haar (Alemanya) com els exemples a seguir.

RECERCA A L'ARXIU DE LA DIPUTACIÓ: Període de la "Diputación de Gerona".

D'acord a l'estudi efectuat als expedients d'ingrés des de l'any 1906 fins al 1914 he arribat a les conclusions que detallo tot seguit i que documento: tant a través d'expedients representatius de cadascun dels blocs que suggereixo, com de les gràfiques que dels càlculs estadístics se n'han després.

Nombre d'expedients consultats: 47 (adults 42; menors 5)

Homes: 20

Dones: 27

PRINCIPALS SINGULARITATS OBSERVADES DURANT AQUEST PERÍODE, D'ACORD A L'ESTUDI DE LA MOSTRA CORRESPONENT

-Certificats d'ingrés descrits amb paraules breus sense amb prou feines descripció de la simptomatologia.

TMB - Dona - 46 anys - Brunyola - 1909

"Perturbadas las facultades mentales".

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del marit.

-Reclusió del malalt per protegir a la resta de la societat.

MRR - Dona - 44 anys - Serinyà - 1913

"Manía persecutoria con peligro para la familia."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del marit.

-Es fa especial èmfasi a les conductes sexuals femenines (si abans s'ha destacat la nimfomania, ara es ressalta la prostitució).

DMB - Dona - de unos 24 años - San Privat de Bas - 1907

"Dedicada a las ocupaciones de su cuerpo habría contraído enfermedad física que a su vez le ha provocado perturbación de facultades mentales, haciéndola peligrosa para sí y para los demás."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de la comunitat.

-Ingrés recurrent de persones sense recursos ni família (pidolaires, sense sostre...). Destaco que moltes vegades fins i tot el manicomi rebutja l'ingrés de l'individu per no observar cap símptoma de patologia mental.

LR - Dona - 32 anys - Alicante - Girona -1913

"Presunta enajenación mental, persona pobre y vagabunda."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de l'alcalde.

El Metge-Director del Manicomi de Salt refusa l'ingrés per no haver detectat símptomes de malaltia mental durant el període d'observació.

RMB - Dona - 57 anys - St. Hilari Sacalm - 1908

"Mujer pobre, presuntamente alienada."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició de l'alcalde.
El Metge-Director del Manicomi de Salt la dona d'alta per no detectar cap malaltia mental.

-Trastorns mentals secundaris a una condició mèdica. Tant majors com menors d'edat.

LM - H - 14 anys - Cantallops - 1913

"Enajenación mental con extrema agresividad subsecuente a reciente enfermedad física."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del pare.

-L'epilèpsia era entesa com una variant de la bogeria (és una malaltia neurològica sense cap relació amb la patologia mental).

RVR - Dona - 13 anys - Cassà de la Selva - 1913

"Estado de demencia orgánica consecutiva a epilepsia esencial, con períodos de agitación que la hacen peligrosa."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del padrastre.

-Expedients amb descripcions poc explícites i amb simptomatologies aparentment contràries (agressivitat amb tendències suïcides...).

PMM - M – 26 años– Mollet - 1908

"Monomanía religiosa. Agresiva. Suicida."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del marit.

-Menors amb trastorns mentals, ingressats en el centre juntament amb adults.

RMG - Dona - 16 anys - Cassà de la Selva - 1906

"Alienación mental con delirios de persecución y marcada tendencia al suicidio."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del marit.

-També l'alcoholisme és causa de reclusió en aquesta etapa.

ARC - Dona – 36 años– Amer - 1914

"Alcoholismo crónico, con amnesia general, dificultad para coordinar las ideas, alucinaciones, moderada zoopsia, regresión de los sentidos con cobardía, miedosa y llanto fácil, alternando con episodios de agitación que la ponen en peligro a ella y a los demás."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del marit i l'alcalde degut als problemes que ocasiona dins la comunitat.

**ANÀLISI DEL PERÍODE DES DEL 1906 FINS AL 1914. SINOPSI DE FETS I EVIDÈNCIES
DESPRESES DE L'ESTUDI REALITZAT.**

-Com es determina l'ingrés.

El certificat del metge del poble, expedit a petició de la família o les autoritats. En aquesta etapa apareix la figura del director mèdic del psiquiàtric, que valora el pacient i en valora la necessitat d'internament o no. És imprescindible, però, l'ordre d'ingrés del Govern Civil

o d'un jutge per ultimar el procés d'asil al manicomi, per la qual cosa si el director del Psiquiàtric no veu la necessitat de recloure algun malalt, ha d'interposar un escrit desaconsellant l'ingrés i acatar la decisió de l'autoritat governamental o judicial.

-Motiu de l'ingrés.

No hi ha massa modificacions pel que fa als motius d'ingrés.

El metge justifica l'ingrés al manicomi d'acord a:

- 1) Signes i símptomes de presumpte alienació mental.
- 2) Persistència de signes i símptomes del trastorn, i manca de mitjans per tractar-lo.
- 3) Per evitar problemes a la família, a la comunitat i/o al malalt.

Destaca el fet de voler ingressar al Manicomi qualsevol persona que mostrés una conducta contrària als estàndards socials o a la moral del moment, ja que aquesta conducta s'entén com una molèstia per la comunitat: meuques, alcohòlics, pidolaires,...

Aquest fetes dóna principalment en les comunitats o pobles petits. També es pretén apartar de la societat aquelles persones que sense patir cap trastorn mental estan afectats per altre tipus de malaltia: disminuïts psíquics, epilèptics, autistes, demència senil, avis amb arterioesclerosi...

-Documentació que s'adjunta a l'expedient.

- 1) Certificat del metge del poble.
- 2) Fe de baptisme.
- 3) Certificat de l'autoritat: alcalde, jutge de pau i capellà, on es demana a la Diputació l'ingrés al manicomi lliure de càrregues, a causa de la manca de recursos de la família.
- 4) Carta que l'interessat adreça a la Beneficència, que depenia de la Diputació.

-Anomalies.

Es manté l'absència de rigor mèdic a l'hora de valorar la simptomatologia psíquica dels pacients. Sorprèn la lleugeresa quan es tracta de certificar la necessitat de reclusió. Es mantenen termes breus i genèrics per definir el trastorn (omissió dels principals símptomes possiblement observats): "*manía*", "*monomanía*", "*alienación*", "*enagenación*"

-Fets insòlits.

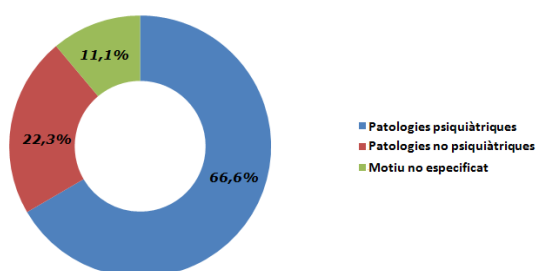
- 1) De vegades, en alguns expedients queda reflectida la protesta del director del Manicomi davant alguns ingressos que considera del tot improcedents; el malalt no presenta signes de cap trastorn mental en el moment d'arribar al centre o durant el període d'observació.

- 2) En aquests casos el Manicomi procedeix a l'alta del pacient en qüestió. Malalties com ara l'epilèpsia, inclús amb nens, s'entén com a expressió de "bogeria"; cosa que afavoreix l'ingrés del nen al psiquiàtric.
- 3) L'ingrés de menors amb suposades patologies mentals es fa més evident en els casos on el nen no és fill biològic, sinó fill adoptiu del pare de família.

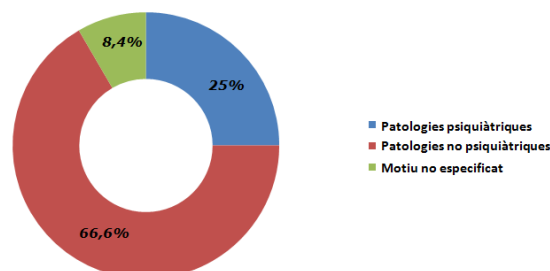
-Gràfics i estadístiques.

Població del psiquiàtric classificada segons si la seva patologia és considerada psiquiàtrica o no avui dia. Període del 1906 al 1914.

Homes

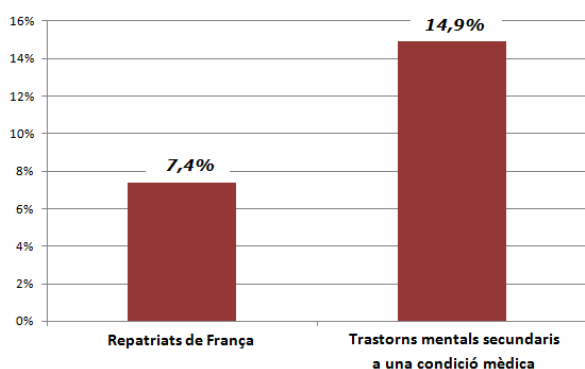


Dones

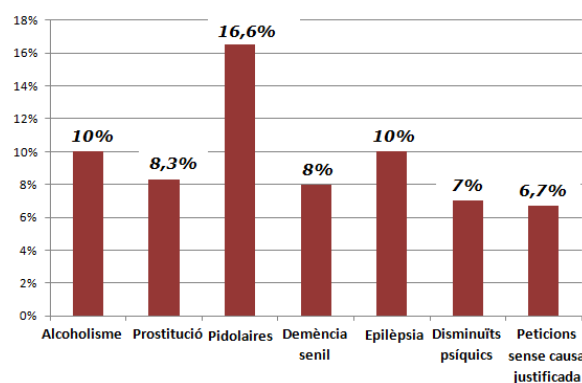


Subdivisió per Diagnòstics del grup de pacients anteriorment classificat dins de "patologies no psiquiàtriques" (segons els manuals de diagnòstics actuals).

Homes



Dones





Excmo Señor

José Caberuer Caros, de cincuenta años
edad, casado, labrador, natural de Castañet
y vecino del pueblo de Bruñola, según cédula,
la personal número 577 para 11^º, expedida
en veintiseis Diciembre del año último, a V. S.
atentamente, expone: Que la esposa del solicitante
~~de cuarenta y seis años~~ de cuarenta y seis años
edad, natural de San Martín Lapresa, Distrito
Municipal de Bruñola, se encuentra tener
perturbadas sus facultades mentales, siendo
por tal motivo necesaria su reclusión en el
Manicomio Provincial y como el recurrente
es pobre, ni cuenta con familia para po-
derle auxiliar, comprobándose todo ello
con los documentos adjuntos, es por lo que
a V. S.

Suplica: Se digné acordar la



DIPUTACIÓ DE GIRONA
ARXIU GENERAL

Nº 241

SÈRIE 3. 1. 2.

MALALTS. INGRESSOS

EXPEDIENTS PERSONALS

- M -

DATA 1904 - 1913

Arxiu Històric de Girona
HOSPITAL PSIQUIÀTRIC
DE SALT
171



DIPUTACIÓ DE GIRONA
ARXIU GENERAL

Nº 239

SÈRIE 3. 1. 2.

MALALTS. INGRESSOS

EXPEDIENTS PERSONALS

- M -

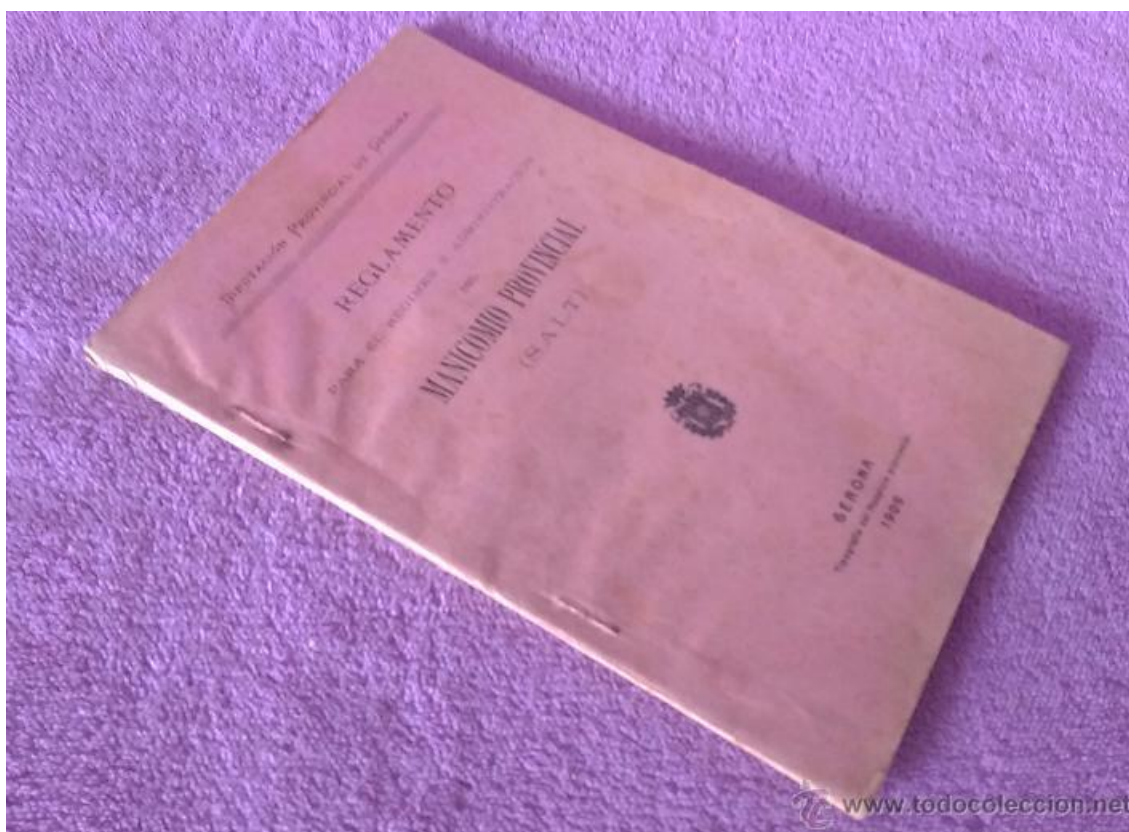
DATA 1882 - 1895

Arxiu Històric de Girona
HOSPITAL PSIQUIÀTRIC
DE SALT
169

3, L'esperit reformista de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1925)

El 1914 el manicomi va ser transferit a la Mancomunitat de Catalunya, un organisme administratiu unificat per a les quatre diputacions catalanes, creat per Reial Decret el 18 de desembre de 1913, i que va durar fins al 1925 (la presa de possessió del manicomi es va fer el dia 1 de gener del 1915). La Mancomunitat va elaborar un reglament general de funcionament a fi de regular aquest tipus de centres. D'aquell reglament en resumiré els punts més importants que contribuïen al canvi necessari per a millorar la vida dels interns del manicomi de Salt:

- Eliminar l'alcohol del menú dels interns (fins aleshores se'ls hi servien begudes alcohòliques amb els àpats).
- Obligació de crear una història clínica i de registrar en ella qualsevol canvi o fet d'interès (fins aquest moment no existien les històries clíniques).
- Definir i descongestionar els diferents departaments. Separar als interns per grups: els agitats dels tranquils, els "bruts" dels "nets", els sans dels malalts, i crear zones específiques per a epilèptics, "imbècils", "vells" amb demència i paranoics.
- Crear un departament d'enllitats (estar en un llit era considerat com una teràpia per a



tractar els bojos, ja que en un llit eren més fàcils de controlar).

- Creació d'instal·lacions d'hidroteràpia i electroxoc. (La hidroteràpia considerada com a mètode pel tractament de diverses demències, consistent en un conjunt de tècniques basades en l'ús de l'aigua, bé amb raigs de gran pressió, submergint al malalt més o menys temps, atermància d'aigua freda i aigua calenta a tot el cos o en algunes parts com ara el cap).

- Introducció gradual de psicofàrmacs, bàsicament sedants (derivats dels opiacis, preparats alcohòlics, bromurs...).

Amb totes aquestes mesures, la Mancomunitat volia trencar amb la tradició decimonònica del "Manicomi-Presó", i amb la visió del dement com a un ser temut que calia apartar de la societat. En el seu lloc pretenia el model del "Sanatori-Casa de Curació" que buscava humanitzar al boig i ajudar-lo en comptes de recloure'l; dignificar-lo com a persona i convertir-lo en el malalt que era realment.


Però al manicomi de Salt hi faltaven moltes millores per poder assolir les pretensions de la Mancomunitat. Cal recordar que l'any 1915 hi havia 400 interns, un metge director i un adjunt, 4 religiosos, 15 monges, 12 zeladors i 9 infermeres. El centre es dividia en àrees separades per a homes i dones. Un cop més, el baix pressupost amb què comptava el centre esdevenia el principal problema a l'hora de gestionar la superpoblació d'interns que albergava. Aquestes condicions repercutien negativament tant en l'ordre dins les instal·lacions com en la cura dels malalts. D'altra banda els mètodes de tractament no havien millorat gaire respecte al segle XIX, per la qual cosa es continuaven aplicant teràpies que no anaven destinades a curar al boig, sinó a sedar-lo o a aïllar-lo tant físicament com mentalment, per així evitar que l'agitació que patia pogués arribar a pertorbar als altres malalts i en conseqüència empitjorés, encara més, l'ordre que ja era prou precari dins el centre. Per això el centre disposava de les eines i els mètodes habituals en els manicomis de l'època però poc efectius a l'hora de millorar les patologies mentals que patien els seus interns:

- Llits giratoris, per augmentar o disminuir selectivament la pressió sanguínia del cap del malalt.

- Camises de força, corretges, grillons, etc. Per a contenir mecànicament els malalts agitats o violents, o en fase de crisi.

- Cel·les d'aïllament on recloure al malalt si patia una crisi i es mostrava altament agitat. I d'altres mitjans de contenció que ajudaven a mantenir l'ordre entre els interns.

L'esperit avantgardista de la Mancomunitat hauria de servir per poder transformar l'antic manicomi (únic manicomi públic de Catalunya en aquell moment) en un prototip de nou model assistencial. Així les coses les reformes van venir de la mà del Dr. Domènech Martí i Julià, que va ser l'encarregat de dur a terme la reforma segons el mandat de la Mancomunitat i gestionar el canvi del vell al nou model psiquiàtric. Aquest model abandonava definitivament la idea del manicomi com a presó, en favor del sanatori com a casa de curació o lloc on acollir al malalt per ajudar-lo o curar-lo si era possible. Per a poder dur a terme les noves idees avantguardistes, la Mancomunitat va iniciar un projecte per a transformar el Mas Cardell en un edifici adequat: va instal·lar el Pavelló d'Hidroteràpia, un laboratori i va crear dos nous Pavellons per a Aguts (un per a homes i l'altre per a dones) que es van estrenar l'any 1926, amb la finalitat de poder separar els malalts crònics dels malalts aguts tot just ingressats.

 En el Manicomio de Salt han comenzado con gran actividad las obras de levantamiento de dos pabellones de nueva planta, proyectados ya por la antigua Mancomunidad y cuyos cimientos fueron construidos en tiempos de ésta. ✦

Diari de Girona 11-11-1924

Els nous pavellons del Sanatori Martí i Julià de Salt es van construir d'acord a les noves tendències psiquiàtriques que començaven a imposar-se a Europa. Eren edificis amb grans finestrals per deixar entrar la llum i el sol, oberts a jardins, amb sales ventilades, acollidores i netes; sense reixes ni cadenes; mesures que haurien de repercutir positivament en l'estat mental del malalt i contribuir a la seva curació. Endemés dels llits, els pavellons nous comptaven amb sales d'hidroteràpia, espais per a teràpia ocupacional i

sales d'estar, tot decorat per crear un ambient més familiar. Aquest disseny erradicava la imatge de presó bruta i terrible que havia caracteritzat els manicomis antics i que de cap manera ajudava a millorar l'estat mental dels interns.

Però els esforços de la Mancomunitat de Catalunya per aconseguir un model psiquiàtric pioner a Europa no s'acabaven aquí. Catalunya volia una psiquiatria moderna i puntera i amb aquesta intenció es varen proposar més reformes per al Psiquiàtric de Salt:

- La reorganització interna dels edificis i pavellons existents, en un projecte que separava als interns segons el tipus de malaltia que patien.

- La creació del "*Patronat de Dements Curats*", que suposava el primer pas cap a l'assistència psiquiàtrica externa (o ambulatoria) a Catalunya. La funció d'aquest patronat era la de facilitar el ràpid reingrés del malalt en cas de recaiguda; lluitar contra les causes desencadenants de la malaltia (medicina preventiva), o dels episodis aguts d'algunes patologies com ara l'addicció a l'alcohol; i promoure l'acceptació social del boig com a persona malalta (reinserció social).

- Eliminar tot tipus d'instruments de contenció mecànica (cel·les d'aïllament, cadenes, camises de força...).

- Formació i professionalització del personal auxiliar (auxiliars sanitaris).

- Canvi en el model assistencial de relació amb els menors d'edat. Fins aquest moment els nens (malalts d'epilèpsia, retard mental o trastorns psiquiàtrics infantils greus) eren ingressats en els manicomis i hospitals generals com els adults, amb les nefastes conseqüències que aquesta pràctica suposava per als infants. A partir d'aquest moment la Mancomunitat va decidir crear les primeres institucions per atendre nens pobres amb malalties mentals i deixar d'enviar-los als manicomis d'adults. Tant va ser així la proposta de la Mancomunitat que l'any 1920, el Dr. Alzina Melis (fins llavors director del manicomi de Salt), va fundar "*L'escola Municipal de Deficients Vilajoana*" a Vallvidrera, amb capacitat per a 100 nens. I el 1928, també amb el suport de la Mancomunitat, el Dr. Lluís Folch i Torres (1879-1946), pioner en la investigació de la psicologia infantil a Espanya, va fundar "*L'Institut Torremar*" a Vilassar de Dalt, on s'enviaven els nens de famílies pobres de la província, amb càrrec a la Diputació de Girona. Però el cop d'Estat i posterior dictadura del general Primo de Rivera, l'any 1923 van posar fi a la prosperitat i als avenços de la Mancomunitat.

RECERCA A L'ARXIU DE LA DIPUTACIÓ: El psiquiàtric sota la tutela de la Mancomunitat. Des del 1914 fins al 1923 (inici del mandat de Primo de Rivera).

En estudiar aquesta etapa he arribat a les conclusions que detallo tot seguit i que documento: tant a través d'expedients representatius de cadascun dels blocs que suggereixo, com de les gràfiques que dels càlculs estadístics se n'han després.

Nombre d'expedients consultats: 62 (adults 43; menors: 19)

Homes: 28

Dones: 34

PRINCIPALS SINGULARITATS OBSERVADES DURANT AQUEST PERÍODE, D'ACORD A L'ESTUDI DE LA MOSTRA CORRESPONENT.

-Els certificats que pretenen l'ingrés d'una persona no especifiquen dades que justifiquin la presència de trastorn mental.

PCZ – Dona– 29 anys – Maçanet de Cabrenys-1923

"Alienación mental con delirios de algún tipo no detallado".

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés a petició del marit. Ingrés el 19.09.1924.

-L'edat avançada d'una persona i els trastorns neurològics derivats d'aquesta condició justifiquen la seva reclusió en el Manicomi.

TPQ – Dona – 62 anys – Aiguaviva - 1921

"Demencia arterioesclerótica. Enajenación mental con paresia en las extremidades"

Consta ingrés en el manicomi a petició del fill.

-Molts repatriats de França s'ingressaven al manicomi. Sobretot si la seva conducta o la seva circumstància generaven qualsevol dubte a l'autoritat; cosa que justifica l'absència de certificat mèdic en la majoria dels casos.

LRJ – Home – 1915

"Repatriado de Francia. Presunto demente."

El Governador Civil sol·licita ingrés provisional en el manicomi de Salt fins al seu posterior trasllat al manicomi de Mallorca.

IMN - Dona – 45 anys – Alcoy (Alicante) - 1922

"Repatriada de Francia."

El Governador Civil sol·licita ingrés en el manicomi de Salt.

-Descripció de diagnòstics que presenten dubtes en vers la necessitat de l'ingrés (no se sap si el malalt pateix trastorn mental). Hi ha casos on no s'hi aporta certificat mèdic.

AP – Dona – 45 anys – pobre y sin hogar - 1915

"Presunta enajenación con delirios."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés a petició del Governador Civil. El Metge-Director del Manicomi de Salt la dona d'alta per no patir la suposada alienació.

-Es donen casos de menors reclosos per causes varies: pobres, disminuïts psíquics...

RPS – Dona – 16 anys - Girona - 1916

"Pobre, diagnosticada de depresión melancólica."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés a petició del Governador Civil.

APC – Dona – 14 anys – Vilobí- 1915

"Presunta idiota (retraso mental)."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés a petició del pare.

Una vegada en període d'observació, el certificat del mèdic director del Manicomi de Salt la dona d'alta, recomanant el seu ingrés en algun hospici.

JPC – Dona – 17 anys – Palafrugell - 1918

"Afectada de imbecilidad, que pone en peligro a semejantes."

Consta ingrés en el manicomi a petició del pare. Es refusa l'ingrés per no observar símptomes de trastorn mental sinó d'un altre tipus.

MPG – Dona – 11 anys - Besalú - 1919

"Retraso mental con actos violentos y conductas que atentan contra las buenas costumbres."

S'expedeix certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del pare. Ingressa en període d'observació el 28.11.1919. A data de 23.12.1919 s'emet certificat del director mèdic del "Manicomio de Salt" indicant que la malalta no presenta cap trastorn mental que justifiqui la seva reclusió manicomial, havent de ser donada d'alta. Recomana el seu internament en una altra institució especialitzada per a la cura de nens "anormals", on puguin ensenyar-la. Segons consta en l'expedient, el 07.01.1920 seguia en el manicomi.

-Ressalten els casos (dins l'apartat de dubtosos) on, per alguna raó desconeguda, algun familiar pretén l'ingrés del pacient d'acord a un certificat mèdic que presenta, però el director del Manicomi no accepta l'ingrés en considerar la falta de trastorns que mostra el pacient.

EC – Dona – 33 anys – Figueres - 1921

"Facultades mentales perturbadas, enajenación mental con accesos persistentes de manía persecutoria y agresiva."

Consta ingrés en el manicomi a petició del marit.

Ingressa en observació el 03.12.1921, i no l'accepten (alta en cinc dies, el 08.12.1921).

TPG – Dona – St. Feliu de Guíxols - 1914

"Psicosis con alucinaciones y delirios."

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés a petició del marit.

Ingressa en període d'observació el 29.09.1914, sent donada d'alta per curació a data de 18.10.1914.

LCP – Home – 21 anys – Cassà de la Selva - 1922

"Enajenado con ilusiones, alucinaciones e impulsos agresivos. Peligroso para sí y los demás."

S'expedeix certificat mèdic per a ingrés en el manicomi a petició del pare. Consta ingrés el 21.07.1922. A data del 04.08.1922, el metge director del manicomi certifica que ha de ser donat d'alta.

-Associació de trastorn mental amb perillositat, fins i tot amb menors d'edat.

EPM – Dona – 14 anys – Roses - 1921

*“Degeneración mental con **trastornos intelectuales y morales**, con agitación maníaca. **Peligrosa.**”
“Estigmas físicos de degeneración.”*

Consta ingrés en el manicomi a petició de la mare.

-Començen a aparèixer alguns casos on el director del manicomi envia al malalt a casa en considerar que l'ambient familiar ajudarà en la millora del trastorn més que la reclusió en el manicomi.

CCD – Home– 27 anys – Riudarenes - 1921

“Demencia precoz que le hace peligroso.”

S'expedeix certificat mèdic per a l'ingrés en el manicomi a petició del pare.

Consta l'ingrés en el manicomi a data de 22.09.1921. A data 11.04.1922 el director mèdic del manicomi certifica una llicència temporal per al retorn a casa seva, per considerar que pot ser beneficiós per completar la curació del malalt el fet de tornar a la vida i ambient familiar.

-Hi ha expedients que criden l'atenció per la quantitat de certificats i documents de diferents autoritats que s'hi adjunten, mitjançant els quals, família, autoritat local, capellà, delegats mèdics,... demanen la reclusió. Molts casos o no són acceptats o són donats d'alta al cap de pocs dies.

MMC - soltera – Dona – 27 anys – Hostalets de Llers - 1922

Ingressa a petició del pare.

Certificat de l'alcalde, reclamant l'ingrés urgent de la pacient.

Carta del pare al President del Consell Permanent de la Mancomunitat suplicant l'ingrés.

Certificat signat per 2 metges, diagnosticant simplement alienació mental. Sobre la base d'aquest certificat s'afegeix informe del Subdelegat Mèdic del Partit Judicial, instant també a l'ingrés.

JMG- Dona – 43 anys –viuda - Figueres - 1922

Ingressa el 6-2-1922 a petició del pare. Alta el 27-3-1922. Carta del pare al President del Consell Permanent de la Mancomunitat suplicant l'ingrés. Certificat de 2 metges reclamant ingrés per estat de perturbació mental. Certificat de l'alcalde opinant sobre la conveniència de l'ingrés en el Manicomio de Salt.

-Un estat depressiu transitori (depressió postpart) esdevé motiu de reclusió en el manicomi.

MMC- Dona– 32 anys - 1923

*“Repatriada de Francia. “Afectada de **locura puerperal o psicosis post-parto**: Con debilidad*

extrema, rechaza comida y cuidados, estado de excitación que alterna con depresión, agresión hacia sí misma.”

Ingressa el 20-11-1923.

Alta el 9-12-1923, sent recollida pel seu marit.

-Casos on les descripcions dels símptomes i/o diagnòstics són molt imaginatius i absents de nomenclatura mèdica

MCC – Dona – Girona - 1923

“Perturbada mental con alucinaciones y visiones fantásticas; obsesión con espectros y fantasmas, de los que habla continuamente, presa de delirios furiosos, siendo preciso sujetarla y atarla.”

Consta l'ingrés en el manicomi a petició del fill.

Ingresso el 16.06.1924.

Alta per defunció.

ANÀLISI DEL PERÍODE DES DEL 1914 FINS AL 1925. SINOPSI DE FETS I EVIDÈNCIES DESPRESES DE L'ESTUDI REALITZAT.

-Com es determina l'ingrés.

El certificat del metge del poble, expedit a petició de la família o les autoritats. El director mèdic del psiquiàtric valora el pacient i en decideix la necessitat o la conveniència d'ingressar-lo. És imprescindible, però, l'ordre d'ingrés del Govern Civil o d'un jutge per ultimar el procés de reclusió al manicomi. Per això si el director no està d'acord amb l'ingrés d'un pacient o considera que obtindria més beneficis d'una vida familiar que asilada, ha de fer un informe adreçat al governador i en tots els casos acatar la decisió de l'autoritat.

-Motiu de l'ingrés.

El metge que fa el certificat justifica l'ingrés al manicomi d'acord als mateixos criteris de les etapes anteriors.

- 1) Signes i símptomes de presumpte alienació mental.
- 2) Persistència de signes i símptomes del trastorn i manca de mitjans per tractar-lo.
- 3) Per evitar problemes a la família, a la comunitat i/o al malalt.
- 4) Els motius mèdics que justifiquen els ingressos no són sempre de caràcter psiquiàtric. Com en les etapes passades la patologia mental inclou altres diagnòstics: demències senils, retards mentals, alcoholisme, epilèpsies...
- 5) Motius no mèdics: continuen els ingressos de persones pobres, meuques, pidolaires, delinqüents, endemés de repatriats de França, d'acord a un criteri social.

Destaca el fet que la petició d'ingrés no sempre es fa en favor del malalt sinó pel bé dels familiars que conviuen amb ell. Es detecta en més d'un cas que la necessitat que té la família per ingressar un dels seus membres, no va d'acord al criteri mèdic del director del Psiquiàtric sinó que respon, possiblement a raons personals i/o familiars.

-Documentació que s'adjunta a l'expedient.

- 1) Certificat del metge del poble que acredita el trastorn mental.
- 2) Certificat de pobresa
- 3) Fe de baptisme.
- 4) Carta que el familiar interessat en l'ingrés del malalt adreça a la Beneficència, que en aquesta etapa depenia de la Mancomunitat, que havia absorbit totes les competències de la Diputació. Aquesta carta acostuma a anar acompanyada del corresponent certificat de l'autoritat (alcalde, jutge de pau i capellà), en la que es demana a la Mancomunitat l'ingrés al manicomí lliure de càrregues, per causa de la manca de recursos de la família.

-Anomalies.

1) Els certificats mèdics no són gaire concrets. Igual que en les etapes anteriors els diagnòstics són imprecisos i poc concrets. En prou feines es detallen els símptomes del trastorn i quan ho fan la nomenclatura no té el rigor propi d'un manual diagnòstic. La manera d'explicar els símptomes del malalt és més anecdòtica i imaginativa; fins i tot graciosa per nosaltres. Expressions com: *“alienación mental con delirios de algún tipo”, “frecuentes ataques a la moral que le hacen peligroso para quienes les rodean”, “comete excesos de toda clase poniendo en peligro la tranquilidad pública”, “cobardía miedosa y llanto fácil”, “presunto idiota”, “exaltación de las facultades morales con desorden total de las mismas”, “imbecilidad que pone en peligro a sus semejantes”, “conductas que atentan contra las buenas costumbres”, “tiene asustadas a las mujeres del pueblo ya que ha atentado contra el pudor de algunas causando protesta de los vecinos”*

2) Alerta d'alt grau de perillositat del malalt tant per a ell com per a les persones del seu entorn, continua sent un complement habitual del diagnòstic del certificat mèdic.

3) Continuen els ingressos de persones que pateixen trastorns provocats per causes mèdiques generals: arterioesclerosi, epilèpsia..., ja que en aquell moment aquests malalts eren titllats de bojos.

4) Diagnòstics contradictoris que revelen la manca de coneixement, per part dels metges de família, de la patologia psiquiàtrica. Per exemple casos demència senil amb perillositat;

depressió amb tendència suïcida i alhora homicida; casos d'epilèpsia on el metge descriu perillositat per la tendència a agredir-se i agredir als altres.

5) A molts expedients els hi manquen dades tals com edat, procedència, certificat mèdic...

-Fets insòlits.

1) Malgrat les intencions i els projectes de la Mancomunitat en vers la psiquiatria i els malalts mentals (que he explicat), i la voluntat i professionalitat del metge-director a l'hora de valorar a qui calia ingressar i a qui no, no he observat maça diferència en els processos d'admissió d'aquesta època, ni tampoc al rigor diagnòstic dels metges que expedeixen els certificats pel que refereix a la patologia que decidirà la reclusió. Hem de tenir en compte que imperava la necessitat i la convicció social de que la millor solució per un malalt mental era el tancament de per vida al manicomi. D'aquesta vella idea se'n desprèn la creença compartida per la comunitat mèdica i no mèdica de què la malaltia mental era un trastorn incurable i una mena de maledicció pel qui li tocava.

2) He detectat expedients on algun membre de la família sol·licita l'ingrés d'un familiar: pares que demanen l'ingrés d'una filla vídua; marits que demanen l'ingrés de la seva dona; també sol·licituds d'ingrés d'un fill menor rebel o problemàtic..... i que s'acompanyen, sorprenentment, de més d'un certificat mèdic i de testimonis que assegurin la manca de facultats mentals de l'individu en qüestió. Aquests casos no serien rellevants si no fos per la protesta del metge director del manicomi al no detectar símptomes de patologia psiquiàtrica de cap mena. Això em porta a concloure que el manicomi esdevenia en molts casos el lloc ideal on abandonar aquells membres de la família que, vés a saber per quina raó, no interessaven al cap de família (herències, un adolescent rebel, una noia independent, una fillastra indesitjada?). I que aquesta pràctica no hauria sigut possible sense la complicitat i col·laboració de les persones que en donaven fe. En aquesta mateixa línia he de dir que sorprèn la rapidesa (uns pocs dies o setmanes) en què el metge dóna l'alta a pacients que, segons el diagnòstic pel qual els havien ingressat (psicosi, episodis de manies agressives, pacients amb al·lucinacions i deliris, etc.) ni tan sols avui, amb els moderns psicofàrmacs, haurien pogut ser curats en tan poc temps; cosa que més em porta a pensar que ja no tenien el trastorn descrit en el certificat del metge de la família el dia que hi van arribar.

3) Per primera vegada apareixen expedients on el metge director proposa la derivació, en casos de retard mental, a centres especialitzats per aquest tipus de malalts.

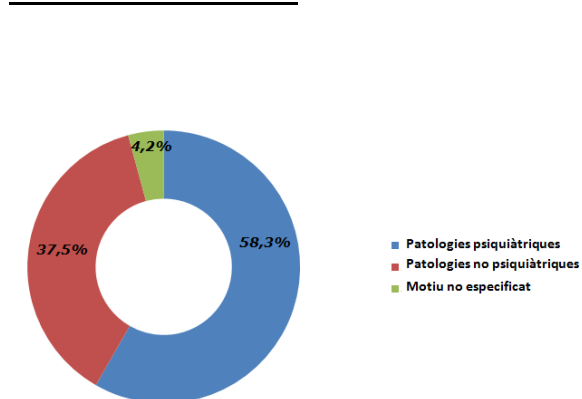
4) També per primera vegada el metge director protesta davant les sol·licituds d'ingrés per part de les autoritats de: pidolaires, orfes pobres, persones d'edat avançada i sense recursos que habitualment eren considerats "bojos".

5) Detecto les primeres altes, per millora, curació o absència de símptomes durant el període d'observació. Distingeixo dues modalitats: permís temporal per millora i alta definitiva.

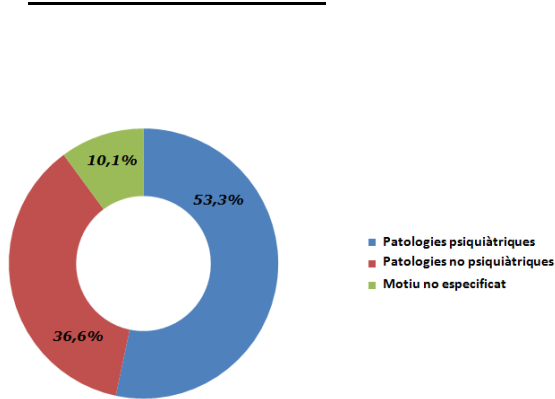
-Gràfics i estadístiques.

Població del psiquiàtric classificada segons si la seva patologia és considerada psiquiàtrica o no avui dia. Període del 1914 al 1923

Homes

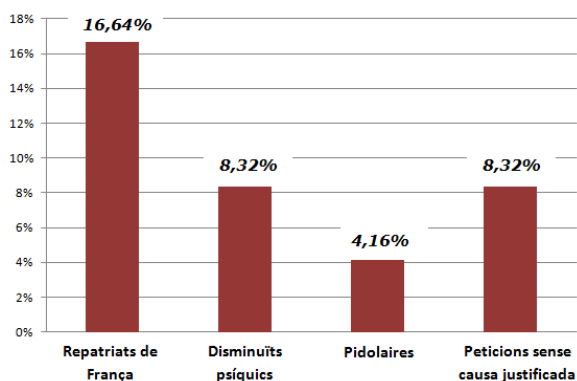


Dones

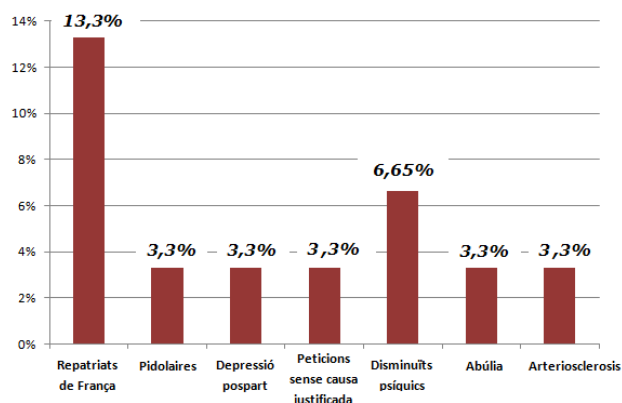


Subdivisió per diagnòstics del grup de pacients anteriorment classificat dins de patologies no psiquiàtriques (segons els manuals de diagnòstics actuals).

Homes



Dones



D. Eduardo Puig, respectivamente, se los
que resulta que [REDACTED], de
esta vecindad, se halla en estado de per-
turbación mental, el Alcalde que suscribe
opina que la referida Justa María Grau
debe ser, con urgencia, recibida en el Ma-
nicomio provincial y sometida a observa-
ción

Figueras veinte y seis de Enero
de mil novecientos veinte y dos



El Alcalde,
Vicente Cobos



MANCOMUNITAT DE CATALUNYA
ESTABLIMENTS DE BENEFICÈNCIA
DE
GIRONA

ADMINISTRACIÓ

NEGOCIAT - MOVIMENT ASILATS

NOMBRE 72

Atès a ço disposat pel R. D. de 19 de maig de 1885, dec noticiar-vos que a instància de Lucia Martí Gran

avui ha ingressat en observació en el Manicomi de Salt la seva germana ~~Lucia Martí Gran~~ Xi Gran - domiciliada a Figueras carrer de S. Rafael n.º 1-2-2.

natural de Ban veí de Figueras fill de _____ de 13 anys i d'estat viuua havent-se presentat certificació facultativa sotaescrita pels Metges D. Josep M.º Ribó i D. Enric Pala els quals declaren necessària la reclosió de dit malalt.

Déu vos guardi molts anys.

Girona 6 de Febrer de 1922.

L'Administrador,

Sr. Alcalde de Salt.

MANCOMUNITAT DE CATALUNYA

BENEFICENCIA

MANICOMI DE SALT

Negociat.—Moviment d'Asilats

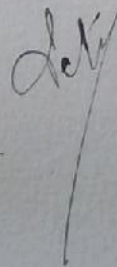
N.º 225

En compliment de ço previngut per l'article 2.^{on} de la R. O. de 1 de juny de 1908, dec noticiar-vos que aquesta Administració no té coneixement de que s'hagi incoat, en el corresponent Jutjat de 1.^a Instància, l'expedient oportú per a la reclosió definitiva de la presumpte alienada

natural de Sam
i veïna de Figuera
ingressada en observació en aquest Establiment en 6 de Febrer
últim, a instància de la seva germana Illicita

Déu vos concedeixi molts anys de vida.
Salt 22 de Març de 1924.

L'Administrador,



Sr. Alcalde de Salt.

4. La dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)

Però els esforços de la Mancomunitat de Catalunya i els grans avenços aconseguits en el camp de la psiquiatria i de la cura del malalt mental, de la mà les institucions catalanes i dels psiquiatres i altres científics catalans, de renom a tota Europa, es van veure truncats l'any 1923 pel cop d'Estat del general *Primo de Rivera*, aleshores capità general de l'exèrcit espanyol a Catalunya, que va posar fi a la prosperitat de la nova assistència psiquiàtrica catalana sorgida amb la primera etapa de la Mancomunitat. En aquest punt hem de dir que Espanya, durant la segona meitat de la dècada dels anys 20, va viure un repunt eufòric de l'economia, contràriament a la situació que es vivia a la resta d'Europa. El govern de la dictadura va optar per una ambiciosa política d'inversió en infraestructures (creació de conques hidrogràfiques, nacionalització de les línies ferroviàries, creació de monopolis com la "*Compañía Telefónica*" o "*C.A.M.P.S.A.*"), que més enllà de projectar el país cap a la riquesa el va retornar a l'endeutament habitual. Aquesta circumstància va ser un punt de partida molt negatiu a l'hora d'afrontar la gran crisi econòmica mundial de l'any 1929 (que es va allargar durant el mandat de la segona república i va desembocar en la guerra civil espanyola). Novament, Espanya estava endeutada en mig d'una crisi mundial, cosa que va afectar plenament l'escàs pressupost per a obres socials de tot el país. Catalunya va veure truncats els avenços mèdics i socials i les expectatives de ser pionera a Europa en àmbits com el de la psiquiatria entre altres. Molts científics catalans d'aquella època van marxar a Europa i als E.E.U.U, on van poder continuar la seva recerca, allunyats de retallades econòmiques i discrepàncies polítiques i ideològiques com les que es vivien a Catalunya.

A Salt, les evidents retallades pressupostàries van endarrerir l'execució de les obres que hi havia començades, i en molt poc temps el manicomi va tornar al desordre, la massificació i la pobresa tradicionals. Per si fóra poc, l'any 1925, només dos anys després del cop d'estat de Primo de Rivera, la dictadura va abolir la Mancomunitat. La situació al manicomi va esdevenir, en pocs mesos, dramàtica. Així ho reflectia un informe del Dr. Joaquim Castany i Bernat, director del psiquiàtric en aquells anys, on feia pública i denunciava la massificació dels malalts als pavellons; la impossibilitat de separar-los per categories a causa del retard en les obres per acabar els nous pavellons; els problemes d'higiene; la dificultat per ventilar les sales a l'hivern; la manca de W.C. a les habitacions;

la necessitat de substituir la llum de gas (cara, tòxica i perillosa) per la llum elèctrica; els dèficits en la dieta dels interns; la precarietat dels tractaments que s'impartien als malalts. Segons aquest informe, ni tan sols es podia aplicar la hidroteràpia a causa de la inadequació de les instal·lacions, que estaven massa allunyades del pavelló dels malalts agitats. Els grans vitralls que donaven llum a les estances no valien per aïllar les sales mancades de calefacció, per la qual cosa a l'hivern hi feia molt fred.

Aquí detallo les estadístiques dels malalts, d'acord a les categories de malaltia mental, segons una superpoblació de 433 interns (210 homes i 223 dones) del manicomi l'any 1925.

CRITERI CLASSIFICATORI DELS MALALTS L'ANY 1925

Categoria	% Homes	% Dones	% Global
Malalts aguts pacífics	7	7	7
Malalts perillosos i processats	10	9	9,5
Idiotes, imbècils, salvatges i dements profunds	16	14	15
Malalts crònics tranquils, no aptes per a treballar	29	12	21
Malalts crònics tranquils, aptes per a treballar	7	23	15
Malalts crònics d'edat avançada	5	8	6,5
Malalts crònics que necessiten tractaments i cures	2	2	2
Malalts crònics agitats	21	22	21,5
Malalts contagiosos	2	0,5	1,5

Val a dir que la quinta part dels interns que hi havia corresponien a malalts repatriats d'Europa (la crisi que afectava el continent va contribuir, aquells anys, al repatriament de molts espanyols, la majoria obrers sense especialització), que en un primer moment s'internaven al manicomi, per després ser retornats a les seves províncies d'origen.

En resum, la dictadura va suposar el desgavell d'una situació pròspera inicial, que havia posat les bases per a la transformació de l'assistència psiquiàtrica a Catalunya.

RECERCA A L'ARXIU DE LA DIPUTACIÓ: El psiquiàtric en temps de la dictadura de Primo de Rivera. Des del 1924 fins al 1930.

En estudiar aquesta etapa he arribat a les conclusions que detallo tot seguit i que documento: tant a través d'expedients representatius de cadascun dels blocs que suggereixo, com de les gràfiques que dels càlculs estadístics se n'han després.

Nombre d'expedients consultats: 60 (adults 46; menors: 14)

Homes: 32

Dones: 28

PRINCIPALS SINGULARITATS OBSERVADES DURANT AQUEST PERÍODE, D'ACORD A L'ESTUDI DE LA MOSTRA CORRESPONENT.

-L'ingrés de repatriats, procedents de França, continua durant aquesta etapa; nombre que es suma als que ja hi havia ingressats d'anys anteriors. Observo un augment de dones repatriades en aquesta etapa.

PPO – Dona – 55 anys – Ugijar (Granada) - 1927

"Demencia senil, con peligro para sí misma y los que le rodean."

Repatriada de França. Ingressa el 03.09.1927. Trasllat a Granada el 31.01.1929.

-Apareixen els primers casos on es sol·licita l'ingrés definitiu del malalt en el manicomi, ja que la família declina el dret a cuidar-lo.

GMO – Home – 44 anys – Girona - carabinero del ejército – 1925

Ingrés a petició del Governador civil. Sol·licita l'ingrés definitiu del dement en el manicomi perquè la família declina el dret a cuidar-lo. Consta informe de l'Hospital Militar de Barcelona donant-lo per inútil per al servei a conseqüència d'una paràlisi de causa desconeguda, amb pèrdua de la raó. Es sol·licita l'ingrés el 30-4-1925. El 20-6-1925 s'anul·la l'ordre d'ingrés per defunció.

-Es manté l'ingrés de pacients amb patologies neurològiques (d'origen divers, com per exemple infeccions, vascular, etc.) però no psiquiàtriques; tals com paràlisi degenerativa, sífilis, encefalitis letàrgica, epilèpsia, etc.

JCF – Home – 43 anys – St. Feliu de Guíxols -1925

"Paciente hospitalizado en la Clínica de Dermosifilitografía del Hospital de la Beneficencia de Girona (Sta. Caterina), afectado por Tabes-Parálisis General, rebelde al tratamiento. También presenta desórdenes intelectuales y psíquicos, con delirio persecutorio y frecuentes ataques a la moral que le hacen peligroso para quienes le rodean."

S'expedeix certificat mèdic per a l'ingrés en el Manicomi de Salt a petició de la Beneficència de Girona.

LVB – Home – 51 anys – casat – Barcelona - 1929

"Parálisis general progresiva, con pérdida progresiva de las facultades mentales, megalomanía, peligroso para él y los demás."

Ingressat per un termini de 6 mesos.

PMB – Home –1925

Consta carta resposta al governador civil comunicant que l'expedient d'ingrés no pot seguir sent tramitat ja que no compleix ni un dels requisits exigits per poder acollir-se al règim de beneficència (certificat mèdic, certificat de pobresa, certificat de l'alcaldia amb dades filiació, certificat parroquial, etc.). Consta a més el certificat del metge director del manicomi, indicant que el pacient pateix d'encefalitis letàrgica infecciosa, no havent-hi necessitat del seu ingrés per tractar-ho, perquè no presenta cap símptoma de trastorn mental.

-Continua el degoteig de casos de gent gran amb demència senil, ingressats en el manicomi en lloc de ser ingressats en establiments geriàtrics.

FBF – Home – 71 anys – Llers - 1925

“Demencia senil.”

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés a petició de la dona. Consta ingrés del 27.04.1925. A data 02.09.1929 el director mèdic certifica l'alta per defunció.”

TCT –Dona – 75 anys – Sta. Coloma de Farners - 1926

“Demencia senil.”

Consta ingrés en el manicomi a petició del Governador civil. Ingressa el 24.02.1926. Alta el 09.11.1927.

BVJ – Home– 69 anys - Aiguaviva - 1929

“Enajenación mental por demencia senil, peligroso para él y los demás.”

Sol·licita l'ingrés la filla.

-Continuen les contradiccions i inexactituds diagnòstiques, així com la suposada perillositat

LVB – Home– 51 anys –Barcelona - 1929

“Parálisis general progresiva, con pérdida progresiva de las facultades mentales, megalomanía, peligroso para él y los demás.”

Demana l'ingrés el seu germà. Està internada 6 mesos.

BVJ – Home – 69 anys –Aiguaviva - 1929

“Enajenación mental por demencia senil, peligroso para él y los demás.”

Demana l'ingrés la seva filla. Ingrés permanent.

-Discrepàncies entre la família juntament amb el metge que certifica el trastorn i l'opinió del metge director del psiquiàtric un cop observat al pacient

DCC – Dona – 19 anys – Girona –1926

“Enajenada mental altamente peligrosa para la familia”.

Ingrés a petició del marit. El metge la dona d'alta al cap de pocs dies per creure que l'ambient familiar serà bo per a la millora del pacient.

-La rigidesa i retrocés d'idees que suposa la dictadura de Primo de Rivera es manifesta de manera clara i contundent en les argumentacions dels símptomes dels trastorns expedits pels metges de família o, en alguns casos, per psiquiatres. Dit això, ressalto la “visió tabú” que la societat dels anys 20 tenia de la sexualitat.

JCR – Home – 47 anys – Lloret de Mar - 1926

*“Enajenación mental con locura degenerativa, latente hasta el momento, y que ha hecho eclosión a raíz de ciertas ‘contrariedades’ ocurridas recientemente al paciente. Síntomas: Ideas hipocondríacas, trastornos de la sensibilidad general y sensorial, con alucinaciones auditivas, visuales y gustativas, ‘perversión del sentido genésico’, **sensaciones voluptuosas seguidas de múltiples tentativas de masturbación que contribuyen notoriamente al debilitamiento intelectual del enfermo.** La enfermedad atraviesa actualmente (en 1896) un periodo de intensa excitación, con actos impulsivos de tipo agresivo que han obligado al uso de la camisa de fuerza en el hogar. Por lo cual se solicita el ingreso en el Manicomio de Salt. Tiene dos ingresos previos, el primero en 1896 y el segundo en 1919. El actual es de fecha 09.09.1926, aportándose con certificado médico para su internamiento en manicomio de Salt a petición del Gobernador Civil.”*

Es fuga el gener de 1927, tres mesos després del seu ingrés.

APT – Dona – 20 anys – Pau – 1928

*“Pérdida de la razón. **Comete excesos de toda clase, poniendo en peligro la tranquilidad pública.**”*

El pare sol·licita l'ingrés.

-Ingressaven persones molt joves però que per la seva patologia (trastorn mental) es tancaven en el manicomi, alguns de manera definitiva i d'altres en sortirien al cap d'un temps per, possiblement, tornar a entrar a causa d'una recaiguda.

JPV – Home – 22 anys – St. Joan de les Abadesses – 1929

*“**Demencia precoz (esquizofrenia) de tipo melancólico, con ideas y tentativas de suicidio. Inhibición psíquica. Delirios hipocondríacos. Alucinaciones auditivas verbales y visuales. Conducta estereotipada. Indiferencia afectiva. Inercia física. Impulsos agresivos.**”*

Consta l'ingrés a petició de la seva mare.

-L'alcoholisme persisteix. Els expedients per alcoholisme són una constant en la recerca.

PCC – Home – 36 anys – Salt – 1925

*“Alcoholismo con **delirio alcohólico**, alteración de facultades mentales e impulsos agresivos (con varios intentos homicidas que pusieron en peligro la vida de su mujer).”*

S'expedeix el certificat mèdic per a l'ingrés a petició del Governador Civil i de la dona.

RPE – Home – 53 anys – Breda - 1929

*“**Psicosis alcohólica** con alucinaciones terroríficas y violentos delirios. Trama delirante. Impulsos agresivos y suicidas. Trastornos del sueño. Pérdida de asociaciones e ilogicidad del discurso. Temblores y crisis epileptiformes”.*

L'alcalde sol·licita l'ingrés.

ANALISI DEL PERÍODE DES DEL 1924 FINS AL 1930. SINOPSI DE FETS I EVIDÈNCIES QUE ES DESPRENEN DE L'ESTUDI REALITZAT.

-Com es determina l'ingrés.

El certificat del metge del poble, expedit a petició de la família o les autoritats: en aquesta etapa són dos els metges que certifiquen. El director mèdic del psiquiàtric valora el pacient i en decideix la necessitat o la conveniència d'ingressar-lo. És imprescindible,

però, l'ordre d'ingrés del Govern Civil o d'un jutge per ultimar el procés de reclusió al manicomi. Per això si el director no està d'acord amb l'ingrés d'un pacient o considera que obtindria més beneficis d'una vida familiar que asilada, ha de fer un informe adreçat al governador i en tots els casos acatar la decisió de l'autoritat. Observo que en molts casos el malalt es dona d'alta al cap d'uns dies però reingressa en poc temps.

-Motiu de l'ingrés.

El metge que fa el certificat justifica l'ingrés al manicomi d'acord als mateixos criteris de les etapes anteriors.

- 1) Signes i símptomes de presumpte alienació mental.
- 2) Persistència de signes i símptomes del trastorn i manca de mitjans per tractar-lo.
- 3) Per evitar problemes a la família, a la comunitat i/o al malalt.
- 4) Els motius mèdics que justifiquen els ingressos no són sempre de caràcter psiquiàtric. Com en les etapes passades la patologia mental inclou altres diagnòstics: demències senils, retards mentals, alcoholisme, epilèpsies... causa inqüestionable de reclusió.
- 5) Motius no mèdics: continuen els ingressos de persones pobres, meuques, pidolaires, delinqüents, endemés de repatriats de França, d'acord a un criteri social.

Destaca el fet que la petició d'ingrés no sempre es fa en favor del malalt sinó pel bé dels familiars que conviuen amb ell. Es detecta en més d'un cas que la necessitat que té la família per ingressar un dels seus membres, no va d'acord al criteri mèdic del director del Psiquiàtric sinó que respon, possiblement a raons personals i/o familiars.

- 6) Detecto més d'un cas on la urgència per a tancar al malalt sembla venir donada més per la seva protecció davant la resta de la societat (familiars, veïns, etc.) que pel seu trastorn.
- 7) Casos on la família, els metges que certifiquen, les autoritats competents... exigeixen la reclusió d'un pacient per la vergonya que els hi suposa a tots plegats el comportament de l'individu en qüestió (adolescents rebels, desinhibició de conducta sexual en joves...).
- 8) Malalts amb un trastorn mental definit i contrastat (segons els metges que certifiquen i el psiquiatre), pels quals es sol·licita la reclusió de per vida.

-Documentació que s'adjunta a l'expedient.

- 1) Certificat de dos metges de l'entorn del malalt que acredita el trastorn mental.
- 2) Certificat de pobresa
- 3) Fe de baptisme.

4) Carta que el familiar interessat en l'ingrés del malalt adreça a la Beneficència (que en aquesta etapa depenia de la Mancomunitat fins al 1925 i posteriorment retorna a les Diputacions). Aquesta carta acostuma a anar acompanyada del corresponent informe o carta de l'autoritat (alcalde, jutge de pau i capellà), en la que es demana l'ingrés al manicomi lliure de càrregues, per causa de la manca de recursos de la família.

5) Informe favorable de l'alcalde.

6) Certificat de veïnatge, expedit pel secretari de l'ajuntament

7) Declaració jurada del familiar sol·licitant, justificant la seva falta de mitjans per a fer-se càrrec del malalt.

En els casos de gent que viu al carrer i sense família, la comunitat de veïns adreça una carta a l'alcalde del poble perquè sigui aquest darrer (autoritat local) qui sol·liciti l'ingrés a la Diputació (la Mancomunitat s'aboleix el 1925); o l'alcalde pren la iniciativa directament.

-Anomalies i característiques dels expedients.

Tot i la falta de rigor en la nomenclatura dels diagnòstics, observo que els expedients d'aquesta època són més extensos i explicatius; potser el requeriment de la Mancomunitat a l'hora de determinar que fossin dos en comptes d'un els metges que certifiquessin el trastorn del malalt influeix en un intent de descripció més acurat del trastorn que pateix.

Contradiccions i inexactituds diagnòstiques i vinculacions incorrectes de perillositat amb quadres clínics on aquesta no és freqüent. Per exemple, l'hipotiroïdisme afecta el malalt pel que fa a la disminució de l'activitat física i una depressió de nivell afectiu, que difícilment pot ser perillosa per a ningú; tal com es relaciona en alguns expedients, com per exemple (LVA – Dona – 19 anys – Vilademats - 1925).

Afirmacions amb poc rigor mèdic que per la seva peculiar forma i conclusió, obeeixen sense cap mena de dubte als prejudicis morals i religiosos propis de la societat d'aquells anys, i no a les bases científiques que s'esperen d'un metge especialista.

"(...) múltiples tentativas de masturbación que contribuyen notoriamente al debilitamiento intelectual del enfermo."

"Excesos, excesos característicos, excesos de toda clase, actos inmorales,..." Són termes recurrents en els certificats mèdics d'aquells anys; prova evident del pes que la societat del moment, la moral i la doctrina catòlica tenien en l'àmbit científic.

-Fets insòlits.

1) En l'època anterior, la Mancomunitat havia establert com a norma el seguiment escrit de l'evolució del malalt. Es detecta que si bé no existeix un protocol de seguiment estàndard per a tots els pacients, sí que trobo moltes vegades certificacions periòdiques de l'estat del pacient.

2) Tot i la normativa de la Mancomunitat a l'hora de separar adults de menors, observo un elevat nombre d'ingressos de menors d'edat al mateix lloc dels adults.

3) És sabut que el cost econòmic de centres privats d'aquesta època (geriàtrics, psiquiàtrics, hospicis...), feia impossible per a moltes famílies la reclusió dels seus familiars necessitats. A través d'alguns informes de derivació he detectat que la logística i els protocols mèdics i administratius pels "rics" poc tenien a veure amb els dels "pobres" (Psiquiàtric de Salt). Els primers eren molt més extensos, detallats i rigorosos.

4) Apareixen els primers informes fets amb màquina d'escriure (fins ara tot eren manuscrits).

5) Les nimfòmanes, els pobres, els avis, els alcohòlics, els epilèptics, els disminuïts psíquics... continuen formant part de la població del psiquiàtric tal com en èpoques anteriors.

6) Destaca que en molts casos el metge dona l'alta i la família no vol al malalt a casa.

(GMO – Home – 44 anys – Girona - carabinero del ejército – 1925: ("Ingrés a petició del Governador civil. Sol·licita l'ingrés definitiu del dement en el manicomi perquè la família declina el dret a cuidar-lo.")

-Mostra d'expedients curiosos que il·lustren el lloc que possiblement ocupava el Psiquiàtric a l'hora de tapar les vergonyes de la societat.

FVV – Dona – 36 anys – soltera - Caralps - 1928

En aquest cas tant el germà, com l'alcalde, com el capellà sol·liciten l'ingrés de la noia: *"para evitar un escándalo y prevenir una desgracia."* I Jo em pregunto: quin escàndol?, quina desgràcia?

El certificat mèdic que adjunten a la petició diu: *"rarezas de caràcter". "Se imagina perseguida por una persona de su entorno y que la determinó a huir al bosque para escapar."*

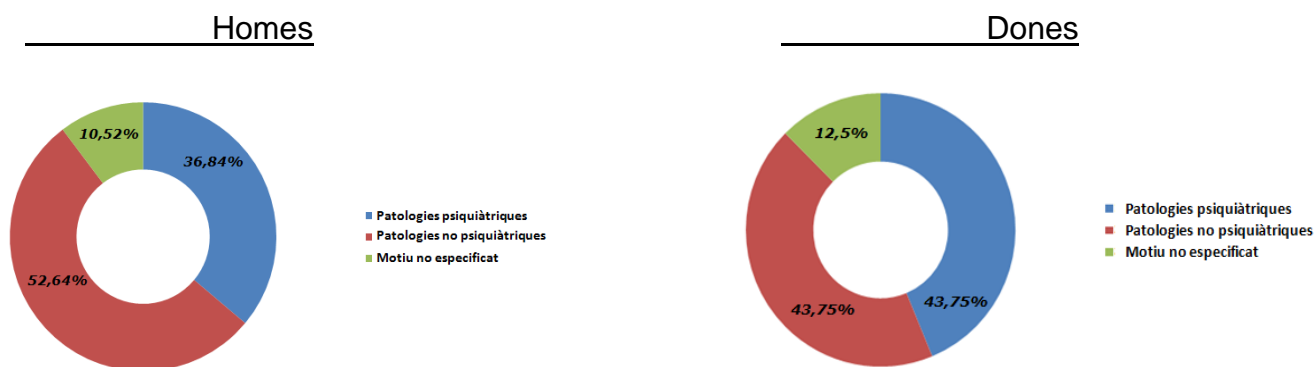
El director mèdic no observa cap símptoma de trastorn mental. Detalla: *“Memoria intacta, consciente y orientada, salvo por pequeñas lagunas”*. Potser continguts traumàtics...?

Amb tot i això, donades les rareses del cas, es recomana la reclusió provisional en el manicomi.

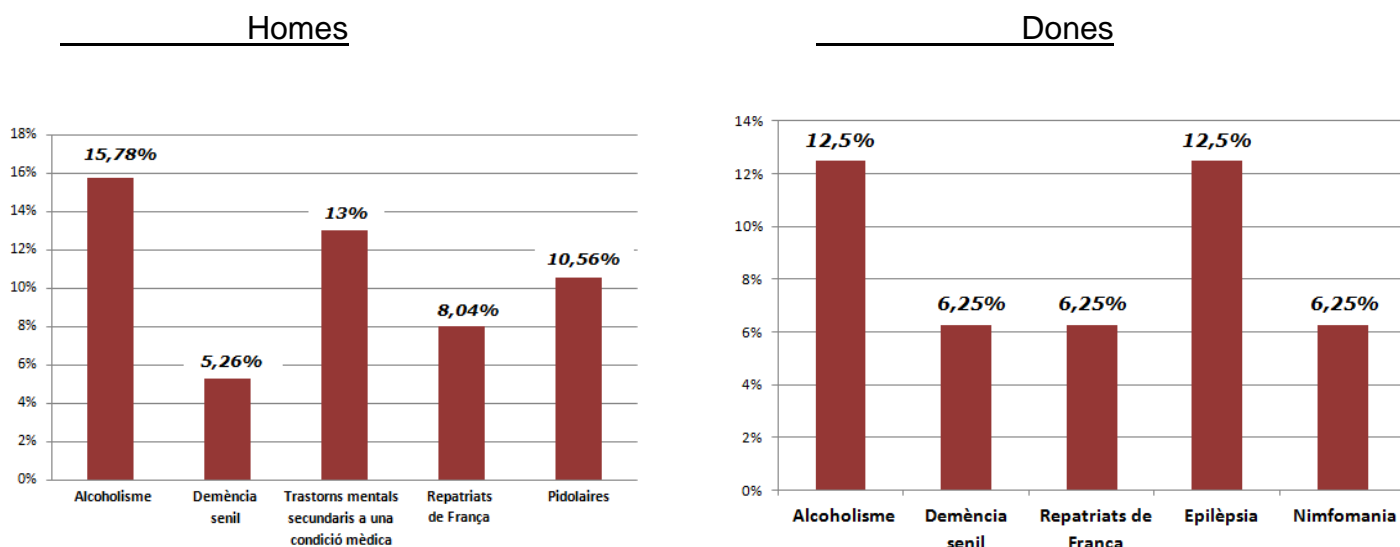
Podria tractar-se d'un cas d'abús sexual per part del germà susceptible de ser moralment escandalós i, en conseqüència, cobert pels diferents agents socials?

-Gràfics i estadístiques.

Població del psiquiàtric classificada segons si la seva patologia és considerada psiquiàtrica o no avui dia.



Subdivisió per diagnòstics del grup de pacients anteriorment classificat dins de patologies no psiquiàtriques (segons els manuals de diagnòstics actuals).



Vistos los antecedentes certificacion e informe, el
Alcalde que subscribe estima procedente la reclusion
del presunto alienado [REDACTED] a los e-
fectos que exprese el Señor Subdelegado de Medicina,

Gerona 8 Julio de 1924.





Excmo. Sr.

██████████ Mayor de edad, vecino de esta villa, con cédula personal que exhibe, con todo el respeto y consideración debida, a V. E. expone :

Encontrándose mi hermano Narciso Masnou Ribé, está en un estado completamente loco y no teniendo medios para asistirle como se debe y cuidarle como el estado en que se encuentra requiere,

A. V. E. SUPLICA : que se digne disponer su ingreso en el manicomio de Salt. Para acreditar lo expuesto acompañe los certificados y documentos necesarios.

Gracia que el recurrente espera merecer de la rectitud de V. E. cuya vida guarde Dios muchos años.

San Hilario Sacalm, a veinticinco de febrero de 1924 mil novecientos veinticuatro.

Por no saber de firmar el
interesada José Masnou Ribé firmo
a su ruego y presencia

José Ripoll

Excmo. Sr. Presidente de la Mancomunidad de Cataluña.

Calle de la For. Guera



INFORME

Vistos los certificados de los médicos que me presenta [redacted] [redacted] vecino de esta villa y domiciliado en la misma, y algunos arrebatos presenciados por vecinos del pueblo y no pudiendo, dados los insignificantes medios con que se cuenta en la localidad, recluírle para la seguridad de las personas y del mismo individuo, créese esta Alcaldía, en un caso de verdadera necesidad el que por la Superioridad, se ordene la admisión en el manicomio de Salt, del vecino de esta villa Narciso Masnou Ribé.

No obstante el Exmo. Sr. Presidente de la Mancomunidad dispondrá lo que crea más conveniente.

San Hilarie Sacalm, 25 de febrero de 1924.



El Alcalde,

José Puig



10 pts mensual
Manca certificat
necessitat i urgen-
cia de calde.
En veritat, Dyrabrah

Exmo. Sr.

Unión 1^a/₁₀

[REDACTED], mayor de edad, casado, veci-
no de esta villa, a V. E. atentamente acude y expone:

Que su madre política [REDACTED]
[REDACTED] natural de San Martín de Compelles y veci-
na de esta villa, presenta de algún tiempo a esta
parte signos evidentes de perturbación mental que se
traducen en alucinaciones y visiones fantásticas, sien-
do su obsesión los espectros y fantasmas de que habla
continuamente presa de delirio furioso, siendo preci-
so muchas veces sujetarla y aun atarla fuertemente.

Que de día en día se observan los pro-
gresos de la enfermedad por lo que el recurrente de
acuerdo con toda la familia se ve obligado a reclamar
su reclusión.

Por todo lo expuesto a V. E. suplica
se digno ordenar la reclusión de la citada demente
María Calveras Companyó, a cuyo fin acompaña los ne-
cesarios documentos, comprometiéndose a ayudar a su
sostenimiento con la cantidad de diez pesetas mensua-
les.

Es gracia que el recurrente se promete
alcanzar del recto proceder de V. E. cuya vida guarde
Dios muchos años.

San Ginés de Vilasar, 21 de marzo de 1924.

+ Sr. D. Lindo Aguirre

Exmo. Sr. Presidente de la Mancomunidad de Cataluña.

5. El Psiquiàtric d'abans de la Guerra Civil. Període del 1931 al 1936.

Encara que la nova Generalitat catalana, reinstaurada l'any 1931 després de la dimissió de Primo de Rivera, va intentar reprendre els projectes iniciats durant l'etapa de la Mancomunitat, endemés d'altres projectes nous, els fets polítics i socials que van tenir lloc (i que culminarien amb l'inici de la Guerra Civil espanyola 1936-1939) van anar endarrerint i posposant tots els projectes, de manera que molts d'ells haurien d'esperar cinquanta anys per poder materialitzar-se.

Però crec que val la pena, si més no, explicar de manera breu la visió moderna i innovadora que la Generalitat d'aquells anys tenia en vers la sanitat en general i la psiquiatria en particular, que de no haver sigut pels fets històrics que van succeir, hauria esdevingut un referent a tota Europa.

La Generalitat dels Presidents Macià (1931-1933) i Companys (1933-1940) va reprendre el projecte sanitari de la Mancomunitat de Catalunya, per tal de crear una sanitat pública i universal. Les actuacions en aquells anys els podem repartir en dues fases:

La primera fase: del 1931 al 1934. Coincideix amb l'elaboració de l'Estatut de Núria (aprovat l'any 1932, per regular l'Estat Català com a una autonomia dins Espanya) i el traspàs de competències per part del "*Gobierno de la Segunda República*" (1931-1939) al Govern de la Generalitat. És la fase d'elaboració de grans projectes, que es posarien en marxa quan arribessin les partides pressupostàries necessàries segons els acords amb el govern de Madrid. El projecte de la Generalitat en l'àmbit sanitari en general, i més en concret pel que referia als manicomis, era aconseguir que l'assistència no es limités a les classes socials més desfavorides, desvinculant-la completament de la beneficència. Per a tal fi es va planificar la creació d'una xarxa assistencial de qualitat que es finançaria mitjançant les aportacions de tots els contribuents en funció del seu nivell d'ingressos i de riquesa, ja que només així seria sostenible la despesa d'un sistema sanitari públic. Aquesta xarxa assistencial inclouria, el vessant assistencial de salut mental que aportaria les solucions i innovacions necessàries al manicomi de Salt, on el nombre de malalts creixia i creixia, així com la cronicitat de les patologies i la recurrència associada a molts trastorns, cosa que comportava unes despeses elevadíssimes. Per a poder fer viable el projecte era igualment necessari establir unes directrius per a reduir no només el nombre d'ingressos sinó també la seva duració. Per a fer possible aquestes directrius, es va

projectar la creació d'una xarxa de centres assistencials a diverses localitats de la província, amb la intenció de descentralitzar i portar a l'exterior del sanatori l'assistència psiquiàtrica. Aquests centres externs disposarien de dotacions i equipaments adequats i necessaris tant per a impartir tractaments als malalts mentals com per fer-los-hi el seguiment un cop fossin donats d'alta del manicomi. Aquesta descentralització dels malalts faria que només ingressessin els casos estrictament necessaris: malalts aguts greus o malalts crònics. El 1931 la Generalitat republicana va legislar el "*Decret d'Assistència dels Malalts Mentals*", decret que establia per llei el dret dels malalts a l'assistència psiquiàtrica i regulava, endemés, tant els centres on es dispensaria tal assistència, com les normes i directrius que els regirien, els tràmits necessaris per a l'ingrés d'un malalt i tot un conjunt de qüestions relacionades amb la logística d'aquell ambició projecte.

La segona fase: del 1934 al 1936. Etapa de la posada en marxa dels projectes gestats en l'etapa anterior. En aquells anys a Catalunya hi havia dos serveis psiquiàtrics públics dependents de la Generalitat que presidia Lluís Companys: la "*Clínica Mental de Santa Coloma de Gramenet*" i el sanatori "*Martí i Julià de Salt*", cadascun amb capacitat per a 700 malalts. A fi de complementar el servei d'atenció a tots dos establiments i cenyint-se al projecte inicial, la Generalitat va desplegar el "*Servei d'Assistència Sanitària Exterior*", per assistir als malalts mentals que no necessitessin de manera imprescindible ser internats al sanatori, de manera ambulatoria. A Girona, el projecte establia la creació d'una seu a Girona capital així com diverses delegacions comarcals a Figueres, La Bisbal d'Empordà i Sant Feliu de Guíxols, amb el Sanatori Martí i Julià com a eix de referència. Era un projecte pioner a Europa, ja que era la primera vegada que es planificava un servei per a l'assistència psiquiàtrica més enllà dels llindars d'un manicomi. Però tot i els esforços i les il·lusions del nou govern català, aquell projecte sanitari, modern i ambició, no es va poder dur a la pràctica a causa dels esdeveniments polítics que van venir.

El servei públic d'assistència a Catalunya estava preparat per entrar en funcionament i el Sanatori Martí i Julià de Salt era un dels pilars del projecte. Però la caiguda de la República i la posterior dictadura de Franco van retardar 50 anys la seva posada en marxa i van impedir que Catalunya esdevingués el referent del model assistencial que s'aniria implantant progressivament a Europa. Encara que era tant innovador el model de la Generalitat que va servir de referent perquè anys després, cap a la dècada dels 60, el

desenvolupessin països com França, sota el nom "*Psychiatrie du secteur*", o Anglaterra amb el nom de "*Community psychiatry*". Afortunadament el model va sobreviure i, amb petites variacions, cap als anys 80 es va implantar finalment amb el nom de "*Xarxa d'Assistència Psiquiàtrica*" a tota Catalunya.

Si ens centrem en el que va passar al Psiquiàtric de Salt durant l'etapa de la Generalitat (1931-1936), hem de tenir en compte que en aquells anys i com a conseqüència de la política sanitària de la Generalitat, hi va haver un repunt d'optimisme pel que feia a l'elaboració de grans projectes científics. En el Sanatori de Salt, per exemple, es va projectar un canvi total que pretenia suprimir els vells pavellons per uns de nova construcció; també construir una infermeria per a malalts i infecciosos, endemés d'un munt de reformes menors destinades a millorar els espais on feien vida els interns; cosa que suposaria la total transformació de la institució. De tot aquest projecte, només es va arribar a construir un pavelló de tres pisos amb 131 llits (aprovat l'any 1933) conegut com a "*edifici de la República*" o "*pavelló dels pisos*", on varen traslladar als malalts crònics. Les instal·lacions anteriors que eren antigues i decadents, es van enderrocar i els malalts aguts van ser ubicats en els pavellons de la Mancomunitat. També, durant l'etapa de la Generalitat, es van arreglar alguns vells edificis, a fi de pal·liar el greu problema que suposava la superpoblació d'interns. Hem de tenir en compte que, a més del nombre creixent de malalts aguts que arribaven al centre, hi havia un nombre de malalts crònics que anava en augment a causa de la manca d'efectivitat de les teràpies disponibles en aquell moment. Per poder atendre adequadament la creixent població del psiquiàtric, l'any 1934 es va convocar el primer concurs-examen per cobrir, amb personal qualificat, les places de cuidadores, necessàries per atendre degudament als interns i poder així prescindir de les religioses que fins aleshores s'havien ocupat d'aquella tasca de manera generosa i vocacional, però sense ser personal especialitzat. Tot i que com anècdota apuntaré que la seva absència va durar molt poc temps, ja que un cop finalitzada la Guerra Civil (1939) les monges van tornar al centre, on hi van estar fins a l'any 2003, ocupant-se dels interns tal com ho havien fet històricament.

Amb totes aquestes mesures la Generalitat va intentar millorar en el possible la situació dels interns mentre esperava que arribessin, procedents de l'estat espanyol, els fons acordats necessaris per a la completa remodelació i ampliació del sanatori que s'havia projectat. Malgrat tot, els diners no van arribar mai i la situació del psiquiàtric va anar

empitjorant. Per fer-nos una idea, l'any 1934 quan encara faltaven dos anys per l'esclat de la Guerra Civil espanyola, en el pavelló de dones que tenia capacitat per a 150 malaltes n'hi havia 248, i el pavelló de psicopaties agudes, amb capacitat per a 50 malaltes, allotjava en realitat a 90 internes, amb les consegüents pertorbacions d'ordre, higiene i qualitat de vida que aquesta superpoblació suposava. Xifres similars es repetien en els pavellons dels homes. La situació empitjorava.

RECERCA A L'ARXIU DE LA DIPUTACIÓ: El psiquiàtric en temps de la segona República. Des del 1931 fins al inici de la Guerra Civil (18 de juliol de 1936)

En estudiar aquesta etapa he arribat a les conclusions que detallo tot seguit i que documento: tant a través d'expedients representatius de cadascun dels blocs que suggereixo, com de les gràfiques que dels càlculs estadístics se n'han després.

Nombre d'expedients consultats: 55 (adults 46; menors: 9)

Homes: 40

Dones: 15

PRINCIPALS SINGULARITATS OBSERVADES DURANT AQUEST PERÍODE, D'ACORD A L'ESTUDI DE LA MOSTRA CORRESPONENT.

-Expedients on el certificat mèdic adjunt deixa clara la complexitat del trastorn (psicosi, esquizofrènia, etc.) es donen d'alta al cap de poc temps.

EVP – dona – 52 anys – casada – Riudarenes – 1931

“Confusión mental. Torpeza intelectual. Incoherencia de ideas y pérdida de asociaciones. Síntomas depresivos que alternan con accesos agudos de manía alucinatoria. Tendencia agresiva y suicida.”
Ingressa a petició del marit. Rep alta per curació al cap d'un mes.

-Ingressos de delinqüents per ordre judicial.

CRM – home – 39 anys – Riudarenes – 1931

“Certificado médico diagnosticando enajenación mental con fugas y reacciones violentas que ponen en peligro su vida y la de los otros.”

Ingressa per sentència judicial.

JRP – home - 33 anys – St. Antoni Calonge – 1936

Ingressa per sentència judicial.

“Delirios de persecución con intento de asesinato a su madre”

Es fuga a data de 20.08.1936.

JRR – home - 51 anys – Bescanó – 1936

“Ingresa por sentencia judicial, acusado de haber cometido parricidio, con el atenuante de enajenación mental. Constan cinco ingresos, tres de los cuales en este período (1919, 1922, 1934, 1935 y 1936) y cuatro fugas.”

-La manca de tractament extern per als alcohòlics és causa de nous internaments i reingressos periòdics.

NPF – home – 45 anys – St. Sadurní – 1931

“Psicosis alcohólica con alucinaciones terroríficas y violentos delirios. Trama delirante. Impulsos agresivos y suicidas. Trastornos del sueño. Pérdida de asociaciones e ilogicidad del discurso. Temblores y crisis epileptiformes.”

Ingrés inicial el 21.09.1929. Es sol·licita ingrés a petició de l'alcalde i de la dona. Repetits ingressos manicomials, interromputs per dues fugides. Després de l'última, va ser detingut i consta una sentència judicial ordenant el reingrés. Alta del 15.05.1931.”

-La societat no acceptava la independència de la dona jove. La família preferia tancar una filla al manicomí abans d'acceptar la seva independència. La necessitat d'allunyar-se de la família es considera com un trastorn mental.

CRV – dona – 19 anys – St. Jordi Desvalls – 1935

“Síntomas de perturbación mental con monomanía y tendencia a marcharse de casa.”

El pare sol·licita l'ingrés.

-Les persones que pateixen algun tipus de deficiència sensorial; tals com sords, muts, sordmuts,... també s'ingressen al manicomí.

JPS – home – 30 anys – labrador – soltero – La Pera – 1932

“Sordomudo de nacimiento, presenta demencia epiléptica con peligro para sí y los demás.”

El pare sol·licita l'ingrés. S'ingressa a data de 04.01.1932. Reclusió definitiva.

-Continua i augmenta el flux de repatriats, provinents de França.

TPD – home – 31 anys – Torrecilla de la Orden (Valladolid) – 1932

“Repatriado de Francia. Procede del Asilo Público para alienado de Saint-Robert d'Isère. Se acompaña certificado médico del Asilo francés: Debilidad mental con alienación. Ideas delirantes polimorfas y místicas (cree que Dios le ha dado su Gracia, a raíz de lo cual ha puesto fin a la guerra mundial él solo. Ligera depresión melancólica. Exageración de la personalidad.”

CPG – dona – 38 anys – Serinyà – 1932

“Demente-leprosa, repatriada de Francia”.

Sol·licitud d'ingrés del Governador civil. És traslladada al Sanatori - Leproseria de Fontilles (Alicante) el 10.08.1932.

MRC – mujer – 38 anys – 1936

“Repatriada de Francia. Ingresada en el manicomio por orden del Gobernador General de Catalunya.”

-Gran nombre d'expedients de pacients amb fuites i reingressos.

JPR – home – 29 anys – Batet – 1934

“Enajenación mental con delirios de persecución”.

Ingrés 07.04.1922. Diverses fuites y reingressos. Fuga final el 26.11.1934.

JRP – home – 33 anys – St. Antoni Calonge – 1936

“Ingresa por sentencia judicial. Delirios de persecución con intento de asesinato a su madre”.

Fuga el 20.08.1936.

JRR – home – 51 anys – Bescanó – 1936

“Ingressa por sentencia judicial, acusado de haber cometido parricidio, con el atenuante de enajenación mental. Constan cinco ingresos, tres de los cuales en este período (1919, 1922, 1934, 1935 y 1936) y cuatro fugas.”

-Ingressos derivats de l'assistència social de Catalunya

JRM – home – 75 anys – Girona – 1934

“Ingreso a petición de los servicios de Asistencia Social de la Generalitat de Catalunya.”

ARF – home – 22 anys – L'Escala – 1934

“Ingreso a petición de los servicios de Asistencia Social de la Generalitat de Catalunya.”

RRG – dona - 35 anys – Figueres – 1935

“Ingreso a petición de los servicios de Asistencia Social de la Generalitat de Catalunya.”

CRG – dona – 52 anys – Riudarenes – 1934

“Ingreso a petición de los servicios de Asistencia Social de la Generalitat de Catalunya.”

-Les persones sense sostre es tanquen al psiquiàtric. Fins i tot en absència de símptomes. I sense la necessitat de certificat mèdic

PRC –Home – 42 anys – Girona – 1934

“Ingreso tras ser recogido en la calle.”

No consta certificat mèdic en l'historial. Es fuga al cap d'un mes.

-Expedients d'ingrés per ordre del Comitè Antifeixista de Guerra, del sindicat de la C.N.T. i del Comitè de Guerra.

ARS – home – 49 anys – Banyoles – 1936

“Ingreso por Orden del Comité de Guerra”

MRP – home – 46 anys – 1936

Ingressa per Ordre del Comitè executiu del Front Antifeixista de Girona, i del Comitè executiu del sindicat CNT de Salt. Com a causa de l'ingrés apareix en l'expedient el Certificat d'un metge digestòleg donant el següent diagnòstic: *“trastorno mental con verborrea y ‘estigmas degenerativos’.”*

ANÀLISI DEL PERÍODE DES DEL 1931 FINS AL 1936. SINOPSI DE FETS I EVIDÈNCIES DESPRESES DE L'ESTUDI REALITZAT.

-Com es determina l'ingrés.

El certificat del metge del poble, expedit a petició de la família o les autoritats. És necessari el vist i blau de la comissaria dels serveis d'assistència social de la Generalitat de Catalunya per a concloure el tràmit.

-Motiu de l'ingrés.

1) Per ordre de l'autoritat judicial.

- 2) Per ordre dels comitès sindicals: C.N.T, F.A.I, P.O.U.M, etc.
- 3) Per ordre del Comitè de Guerra
- 4) Per ordre del “*Comité ejecutivo del Frente Antifascista de Gerona*”.
- 5) Derivats directament dels serveis d’assistència social de la Generalitat de Catalunya.

-Documentació que s’adjunta a l’expedient.

- 1) Certificat del metge del poble en els casos on és un procediment ordinari com en èpoques anteriors.
- 2) Carta de la família adreçada als serveis d’assistència social de la Generalitat de Catalunya.
- 3) No s’adjunta certificat mèdic en els casos derivats directament dels assistents socials; ni en els casos derivats dels derivats dels comitès populars (comitè sindical, de guerra, antifeixista,...).

-Anomalies.

- 1) En aquesta època un gran nombre de malalts ingressen sense que cap metge els hagi diagnosticat com a malalts mentals. És a dir, sense certificat.
- 2) Es donen força casos de curacions, motiu d’alta, ocorregudes en un lapsus de temps molt breu. Fins i tot en aquelles patologies que amb els psicofàrmacs actuals tindrien un període de curació molt més llarg. La qual cosa indica que estaven mal diagnosticats des del principi o que existeix una necessitat imperiosa de donar altes per manca d’espai.
- 3) Disminuïts sensorials diagnosticats com a malalts mentals.
- 4) Nomenclatura diagnòstica poc clara: “*torpeza intelectual*”
Sorprèn la lleugeresa en el criteri a l’hora de recluir a algú en el centre. Diagnòstics com: “*carácter iracundo, síntomas de imbecilidad, signos de degeneración moral...*”) igual que en èpoques anteriors.

-Fets insòlits.

- 1) Les altes per curació d’alguns pacients al cap de pocs dies del seu ingrés fa pensar que potser no tenien prou lloc per a albergar a tots els que ingressaven. Hi havia urgència per donar altes. El diagnòstic, causa de l’ingrés, no era cert. D’aquí en dedueixo la necessitat social de recloure certes persones que per algun motiu no eren convenients.

Em fixo en què, per primera vegada, augmenten vertiginosament les fugites d’interns. Possiblement l’accés de reclosos i el baix nombre de cuidadors i vigilants influeix. Potser l’impediment de finalitzar les obres projectades per la Generalitat contribueix al

deteriorament d'unes instal·lacions que ja no poden garantir la seva funció. També és mostra que els interns no hi estaven a gust.

La reincidència dels alcohòlics (alguns amb més de tres reingressos) ens mostra clarament que el suport assistencial ambulatori era inexistent.

Continua el flux de persones considerades "boges", per patir problemes que res tenen a veure amb el trastorn mental (apareixen per primera vegada disminuïts sensorials; també epilèptics, disminuïts psíquics, demències senils...), persones no acceptades per la societat (repatriats, sense sostre, dones joves rebels...).

En aquest període la majoria dels malalts ingressen sense certificat mèdic (aproximadament un 40% prové dels assistents socials).

La falta de rigor i el llenguatge poc especialitzat utilitzat en els certificats mèdics dels expedients d'ingrés a l'hora de descriure les patologies dels malalts, contrasta amb els protocols oficials de diagnòstic i estadística establerts pel Consell Superior Psiquiàtric del Govern de la República. Aquests criteris, elaborats d'acord al Manual de Diagnòstic i estadística de Kraepelin, eren d'obligat compliment a tots els establiments psiquiàtrics públics des de l'any 1931.

Basant-me en les dades estadístiques de Kraepelin d'aquest període, registrades al Psiquiàtric de Salt, se'n deriven un seguit de conclusions:

- 1) La proporció relativa en aquests anys entre homes i dones asilats és de 2 homes per cada 3 dones (40% - 60%)
- 2) Els alcohòlics, que representen el 7% del total d'asilats, correspon majoritàriament als homes, amb una proporció d'entre 3 i 4 homes per cada dona.
- 4) El trastorn més comú entre els asilats, és la *dementiae praecox* (o esquizofrènia), que té una incidència del 30% en la població reclosa; i que és doblement freqüent en dones que en homes.

-Gràfics i estadístiques.

DISTRIBUCIÓ D'ENTRADES I SORTIDES L'ANY 1933

	INGRESSOS	REINGRESSOS	ALTES	FUITES	MORTS
HOMES	82	16	33	14	42
DONES	87	24	49	4	30
TOTAL	169	40	82	18	72

**RESUM ESTADÍSTIC ANUAL D'ACORD AMB LES CATEGORIES
DIAGNÒSTIQUES DE KRAEPELIN**

“MINISTERI DE LA GOVERNACIÓ – DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT – SECCIÓ DE PSIQUIATRIA I HIGIENE MENTAL

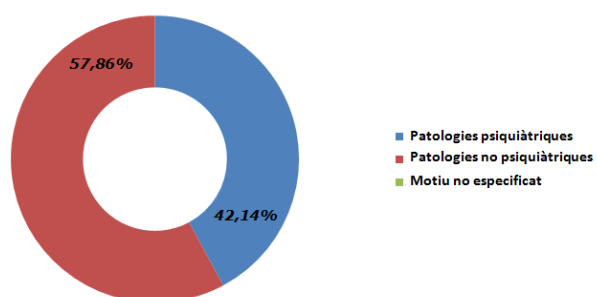
CATEGORIA DIAGNÒSTICA	1933			1934			1935		
	HOMES	DONES	TOTAL	HOMES	DONES	TOTAL	HOMES	DONES	TOTAL
- Alteracions mentals associades a traumatismes cerebrals	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II - Alteracions mentals associades a processos orgànics cerebrals	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III - Alteracions mentals associades a intoxicacions:	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III-1 – Alcoholisme	35	10	45	37	8	45	29	11	40
III-2 – Morfinisme	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III-3 – Altres intoxicacions exògenes	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III-4 – Altres intoxicacions endògenes	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III-5 – Malalties endocrines (Basedow, cretinisme, etc)	8	14	22	7	15	22	5	10	15
IV - Alteracions mentals associades a malalties infeccioses	6	8	14	4	6	10	1	5	6
V.1. - Alteracions mentals associades a sífilis cerebral	-	1	1	6	3	9	2	3	5
V.2. - Alteracions mentals associades a paràlisi progressiva	2	-	2	4	1	5	5	2	7
VI - 1 - Alteracions mentals associades a arteriosclerosis	11	10	21	13	15	28	18	22	40
VI - 2 – Alteracions mentals senils y presenils	20	37	57	15	32	47	16	31	47
VII - Epilèpsia essencial	20	13	33	22	15	37	19	17	36
VIII - Esquizofrènia (Dementiae praecox)	61	127	188	58	125	183	70	135	205
IX.1. - Disposició Maniacodepressiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IX.2. - Psicosis Maniacodepressiva	18	66	84	21	80	101	28	76	104
X - Psicopaties (inclosa la personalitat histèrica)	27	30	57	26	28	54	23	25	48
XI - Reacciones psicògenes (inclosa reacció histèrica)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XII - Paranoia	16	29	45	17	44	61	17	42	59
XIII - Oligofrènia	10	27	37	13	28	41	33	39	72
XIV - Casos obscurs	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	234	372	606	243	400	643	266	418	684

DISTRIBUCIÓ PER GRUPS D'EDATS DELS PACIENTS INGRESSATS L'ANY 1935

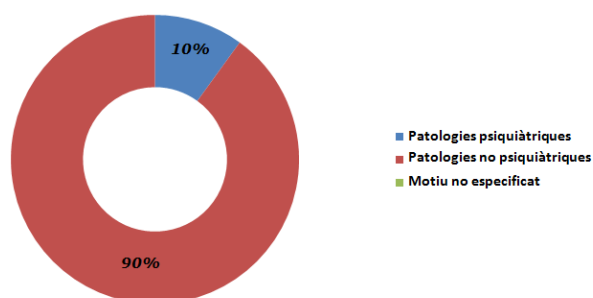
EDAT (anys)	HOMES	HOMES (%)	DONES	DONES (%)	TOTAL DE MALALTS	TOTAL DE MALALTS (%)
Menors de 16	5	1,87	6	1,66	11	1,6
16-19	20	7,52	23	5,50	43	6,28
20-24	25	9,40	27	6,45	52	7,6
25-34	57	21,43	89	21,30	146	21,35
35-44	63	23,68	83	19,76	146	21,35
45-54	45	16,94	73	17,46	118	17,26
55-59	24	9	66	15,69	90	13,17
60-64	17	6,40	32	7,65	49	7,16
65-69	9	3,39	12	2,87	21	3,07
70-74	1	0,37	6	1,43	7	1,02
Majors de 75	1	0,23	1	0,14
TOTAL	266	38,9%	418	61,1%	684	100%

Població del psiquiàtric classificada segons si la seva patologia es considerada psiquiàtrica o no avui dia. Període de l'any 1931 fins 1936

Homes

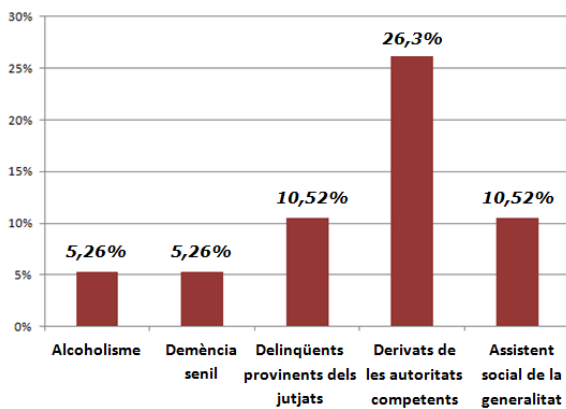


Dones

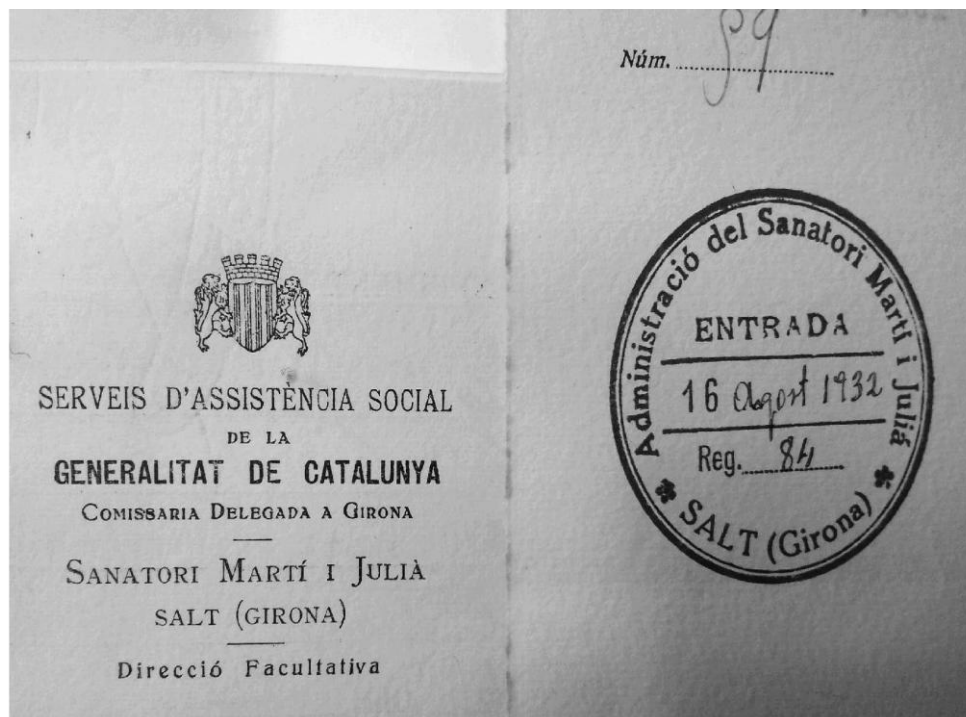
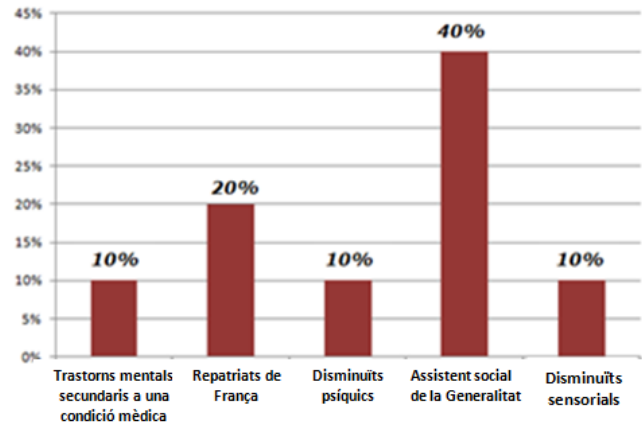


Subdivisió per diagnòstics del grup de pacients anteriorment classificat dins de “patologies no psiquiàtriques” (segons els manuals de diagnòstics actuals).

Homes



Dones



FICHA PARA APROPIAR
EN EL ESTABLECIMIENTO

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD



SECCIÓN DE PSIQUIATRÍA E HIGIENE MENTAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO PSIQUIÁTRICO Sanatorio Martí y Juliá PROVINCIAL AÑO 193 5.

POBLACIÓN Salt PROVINCIA Gerona

ESQUEMA ESTADÍSTICO
DE KRAEPELIN

ADOPTADO POR EL CONSEJO
SUPERIOR PSIQUIÁTRICO

	Hombres	Mujeres	TOTAL
I. <i>Alteraciones mentales en los traumatismos cerebrales</i> (I, a, b, c).....			
II. — — <i>en otros procesos orgánicos cerebrales</i> (II, a-e).....			
III. — — <i>en las intoxicaciones:</i>			
1. <i>Alcoholismo</i> (III, A, 1, a-h).....			
2. <i>Morfinismo, etc.</i> (III, A, 2, a, b).....			
3. <i>Otras intoxicaciones exógenas</i> (III, A, 3, a, b, y 4, a, b, c).....			
4. <i>Intoxicaciones endógenas</i> (III, B, 1, a-h).....			
5. <i>Enfermedades endocrinas, especialmente enfermedad de Basedow, cretinismo</i> (III, B, 2, a, 1, 2, 3, b, 1-6).....			
IV. <i>Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas</i> (IV, 1-3).....			
V. 1. <i>Sífilis cerebral (incluidas las psicosis tabéticas)</i> (V, 1, a-f, y 3).....			
2. <i>Parálisis progresiva</i> (V, 2, a-g).....			
VI. 1. <i>Arterioesclerosis</i> (VI, 1, a-d).....			
2. <i>Alteraciones mentales seniles y preseniles</i> (VI, 2, a-c, 3, a-d).....			
VII. <i>Epilepsia esencial</i> (VII).....			
VIII. <i>Esquizofrenias</i> (VIII, A, 1-8, B, 1-3).....			
IX. 1. <i>Disposición maniaco-depresiva</i> (IX, 1, a-d).....			
2. <i>Psicosis maniaco-depresiva</i> (IX, 2, a-c).....			
X. <i>Psicopatías (incluso las personalidades histéricas)</i> (X, a-o).....			
XI. <i>Reacciones psicógenas (incluso las reacciones histéricas)</i> (XI, A, a-h, B, a, b, C, a-f).....			
XII. <i>Paranoia</i> (XII, a-d).....			
XIII. <i>Oligofrenias</i> (XIII, 1, a-c, 2, 3).....			
XIV. <i>Casos oscuros</i> (XIV).....			
TOTALES EN 31 DE DICIEMBRE DE 193.....			

31 de diciembre de 193 5.

EL MÉDICO-DIRECTOR,

Para unificar la estadística psiquiátrica se adopta el sistema de Kraepelin. El esquema consta de catorce puntos fundamentales indicándose entre paréntesis y por medio de números y letras los grupos y subgrupos que corresponden a la nomenclatura detallada que figura al dorso y a la cual se recurrirá como complemento y guía en los casos de duda.
Todo Establecimiento psiquiátrico está obligado a llenar esta hoja y la ficha que se remite adjunta, devolviendo la última a la Inspección Provincial de Sanidad y conservando la hoja para el archivo del Establecimiento. (Orden del Ministerio de la Gobernación de 28 de noviembre de 1931.)

NOMENCLATURA DE KRAEPELIN

I.—Alteraciones mentales en los traumatismos cerebrales:

- a) Delirio traumático.
- b) Epilepsia traumática.
- c) Defectos psíquicos traumáticos.

II.—Alteraciones psíquicas en otras encefalopatías orgánicas:

- a) Tumores, abscesos, cisticercosis.
- b) Esclerosis lobar y esclerosis múltiple.
- c) Enfermedades germinales:
Corea de Huntington, esclerosis tuberosa, idiocia amaurótica, enfermedad de Merzbacher, enfermedad de Wilson, pseudoesclerosis.
- d) Encefalitis (incluida la encefalitis epidémica, hidrocefalia).
- e) Insolación.

III.—Alteraciones mentales en las intoxicaciones:

A) INTOXICACIONES EXÓGENAS:

1.—*Alcoholismo:*

- a) Embriaguez.
- b) Embriaguez agitada.
- c) Alcoholismo.
- d) Delirio de celos alcohólico.
- e) Delirium tremens.
- f) Alucinosis alcohólica.
- g) Psicosis de Korsakow.
- h) Epilepsia alcohólica.

2.—*Intoxicaciones crónicas por los alcaloides:*

- a) Morfinismo, opiofagia, codeinismo, heroínismo, dioninismo.
- b) Cocainismo (con y sin morfinismo).

3.—*Otras intoxicaciones crónicas:*

- a) Intoxicaciones con cloroformo, petróleo, bencina, hidrato de cloral, paraldeído, bromo, trional, veronal, plomo, mercurio, sulfuro de carbono, haschisch, etc.
- b) Ergotismo, pelagra, beri-beri (con síntomas mentales).

4.—*Intoxicaciones agudas:*

- a) Gases: óxido de carbono, gas del alumbrado, óxido nitroso, ácido sulfhídrico, etc.
- b) Medicamentos: atropina, iodoformo, quinina, ácido salicílico, tropacocaína, etc.
- c) Otros tóxicos: hongos, anilina, binitrotoluo, toluidina, etc.

B) INTOXICACIONES ENDÓGENAS:

1.—*Por productos del recambio nutritivo:*

- a) Delirio urémico.
- b) Delirio eclámptico.
- c) Psicosis en la diabetes.
- d) Delirio en la colemia (ictericia grave).
- e) Delirio en los trastornos circulatorios.
- f) Delirio en las caquexias (carcinoma, anemias graves, etc.)
- g) Asfixia por el calor.
- h) Delirios por el hambre y por la sed, delirios por colapso (neumonía, erisipela).

2.—*Intoxicaciones endocrinas (enfermedades endocrinas):*

- a) Psicosis tireogénas:
 - 1) Enfermedad de Basedow.
 - 2) Mixedema.
 - 3) Cretinismo.
- b) Debilidad mental en enfermedades:
 - 1) De la hipófisis (gigantismo, distrofia adiposogenital, nanismo).
 - 2) De la epífisis (macrogenitosomia precoz, obesidad).
 - 3) De las cápsulas suprarrenales (pseudohermafroditismo, enfermedad de Addison).
 - 4) De las glándulas sexuales (eunucoidismo, gigantismo, virilidad).
 - 5) Del timo (idiotia tímica, estado tímico-linfático).
 - 6) Insuficiencias pluriglandulares.

IV.—Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas (tifus, viruela, poliartrosis, neumonía, influenza, corea, fiebre intermitente, malaria, sepsis, tisis, rabia, lepra, tripanosomiasis).

1. Delirio febril e infeccioso
2. Estados confusionales (después de enfermedades infecciosas, amencia).
3. Estados de debilidad infecciosos.

V.—Sifilis.

1.—*Sifilis cerebral:*

- a) Neurastenia sifilitica.
- b) Pseudoparálisis sifilitica (cuadros clínicos análogos a los de la parálisis).
- c) Lues cerebral apoplética (debilidad mental sifilitica simple con parálisis).
- d) Epilepsia sifilitica.
- e) Formas paranoides.
- f) Sifilis congénita (parálisis cerebral infantil, debilidad mental).

2.—*Parálisis general progresiva:*

- a) Demencial.
- b) Depresiva.
- c) Expansiva.
- d) Formas agitada y galopante.
- e) Taboparálisis.
- f) Formas atípicas (Lissauer).
- g) Parálisis juvenil.

3.—*Psicosis tabéticas.*

VI.—Procesos arterioescleróticos y de regresión:

1.—*Arterioesclerosis:*

- a) Debilidad mental arterioesclerótica.
- b) Encefalitis subcortical (diagnóstico anatómico).
- c) Epilepsia tardía.
- d) Debilidad mental apoplética.

2.—*Procesos preseniles:*

- a) Formas perniciosas (enfermedades de la edad de la regresión que conducen rápidamente a la muerte con lesiones anatómicas características).
- b) Formas catatónicas (catatonia tardía).
- c) Formas paranoides (en tanto no presentan síntomas esquizofrénicos).

3.—*Psicosis seniles:*

- a) Demencia senil.
- b) Presbiofrenia.
- c) Enfermedad de Alzheimer.
- d) Delirio de persecución senil.

VII.—Epilepsia genuina (imbecilidad epiléptica, demencia epiléptica, estados crepusculares, status epilepticus).

VIII.—Esquizofrenias.

A) DEMENCIA PRECOZ:

- a) Forma simple.
- b) Demencia precocísima (en la edad infantil).
- c) Hebefrenia.
- d) Formas depresiva y estuporosa.
- e) Formas circular y agitada.
- f) Catatonia.
- g) Demencia paranoide.
- h) Confusión del lenguaje.

B) PARAFRENIAS:

- a) Sistemática.
- b) Expansiva.
- c) Confabulatoria.
- d) Fantástica.

IX.—Psicosis maniaco-depresiva:

A) PREDISPOSICIÓN MANIACO-DEPRESIVA:

- 1) Predisposición irritable

- 2) Predisposición maniaca.
- 3) — depresiva.
- 4) — ciclotímica.

B) PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA:

- a) Manía.
- b) Melancolía.
- c) Estados mixtos.

X.—Psicopatías (incluidas las personalidades histéricas).

- a) Nerviosos
- b) Neurosis obsesivas.
- c) Excitables (con y sin rasgos histéricos).
- d) Inestables (con y sin rasgos histéricos).
- e) Débiles de voluntad (con y sin rasgos histéricos).
- f) Impulsivos (aumento de los impulsos normales). Epilepsia afectiva.
- g) Impulsivos patológicos.
- h) Perversos sexuales (homosexuales, sadistas, masoquistas, fetichistas, exhibicionistas).
- i) Discutidores.
- j) Extravagantes-retorcidos.
- k) Mentirosos.
- l) Personalidades histéricas (carácter histérico, histeria degenerativa).
- m) Camorristas.
- n) Asociales

XI.—Reacciones psicógenas (incluidas todas las reacciones histéricas):

A) PSICOSIS Y NEUROSIS DE SITUACIÓN:

- a) Depresión psicógena (causa externa).
- b) Locura inducida.
- c) Psicosis de prisión de origen psicógeno (delirio de inocencia, de indulto, litigantes de prisión).
- d) Psicosis de espanto (estados confusionales pasajeros a causa de impresiones muy fuertes).
- e) Neurosis de guerra (actitud de rechazo ante el servicio en el frente).
- f) Neurosis traumáticas (actitud de repulsa ante la vuelta al trabajo).
- g) Neurosis de renta.
- h) Delirio de los litigantes.

B) ESTADOS NERVIOSOS:

- a) Agotamiento nervioso (por exceso de trabajo y emociones).
- b) Neurosis de angustia.

C) REACCIONES HISTÉRICAS:

- a) Histeria del desarrollo (en la edad juvenil).
- b) Hist. alcohólica.
- c) Hist. traumática.
- d) Estados crepusculares histéricos.
- e) Estados crepusculares de Ganser.
- f) Estupor histérico de prisión.

XII.—Paranoia.

- a) Personalidades paranoides.
- b) Formas atenuadas y abortivas de la paranoia.
- c) Del. de persecución de los sordos.
- d) Paranoia clásica (delirio de persecución, de celos, de descendencia, de grandezas, religioso, de los inventores, erótico).

XIII.—Oligofrenias.

1.—Grados diferentes:

- a) Idiocia.
- b) Imbecilidad.
- c) Debilidad.

2.—Mongolismo.

3.—Infantilismo.

XIV.—Casos oscuros

6. El manicomi en temps de guerra (1936-1939)

Tots els avenços i plans de progrés iniciats i projectats durant l'etapa de la República i la Generalitat es van perdre, i la situació al manicomi va retornar a les condicions de desordre, deteriorament i falta de mitjans pitjors de tota la seva història. Amb l'esclat de la guerra el Sanatori va quedar administrativament desatès, sense direcció ni gestió. L'any 1937 sota el mandat de la Generalitat i en plena guerra, la situació era tan caòtica que fins i tot les religioses van haver d'abandonar el centre, igual que tants altres religiosos a tota la zona declarada roja (perseguits per les forces del comitè antifeixista contraries al clero: C.N.T., P.O.U.M., F.A.I., J.J.L.L. i la J.C.I.). En poc temps es va convertir en hospital militar improvisat, on els ferits de guerra i els malalts convivien amb els "bojos", que deambulaven per les instal·lacions, gairebé desatesos. Així és que l'any 1939, quan va acabar la Guerra Civil i l'administració franquista es va fer càrrec de totes les institucions del país, el manicomi acollia, endemés de dementes, vells, excombatents de la guerra, mutilats de guerra, refugiats, pidolaires, alcohòlics, repatriats, soldats amb traumes de guerra i tota mena de gent de totes les edats i problemàtiques que anaven a parar allà; molts edificis a la ciutat estaven destruïts i la fam i la misèria eren protagonistes als carrers. Hom pot imaginar la tristesa, penúria i humiliació dels qui van viure al Psiquiàtric aquells anys.

Però la guerra havia acabat amb la victòria del general Franco. Ara tota Espanya estava governada per un poder militar amb Franco al capdamunt, exercint de cabdill d'un règim dictatorial que va durar 40 anys i que va abolir i prohibir totes les institucions catalanes.

Amb l'arribada de la dictadura, el règim va substituir el nom de Sanatori Martí i Julià (símbol del projecte innovador de la Mancomunitat i la Generalitat de Catalunya), per l'antic nom de "*Manicomio de Salt*". Les monges varen tornar al centre i van reprendre'n la gestió. Els vells mètodes es van reimplantar, només que ara el centre disposava de menys mitjans que abans, per la qual cosa les condicions de vida dins el recinte eren més dures que mai, fins al punt que durant molts anys el menjar dels alienats depenia del conreu de la pròpia l'horta (terres de l'antic Mas Cardell) i de la caritat de la gent Salt i dels pobles del voltant. Endemés, l'arribada de Franco al poder va determinar que molts metges, psiquiatres i intel·lectuals catalans que havien sigut promotors dels canvis avantguardistes iniciats durant l'època de la República s'haguessin d'exiliar a altres

països. Val a dir que molts d'ells van continuar els seus treballs en els països d'acollida, contribuint al desenvolupament del sector, mentre el "Manicomio" tornava al caos i al dramatisme del passat de la mateixa manera que la psiquiatria a Espanya, que durant més de quatre dècades es mantindria aïllada, d'esquena a les noves tendències que triomfaven a la resta d'Europa.



RECERCA A L'ARXIU DE LA DIPUTACIÓ: El Manicomi en temps de guerra

D'acord a l'estudi efectuat als expedients d'ingrés des de l'any 1936 fins al 1939 he arribat a les conclusions que detallo tot seguit i que documento: tant a través d'expedients representatius de cadascun dels blocs que suggereixo, com de les gràfiques que dels càlculs estadístics se n'han després.

Nombre d'expedients consultats: 68 (adults 58; menors: 10)
Homes: 35 - Dones: 33

PRINCIPALS SINGULARITATS OBSERVADES DURANT AQUEST PERÍODE, D'ACORD A L'ESTUDI DE LA MOSTRA CORRESPONENT.

-Sorgeixen els primers expedients (a partir de 1937) on apareix el model de certificat mèdic homologat pel col·legi de metges de Catalunya, específic per a la sol·licitud d'ingrés al Psiquiàtric.

MRG – dona - 31 anys – Lladó – 1937

“Peligrosidad de origen psíquico.”

“Certificado médico para enfermos psíquicos” lliurat a petició del marit.

JRM – home – 40 anys – St. Feliu Guíxols – 1937

“Peligrosidad de origen psíquico”. “Manía aguda que le impide trabajar.”

El “Certificado médico para enfermos psíquicos” amplia detalls sobre la patologia del malalt:

Ingressa: 16.11.1936. Fuga: 11.06.1937

VRA – home menor d’edat - 16 anys – Girona – 1937

“Incompatibilidad social por epilepsia.”

“Certificado médico para enfermos psíquicos” lliurat a petició del pare.

-Continuen els ingressos de menors.

VRA – home menor d’edat - 16 anys – Girona – 1937

“Incompatibilidad social por epilepsia.”

“Certificado médico para enfermos psíquicos” lliurat a petició del pare.

LBC – dona menor d’edat - 18 anys – Osona – 1938

“Alteración psíquica, ataques epilépticos, mal carácter, agresividad y ninfomanía.”

Certificat mèdic clàssic, expedit a petició de la mare i l’alcalde del poble.

-Es constata el creixent nombre de malalts fugats.

MRE – dona – 38 anys – Fornells – 1938

No apareix ni certificat mèdic ni diagnòstic. Ingressa el 1935 a petició del marit, i es fuga tres anys després, el 1938.

-Es manté el nombre d’ingressos sense cap mena de certificat mèdic derivats del Servei d’Assistència Social de la Generalitat.

EBM – home - 63 anys – Vilanova de la Muga – 1937

No apareix certificat mèdic en l’expedient. Es fuga pocs mesos després del seu ingrés.

-Ingressos per “incompatibilidad social”.

ABP – dona – 28 anys – Molló – 1939

“Incompatibilidad social, desordenada, distraída, triste e indiferente, inquieta, insomnio, personalidad molesta y débil.”

-Continuen els ingressos derivats de les juntes de govern populars, així com d’alguna presó provincial. Amb diagnòstics de vegades poc explícits.

NRN – home - 22 anys – Ciudad Real – 1938

“Estado de confusión mental aguda (posiblemente vinculado a experiencias traumáticas de guerra)”.

Ingressa en el Sanatori a petició de la “Agrupación de Hospitales Militares de Girona y del Comisario de Guerra”.

TRS – home – 43 anys – St. Feliu Guixols – 1938

“Toxicomanía (alcoholismo con delirium. Peligroso para sí mismo y los demás).”

La seva dona sol·licita l'ingrés a la "Comisión Ejecutiva del Consell Municipal local".

FRA – dona – 35 anys – St. Gregori – 1937

"Peligrosidad de origen psíquico".

Demanda del "Ciudadano-Comisario de la Generalitat de Catalunya en Girona". Es fuga al cap de 2 anys.

DBC – dona – 34 anys – Girona – 1939

"Solicitud de ingreso del médico de la prisión de Girona para tratamiento mental."

No s'acompanya d'un certificat mèdic.

-Continua en un alt percentatge l'ingrés de malalts titllats de perillosos per a si mateixos i per als qui els envolten.

FRP – dona – 25 anys – Figueres - soltera – 1938

S'adjunta el "Certificado médico para enfermos psíquicos": *"Peligrosidad de origen psíquico, perturbación mental con agresividad, melancolía y tendencia de suicidio."*

MRC – dona – 40 anys – Besalú – viuda – 1938

"Perturbación de facultades mentales con manía agresiva y peligro para ella misma y los demás."

(Certificat del metge de família de Besalú)

MBR – dona – 25 anys – Palamós – 1939

"Delirio psíquico con agresividad verbal. Peligrosa para sí misma y los demás."

-Patologies mentals secundàries derivades d'una condició mèdica general (neurològica, infecciosa, etc.).

JBE – home- 35 anys – St. Feliu de Guixols – 1938:

"Enfermedad nerviosa resultante de fiebres tifoideas que padece. Actualmente sufre delirio maníaco, con agitación, excitación, actos irreflexivos y alucinaciones de los diversos sentidos."

MMB – dona – 30 anys – Palau Sacosta – 1939:

Un certificat mèdic no oficial diagnòstica "alcoholismo con sífilis".

**ANÀLISI DEL PERÍODE DES DEL 1936 FINS AL 1939. SINOPSI DE FETS I EVIDÈNCIES
DESPRESES DE L'ESTUDI REALITZAT.**

-Com es determina l'ingrés.

1) Amb certificat mèdic. El certificat del metge del poble, expedit a petició de la família o les autoritats. És necessari el vist i blau de la comissaria dels serveis d'assistència social de la Generalitat de Catalunya per a concloure el tràmit.

2) Sense certificat mèdic. Derivació directa d'altres institucions, però amb carta de recomanació de la institució derivant:

- a) Amb derivació directa de les autoritats competents
- b) Amb derivació directa de Comitès populars: C.N.T., F.A.I., etc
- c) Amb derivació directa d'Hospitals militars d'arreu.
- d) Amb derivació directa de la presó de Girona.

- e) Amb derivació dels serveis d'Assistents socials de la Generalitat.
- f) Mitjançant el procediment d'èpoques anteriors: cartes testimonials...

-Motiu de l'ingrés.

1) D'acord al prototip estàndard de certificat mèdic del col·legi de metges de Catalunya i que teòricament era indispensable des de l'any 1931, s'estableixen 4 opcions diagnòstiques:

- Malaltia psíquica
- Toxicomania
- Perillositat d'origen psíquic
- Incompatibilitat social

2) Endemés dels trastorns susceptibles d'ingrés en centres psiquiàtrics, propis d'aquella època, també són motiu d'ingrés els ferits de guerra, refugiats, traumes de guerra...

3) Persones (majoritàriament dones) procedents de la presó per motius polítics.

4) Es manté l'ingrés de pobres, orfes, viudes, meuques...

-Documentació que s'adjunta a l'expedient.

Varia d'un expedient a l'altre. Podem trobar:

- 1) Carta del metge de la institució que deriva.
- 2) Certificat per a malalts psíquics del col·legi de metges de Catalunya.
- 3) Expedients dels serveis d'Assistència Social de la Generalitat.
- 4) Certificat del metge de l'entorn del malalt.
- 5) "*Certificado médico oficial del consejo general de médicos de España*" (a partir de la segona meitat de l'any 1939)

-Anomalies.

1) Malgrat l'extensió d'alguns diagnòstics, moltes vegades el contingut és incoherent i contradictori: pacients amb depressions melancòliques que esdevenen agressius. Exemple del Baix nivell de competència dels metges generalistes d'aquells anys a l'hora de diagnosticar malalties mentals i prescriure el tractament més idoni.

2) Gairebé en tots els certificats mèdics apareix l'epilèpsia com a un dels trastorns causa d'ingrés. Tothom era epilèptic?

3) Es mantenen les nomenclatures poc ajustades als manuals de diagnòstic de l'època (Kraepelin)

4) Destaca que en la majoria d'expedients no hi apareix el model oficial de certificat mèdic; tot i ser teòricament obligat.

-Fets insòlits.

1) Sorpren l'elevat nombre d'ingressos de dones joves (entre 20 i 40 anys). Moltes d'elles sense massa simptomatologia i derivades de la presó de Girona (sobretot a partir de l'any 1939). Potser havien estat empresonades per les seves idees polítiques?

2) El certificat mèdic homologat pel col·legi de metges de Catalunya, i d'ús obligat des del 1931, no apareix a gairebé cap expedient.

3) A partir de l'any 1939, un cop Franco guanya la guerra, el nom del centre passa de "Sanatori Martí i Julià" a "*Manicomio de Salt*".

4) No hi ha repatriats.

5) Hi ha un augment significatiu de fuites, la qual cosa atribueixo a la manca de recursos humans per a controlar els interns (les monges van marxar el 1937), així com a la falta de control general; donat que, entre altres coses, el Sanatori va ser temporalment utilitzat com a Hospital de Campanya.

6) El descontrol i la falta de rigor tant en els ingressos com en les altes: presos que anaven i venien, ferits de guerra que anaven amunt i avall, malalts mentals que deambulaven per les instal·lacions sense supervisió (homes, dones i criatures)...

7) Vull destacar que si bé en les èpoques anteriors he observat cert ordre en el protocol d'admissió dels expedients, un cop esclata la Guerra Civil, no s'observen ni normes ni protocols en el contingut dels expedients d'ingrés.

8) A partir de mitjans de l'any 1939, un cop acabada la guerra, s'observa el següent:

- Reinstauració de la "Diputación Provincial de Gerona", de la qual torna a dependre el sanatori.

- El nom passa a "*Manicomio de Salt*".

- Els texts de les històries i els certificats tornen a aparèixer escrits en castellà.

- El certificat mèdic per a malalts psíquics establert per la Generalitat el 1931 és substituït per un model similar en castellà anomenat "*Certificado médico oficial del consejo general de médicos de España*"

-Gràfics i estadístiques.

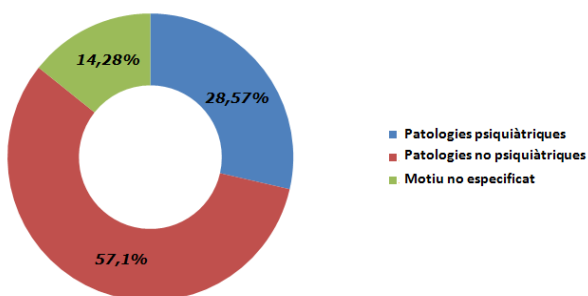
DISTRIBUCIÓ D'ENTRADES I SORTIDES L'ANY 1936 .

	INGRESSOS	REINGRESSOS	ALTES	FUITES	MORTS
HOMES	120	30	68	27	32
DONES	164	26	55	10	34
TOTAL	284	56	123	37	66

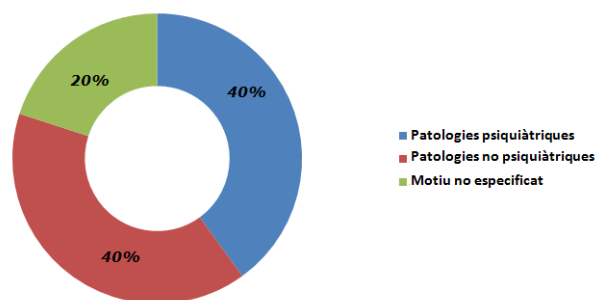
TOTAL INTERNES A 31 DE DESMBRE: 736

Població del psiquiàtric classificada segons si la seva patologia és considerada psiquiàtrica o no avui dia. Període del 1936 al 1939.

Homes

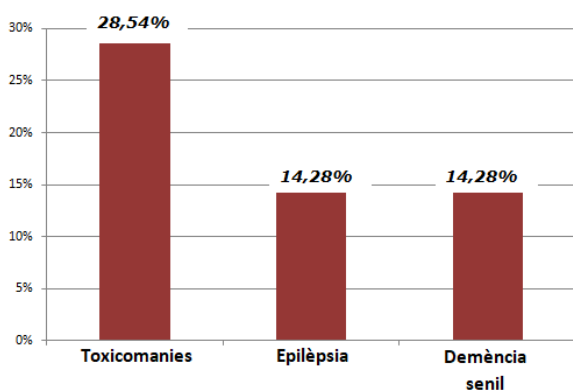


Dones

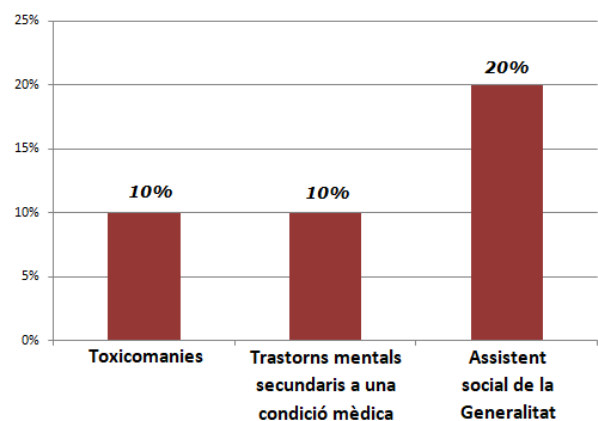


Subdivisió per diagnòstics del grup de pacients anteriorment classificat dins de patologies no psiquiàtriques (segons els manuals de diagnòstics actuals).

Homes



Dones





Agrupación de Hospitales
Militares de Gerona

DIRECCIÓN

R.

AGRUPACIÓN
de HOSPITALES MILITARES de

5-2-38

GERONA

SALIDA N.º 1757 folio

vj.

Hospitalizado en el Pabellon numero 1 del Hospital militar Base el soldado [REDACTED] el cual segun dictamen facultativo sufre "confusion mental aguda", ruego disponga el ingreso del mismo en ese Sanatorio con el fin de tenerlo en observacion comunicando el resultado, ya que por presentar el mismo sitofobia, imposible de vencer por los medios habituales de la Clinica donde se halla hospitalizado, no es adecuada su permanencia en la misma.

Viva muchos años.

GERONA, a 5 de marzo de 1.938

EL DIRECTOR DE LA AGRUPACION
DE HOSPITALES MILITARES



firmado: Mayor Dr. M.S. Cunillera Rius

EL COMISARIO DE
GUERRA



firma: J. JOVE CLOP

S

DIRECTOR DEL SANATORIO "MARTI JULIA" SA

MODEL 6

Sèrie 1.^a N.º 03179



Drets autoritzats per la Conselleria de Sanitat i Assistència Social
PTES. 0.15



CERTIFICAT PER A MALALTS PSÍQUICS

Joan Banca Dausà
Licenciat en Medicina i Cirurgia, amb residència a *Lledó*,
Secció de *Girona* inscrit amb el número *A 94*
en el Col·legi Oficial de Metges de Catalunya.

CERTIFICO: Que *[redacted]*
natural de *Lledó* (*) de *Alb Empordà*
domiciliat a *[redacted]* carrer d
núm. *[redacted]*, d'estat *casada* professió *modista*
de *[redacted]* anys, sofreix alteracions psíquiques des de *cinc* o
sis mesos que es troben enumerades al dors.

En conseqüència considera indicat l'ingrés en un establiment psiquiàtric, fonamentant aquest
en *la(**)* *Perillositat d'origen psíquic*

I perquè consti així on convingui i a instància de *la seva família*
lliuro el present *certificat* a *Lledó*
en *12* d *Juliol* del mil nou-cents *trenta-i-set*.



Hanna

(*) Comarca, província o nació.
(**) Indiqui's una de les quatre raons assenyalades en l'article 10, apartat b), del Decret d'Assistència psiquiàtrica, de 3 de juliol del 1931, (Gazeta del dia 7, a saber: (a) Enfermetat psíquica. (b) Perillositat d'origen psíquic. (c) Incompatibilitat social. (d) Toxicomania.

Ingreso 16 NOVIEMBRE 1939



PRISION PROVINCIAL
DE
GERONA
DIRECCIÓN

Nº 6325

Ruego se sirva ordenar el ingreso en el Establecimiento de su Dirección, del recluso B C que sufre trastornos mentales y cuyo internamiento ha sido dictaminado de urgente, por el facultativo de esta Prisión Dr. José M^a. Butiñá.

Dios guarde a V. muchos años.

Gerona 16 Noviembre 1939
Año de la Victoria
EL DIRECTOR.



Rafael Morale

Sr. Director del Manicomio Provincial

GERONA

COMITE DE GUERRA DE BANYOLAS

EL COMITE ORDENA LA INMEDIATA ENTRADA DEL
COMPANY ~~XXXXXXXXXX~~ PER LA SEVA CURA
A QUEST SENETORI (MARTI JULIA)

BANYOLES 28 DE JULIOL DEL 1936

EL COMITE



Certifico: Que en el día de hoy he visitado en la
casa Mar Domingo de Palau he visto una mujer
que dicen llamarse Maria Magdalena Bonilla, al
parecer parece esta enferma si bien también po-
dría no serlo por todo lo cual me
necesario ingresar en un Hospital

Palau de Josep Martí 1939

J. de la V. *[Signature]*

7.El Manicomi de la postguerra: el llarg parèntesi de la dictadura de Franco.



La Gestión de la Diputación Provincial

La labor desarrollada por la Diputación provincial de Gerona desde la liberación de la provincia hasta la fecha, acusa proporciones de tal volumen que nos obliga, muy a pesar nuestro, a limitarnos a reseñar los aspectos más salientes de la misma, pero que, indudablemente, habrán de ser suficientes para dar una exacta impresión de cómo desarrolla sus actividades este importante organismo provincial dentro del marco de la Nueva España.

La función benéfica, una de las principales actividades de la Diputación, ha sido atendida desde el primer momento con todo celo e interés, aún a costa de vencer el cúmulo de dificultades de todo orden que creó la labor destructiva de los rojo-separatistas y el enorme contingente de españoles refugiados en la nación vecina.

La Diputación de Gerona socorrió a numerosísimos repatriados que campearon 150.000 atenciones en los Establecimientos provinciales de Beneficencia, que costaron 645.440 pesetas.

Se han prestado estos servicios sin desatender los de tipo normal, en sí mismos muy importantes pues en el Manicomio Provincial de Salt están acogidos 674 dementes; en el Hospicio de Ntra. Señora de la Misericordia se mantiene a 410 asilados; en el Hospital de Sra. Catalina son asistidos 321 enfermos; en el Asilo de Ancianos de Pedret hay 87, y en el de Ancianos de Agullana, 70, haciendo un total de 1.562 personas, lo que supone un desembolso por cada uno de los tres años de liberación de 2.500.000 pesetas, o sea, un total de 7.500.000 pesetas, aparte de la cantidad antes expresada por indigentes de naturaleza extraña a la provincia.

El, 1942-10-01, p. 5.

Si les condicions de vida durant la guerra havien sigut nefastes i l'arribada de Franco al govern havia contribuït a la fuga de talents (que no compartien les seves idees polítiques feixistes i/o anticatalanistes), els anys de la postguerra i el franquisme, no van ser millors. Destacaré alguns fets rellevants d'aquells anys que ajuden a fer-nos una idea de com la dictadura de Franco va afectar l'evolució i la modernització de la psiquiatria a tot el país, amb el consegüent empitjorament, tant pel que fa a la qualitat de vida dels malalts mentals com pel que fa a la visió i tractament del "boig" en la societat de la postguerra.

En primer lloc, la massificació d'interns en el manicomi de Salt i la falta de recursos en la gestió del centre.

En segon lloc, l'autarquia del règim franquista en la relació amb Europa, que en l'àmbit psiquiàtric va suposar la pèrdua de contacte amb els moviments i avenços científics d'Avantguarda, tant en matèria de coneixement dels desordres mentals, com en els nous tractaments farmacològics i psicoterapèutics.

En tercer lloc, la promulgació d'una llei anomenada "*Ley de Vagos y Maleantes*", que si bé ja existia des de l'any 1933 en plena República del President Azaña, la dictadura va endurir, i per la que qualsevol persona sana que no s'ajustés a determinats patrons establerts, com ara tenir un domicili i una activitat dins la societat, podia ser condemnat per l'autoritat a ingressar en un manicomi. Aquesta llei va

suposar que el manicomi de Salt, que ja no tenia prou capacitat per acollir als malalts mentals, hagués d'incorporar, endemés, a nombrosos interns que no estaven malalts, per ordre de l'autoritat.

En darrer lloc assenyalar la involució de plantejaments als manicomis durant el període de la dictadura. Es va oblidar la idea del “boig” com a una persona malalta a qui calia tractar amb dignitat i intentar curar, i es va retornar als models reclusius decimonònics de manicomi-presó, on la funció del manicomi no era curar al malalt sinó asilar i aïllar als malalts mentals crònics o a les persones que es cregués pertinent, en considerar que no podien conviure amb la resta de la societat. En poc temps el centre es va omplir de tota mena de persones que acabaven allà recloses per causes que, moltes vegades, poc tenien a veure amb els trastorns mentals: alcohòlics, pidolaires, orfes menors d'edat, mares solteres amb les criatures, pobres, gent gran que no tenia família que els acollís, repatriats de la frontera, disminuïts psíquics, malalts amb malalties cròniques d'origen neuronal (epilèptics i d'altres patologies), persones amb trastorns mentals secundaris derivats de malalties infeccioses (infeccions vàries, sifilítics...), meuques que s'havien fet grans, derivats de les autoritats competents (jutjat, policia, entitats provincials, govern civil...) i un llarg etcètera de persones titllades d'indesitjables i molestes dins el model franquista de societat. Així és que, amb aquest horitzó a la vista i la manca de mitjans humans i materials que patia el centre, la rutina del dia a dia i els “tractaments” van tornar al passat més trist, cru i degradant de la història del Psiquiàtric. Una altra vegada la contenció física del pacient de la mà de grillons, camises de força, cel·les d'aïllament; i la química dels hipnòtics i els tranquil·litzants van esdevenir les úniques tècniques emprades per a mantenir, si més no, l'ordre dins el recinte.

En resum, entre 1939 i 1970 la crònica del manicomi és obscura i terrible. No hi havia inversió ni pressupost per a fer front al deteriorament acumulat en les instal·lacions, edificis i pavellons. No només no es podien reconstruir les velles estructures i/o edificar-ne de noves sinó que ni tan sols hi havia diners per atendre les reparacions més urgents del recinte, i no n'hi hauria fins molts anys més tard. Els interns estaven mal alimentats perquè no tenien gairebé res més per menjar que el que els hi produïa la seva horta. Tenien poques medicines per atendre les necessitats dels interns; la manca d'higiene, tant la de les instal·lacions com la pròpia dels malalts (durant molt de temps la vestimenta dels malalts i la roba del llit es canviaven un cop cada 15 dies); les baixes temperatures dels hiverns, en un centre que no disposava de calefacció ni en prou feines aïllaments a les diverses estances; tot plegat afectava de manera molt negativa la qualitat de vida dels residents. La massificació d'interns era un fet, també la manca de cuidadors i vigilants

necessaris per controlar i impedir els problemes subsidiaris de la convivència entre malalts mentals de diferents patologies, edats i sexes i els que no ho eren. Les persones que recorden aquella època (recordem que si bé va començar a partir del 1939, es va allargar, com ja explicaré, fins ben entrats els anys 70) afirmen que hi havia pavellons on els malalts deambulaven sols tota la nit, perquè gran part dels cuidadors estaven contractats per treballar-hi durant el dia i en els horaris concrets que les condicions del contracte establien, amb les tristes conseqüències que hom pot imaginar en mig de tal disbauxa. Respecte a aquest darrer fet he de ressaltar que si bé la massificació d'interns és un factor omnipresent en la història del manicomí, val a dir que després de la guerra va empitjorar, no només degut als interns que no eren malalts mentals però que s'hi havien instal·lat durant la guerra (repatriats o excombatents amb traumes), sinó al flux constant de malalts mentals de tota la província, endemés dels que ingressaven a conseqüència de l'aplicació de la nova llei de "*Vagos y Maleantes*", que com he explicat va suposar un augment d'ingressos de persones que ni eren malalts mentals ni delinqüents provats, sinó que eren persones que per la seva situació personal (aspecte indesitjable, sense sostre ni feina...) causaven recel a la policia fins al punt de ser tancats preventivament en el manicomí. Aquesta pràctica va suposar tal augment de residents, que a vegades es va arribar a duplicar i fins i tot triplicar l'aforament màxim d'interns que el centre podia allotjar. En conseqüència molts malalts dormien a terra o eren instal·lats en llocs sense acondicionar. Haig de destacar que en estudiar els registres d'altres i baixes com podem observar en les gràfiques d'estudi, ens adonem que tot i tenir en compte l'important nombre de malalts que eren donats d'alta (bé per millora en la seva patologia, per derivació a altres llocs o per defunció) el nombre de malalts interns no disminuïa, sobrepasant la capacitat any rere any.

Val a dir que per atendre tots aquells malalts només hi havia un metge especialista que era el director i l'assistència parcial del metge de Salt que hi anava alguns dies a la setmana per reforçar la plantilla. Hom pot imaginar que amb aquestes condicions era totalment impossible l'atenció individual i personalitzada que els malalts haurien necessitat, ja que la capacitat dels metges, tot i els seus esforços, eren limitades.

De resultes de tots aquests factors (manca de metges per aplicar teràpies, manca de cuidadors, precarietat en els serveis i les instal·lacions, manca d'aliments, medicines, higiene i espai, endemés d'una superpoblació d'interns amb l'activitat descontrolada la

major part del temps), i a fi d'imposar-se i mantenir mínimament el control dins el recinte, es van recuperar i reinstaurar els antics mètodes, cruels i intimidadors, que ja s'havien fet servir en el passat. Als nous ingressats se'ls hi aplicaven tècniques com la de l'enllitament, que si bé tenia com a finalitat aportar al pacient un grau de tranquil·litat que li propiciés certa millora, les condicions d'agitació i caos que es vivien a les sales d'enllitament, igual de sorolloses i perilloses que la resta del conjunt, a causa de la mescla de malalts de totes les categories, feien miques les esperances de curació dels malalts. D'aquí que la màxima preocupació i l'objectiu principal dels directius i cuidadors del manicomi no fóra la curació i/o millora dels interns sinó el fet de poder mantenir en ordre aquell lloc. Per aquesta raó, durant aquests anys, els tractaments es van enfocar bàsicament a la contenció i sedació dels malalts:

- Camises de força, grillons, cel·les d'aïllament per reduir físicament als malalts agitats.

- Lobotomies dels lòbuls prefrontals del cervell (a partir del 1944), per inhibir part de la conducta agitada de certes patologies que propiciava els aldarulls al centre.

- Electroxoc (a partir del 1943), per calmar l'excés d'agitació mitjançant un corrent elèctric que curtcircuités un patró neuronal. Aquesta tècnica es va aplicar molt i molt, fins i tot, de vegades, més enllà de causes justificades.

- Lumial. Un fàrmac barbitúric d'efecte prolongat, amb acció sedant-hipnòtica i anticonvulsiva.

Diputación Provincial

En la sesión celebrada últimamente, la Comisión provincial tomó los siguientes acuerdos:

Darse por enterada del oficio del Excmo. Sr. Gobernador prestando su apoyo para la construcción del nuevo Palacio de la Diputación, así como para el traslado de la misma, de momento, al edificio de la calle de Ciudadanos, propiedad de ésta.

Aprobar la propuesta del Director del Manicomio provincial para la instalación en aquel Centro benéfico de talleres de alpargatería, juguetes, cestería, etc., que puedan proporcionar ocupación a los enfermos en él acogidos.

Solicitar del Ayuntamiento de La Escala la constitución del depósito necesario antes de confeccionar el correspondiente proyecto de construcción del camino de Albons a La Escala.

Aprobar la liquidación de las obras del camino de Garrigás a la estación de Vilamalla.

Aprobar la certificación número 10 de las obras ejecutadas en el puente sobre el río Fluviá, en San Pedro Pescador.

Devolución de varios depósitos y concesión de algunos permisos de obras en zonas de servidumbre de los caminos provinciales.

Aceptar la dimisión presentada por don José María Riera y Pau, del cargo de Director del Hospital provincial, agradeciéndole los servicios prestados, y nombrando para el mismo al médico don Joaquín Dausá.

LA REDACCION Y ADMINISTRACION DE "LOS SITIOS DE GERONA" CONTINUA, PROVISIONALMENTE, EN ALVA-REZ DE CASTRO, NUMERO 7, TELEFONO 1882. APARTADO 37



DIARIO "LOS SITIOS DE GERONA" (08.01.1943)

- Abscés de fixació. Procediment consistent en posar un a injecció de trementina a una articulació amb la finalitat de causar-li una infecció local, cosa que provocava una supressió/atenuació d'alguns símptomes psicòtics.

Aquests eren els mètodes de què van disposar els professionals per fer front a les circumstàncies que va viure el Psiquiàtric de la postguerra. Molts malalts van morir durant aquells anys a causa de les males condicions de vida dins el manicomi: fred a l'hivern, mala o insuficient dieta, manca d'higiene... També pels perills inherents a la vida dins un manicomi abarrotat de malalts mentals descontrolats en mig de persones mentalment sanes i sense en prou feines cuidadors, tal com he explicat. I per l'absència de remeis i medicaments necessaris per a poder tractar als interns de les diverses malalties comunes i epidèmies que van afectar la població de l'època.

RECERCA A L'ARXIU DE LA DIPUTACIÓ: El manicomi de la Postguerra i Dictadura.

D'acord a l'estudi efectuat als expedients d'ingrés a partir de l'any 1939, he arribat a les conclusions que detallo tot seguit i que documento: tant a través d'expedients representatius de cadascun dels blocs que suggereixo, com de les gràfiques que dels càlculs estadístics se n'han després.

Nombre d'expedients consultats: 72 (adults 58; menors: 14)

Homes: 31

Dones: 41

PRINCIPALS SINGULARITATS OBSERVADES DURANT AQUEST PERÍODE, D'ACORD A L'ESTUDI DE LA MOSTRA CORRESPONENT.

-Diagnòstics amb nomenclatures poc específiques (*enajenación mental, perturbadas facultades mentales, etc.*) vinculades a la suposada perillositat del pacient.

PBR – home - 21 anys – Girona – 1940

“Peligrosidad”.

MBM – home – 47 anys – Torroella de Montgrí - 1940

“Enajenación mental con peligro para la familia”

JBR – home – 28 anys – Blanes – 1944

“Peligrosidad de origen psíquico”.

MBM – dona – 30 anys – Begur – 1942

“Enfermedad de origen psíquico con peligrosidad y delirios de persecución agresivos.”

Alta 14-8-1944

-Tot i la obligació d'adjuntar a l'expedient el *certificado oficial de enfermos psíquicos del colegio de médicos*, a gairebé un 60% dels expedients d'ingrés, no hi consta aquest certificat oficial.

JBS – home – 39 anys – Olot – 1949

“Perturbadas facultades mentales con peligro para sí y los demás”.

(Sense el certificat oficial).

-Els expedients amb el certificat oficial, són gairebé sempre incomplets i poc detallats.

JBY – home – 49 anys – Camallera – 1941:

(Certificat mèdic oficial) “Manifestaciones psíquicas anormales”.

(Certificat mèdic no-oficial) “Trastorno mental”.

-Dels expedients amb certificat oficial (40%), només la meitat han estat degudament omplerts.

BBV – dona – 18 anys – Castell d'Aro – 1943

“Enfermedad mental; personalidad débil, aislada, irritable, confusa, mutismo e ideas de suicidio.”

-Casos on la manca d'institucions on ingressar pacients amb patologies no psiquiàtriques condiciona la derivació al manicomi d'aquests pacients; siguin adults o menors.

JBZ – home – 13 anys – Palafrugell – 1940

“Epilepsia con convulsiones. Estado comatoso”.

Es sol·licita el seu ingrés en algun establiment de la Beneficència on l'atenguin com és necessari. Finalment és ingressat en el Manicomi de Salt, però es fuga al cap de 2 mesos.

-Continuen ingressos de pacients amb trastorns mentals secundaris a una alteració mèdica orgànica.

LBS – dona – 47 anys – Girona – 1940

*“Alteración facultades mentales probablemente causada por **toxicosis infecciosa intestinal.**”*

- Segueixen els ingressos d'alcohòlics en el centre.

JBj –dona – 28 anys – Olot – 02.06.1941

*“Enajenación mental por **alcoholismo**, con peligro para todos”.*

ABF – home – 32 anys – Figueres – 29.07.1944

*“**Alcoholismo** con alucinaciones, intentos de suicidio, fugas recurrentes e impulsos”.*

-Continuen els ingressos de disminuïts psíquics en el centre.

JBj – dona – 28 anys – Amer – 1941

*“Perturbada mental con **inteligencia disminuida** y agresividad verbal”.*

-Es segueixen ingressant indistintament adults i menors d'edat.

BBV – dona – 18 anys – Castell d’Aro – 1943

“Enfermedad mental”. “Personalidad débil, aislada, irritable, confusa, mutismo e ideas de suicidio.”

-La manca de control dels malalts conduïa a reiterades fugites i reingressos per part dels interns.

SBV – dona – 52 anys – Cassà de la Selva – 1943

Primer ingrés el 1912 per *“Psicosis puerperal”*.

Reingressada 7 vegades posteriorment (1933, 1935, 1939, 1940, 1940, 1942, 1943). Diagnosticada de *“Psicosis suïcida y homicida”*. Cada ingrés és de 2 mesos. Quatre van acabar en fuga.

ANÀLISI DEL PERÍODE DES DEL 1939 FINS AL 1957. SINOPSI DE FETS I EVIDÈNCIES DESPRESES DE L’ESTUDI REALITZAT.

-Com es determina l’ingrés.

1) Amb el certificat mèdic oficial: *“Certificado Médico Oficial para Enfermos Psíquicos (aprobado por el Consejo Superior Psiquiátrico)”*. Formulari oficial del govern Espanyol d’obligada utilització per a tots els centres Psiquiàtrics. És necessari el vistiplau del *“Delegado del Gobierno”* (Governador Civil), que autoritza a través de la *“Diputación de Gerona”*.

2) Sense certificat mèdic oficial. Tot i que la llei era taxativa, els malalts seguien ingressant sense el document oficial, amb qualsevol escrit de qualsevol metge.

-Motiu de l’ingrés.

1) No es canvia el formulari del prototip estàndard de Certificat Mèdic del Col·legi de Metges de Catalunya que ja era indispensable des de l’any 193. El formulari es manté però se’n canvia la llengua (en època de la Generalitat és en Català i a partir d’ara és en Castellà). El model continua establint les 4 opcions diagnòstiques:

- Malaltia psíquica
- Toxicomania
- Perillositat d’origen psíquic
- Incompatibilitat social

2) Endemés dels trastorns susceptibles d’ingrés en centres psiquiàtrics, propis d’aquella època, també són motiu d’ingrés els ferits de guerra, refugiats, traumes de guerra...

3) Persones (majoritàriament dones) procedents de la presó per motius polítics.

4) Es manté l’ingrés de pobres, orfes, viudes, meques...

-Documentació que s'adjunta a l'expedient.

- 1) *Certificado Médico Oficial para Enfermos Psíquicos (aprobado por el Consejo Superior Psiquiátrico)*".
- 2) Certificat no oficial d'un metge de l'entorn del malalt.
- 3) Ordre Governativa corresponent que determina l'ingrés.

-Anomalies.

- 1) Els diagnòstics que determinen l'ingrés d'un pacient són breus i inconcrets.
- 2) En el Certificat Mèdic Oficial s'adscriu el pacient a una de les 4 categories genèriques determinants d'ingrés (segons el model), però en el 60% dels casos no es detalla cap símptoma ni cap detall de la seva història clínica, d'obligat compliment, en la part posterior del formulari. Del 40% restant, a la meitat d'expedients aproximadament estant degudament complimentats; i a l'altre meitat el metge hi assenyala alguns ítems i prou.
- 3) Destaca que en més de la meitat d'expedients no apareix el model oficial de Certificat Mèdic; tot i ser teòricament obligat.
- 4) La vinculació entre perillositat i malaltia mental, fins i tot amb els alcohòlics (un dels quatre motius d'ingrés segons el model oficial). Ho observo també en els casos de trastorns depressius (segons les fonts consultades, totalment falç, a la llum dels coneixements actuals).
- 5) Les valoracions dels metges sembla que responen més a l'explicació dels diferents símptomes que presenta el pacient, que no a la determinació d'un diagnòstic mèdic.

-Fets insòlits.

- 1) Continua l'alt percentatge de fuites del Centre. De vegades hi ha pacients que s'escapen varies vegades. Mostra del descontrol que hi havia al centre.
- 2) No hi ha repatriats.
- 3) Vull destacar que en aquesta època els expedients i les descripcions dels trastorns són austeres. Dóna la sensació que no calien gaires explicacions ni arguments per a tancar algú. Mentre l'autoritat ho determinés ja n'hi havia prou.
- 4) Destaquen persones amb trastorns derivats d'altres malalties orgàniques (infeccioses, tòxiques, etc.) que es continuen ingressant al manicomi en comptes de tractar-los-hi la malaltia que patien.
- 5) La manca d'Institucions especialitzades per atendre malalts de patologies no psiquiàtriques (disminuïts sensorials, epilèptics, disminuïts psíquics) feia que seguissin

ingressant al manicomi. Fins i tot en casos on el metge sol·licitava l'ingrés a un centre especialitzat on el poguessin tractar adequadament.

6) A partir de l'any 1955 trobo les primeres històries on hi apareix el tractament aplicat. Així tinc constància de l'ús de l'electroxoc i dels primers fàrmacs neurolèptics (Largactil).

-Gràfics i estadístiques

DISTRIBUCIÓ D'ENTRADES I SORTIDES L'ANY 1944

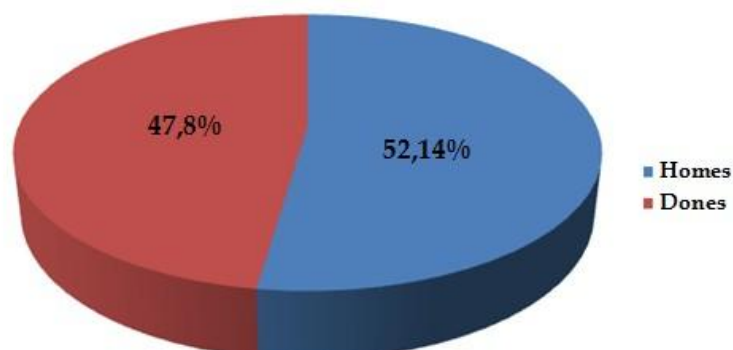
	INGRESSOS		ALTES		FUITES		DEFUNCIONS	
	HOMES	DONES	HOMES	DONES	HOMES	DONES	HOMES	DONES
GENER	3	7	4	6	-	1	2	7
FEBRER	4	5	2	2	1	1	2	2
MARÇ	13	6	3	1	-	1	2	1
ABRIL	3	2	7	4	-	-	3	2
MAIG	11	10	9	5	-	-	-	1
JUNY	4	12	6	7	2	-	3	-
JULIOL	12	10	3	5	2	-	1	3
AGOST	4	6	3	4	1	1	3	2
SETEMBRE	5	5	5	12	1	1	1	6
OCTUBRE	9	8	3	1	-	-	1	5
MOVEMBRE	9	3	1	5	-	-	5	2
DESEMBRE	8	4	2	9	1	-	5	2
TOTAL	85	78	48	61	8	5	28	33

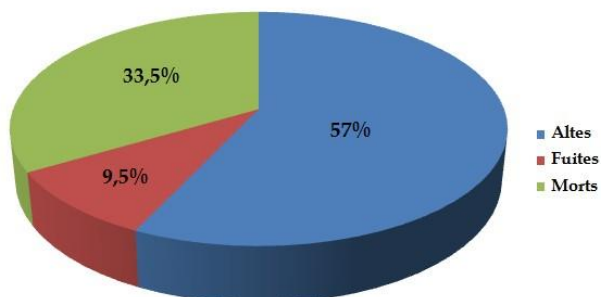
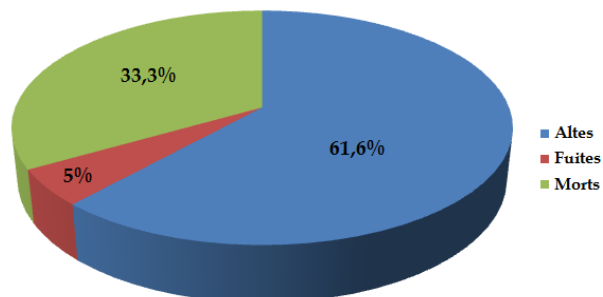
TOTAL D'INTERNES A 31 DE DESEMBRE: 549

1944

ENTRADES

HOMES I DONES



HOMESDONESDISTRIBUCIÓ D'ENTRADES I SORTIDES L'ANY 1954.

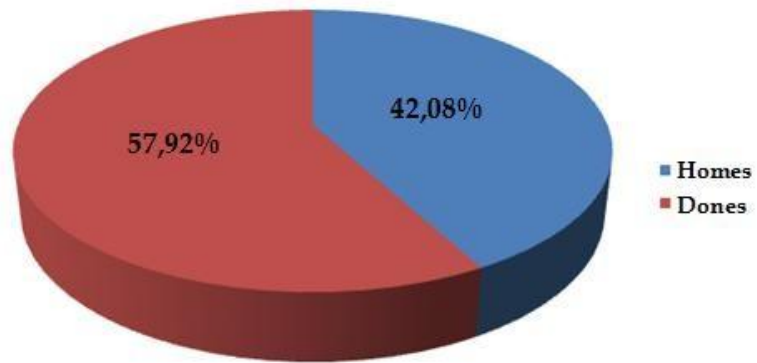
	INGRESSOS		ALTES		FUITES		DEFUNCIONS	
	HOMES	DONES	HOMES	DONES	HOMES	DONES	HOMES	DONES
GENER	5	11	2	1	2	2	1	7
FEBRER	7	10	4	10	-	-	3	5
MARÇ	9	11	4	11	-	-	-	1
ABRIL	8	10	2	8	2	-	1	-
MAIG	9	12	7	9	1	8	-	2
JUNY	8	10	5	-	3	-	1	1
JULIOL	9	9	7	10	1	2	4	2
AGOST	4	13	8	13	-	1	-	3
SETEMBRE	10	17	4	7	-	-	2	1
OCTUBRE	6	7	5	2	-	-	1	1
NOVEMBRE	9	8	1	11	2	-	2	1
DESEMBRE	10	10	6	13	1	-	3	-
TOTAL	93	128	55	95	12	13	18	24

TOTAL INTERNS A 31 DE DESEMBRE: 629

1954

ENTRADES

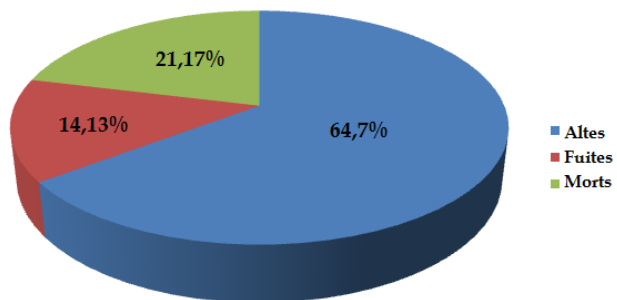
HOMES I DONES



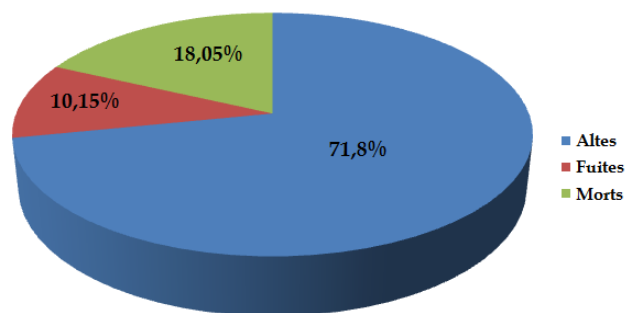
1954

SORTIDES

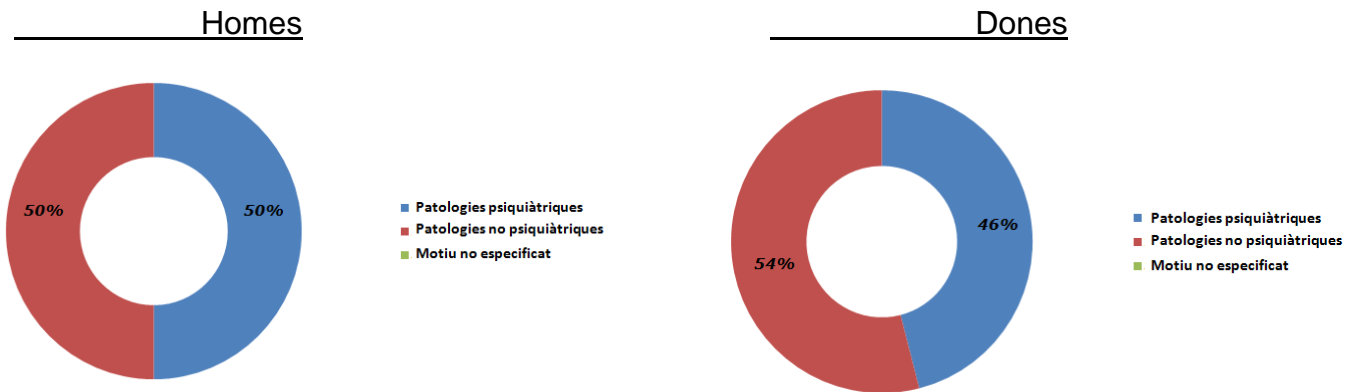
HOMES



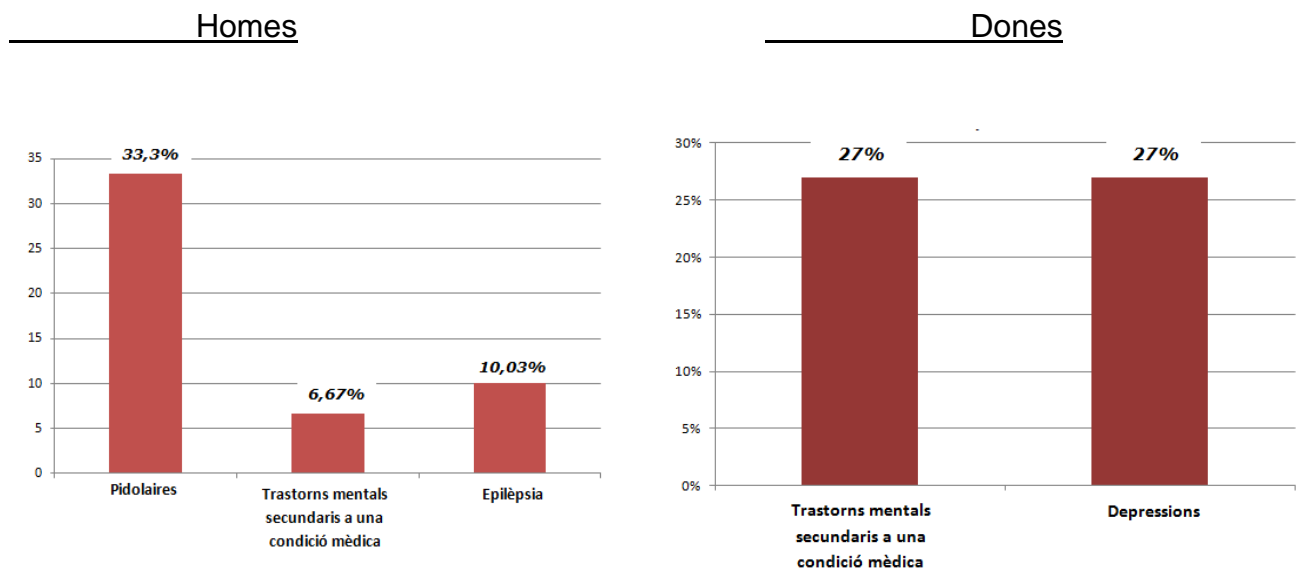
DONES



Població del psiquiàtric classificada segons si la seva patologia és considerada psiquiàtrica o no avui dia.



Subdivisió per diagnòstics del grup de pacients anteriorment classificat dins de patologies no psiquiàtriques (segons els manuals de diagnòstics actuals).





DERECHOS AUTORIZADOS
POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
8 PESETAS



Certificado para enfermos psíquicos

(Aprobado por el Consejo Superior Psiquiátrico)

COLEGIO DE GERONA

Don José María Butriá Gimera licenciado, médico,
domiciliado en Gerona, calle de las Huertas
nº. 18. Colegiado nº. 543:

CERTIFICA que D.

natural de Gerona, provincia de Gerona
domiciliado en Gerona, calle de Stª Eugenia
nº. 6, de estado soltero, profesión mechanico
edad veintinueve años, padece manifestaciones psíquicas anormales desde el mes
de Septiembre de 1939, y en la actualidad presenta los síntomas que
al dorso se detallan.

En consecuencia, considera indicado el ingreso en un establecimiento psiquiátrico, funda-
mentado éste en la (*) peligrosidad

Y para que conste donde convenga y a petición de la familia
expido el presente certificado en Gerona
a 19 de Junio de 19 40.

J. Masats



(*) Indíquese una de las cuatro razones señaladas en el artículo 10, apartado b), del Decreto de Asistencia Psiquiátrica de 3 de Julio de 1931 (Gaceta del día 7), a saber: a), enfermedad psíquica; b), peligrosidad, de origen psíquico; c), incompatibilidad social, y d), toxicomanía.

NOTAS.—1.ª Ningún Certificado Médico será válido si no va extendido en este impreso editado por el Consejo de los Colegios Médicos.
2.ª Los derechos autorizados por la Dirección General de Sanidad son independientes de los Timbres que exigen las disposiciones vigentes.



*Faltan documentos que
se reclamaron y no han re-
mitido.*

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE GERONA

MANICOMIO DE SALT

AÑO 1940

Registro de entrada núm. 71

Registro historial vol. 36 fol. 38

INTERESADO

PUEBLO

Juan Claret Peramiuel

Palau Sacosta

OBJETO DEL EXPEDIENTE

Fecha del nacimiento del enfermo _____ de _____ de _____

Estado casada

Hijo de _____ natural de _____

y de _____ natural de _____

Naturaleza Tarrasa

Vecindad Palau Sacosta

Procedencia Id

Dirección _____

Fecha del ingreso 13 mayo de 1940

Relación del interesado con el enfermo esposo

Dirección del interesado _____

OBSERVACIONES 1940 - En 25 junio se fugó a.-

Don Tibergo Reinos Arriando
en Medicina y Cirujia

48 Certifico que Julian
Sans - Camallera
sufrir trastornos mentales
por lo cual cree el q. merece
ser de ser recluido para atender
a su curacion

ferrom 17 Septiemb (1939)
año de la Victoria

San Dily

TERCERA PART

LA REFORMA PSIQUIÀTRICA A SALT: DE MANICOMI A XARXA DE SALUT MENTAL

El Dr. Pigem: les bases de la reforma al manicomi de Salt

Josep M^a Pigem, professor adjunt a la Universitat de Barcelona, va arribar al manicomi de Salt procedent del Frenopàtic de Sarrià l'any 1957, on exercia com a psiquiatre. Va arribar a Salt després de guanyar el concurs-oposició per ocupar la plaça de metge director del manicomi, decidit a posar en pràctica les idees avantguardistes importades d'Europa i dels E.E.U.U., tals com la teràpia ocupacional, teràpia basada en la producció artística o mitjançant la música (musico teràpia), biblioteràpia, teràpia recreativa, exercici físic, etc. També volia introduir novetats en l'àmbit logístic i estructural, tals com la introducció de la figura de la visitadora social, com a part d'un projecte més ampli d'implantació d'una xarxa d'hospitals o centres de dia i ambulatoris psiquiàtrics comarcals (projecte que ja s'havia començat durant l'època de la Generalitat i la República), per així descongestionar el manicomi i deslocalitzar l'assistència psiquiàtrica que d'aquesta manera s'aproparia als malalts menys greus d'arreu del territori, però que necessitaven assistència. Malgrat les intencions i les idees del Dr. Pigem, la dramàtica realitat del manicomi, així com la manca de recursos, impedié poder dur a terme els avenços que el centre i els malalts necessitaven. Les mancances pressupostàries endemés d'impossibilitar l'execució dels nous projectes, també impedié fer front a les necessitats més urgents del "*Manicomio de Salt*" que així s'anomenava encara: manca de personal, deteriorament evident de les instal·lacions, manca de medicines, manca d'higiene i espai suficient per allotjar la massificació d'interns que vivien al manicomi. Lluny de poder dur a terme totes les millores necessàries que havien d'impulsar el nou projecte, ja que els fons provinents de la "*Diputació de Gerona*", institució encarregada del manteniment del Psiquiàtric, eren escassos (en aquella època només es van construir cuines noves i l'església), el Dr. Pigem es va haver de limitar a posar en pràctica tot allò que no requerís maça inversió econòmica i denunciar reiteradament a la "*Diputació de Gerona*" la gravetat extrema de les condicions de vida en el manicomi (tant pels interns com per als assistents) i no parar de reclamar, memoràndum rere memoràndum aquesta caòtica situació, tal com havia fet el seu predecessor el Dr. Castany. El registre d'interns de l'hospital de l'any 1960 quan feia uns 3 anys que Pigem dirigia el centre, parla de més 700 interns i cap a 1970 la població ja superava els 900.

COMPARATIVA DEL NOMBRE D'INTERNES DURANT L'ANY 1961

	1/01/1961	31/12/1961
Homes	297	313
Dones	440	437
Total	737	750

REGISTRE D'ENTRADES I SORTIDES DELS PACIENTS DE L'ANY 1961

	Ingressos		Altes		Fuites		Morts	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Gener	14	18	6	7	3	4	1	12
Febrer	11	8	7	9	3	2	1	2
Març	22	9	10	11	6	1	1	2
Abril	14	11	14	15	1	-	2	-
Maig	15	18	4	4	4	1	-	3
Juny	17	10	7	8	4	1	-	1
Juliol	18	14	16	5	4	2	1	1
Agost	13	12	5	5	4	1	4	5
Setembre	13	16	6	6	6	4	1	6
Octubre	15	6	7	6	7	6	-	2
Novembre	14	10	11	7	3	4	2	-
Desembre	16	12	8	2	6	-	1	2

Els escrits del Dr. Pigem denunciaven que molts dels malalts estaven dormint a terra, en estances que res tenien a veure amb un dormitori ni estaven destinades als malalts: soterranis, passadissos, magatzems, sales d'espera, etc. I que la situació empitjorava any rere any amb un increment d'ingressos del 10% anual.

Es desprèn de les paraules del mateix Dr. Pigem que la manca de llits al centre no impedia l'ingrés d'un malalt, si els òrgans de govern pertinents ho requerien, en un moment en què en la moderna societat, l'augment de patologies mentals i l'esperança de vida eren un fet.

També denunciava que els disminuïts psíquics, llavors anomenats "subnormals", ingressaven al psiquiàtric quan esdevenien majors d'edat, també els alcohòlics (un 20% de la població interna) i tots aquells repatriats i fugitius d'altres províncies espanyoles (amb símptomes de pertorbació mental) que la policia de Franco enxampava a la frontera francesa, fet que contribuïa a l'inaturable augment de la població reclosa.

"(...)Cuando uno visita establecimientos psiquiátricos en el extranjero, que han llegado a un estado de mayoría de edad en cuanto a la laborterapia se refiere, sorprende el extraordinario número de monitores que hay frente a las distintas secciones de la misma, a veces un monitor cada 6 enfermos. La sorpresa puede ser al revés para un extranjero que visita varios centros españoles, y, desde luego, el nuestro. En general es un enfermo el que está al frente de cada sección, como jefe encargado o guía."

J.M. Pigem 1969

Tot i la greu situació econòmica i les evidents i descrites mancances, el Dr. Pigem treballava per integrar aquest tipus de malalt en la societat i, de no ser possible la seva reinserció, ocupar-lo en diferents tasques manuals que endemés de fer-lo sentir útil contribuïen a millorar les relacions personals entre interns, el seu estat d'ànim i en conseqüència la seva qualitat de vida. Així es desprèn dels diferents articles i treballs d'investigació que Pigem exposava en congressos mèdics i publicava en revistes mèdiques de l'època com: *"La laborterapia en el Hospital Psiquiátrico: evaluación económica"* (autoria conjunta amb els Drs. González Marín i González López) que es va

publicar l'any 1967 en el número 437 de la revista *"Medicamenta"*. La labor-teràpia de Pinel arribava a Salt, de la mà d'un equip amb el Dr. Pigem al capdavant i la col·laboració

de les monges de La Caritat de Sant Vicenç de Paul, que amb molt pocs recursos intentaven modernitzar i europeïtzar el psiquiàtric en la mesura possible. Però la formació del personal era escassa o nul·la pel que fa a les necessitats del malalt mental, cosa que impedia la uniformitat en els protocols a l'hora d'actuar davant els malalts, sobretot en casos de malalts amb crisis agitades i violentes, davant de les quals tothom feia el que podia i el que li semblava millor pel conjunt. És a dir, depenia del tarannà de cadascú la manera de tractar als interns. D'altra banda haig de dir que, a diferència dels països europeus més avançats que pugnaven per conscienciar a les seves societats de la humanitat i les necessitats dels malalts mentals, la societat espanyola dels anys 50 i 60 no acceptava encara al malalt mental com a tal, sinó que continuava veient-lo com antany, com el boig perillós que calia aïllar i apartar de la resta de la societat; un personatge mancat d'humanitat que en prou feines tenia consciència del que li feien o del que passava al seu voltant. Per la gent del carrer el boig era una anomalia que no comprenia i en conseqüència temia, per la qual cosa preferia allunyar-lo del seu entorn, tancant-lo, i oblidar-se'n.

Franco governava Espanya amb mà de ferro i la societat de la dictadura s'havia emmotllat a les circumstàncies, de tal manera, que eren escasses les veus disposades a qüestionar els esquemes rígids i antiquats que conformaven les administracions.

Així i tot, els interns del psiquiàtric de Salt de finals dels seixanta, desenvolupaven tasques agrícoles a l'horta del Mas Cardell; elaboraven objectes (en col·laboració amb indústries de la zona que subministraven el material) que després venien per uns pocs cèntims que, més que ajudar a la situació econòmica dels malalts contribuïa a la millora de la seva salut (tasca que havia aprovat la diputació l'any 1943). Deia el Dr. Pigem, en els articles que publicava o en les seves conferències, que a Salt els malalts realitzaven tasques com confeccionar bosses de paper per a dur el berenar, encartar botons, muntar flors de plàstic, omplir bosses de serradures; també ocasionalment confeccionaven articles amb pita (cavallets, bosses de mà...), fregalls, catifes, butaques de plàstic, pintaven ceràmica (testos, gerros...).

També el fet que en els anys 70 es van començar a fer servir els primers medicaments terapèutics útils que van fer possible la millora o la curació d'alguns trastorns fins aleshores incurables, contribuiria decididament a la millora en l'ordre i l'organització dels interns. Així els primers antipsicòtics (clorpromazina, reserpina, i alguns anys més tard

l'haloperidol); els primers antidepressius tricíclics, útils en el tractament d'estats depressius; el Liti, útil en el tractament dels trastorns bipolars; els anticonceptius orals, útils en el tractament d'aquells estats psicòtics periòdics en la dona que depenen de les hormones sexuals femenines. Aquestes millores ajudaven a l'estabilitat en l'estat d'ànim del pacient que a vegades podia sortir i dur a terme tasques de laborteràpia a l'exterior del recinte. Així es va posar en pràctica, segons explicava a la premsa de l'època el Director, el què els països anglosaxons anomenaven "*Night Hospital*" i que consisteix en el fet que el malalt treballa fora de l'hospital i a la nit hi va a dormir. Endemés de treballar, els malalts jugaven a futbol i en algunes ocasions feien sortides programades per visitar llocs a la Costa Brava, Montserrat, etc.

Malgrat tot, la vida dins les parets del manicomi era objectivament calamitosa, donats els problemes endèmics del centre: superpoblació d'interns, carència de personal i formació d'aquest, serveis inapropiats i medicaments escassos, així com la penúria econòmica del

Personal del Manicomi de Salt	Any 1969
Metge director	1
Metge internista	1
Metges de guàrdia	4
Practicant (ajudant)	1
Personal administratiu	1
Capellans	1
Monges	25
Cel·ladors	1
Cuidadors	40
Ajudants sanitaris (sense formació)	50
Subalterns	1
Personal de la cuina	8
Altres	8

centre (sempre a l'espera d'inversions milionàries que no arribaven mai). En consultar les dades de finals dels 60 referents al personal que treballava al centre per atendre un total d'interns que sobrepassava els 900 veiem que, tal com deia el director, res tenien a veure amb les dels centres francesos. Hem de tenir en compte que aquest personal s'havia de repartir per poder atendre els interns les 24 hores, els 365 dies a l'any (cosa que fa que hi havia vegades en què eren una cinquantena de persones (entre cuidadors,

monges, cuineres, etc. per atendre uns 900 malalts). D'aquestes dades es pot deduir que de persones que estaven directament vinculades a la cura en el dia a dia: cuidadors, ajudants/es sanitaris i monges n'hi havia unes 115, la qual cosa evidencia que en un torn normal potser no arribaven a 40. Una ràtio d'aproximadament 22 malalts per cuidador. Hom pot deduir la dificultat a l'hora de mantenir l'ordre a les sales. Juntament amb aquesta situació, l'habitual manca de medicaments esdevenia un problema a l'hora

d'administrar medicines als asilats, ja que els facultatius s'enfrontaven a un dilema: administrar els medicaments per sedar als malalts i així retornar l'ordre i la pau a un establiment sovint governat pel caos, els crits, l'agitació i fins i tot la violència, o fer-los servir per a tractar aquells malalts que podrien millorar o curar-se amb la teràpia farmacològica apropiada al seu mal (per exemple els casos aguts, on l'administració de medicaments podia escurçar l'estança al centre i així evitar que el malalt es convertís en un malalt crònic i en conseqüència de llarga estada). Malauradament la realitat quasi sempre era tan imperativa que, pel bé de tothom, els responsables optaven per administrar l'escassa medicació disponible als malalts que per la seva conducta contribuïen a l'alteració de l'ordre en el centre (malalts crònics, violents i agitats). Moltes vegades la partida pressupostària s'esgotava abans d'arribar a final de mes, de manera que els malalts quedaven privats de medicació amb les conseqüents i inevitables recaigudes, deteriorament neurològic i psicològic associat a cada nova crisi (sobretot els esquizofrènics i els epilèptics, que tot i patir una malaltia neurològica també eren reclosos al psiquiàtric). Era llavors, quan el caos regnava i la situació era extrema, quan es retornava als vells mètodes de contenció física, cruels i denigrants per retornar l'ordre a les sales: cadenes i grillons, camises de força....

A fi d'obtenir psicofàrmacs per vies alternatives, el Dr. Pigem va decidir contactar amb alguns laboratoris farmacèutics estrangers (E.E.U.U.) que necessitaven estudiar l'efectivitat de nous fàrmacs en el camp de la malaltia mental i a canvi estaven disposats a proveir l'hospital de nous medicaments (encara en fase de prova) per administrar als malalts de Salt i poder així estudiar la seva efectivitat. D'altra banda, aquesta pràctica, ajudaria al fet que el psiquiàtric, tot i la mala situació en que es trobava, no quedés totalment desvinculat del món acadèmic i universitari, i esdevingués un hospital de referència en la formació dels futurs especialistes en psiquiatria que l'escollissin per a realitzar-hi les pràctiques; en conseqüència l'administració, aleshores encara franquista, hi hauria de derivar més recursos i inversions. Una pràctica que va suscitar molta polèmica anys més tard, tal com se'n desprèn de la recerca realitzada a través de la premsa de l'època i que explicaré en el capítol corresponent (en considerar aquesta pràctica pròpia de països subdesenvolupats on els malalts serveixen de conillets d'índies a les multinacionals i la possible vinculació d'aquestes pràctiques a beneficis econòmics per qui les autoritzava).

Però els anys de dictadura havien relegat la modernitat, l'entusiasme i els projectes dels anys anteriors a la Guerra Civil a l'oblit, i l'herència de quasi quaranta anys d'immobilisme es feia evident tant en les diferents administracions com en el dia a dia del país. Les maneres de fer rígides i antiquades dels personatges afins al general Franco que encara dirigia Espanya, obviaven qualsevol oportunitat de millora, doncs els canvis i les innovacions provinents de la resta d'Europa eren rebuts com a amenaces contra el poder establert i en conseqüència titllades de *“ideas subversivas i contrarias al régimen y a la unidad de España”* i desestimades gairebé sempre.

Tot i les millores i els intents del Dr. Pigem per modernitzar el psiquiàtric i la qualitat de vida dels interns, la manca de recursos i la influència d'una societat rígida i ancorada en els anys 40, sense en prou feines sensibilitat social, que considerava al boig com a un ésser humà deshumanitzat que calia aïllar de la resta de la població, s'havien apoderat totalment del Manicomi. Els tentacles de la dictadura arribaven a tots els àmbits de la vida del país, també al món de la psiquiatria i per descomptat al *“Manicomio de Salt”*, on moltes idees i projectes van acabar sent només bones intencions sobre el paper.

Els malalts seguien vivint en condicions infrahumanes, en estances mancades d'higiene i superpoblades, sense quasi assistència mèdica, poc personal i mètodes de control que ben sovint ratllaven el maltracta físic.

Però els anys van anar passant, la frontera amb França es va tornar a obrir (després de la Guerra Civil va estar tancada més d'una dècada), i el flux de gent amunt i avall va permetre que el país comencés a modernitzar-se amb l'exemple que arribava d'Europa. La influència de les noves idees que arribaven de l'exterior influenciaven indiscutiblement la mentalitat dels joves espanyols. Mobilitzacions de joves tant a Europa com als E.E.U.U. i molts altres llocs anunciaven el trencament amb les velles costums d'aquelles societats potser encara de mentalitat victoriana. Fets importants arreu del món eren sovint causa de manifestacions entre la gent jove que no dubtava en sortir al carrer en defensa dels drets de la nova societat: l'any 1965 el començament de la Revolució Cultural Xinesa; el 1967 l'enduriment de la guerra de Vietnam (amb la participació dels E.E.U.U.); el maig de 1968, els moviments estudiantils a París... També els esdeveniments a Espanya: el 1969 el nomenament de *Juan Carlos de Borbón* com a successor del general Franco; el 1970 els consells de guerra de Burgos; el 1973 l'assassinat del president del govern espanyol *Carrero Blanco* en un acte terrorista, van

ser el detonant de moltes protestes en contra de l'estancament i en pro d'una societat lliure. D'altra banda els psiquiatres espanyols van tenir l'oportunitat de viatjar i conèixer de primera mà com els avenços en el món de la psiquiatria i de la visió social del malalt mental havien canviat, tant en la vida dels afectats per aquests tipus de trastorns com en el dia a dia dins dels hospitals. També, la situació econòmica d'Espanya anava millorant i amb ella les ajudes al Psiquiàtric de Salt, gairebé totes elles destinades a millorar les condicions de vida dels asilats (separar als menors d'edat dels adults que estaven junts des de la guerra, amb les nefastes conseqüències que això suposava pels nens; algunes obres i reparacions; la contractació de nous metges....).

Però la reforma sanitària en general i, la psiquiatria i els malalts mentals en particular, no eren una prioritat ni per la societat ni pel govern vigent (recordem que el "*Manicomio de Salt*" depenia de la "*Diputació de Gerona*" que en aquells anys formava part del sistema d'administracions franquista), de manera que les mancances i penúries que vivien els asilats eren superiors a les millores que obtenien de l'administració, i seguien patint tot el que havien patit anys enrere. De fet no va ser fins als anys 70 que es va instal·lar la calefacció a tots els pavellons, es va crear un pavelló d'aïllament d'urgència, i es va incrementar el pressupost per a la compra de medicines i de material mèdic i clínic. Amb tot i això, l'Hospital de Salt, com gairebé tots els centres per a malalts mentals del país necessitaven quelcom més que "alguna reforma", ja que la situació i l'estat dels edificis era deplorable:

- La majoria dels edificis eren molt antics, estaven en molt mal estat i no disposaven d'instal·lacions aptes per a teràpies mèdiques.
- Encara es feien servir els antics mitjans de contenció.
- Quasi sempre la gestió dels centres, així com l'assistència als interns estava a càrrec de personal religiós (sense formació específica), que habitualment procurava als malalts un tracte més propi del segle anterior, o en el millor dels casos molt allunyat del de les modernes tendències psiquiàtriques que es començaven a fer populars a Europa i als E.E.U.U.
- La manca de mitjans i de personal qualificat per a tractar els malalts, juntament amb la saturació d'interns "obligava" als responsables a administrar els nous fàrmacs (quan en tenien) no tant per curar als malalts sinó com a "*camises de força químiques*" (per mantenir-los calcats). I quan no en tenien els cuidadors no podien fer altra cosa que

recórrer als “vells mètodes” com últim recurs a fi de mantenir l’ordre dins els establiments, cosa que contribuïa a donar una imatge de “repressió” que alimentava el record d’una època fosca i uns fets dramàtics que encara eren recents en la memòria col·lectiva de la societat espanyola. Anys després hi havia qui recordava, per la seva duresa i la impressió que li havien causat, frases com:

“Para trabajar allá hay que tener el don de saber pegar sin dejar marca”.

Així ho explicava la Sra. Roser Clotas que hi va treballar com a cuidadora durant més de trenta anys, en una entrevista a la revista *17190 UniverSALT* l’any 2011.

D’alguna manera els manicomis mantenien viva la imatge repressiva del franquisme. Era evident que Salt, com tots els altres centres, necessitava un canvi radical a tots nivells, capaç de capgirar les velles normes; un trencament amb les velles costums, reflex de què succeïa a l’altra banda dels murs. Les noves generacions de psiquiatres haurien de lluitar per enderrocar un model social que ja havia quedat obsolet, herència d’un model polític feixista, ara en decadència, però que havia impregnat la mentalitat i la manera de fer de tota una època.

...I va arribar la revolució: “La Coordinadora Psiquiàtrica”

No obviaré que en arribar els anys 70 la situació del Psiquiàtric de Salt era molt millor a la d'etapes anteriors, però de cap manera comparable ni amb la dels centres a la resta d'Europa i dels E.E.U.U., ni tan sols amb la situació de la resta d'hospitals del territori. El país estava en procés de canvi, la postguerra ja era història i la manera de viure de la societat espanyola s'estava modernitzant. Però dins els murs del Psiquiàtric les condicions de vida dels malalts i els mètodes del personal, per no parlar de les instal·lacions, es mantenien fidels a les velles costums, com els darrers bastions del poder de la dictadura del General Franco, ara ja en decadència. Si la il·lusió i els projectes, tal com he explicat, havien sigut la característica principal de la dècada anterior, de la mà del Dr. Pigem, ara les coses havien canviat. Els interns del Manicomi vivien d'esquena a la modernitat i a les noves tendències en medicina psiquiàtrica i benestar social que triomfaven a la resta del continent, totalment aliens a què passava fora dels murs del recinte, estancats en un model que ja havia donat el que podia donar de sí i no era capaç d'avançar més. Les noves generacions caminaven cap a la democràcia. Les protestes socials en vers les coses que no funcionaven o que anaven associades a la idea de repressió es van incrementar durant aquells anys, com també el grau de sensibilitat cap a les persones que més ho necessitaven, entre elles els malalts mentals. Els 70 van ser una dècada d'efervescència política que preparava l'arribada de la democràcia; una activitat que anava més enllà de la política i que es manifestava en tots els àmbits de la vida quotidiana, on es començava a reivindicar el canvi de totes aquelles coses, que tal com he dit en l'apartat anterior, la societat de la postguerra havia acceptat amb resignació. També les noves fornades de psiquiatres de tota Espanya es van sumar a les protestes i a les reivindicacions pel que feia a la situació dels malalts mentals al país. Volien capgirar la situació que es vivia als manicomis espanyols malgrat les reticències de l'administració franquista, de la part de la comunitat mèdica més conservadora (en alguns casos afí al règim) i de part del personal dels manicomis, que no estaven pel canvi. Així va néixer l'any 1971 “La Coordinadora Psiquiàtrica”, una associació formada per uns centenars de psiquiatres joves i d'altre personal sanitari, demòcrates i progressistes, que estaven disposats a liderar el canvi que necessitava la psiquiatria a Espanya. Per això van crear una xarxa d'informació i comunicació regular entre psiquiàtriques de tot el territori; volien

transformar la psiquiatria dins els centres de reclusió de malalts mentals. Admiraven l'esperit renovador de la psiquiatria no franquista, del temps de la II República, que havia sobreviscut tant en l'exili com en l'interior de país, i estaven disposats a defensar-lo amb tota la implicació que fóra necessària. Mostra de l'entusiasme de l'associació eren les reunions clandestines (per reunir-se en temps de la dictadura calia un permís especial, prèvia exposició dels temes a tractar i amb autorització puntual del govern, cosa que comportava la impossibilitat d'abordar reunions de



Diario Triunfo 22-5-1971

temàtiques contràries al règim franquista) i els tancaments solidaris d'aquest grup de psiquiatres joves que en més d'una ocasió van tenir lloc en hospitals arreu del territori, sota la denominada *"Huelga Blanca"*. En són exemples el tancament de més d'un miler de metges (entre ells els professionals de la medicina mental) a la *"Ciudad Sanitaria Francisco Franco"* de Madrid o el *"Mayo Asturiano"* a Oviedo que van servir d'estímul a molts metges i personal sanitari per sumar-se a *"La Revolución Psiquiàtrica"*; que també va arribar al Psiquiàtric de Salt, on els metges del *"Manicomio de Salt"* van protagonitzar un tancament i encadenament l'any 1973. Entre els anys 1971 i 1977 *"La Coordinadora Psiquiàtrica"* es va reunir 12 vegades en diferents ciutats de l'Estat Espanyol, dues d'elles a Barcelona, amb assistència de psiquiatres de tota Espanya.

"A las reuniones nacionales de la Coordinadora Psiquiátrica asistían profesionales de muchos lugares e instituciones. Era habitual la presencia de personas de los hospitales psiquiátricos de Oviedo, Conxo, Rebullón, Bétera, Huelva, Salt, Martorell, Sant Baudilio, Reus, Valladolid, Oña, Ciudad Real, Albacete, Leganés, del Hospital Psiquiátrico provincial de Madrid, del Instituto Mental de Barcelona, Clínicas Psiquiátricas del actual Hospital <<Gregorio Marañón>>, El Hospital Provincial de Castellón, el Hospital Clínico de Barcelona, etc." (...).

"No ha existido en la larga historia de la Psiquiatría, en ningún país, un grupo similar a la Coordinadora Psiquiátrica"

Dr. Manuel González de Chavez (Membre de la Coordinadora)
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

La “Coordinadora Psiquiàtrica” va evolucionar i en pocs anys va esdevenir la “Asociación Española de Neuropsiquiatria” que avui dia representa als professionals de la salut mental de tota Espanya.

A Salt però, tot i la implicació de les noves generacions de metges i psiquiatres que van passar per l'hospital durant aquells anys i la situació política del país, que semblava voler obrir definitivament les portes cap a la democràcia (El General Franco va morir l'any 1975), els canvis van ser molt lents i dificultosos. La nova psiquiatria lluitava arreu per la dignificació del boig, per ubicar el seu trastorn dins el marc de la medicina i, en conseqüència, considerar d'una vegada per totes al dement com el malalt mental que era i que sempre havia sigut, malgrat tots els precedents històrics i socials que he explicat. Val a dir que la psiquiatria i els malalts mentals no tenien cabuda dins la Seguretat Social de l'època, sinó que encara estaven a càrrec dels serveis socials, dependents de la beneficència, fet que dificultava el transit tan necessari del boig cap a malalt mental. Tal com he explicat en la introducció d'aquesta recerca, moltes van ser les veus que es van pronunciar sobre el tema durant aquells anys, veus de vegades crítiques amb el sistema i amb els personatges que en aquell moment representaven aquella institució, veus de vegades afins a l'immobilisme, herència d'una època i societat que després de la mor de Franco anava passant de moda. Cadascuna d'aquestes veus va jugar un paper igual de valuós en la revolta, en vers les velles pràctiques manicomials i la lenta transició cap a la nova psiquiatria. Per això i en homenatge a tots ells, és a través de les seves pròpies paraules (de manera literal) que explicaré aquells esdeveniments. Els diaris locals i d'àmbit mèdic, donada la importància del que succeïa al manicomí, han sigut el viu testimoni que m'ha permès reconstruir aquesta part, tant recent com desconeguda, dins la història del Psiquiàtric de Salt.

Els fets pas a pas.

A finals de l'any 1973 la situació del Psiquiàtric de Salt era caòtica: els malalts vivien en condicions extremes d'amuntegament i falta d'higiene, endemés de l'habitual manca de recursos personals i materials necessaris per atendre'ls mínimament. Va ser llavors que els únics 4 metges de guàrdia de què disposava el centre per atendre els 860 malalts hospitalitzats (més els que anaven arribant) van decidir de reunir-se reiterades vegades amb el Dr. Pigem, llavors director de l'hospital, amb la intenció de plantejar-li la situació

extrema en què havien de desenvolupar diàriament la seva tasca. Aquests metges de guàrdia, tot i que estaven en període d'especialització, no rebien cap mena de docència; feien una guàrdia de 24 hores cada 4 dies (assistien ingressos, donaven altes i atenien qualsevol tipus d'urgència en els pavellons).

“Más que una institución psiquiátrica parece una penitenciaria”

Publicació “ATHENA” mitjans de 1974

A la tercera reunió mantinguda amb la direcció els 4 van suggerir la necessitat d'implicar a la “*Diputación de Gerona*” a fi que col·laborés per canviar aquella nefasta situació. Poc després d'aquesta reunió el Director, que en un principi havia mostrat certa actitud de col·laboració, va fer un gir en la seva postura, negant-se a implicar-hi a la “*Diputación de Gerona*”, a continuar les reunions reivindicatives amb els 4 metges i endemés els va amenaçar amb no renovar-los-hi els contractes de treball anuals que tenien amb la institució. De l'article se'n desprèn la manera de viure dins els murs del Psiquiàtric, sempre en condicions infrahumanes pels malalts.

*“El Hospital está dividido en 5 pabellones: A/ dos pabellones de observación, uno para mujeres y otro para hombres. Construidos en 1925 y ampliados en 1969, **20 camas**, en habitaciones de 2 camas, sala de visitas, despacho, comedor y aseos. En cada uno de estos pabellones se albergan permanentemente unos **120 enfermos** en una situación de **absoluto hacinamiento** (los pasillos se han convertido en dormitorios, las camas están tan apiñadas que no caben las mesitas de noche). A estos pabellones se incorporan diariamente los nuevos ingresos, excepto los judiciales que pasan directamente a los pabellones de crónicos (la media diaria de **ingresos** en 1973 ha sobrepasado los **dos por día**). En esta situación los nuevos ingresos son tratados con un **coctel medicamentoso** para tranquilizarlos, y si esto no es suficiente se les **encadena a la cama** o se traslada la cama al cuarto de bañeras. B/ pabellón de crónicos (hombres): posee 249 camas, viven en él **254 enfermos** de los que salen fuera del pabellón de un 15% a un 25%. Los restantes enfermos permanecen todo el día o tumbados o dando vueltas a un patio interior, vigilados por **7 cuidadores**. Tiene como característica el hacinamiento de los enfermos, escasez de mesillas y armarios, wáteres que dan a las salas y desprenden un olor muy desagradable, etc. Como muestra que sintetiza estas deficiencias existe **una sala que es comedor, pasillo, dormitorio y sala de televisión**. Hay una sala denominada de fugitivos donde habitan ciertos judiciales y los más agitados, y en la que habitualmente 2 o 3 enfermos*

permanecen **atados con una cadena a la cama**. Uno de estos enfermos lleva en esta situación **más de 8 años**, y hasta tal punto se ha acostumbrado a ella que cuando últimamente se le quitaba ciertos días la cadena para que pasease por el patio, al acostarse pedía que se le atase otra vez puesto que sin la cadena era incapaz de dormir. C/ Pabellón de crónicas (mujeres): tiene 197 camas y **10 celdas de castigo** “clásicas”. Estas últimas han sido ocupadas por enfermas hasta mayo de 1973, en que algunos de los médicos de guardia, desobedeciendo al director decidieron reincorporarlas al pabellón, excepto en un caso en que la resistencia fue suficiente para que la enferma permanezca todavía en la actualidad (**febrero, 1974**) en una de estas celdas **atada con una corta cadena a la cama**. Las condiciones higiénicas y de vida son absolutamente lamentables. Los pasillos convertidos en dormitorios, **las goteras y filtraciones de agua** en las paredes son datos que dan una mínima idea del absoluto abandono, masificación y hacinamiento en que viven estas 200 enfermas. El hacinamiento es compartido con las ratas que, sobre todo al caer la noche salen de las madrigueras y cuyas bocas están a la vista de todos en diversos puntos del patio anterior. A propósito de las **ratas** una monja cuenta que en años pasados una enferma se las **comía** y que ahora la misma enferma las alimenta con restos de comida. D/ Pabellón geriátrico: construido en 1935 y que es el único que arquitectónicamente es algo racional. La capacidad total del pabellón es de 170 plazas casi todas ocupadas por ancianas exceptuando algunas jóvenes que viven allí para colaborar con las tareas de limpieza. Las salas tienen el inconveniente de que sus wáteres dan directamente a las mismas con una simple cortina de separación. El hacinamiento es uno de los principales problemas de este pabellón; en los últimos 28 años el número de internados ha crecido en 300, mientras que las nuevas salas sólo han representado un aumento de 100 camas. La solución para los otros **200 internados** se ha buscado introduciendo más camas en las salas antiguas, y convirtiendo **pasillos en dormitorios**. (...) **La calefacción** sólo funciona de 7 a 11 de la mañana y de 5 a 8 de la tarde excepto la **casa del director** donde **funciona** todo el día”.

Publicació “ATHENA” mitjans de 1974

(Cal fer esmena que el director Dr. Pigem no hi residia, ja que vivia i visitava a Barcelona, i pujava a Salt dos dies a la setmana).

“(…) Las condiciones, de forma general, son las de tipo manicomial. En el momento del ingreso el enfermo pasa a residir en el pabellón de observación y deposita todos sus enseres en manos de la hermana del pabellón. Diariamente se levantan a las seis y media. Los enfermos del pabellón de crónicos, después de hacer la limpieza y desayunar, salen al patio interior donde pasarán el día dando vueltas o tumbados en el suelo. Los de los

*pabellones de observación son los únicos que pueden pasear por los jardines, pero al igual que los otros **pasan el día sin hacer nada**, excepto **una minoría** que trabaja en la sección de **laborterapia** o en alguna dependencia del hospital (...).*”

Publicació “ATHENA” mitjans de 1974

“(...) també anàvem curts de personal. Les monges eren qui conduïen la institució. Hi havia dos metges (1969) que no eren especialistes, una infermera i el director metge, un psiquiatre que vivia a Barcelona i venia a veure els pacients un parell de dies a la setmana. Això teníem(...)”

Margarita Vilanova, secretaria de direcció 1965-2008

Revista “L’ACTUAL”

Sota la direcció de les monges, el centre es regulava per criteris i normes estrictament moralistes i vinculades als rígids codis propis de les comunitats religioses del moment, que de vegades vulneraven la Declaració Universal dels Drets Humans de l'any 1948. Tals pràctiques semblaven voler perpetuar la tradicional imatge d'internat de segles anteriors.

*“Está totalmente prohibido todo acercamiento entre hombres y mujeres. Las **mujeres no pueden fumar ni vestir a su gusto ni llevar pantalones**. Referente a esta prohibición citaremos una anécdota significativa de una monja que, ante la sugerencia de un médico de guardia de que una enferma se pusiera pantalones si así lo quería, la monja respondió tajantemente: “Eso es cosa nuestra, lo suyo es recetar pastillas”. Tanto en esta como en otras ocasiones los **médicos** de guardia han pedido al director su **apoyo y nunca lo encontraron**”.*

Publicació “ATHENA” mitjans de 1974

Aquest control rígid de l'administració religiosa s'estenia a tots els àmbits de la vida dels pacients, cosa que també denunciaven els 4 metges.

*“El **control rígid** se extiende también al campo de la **correspondencia**; los internados deben entregar las **cartas abiertas** a la hermana del pabellón, quién las echará o no al correo según su criterio. Asimismo las cartas que se reciben sufren el mismo control de la **hermana del pabellón**”.*

Publicació “ATHENA” mitjans de 1974

La denúncia dels metges de guàrdia comprenia també les tasques que feien els malalts a dins el centre: neteja, fusteria, jardineria, lampisteria, etc. que lluny de la idea de laborteràpia i de “Night Hospital” que Pigem havia popularitzat en la dècada dels 60,

responia a una necessitat de fer treballar als malalts en lloc de contractar professionals adients.

*“La sección de laborterapia la dirige una comisión formada por: el Director, la Superiora, el Administrador del Hospital y el Diputado de Beneficencia. Pero en la práctica está bajo las órdenes de la hermana del pabellón correspondiente. Los trabajos son diversos pero el porcentaje de participación muy bajo (de un total de 200 internas solo **participan 5**)”.*

*“**Trabajo fuera del hospital: sólo una mujer** entre 480 trabajaba fuera del hospital, mal pagada i sin seguro social”.*

Publicació “ATHENA” mitjans de 1974

La denúncia dels tractaments, procediments i manca de protocols hospitalaris també formava part de la denúncia de l'any 1973. Per això la premsa va recollir els detalls més rellevants de com es tractava a les persones que anaven a parar al manicomi.

“(…) Cuando un enfermo ingresa pasa al pabellón de observación, donde hay unas 30 o 40 camas. Si el enfermo molesta o está agitado, es encadenado o trasladado con su cama a la sala de bañeras. Las encargadas de administrar las medicinas prescritas por el médico son las monjas, que en ocasiones han llegado a modificar cualitativa y cuantitativamente dicha prescripción. (...) Cuando la fase aguda remite el enfermo se incorpora a la vida en el pabellón pero al no haber ningún psiquiatra no tendrá ningún control psiquiátrico”.

Publicació “ATHENA” mitjans de 1974

La intervenció dels metges de guàrdia de vegades aconseguia frenar algunes pràctiques que consideraven denigrants i salvatges.

“El electroshock hasta hace unos meses se empleaba de forma masiva, al ritmo de unos 40 por semana. Posteriormente se utilizó menos y en las últimas semanas sólo se utilizó 2 veces, por orden del Director.”

“Abscesos de fijación: se han usado, durante los últimos meses en una o dos ocasiones como castigo por orden del Director.”

Publicació “ATHENA” mitjans de 1974

“Se emplea el electroshock como castigo a los enfermos revoltosos y no como terapia curativa.”

Dr. Ramon Noguera Hosta (un dels nous psiquiatres contractats per la diputació arrel de la denúncia).

“Posaven una injecció a la cuixa o a la cama del malalt que estava agitat. Això li provocava un abscess i molt de dolor i ja no tenia pebrots de moure’s. Els immobilitzaven químicament i encara de vegades havíem d’obrir aquells abscessos perquè s’infectaven. Vam prohibir les injeccions de trementina.”

“Antigament no hi havia medicaments. A prop dels psiquiàtrics se sentien crits a totes hores.”

Entrevista al Dr. Andrés Benítez Eiroa (un dels 4 metges que va arribar a Salt el 1969)

Publicació “Revista de Girona”

En referència a la composició de la plantilla de treballadors del Psiquiàtric al llarg d’aproximadament tres dècades, he pogut establir aquesta comparativa de la qual se’n desprèn que no només havia estat sempre insuficient sinó que durant aquest període presenta una disminució tant en termes absoluts (nombre total de treballadors i monges), com en el nombre relatiu de personal (rati de cuidadors, monges, metges i altres) per nombre de pacients totals del centre.

EVOLUCIÓ DEL PERSONAL DEL PSIQUIÀTRIC DES DE L’ANY 1945 FINS AL 1973

	1945	1955	1960	1965	1972	1973
Total nous ingressos	160	252	326	494	661	720
Total hospitalitzats	555	651	737	781	856	860
Nombre de cuidadors	?	?	?	108	98	109
Nombre de monges	?	?	25	?	?	20
Director	1	1	1	1	1	1
Nombre de psiquiatres	1	1	1	1	-	-
Nombre de metges de guàrdia	-	-	2	2	4	4
Nombre d’ATS	-	1	1	1	1	1
Nombre d’assistents socials	-	-	-	-	-	-
Nombre de psicòlegs	-	-	-	-	-	-

Si bé aquest quadre ens dóna una idea de la manca de personal al Psiquiàtric de Salt al llarg de 3 dècades, també he volgut relacionar aquestes dades amb les de la resta d’institucions mentals de Catalunya, cosa que em porta a concloure que la situació de Salt era significativament més dolenta que a la resta de centres de reclusió de malalts mentals. Si analitzem l’any 1973, com a exemple, ens adonem que aquesta situació no havia millorat.

COMPARATIVA DEL PERSONAL DE SALT AMB EL DE LA RESTA DE CENTRES PSIQUIÀTRICS DE CATALUNYA DURANT L'ANY 1973.

	Hospital Clínic de Barcelona	Hospital de Sant Boi de Barcelona	Hospital de la Sta. Creu de Barcelona	Clínica mental de Sta. Coloma	Clínica de Martorell	Hospital Psiquiàtric de Salt
Director	1	1	1	1	1	1
Psiquiatres	10	8	11	28	4	-
Psicòlegs	1	-	4	8	3	-
Metges de guàrdia	-	5	-	5	-	4
Metges residents	11	-	6	-	6	-
Assistents socials	8	3	3	9	2	-
ATS	14	-	10	6	4	1
Cuidadors	10	400	73	80	10	90
Religioses	-	7	-	11	20	20
Nombre d'interns	70	1200	420	596	380	860

En analitzar la qualificació de la plantilla de treballadors del psiquiàtric a principis de la dècada dels 70', podem fer diverses observacions en relació a cada una de les categories:

Personal auxiliar: del total de 109 empleats, únicament 90 treballaven com a cuidadors en els pavellons. Aquest personal no posseïa cap formació específica per atendre degudament als malalts mentals, ni la direcció es va plantejar mai la necessitat d'instruir-los. La seva contractació depenia d'altre tipus de demanda, donat que gran part en prou feines sabia llegir i escriure.

Religioses: L'any 1973 la feina que feien les monges no havia variat gaire des de l'any 1913, quan van arribar. És a dir, s'ocupaven de la supervisió de la major part de les tasques a quasi tots els departaments. Tenien a càrrec seu tant els pavellons com la infermeria, la farmàcia, la cuina, la porteria, etc. Treballaven en condicions molt dures, ja que endemés de treballar al centre també hi vivien: llargues jornades sense amb prou feines retribució per la seva tasca en nom de la Caritat Cristiana que professaven. Val a

dir que històricament la seva comesa sempre havia anat vinculada a la beneficència, per la qual cosa resultava un personal eficient i molt econòmic a l'administració.

“De monges sí que n’hi havia, des del 1913. Potser per això alguns malalts li deien <<Sor Andrés>>. Els pocs psiquiatres que hi havia feien vida entre aquelles parets, amb l’ajuda de les monges, uns quants curadors i els malalts.”

*Entrevista al Dr. Andrés Benítez Eiroa (un dels 4 metges que va arribar a Salt el 1969)
Publicació “Revista de Girona”*

“(…) Las funciones de las monjas son diversas; 12 están a cargo de los pabellones y las otras 8 se ocupan de diversas tareas. Las encargadas de pabellón cumplen funciones de ATS. (De las 20, alrededor de 5 tienen el título de ATS, y el resto ha realizado los cursillos de la cruz roja). Sus condiciones laborales son una jornada de 8 horas durante toda la semana, sin seguros sociales y con una gratificación de 1000 pesetas al mes.”

Publicació “ATHENA” mitjans de 1974

Personal d’ATS: Una de titulada.

“(…) Hay una que viene diariamente trabajando en la secretaria del centro.”

Publicació “ATHENA” mitjans de 1974

Metge especialista: Un internista que es dedicava a les malalties habituals.

Metges de guàrdia: Metges en període de formació (sense rebre docència).

Director: titular per oposició i psiquiatre de formació, que atenia en el centre un parell de cops per setmana; tant els residents com en consulta privada. Cosa que va suscitar moltes protestes en l’informe de denúncia en l’informe presentat pels quatre metges.

“Lleva en el cargo 16 años. Su residencia habitual está en Barcelona, donde posee una consulta privada. Se desplaza los jueves i sábados a Gerona. En estos dos días realiza distintas actividades; un día a la semana da una vuelta por los pabellones saludando a los enfermos y preocupándose por el estado de los judiciales y gubernativos. Esta visita dura alrededor de una hora. El resto del tiempo lo ocupa en la consulta ambulatoria del hospital que es parcialmente privada. Además de estos aspectos, debemos señalar la negativa del director a desarrollar una docencia mínima y su reiterada actitud de no pedir a la diputación un equipo de psiquiatras.

Publicació “ATHENA” mitjans de 1974

A la vista de la denúncia publicada per la premsa local, els diversos mitjans que cobrien la situació del psiquiàtric van treballar per contrarestar la informació de la boca d’aquells a

qui la denuncia semblava assenyalar: la direcció, i així poder informar objectivament a l'opinió pública de tot el que succeïa dins el recinte. De les paraules del director en aquell moment: Dr. Pigem, en podem deduir tant l'opinió que en el director li mereixia tal denúncia, com la visió i posicionament del màxim responsable del psiquiàtric davant la situació del centre i les condicions de vida dels malalts. Val a dir que si en un moment el Dr. Pigem havia sigut un motor per la innovació dins el psiquiàtric de Salt, ara els temps havien canviat i les noves generacions no es conformaven amb un centre de mitjans i costums més pròpies de segles i societats, ara antiquades., sinó que volien la modernitat a casa seva. Amb l'única intenció d'informar, els periodistes de la revista ATHENA, van decidir visitar el manicomi i, acompanyats pel director, recórrer totes les estances del departament; cosa que facilitaria una franca i espontània conversa amb el Dr. Pigem. Més enllà de certs titulars i certes frases que algú podria titllar d'impactants i sensacionalistes, com ara: *“un psiquiàtrico sin psiquiatras”, “esta es mi casa, por tanto visito aquí a quien quiero...”*, *“hemos experimentado ciertos medicamentos, sobretudo de laboratorios norteamericano, con los enfermos.”*, que es van publicar a la premsa del moment... seran les preguntes, respostes i afirmacions textuals dels protagonistes les que ens ajudaran a determinar els fets de manera objectiva.

Dr. Pigem: *“Son ustedes los primeros periodistas que han venido a verme; en la prensa se han publicado bastantes inexactitudes que no he querido enmendar para no entrar en un juego interminable”(…) “no quiero ocultarles nada; ustedes observen y luego volvemos aquí, al despacho, y hablamos.” “Puedan sacar fotografías de lo que quieran, lo único que les pido, en atención a los familiares, es que procuren no sacar a ningún enfermo concreto.”*

I amb aquestes paraules es va iniciar el recorregut cap als diversos pavellons.

“Mientras nos lo mostraba, el Dr. Pigem nos decía: <<aquí viven más enfermos que los que en realidad caben, ¿pero qué hacer? Yo prefiero admitirlos y habilitar pasillos como dormitorios antes que dejarlos fuera y que alguno se suicide. De todas maneras, tampoco están tan mal. >>”

Periodista: *“Luego recorrimos los patios llenos de enfermos tumbados a la sombra, la siesta terapia que diría el Dr. Pigem.”*

Dr. Pigem: *“aquí están los pacientes más tranquilos. Nuestro deseo sería que todo el hospital fuera así.”*

Periodista: “Después entramos en el área de las mujeres. El panorama era el mismo: mujeres tumbadas en el suelo o sentadas en algún sitio sin ocupación.”

“La laborterapia femenina, nos explica el director del sanatorio, tiene la misión de ayudar al mantenimiento de la limpieza y demás labores domesticas del centro.”

“ATHENA” 1974

“Els malalts tenien molta presència en les tasques diàries, en la cuina, en la bugaderia, en l’hort... Hi havia 900 malalts i tota la roba es rentava a mà, en uns safareigs molt grans; la cuina era una ‘cuina econòmica’...”

Margarita Vilanova, secretaria de direcció 1965-2008

Revista “L’ACTUAL”

Periodista: “¿Cual es la situación del hospital después del pasado conflicto?”

Dr. Pigem: “Mire, yo siempre me he llevado bien con todo el mundo y nunca he negado el saludo a nadie. Las guerras no se hacen para conseguir la paz sino para comerse al oponente. Yo me debo a mi cargo; soy un funcionario de la diputación. Hemos conseguido muchas mejoras para el hospital, la diputació y yo.”

Periodista: “¿Qué cantidad de recursos tienen ustedes asignada por enfermo y día?”

Dr. Pigem: “No lo sé, eso tendría que preguntarlo en la diputación.”

Periodista: “¿Que tratamientos siguen con los enfermos internados?”

Dr. Pigem: “Ya lo ha visto usted.”

Periodista (explica): “Tras la observación se nos hizo evidente que la asistencia sanitaria dejaba mucho que desear en Salt. Los enfermos quedan allí hacinados a caballo entre una residencia de ancianos y una cárcel

En demanar directament, els periodistes, a un intern, pel dia a dia dins el centre, aquest els hi va contestar:

“Mi vida transcurre con una monotonía aplastante y la única asistencia que me dan es dos pastillas todas las mañanas y cuando le pregunto al Dr. Pigem por mi enfermedad, este me responde siempre ‘todo se arreglara con la ayuda del altísimo’”

En referència a la consulta privada que tenia organitzada en el sanatori (situació també denunciada pels 4 metges de guàrdia), ell va respondre:

“Esta es mi casa, por tanto aquí visito a quién quiero. No me hincho de dinero porque yo no me tomo la medicina como simple explotación económica.”

Periodista: *“Pero usted tiene, además, consultorio particular en la calle Muntaner de Barcelona...”*

Dr. Pigem: *“Lo tengo haciendo uso de mi libertad, podría ir a Perpignan i no lo hago.”*

Periodista: *“Doctor, el hecho que las mojas hagan de cuidadoras, ¿no es darle a la asistencia psiquiátrica un aire de caridad?”*

Dr. Pigem: *“Hoy por hoy no se puede prescindir de las monjas. Hay trabajos que nadie quiere hacer y que ellas, por su vocación, no rehúyen. Como en todo, hay monjas buenas y otras no tanto.”*

Periodista: *“¿Qué piensa usted Doctor de las polémicas suscitadas por la asistencia psiquiátrica en España?”*

Dr. Pigem: *“Yo soy favorable a los cambios. Aquí en Salt nos hemos movido poco a poco, pero hemos avanzado. Cuando se tiene 20 años uno quiere moverse deprisa. A mi edad se prefieren los movimientos lentos, poco a poco”.*

Publicació “ATHENA” 1974.

A la situació que vivien els ingressats del psiquiàtric de salt li faltava molt i molt per arribar als estàndards que la revolta psiquiàtrica arreu d'Europa i els Estats Units reclamava. Més enllà que les obvietats que es desprenen de les entrevistes i articles esmentats, la recerca a través d'altres fonts d'estudi dels diferents arxius ens fa observar que endemés dels malalts mentals, la residència seguia asilant disminuïts psíquics, alcohòlics, reclosos per ordre de les autoritats competents i tots aquells que s'havia decidit allunyar de la societat. Tal com he pogut constatar al llarg de la història de l'Hospital Psiquiàtric.

“(...) s'atenien persones amb problemes de salut mental, d'addiccions o fins i tot avis que la “gente de bien” ingressava per a poder marxar de vacances.”

Entrevista a la Sra. Roser Clotas (secretaria de direcció assistencial de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona).
Revista “UniverSALT”

“A la gent se la tancava al manicomi i jo agafava grans cabrejos. Per la llei de 1931, qualsevol autoritat governativa, el governador civil o un alcalde de poble podien fer un ofici i internar un malalt al psiquiàtric per tota la vida. O la família internaven l'hereu. Mentre estava internat li feien un expedient d'incapacitació i el germà o el cosí podia fer el que volgués. Els metges sempre hem lluitat per la llibertat dels malalts, pels seus drets, que s'estaven trepitjant.”

“(...) miraves els expedients i deies: ostres! Però aquest, per què és aquí? I resulta que havia agafat una borratxera feia 20 anys i ja no havia sortit.”

Entrevista al Dr. Andrés Benitez Eiroa (un dels 4 metges que va arribar a Salt el 1969).

Publicació “Revista de Girona”

“En Salt tenemos unos 120 internados que son subnormales profundos en edad avanzada (...) la mitad de los internados son ancianos, muchos de los cuales no tienen enfermedad alguna (...) Salt es también el destino de muchos males sociales como son vagabundos, borrachos, aunque sean ocasionales, i personas que ingresan por órdenes judiciales. Si una persona tiene una intoxicación etílica y se le encuentra por la calle, automáticamente se la lleva a Salt. Esta persona ya esta fichada; cualquier cosa que haga se solucionará enviándola a Salt. Somos el comodín de los males sociales de Girona.”

Entrevista al Dr. Ramon Noguera Hosta

EL CORREO CATALÁN FEB, 15 de febrer de 1975

Els successius escrits en els diaris de l'època van organitzar tal enrenou sobre la manera com es vivia dins el psiquiàtric que la “Diputación de Gerona” no li va quedar altra que prendre-hi part. Si bé en un principi els responsables polítics d'aquesta diputació no veien la necessitat de posicionar-se al costat dels metges reformistes que havien fet la denúncia, els esdeveniments que van tenir lloc aleshores van afavorir un canvi de direcció. La magnitud de l'escàndol va arribar a oïdes de la “*Dirección General de Sanidad*”, que ràpidament va enviar inspectors al psiquiàtric per analitzar en primera instància què era el que passava a Salt. El resultat d'aquest escàndol va ser la sol·licitud d'excedència voluntària, per part del Dr. Pigem (en principi de 8 mesos), durant el mes d'agost de 1974; i el consegüent nomenament com a director provisional del centre al Dr. Ramon Noguera Hosta, psiquiatre que escassos mesos abans havia sigut contractat. De la mà del nou director en funcions, i d'acord a les reivindicacions dels 4 metges i a les iniciatives que poc o molt prendria, el respecte, la “Diputación de Gerona”, veurien la llum els primers canvis. El psiquiàtric de Salt necessitava una gran reforma a tots nivells, amb un gran pressupost econòmic que cobrés les reivindicacions de la denúncia però el pressupost de la diputació no seria suficient per a cobrir-ho tot. Les reformes anirien arribant de mica en mica: de vegades un pas endavant i un altre endarrere. El fet d'acceptar l'excedència provisional del Dr. Pigem (que el març de l'any següent es convertiria en definitiva) i el nomenament del Dr. Noguera com a director va ser la primera

mostra de suport al projecte reformista d'ençà de la denuncia. Amb un jove psiquiatre al capdavant de l'equip, el psiquiàtric de Salt caminaria pas a pas cap a la nova i moderna psiquiatria.

(...) “se crearon dos plazas más de residentes y una de psiquiatra. Doce médicos especializados más un internista, no diré que no pueda mejorarse la plantilla, pero con los medios económicos con que se cuenta... Estoy de director interino porqué el Dr. Pigem pidió un permiso. De modo que la reforma del hospital la comenzó él de acuerdo con la Diputación y yo he de ceñirme al plan iniciado. Plan que no tendrá fin porque en psiquiatría, como en cualquier otra rama de la medicina, hay que permanecer en continua reforma.”

Dr. Noguera, Los Sitios, 25 de Agosto de 1974

“En sesión de Pleno de la Diputación Provincial, bajo la presidencia de Don Antonio Xuclá Bas, y con la asistencia de los señores diputados, tras dar lectura al acta de la sesión anterior se señalaron los Decretos dictados por la presidencia en el mes de julio pasado: entre las comunicaciones oficiales de mayor interés figuraba la solicitud de excedencia por 8 meses del director del hospital psiquiátrico de Salt, Dr. Pigem, que la corporación acepta, pasando a nombrar director accidental, al Dr. Ramón Noguera Hosta. Ya en el tema del Psiquiátrico, se dio cuenta de que el actual mes de agosto quedaran completadas las plazas de médicos residentes por un total de 6. Así mismo quedaran completadas las plazas de 6 psiquiatras. Con todo ello la plantilla facultativa del hospital quedara compuesta por 12 médicos más un internista. (...) También para el próximo mes de setiembre está prevista la preparación de los cursillos para el personal que esta al cuidado de los enfermos del hospital, consistentes en instruir los conceptos básicos para el mejor desempeño de sus funciones. (...) En octubre, además, deberá ponerse en funcionamiento el primer ambulatorio psiquiátrico, iniciándose en las zonas que requieren más atención psiquiátrica, según criterio del propio cuerpo médico del hospital psiquiátrico. Por último en plazo ya fijado, los servicios técnicos de dicho hospital, deberán definir las características requeridas para una futura sección de laborterapia y un pabellón de agudos, todo ello con el fin de mejorar las condiciones del internado.”

Los Sitios, 24 de Agosto de 1974

“El pleno de la Diputación Provincial de Gerona ha aceptado la petición de excedencia presentada por el director del hospital psiquiátrico de Salt, Dr. José María Pigem. El pleno acordó también el nombramiento del nuevo director Ramón Noguera Hosta, de 30 años y con la experiencia de 8 de prácticas en centros psiquiátricos de Gran Bretaña. El cuadro médico ha quedado constituido por 6 psiquiatras y 6 residentes. El nuevo equipo emprende un programa de trabajo, del que cabe destacar: Realización de cursos de cuidadores (...),

organización de la laborterapia (...)", poner en marcha el plan de ambulatorios en Gerona ciudad, Figueres, Olot, Ripoll, Palamós y Sta. Coloma de Farnés."

Tribuna médica, 13 de Septiembre de 1974

La nova direcció facultativa, al capdavant d'un equip cada cop més nombrós i qualificat, van ser els protagonistes dels nombrosos avenços que van succeir al llarg dels anys:

- Creació d'ambulatoris arreu de la província a fi de descentralitzar l'assistència i aconseguir reduir el nombre d'ingressos al psiquiàtric; gràcies als tractaments ambulatoris. El novembre del 1974, es van posar en funcionament els ambulatoris psiquiàtrics comarcals de Palamós i Figueres, per atendre els malalts de l'Alt i Baix Empordà i, ben aviat, també es posaria en marxa l'ambulatori d'Olot, que donaria cobertura als malalts de La Cerdanya, El Ripollès i La Garrotxa. De moment serien els mateixos psiquiatres del psiquiàtric de salt els qui es desplaçarien en dies concertats per a fer les visites.

- Creació d'un pavelló d'aguts amb capacitat per a 80 persones.

-Treballar per la reinserció/ integració del malalt mental a la societat: conscienciar a la societat a través de xerrades i col·loquis, implicació d'agents socials; programa d'activitats en pro de la reintegració a fi d'evitar la marginació del malalt (exposicions, esports, obres de teatre, ...).

Calia també, però, un important treball de mentalització en vers l'administració per aconseguir que la malaltia mental fos considerada com a qualsevol altra malaltia i gaudís de la inversió necessària per fer front a les necessitats del malalt mental. El malalt mental, com qualsevol altre malalt tindria uns drets per a fer front a la seva patologia i no seria la beneficència la que s'ocuparia d'aquesta tasca, com històricament havia sigut.

"Desde hace unas semanas viene funcionando el de Gerona, en plan experimental. (...) Se trata del que podríamos denominar ambulatorio-piloto (...)". *"(...) Para comunicarles que no será necesario, salvo determinados casos, que vengan a Gerona, sino que podrán ser visitados, y por lo tanto, medicados y revisados, en los mencionados ambulatorios más cercanos a su residencia (...)"*

"(...) Es una enfermedad como otra cualquiera. Los ambulatorios servirán para mentalizar, esta realidad".

Los Sitios, 13 de Noviembre de 1974

“El hospital psiquiátrico de Salt vuelve a ser noticia, esta vez de signo positivo, al inaugurarse en “La Fontana d’Or”, la primera “mostra de treballs terapèutics” del



Hasta el próximo día 6, permanecerá abierta en la Fontana d’Or, la I Muestra de Trabajo Terapéutico y Expresión Libre, en la que se reúnen una serie de obras realizadas por los enfermos del Hospital Psiquiátrico, y que forman parte de los diversos procesos curativos que allí se aplican. En la fotografía, el diputado provincial, ponente de estos servicios, señor Boada Vila, acompañado del director del centro hospitalario, doctor Noguera Hosta, recorren la muestra, que ha sido presentada por la Joven Cámara de Gerona.

establecimiento. Esta es la primera realización pública del nuevo equipo al frente del centro después de la grave crisis (...). “Estamos pasando de centro hospital a hospital terapéutico, pero esta transformación no la podemos hacer solo desde dentro, necesitamos que la sociedad tenga un nivel de aceptación mucho mayor que hasta ahora. La exposición de La Fontana d’Or se acompaña de coloquios públicos entorno a los temas: “arte y depresión”, “arte y esquizofrenia”, “literatura y enfermedad mental”, “trabajo terapéutico”.”

Diario Tele-Expres, 29 de Enero de 1975

“Hasta el próximo día 6, permanecerá abierta en La Fontana d’Or la primera muestra de trabajo terapéutico y expresión libre, en la que se reúnen una serie de obras realizadas por los enfermos del psiquiátrico y que forman parte de los diversos procesos curativos que ahí se aplican”

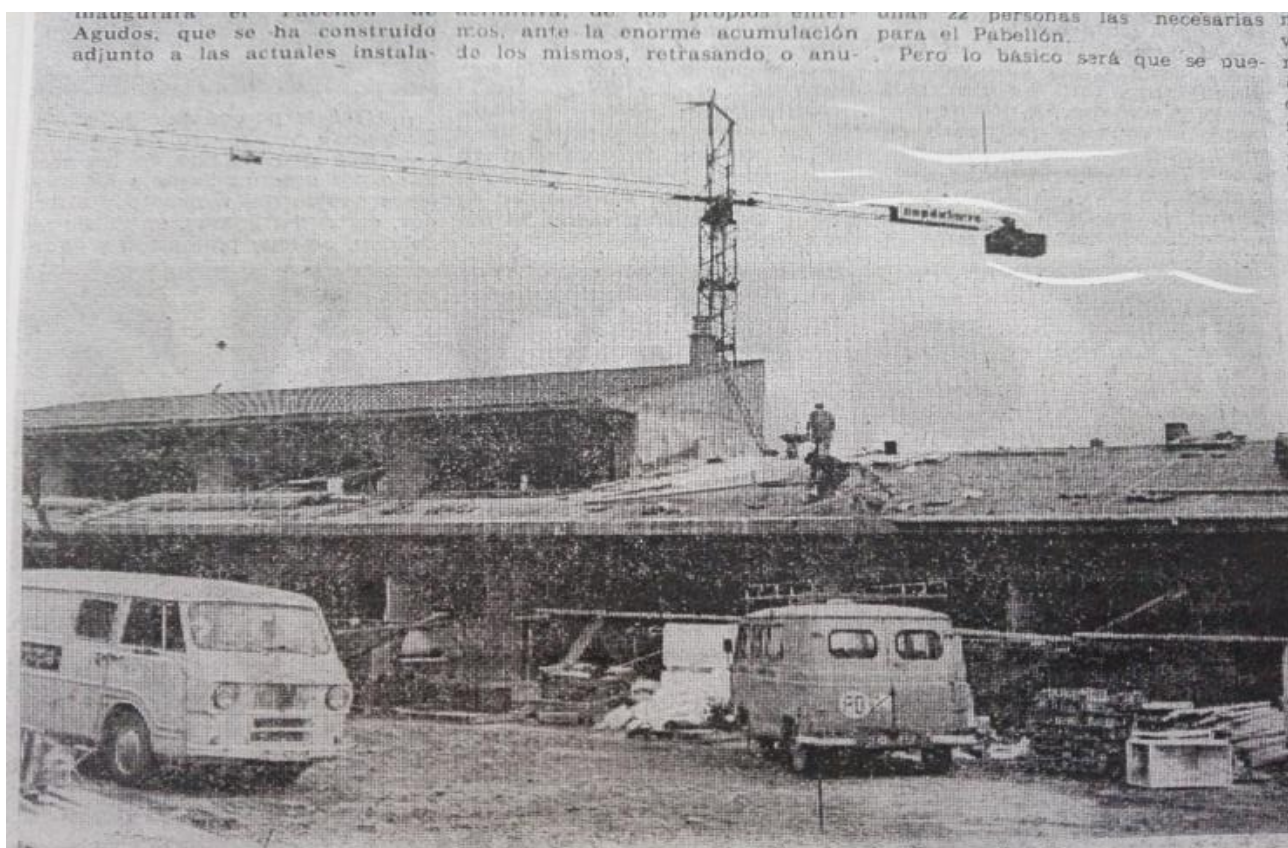
Los Sitios, 2 de febrer de 1975

El nou impuls de la “Diputación de Gerona” ràpidament va evidenciar-se en els pressupostos. Haig de recordar que una de les partides més grans dins els pressupostos anuals de la “Diputación” era el que feia referència a Beneficència. Aquell any la diputació va preveure una despesa de 45 milions de pessetes (270.455 €) per la construcció del nou pavelló d’aguts que tanta falta li feia a l’hospital.

“(…) L’any 74 es va incorporar en Ramon Noguera. Durant el seu mandat s’hi va construir el Pavelló Nou (l’actual edifici Els Til·lers), s’hi van incorporar més psiquiatres i els psicòlegs

(...) recordo que es va posar en funcionament una unitat especialitzada en l'atenció als alcohòlics.”

Margarita Vilanova, secretaria de direcció 1965-2008
Revista “L'ACTUAL”



Obres de construcció del nou pavelló d'Aguts. Juliol de 1976 (foto “Los Sitios de Gerona”)

“Pabellón de agudos para el hospital psiquiátrico. Se han emprendido las acciones para dotar al hospital psiquiátrico de Salt de un moderno Pabellón de Agudos. (...) Se podrán atender a un número importante de enfermos, con unas técnicas modernas y que evitaren un gran número de internamientos (...). Contiene almacén, administración, archivos clínicos, salas para agitados, consultorios, (...) cafetería, despachos, puestos de enfermeras, salas de electrochoque, sala de estar, farmacia, salas de espera, información, laboratorios, departamento de neurología, office, peluquería, departamento de psicología, rayos X, salón de actos, sala de juntas, salas para terapia de grupo, tiendas, salas de terapia ocupacional (...). Los objetivos... que tal tipo de tratamientos, enfermos y todo lo que rodea a la psiquiatría deje de ser considerado como algo extraño en nuestra sociedad y sea reducido a su exacta dimensión médica”.

Los Sitios, 27 de juny de 1975

“(...) El centro es ante todo una parte vital y esencial del hospital. Las 80 camas, se reparten en 2 unidades de ingreso, de 29 cada una, unidad de alcoholismo y toxicomanías de 18 camas y unidad de cuidados intensivos con 6 camas.”

“También se habrá de aumentar el personal, y procurar que este tenga un mínimo de profesionalidad y experiencia (...). Hemos de insistir en el necesario cambio de mentalidad (...). Hemos de convencernos todos que la psiquiatría es una especialidad médica como cualquiera.”

Los Sitios, 14 de juliol de 1976

“El edificio ha sido concebido de acuerdo con las más modernas técnicas hospitalarias de la especialidad, y es un modelo en su género (...). De una sola planta (...) permitirá el tratamiento individualizado de los enfermos”

“Hoy entra en servicio el centro de agudos del psiquiátrico. Con capacidad para 80 camas y presupuesto de 45 millones, atenderá 600 ingresos anuales.

Los Sitios, 20 d'agost de 1976

“(...) Con asistencia del presidente de la Diputación de Girona, fue inaugurado ayer, viernes, el nuevo <<Centro de agudos del Hospital Psiquiátrico>> gerundense La superficie de la parte edificada de 5000 metros cuadrados.

El Correo Catalán, 21 d'agost de 1976

“Por fin los enfermos serán asistidos. El edificio en sí se aparta del clásico establecimiento, y exteriormente podría presentarse como un moderno hotel”

Hoja del Lunes, 23 de agosto de 1976

Una altra partida pressupostària de la “*Diputación de Gerona*” l’any 1975 dotada amb 1 milió de pessetes (6000€) va anar destinada a millorar la ocupació dels interns i modernitzar el seu dia a dia segons les pautes que el Dr. Pigem havia marcat en els anys 70: laborteràpia.

“(…) Se ha aprobado recientemente la inversión de un presupuesto de 1 millón de pesetas para el departamento de laborterapia, cuya eficacia en el proceso curativo ha quedado plenamente demostrada. Además se ha conseguido que una serie de empresas contraten trabajos a estos departamentos con el fin de unir a los estímulos terapéuticos, el incentivo económico.”

Los Sitios, 27 de juny de 1975

“El haber incorporado este aspecto de actividades permitió atender ya durante 1975 a dos centenares de enfermos, que se dedican principalmente a la fabricación de pinzas, lámparas, alfombras, yeso, cerámicas, pirograbados, bordados, etc. La laborterapia tiene un doble objetivo, uno curativo directo, y otro que pretende que el enfermo, que en un plazo breve va a ser dado de alta, reencuentre el hábito del trabajo, bien de forma individualizada, y sobre todo en equipo (...). Pretende la reincorporación social del enfermo.”

Los Sitios, 13 de juliol de 1976

Si l’Hospital Psiquiàtric de Salt volia esdevenir un referent en la reforma psiquiàtrica i, com ja s’havia intentat en anys anteriors, un lloc on formar els nous professionals (M.I.R.), calia un innovador departament de docència que donés formació a metges en període d’especialització principalment, endemés d’impartir curssets de formació específica a cadascú dels grups de treballadors de l’Hospital. Però aquest camí no va ser fàcil. Tal com he explicat, hi va haver passes endavant però, de vegades, alguna passa endarrere que va fer trontollar el projecte innovador.

“(…) Durante el actual mes quedarán completadas las plazas de médicos residentes por un total de 6 (...). Para el próximo mes de setiembre está prevista la iniciación de los cursillos para el personal que está al cuidado de los enfermos del Hospital Psiquiátrico.”

Los Sitios, 24 d’agost de 1974

El final de la dictadura s’acostava. Els darrers dies del general Franco es van caracteritzar per mobilitzacions a molts sectors de la societat, mostra de l’efervescència de les noves generacions que, per no estar d’acord amb les velles maneres de fer, reclamaven de les

administracions reformes i més reformes. En l'àmbit mèdic i hospitalari els metges també feien sentir la seva veu. La Seguretat Social d'aquell moment era, a totes, precària. Calia renovar instal·lacions, plantilles, formació... per enderrocar el model d'una administració que ja feia aigües i avançar, com en tots els altres àmbits, cap a la modernitat.

El desembre de 1974 els metges de tota Espanya van posar en marxa un seguit de vagues i protestes amb la intenció de pressionar l'administració franquista, encara vigent. Calia modernitzar i modificar les condicions laborals i d'accés, dels metges, al sistema de salut públic. Els M.I.R. reclamaven canvis tant de les seves condicions laborals com en el sistema d'accés; volien un sistema democràtic d'examen-oposició. Aquestes protestes van ser causa de l'expulsió de molts metges residents del sistema sanitari públic arreu del país (un exemple va ser l'acomiadament dels M.I.R. de l'Hospital "Sotomayor", de Bilbao). Els metges residents del Psiquiàtric de Salt (tot i que aquest centre, així com tota la psiquiatria a Espanya, no formava part de la seguretat social sinó que encara depenia de la beneficència), es van solidaritzar amb la causa i van fer públic un manifest reivindicatiu que no va agradar gens a la Diputació, doncs era un organisme que depenia íntegrament de l'I.N.P. ("Instituto Nacional Público"), cosa que els hi va ocasionar més d'un problema.

ELS METGES DEL MANICOMI DE SALT

Aquestes últimes setmanes hi ha hagut un malestar notori entre la classe mèdica d'arreu d'Espanya. En alguns llocs s'han fet vagues, protestes, acomiadaments, etc.

Sobre aquest tema hem rebut la nota següent dels metges residents del Sanatori Psiquiàtric de Salt:

«Els metges residents de l'Hospital Psiquiàtric de Salt, davant la situació plantejada pels MIR de diferents centres assistencials del país desitgem expressar:

1 - La nostra solidaritat amb les seves reivindicacions laborals.

2 - La necessitat d'aïrejar les sancions que pesen sobre els companys expulsats de la residència "Enrique Sotomayor" de Bilbao.

3 - Que les convocatòries per a proveir les places de metges interns i residents en les institucions de la seguretat social, hospitals provincials, hospitals psiquiàtrics, i altres centres, siguin a escala nacional i que la selecció d'aquests metges es realitzi per les comissions paritàries de MIR i metges de "plantilla".

4 - Que la seguretat social assumeixi totalment el seu deure de finançar l'assistència psiquiàtrica a tots els nivells».

Diari "Presencia" 28-12-1974

"El problema de los M.I.R., que llevó a una huelga de más de un mes en toda España, no ha sido aun solucionado. Por otra parte, se ha confirmado la orden del I.N.P. (Instituto

Nacional Público) prohibiendo a los médicos que han participado en la huelga trabajar en cualquier puesto sanitario de la seguridad social. La Diputación de Gerona ha comunicado a los M.I.R. del psiquiátrico de Salt que el próximo 1 de setiembre su contrato no será renovado. Al mismo tiempo, la Diputación tiene previsto suprimir la docencia en este hospital.”

El Mundo Diario, 5 d' Agost de 1975

“Puestos al habla con uno de los médicos afectados con el despido nos ha contestado que se trata de la respuesta más dura de todo el país a las reivindicaciones de los M.I.R. <<para el hospital psiquiátrico significa la destrucción del equipo que intentaba realizar una reforma profunda y realista para sacar al centro de su fase manicomial, ya que nosotros representamos el motor de la reforma, nosotros fuimos los que denunciemos la anterior situación deficitaria y los que hemos sentado la base de la actual estructura hospitalaria. Si nos vamos, finaliza la reforma>>”

El Correo Catalán, 3 d' Agost de 1975

“La noticia que circulo ayer por la ciudad vuelve a escribir el nombre del psiquiátrico de Salt en la crónica negra de la que fue protagonista hace un año y medio. Los seis M.I.R. del centro, que fueron los denunciantes de la penosa situación del mismo y el motor de su reforma, y que últimamente participaron en la huelga general de los M.I.R. que afecto a todo el país, van a ser automáticamente puestos en la calle. La Diputación Provincial de Gerona, al suspender la docencia en el centro, suprime así de raíz el estamento de los M.I.R. establecido hace un año como una de las consecuencias básicas de la reforma iniciada”

Rotativo Tele express, 4 del 8 de 1975

Però els temps estaven canviant. La premsa, portaveu de les revoltes socials, s'unia a la causa. L'administració ja no podia callar la veu d'un poble que caminava amb ferma passa cap a la democràcia. Fins i tot, els funcionaris en cap d'algunes administracions franquistes, començaven a dubtar del model instaurat fins aleshores i, tímidament, obrien la porta a les noves propostes. Mostra d'això va ser el canvi de postura radical de la “Diputación”; que va fer marxa enrere i va decidir mantenir la docència i no acomiadar als metges.

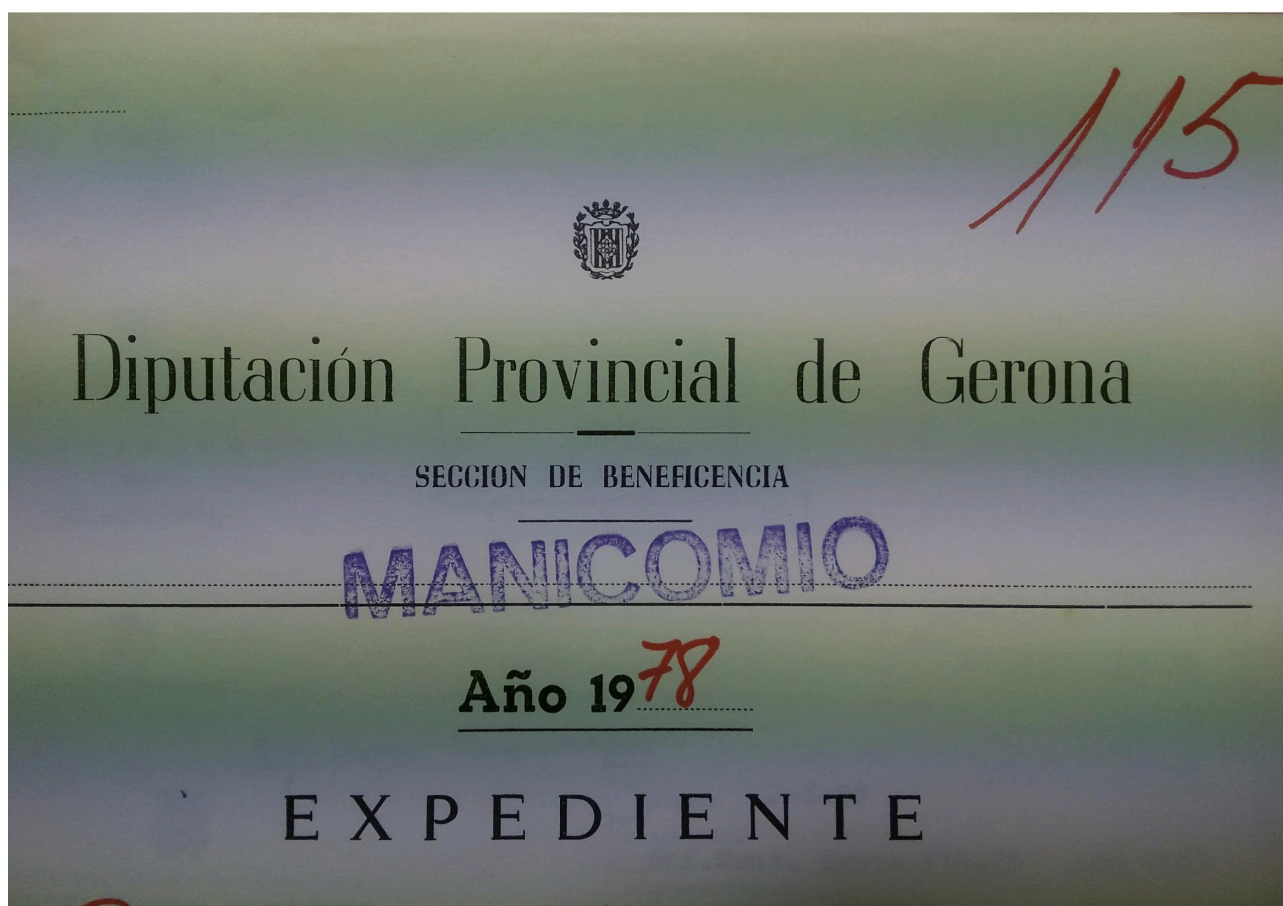
“La Diputación, en lo que se refiere al hospital psiquiátrico, tiene como principal objetivo el mejor cuidado de los enfermos, por cuanto se debe a la sociedad gerundense, ante la cual

tiene esta responsabilidad. Ello, sin abandonar los conceptos de docencia, tal como se demuestra en su ejecutoria.”

Los Sitios, 7 d'agost de 1975, President de la “Diputación de Gerona ”

El 20 de novembre de 1975 va morir el general Franco. I, amb ell, la dictadura que havia mantingut durant 40 anys tot el país d'esquena al progrés. En aquest moment va començar la reforma del govern i, en conseqüència, de les administracions que regien i organitzaven tot el país. El camí cap a la reforma psiquiàtrica es va anar aplanant i, a poc a poc, aniria avançant en els diferents àmbits:

La sanitat Espanyola era molt precària, i necessitava una reforma de cap a peus; reforma que va esdevenir un procés lent, ja que depenia en gran mesura d'una reforma política del país que tot just començava.



Els anys de la transició: la lenta modernització del Psiquiàtric de Salt.

La nova psiquiatria tenia molt clar el camí que calia seguir per aconseguir que el “boig” esdevingués, a ulls de tots, el malalt mental que era. Molts segles d’història, moltes veus i molts intents fallits per dignificar la malaltia mental havien sigut necessaris per unir a la comunitat mèdica amb un sol objectiu: una verdadera revolució de la psiquiatria. A la resta d’Europa i els Estats units, els governs democràtics ja estaven fent possible la transformació, però el psiquiàtric de Salt hauria de caminar a petites passes durant uns quants anys, encara, per aconseguir la humanització definitiva del malalt mental. Les primeres eleccions democràtiques, que obrien la porta als nous projectes del país, van tenir lloc el juny del 1977, data a partir de la qual Espanya va començar la seva democratització. Malgrat tot, la psiquiatria hauria d’esperar fins a mitjans de la dècada dels vuitanta amb la *“Ley General de Sanidad”*, impulsada pel ministre Ernest Lluc l’any 1986 per a poder veure avançar de manera considerable l’objectiu. Aquesta llei havia de fer front a les reiterades demandes dels psiquiatres de tot l’estat; també a les del doctor Dr. Noguera i a les de tots els metges i psiquiatres que havien alçat la veu per aconseguir la reforma, des de l’Hospital Psiquiàtric de Salt. La nova llei apostava per un sistema nacional de salut que garantís una prestació universal, equitativa i descentralitzada, finançada amb fons públics.

“(…) El camino va desde el reconocimiento que debe lograrse por parte de la Seguridad Social que la psiquiatría es una especialidad médica como otra cualquiera.”

Hoja del Lunes, gener de 1975

Però les solucions no van venir totes soles ni d’un dia per l’altre. La reforma definitiva es va gestar amb la lluita diària dels professionals del moment i, no sempre va ser un camí, on tothom hi estava d’acord. Van fer falta entrebancs, estires i afluiques, i una ferma voluntat de canviar les coses per tal d’aconseguir-ho.

En el cas del Psiquiàtric de Salt el nou equip va treballar per avançar en cadascuna de les reivindicacions ja explicades, d’acord a l’administració competent que en cada moment es feia càrrec de l’hospital, i que no sempre estava d’acord ni tenia el pressupost per atendre la demanda del Psiquiàtric. Política i medicina no sempre van anar de la mà. En aquells

anys hi va haver molts tires i afluixes entre governs i comunitat mèdica. La transferència d'administració de la Diputació de Girona a la Seguretat Social va ser un passet endavant.

"(...) En todas partes de España hay "Manicomios" que han estado abandonados durante 100 años. El problema es eminentemente económico (...) es muy triste que en 1975 las diputaciones tengan que hacer beneficencia. (...) En todos los países desarrollados quien se ocupa del enfermo psiquiátrico es el Ministerio de la Salud o la Seguridad Social."

El Correo Catalán, febrer de 1975

"(...) De cada 9 enfermos psiquiátricos de Gerona, solo 2 acuden al hospital, cuando todos tienen derecho a hacerlo. Por ello nos hallamos en una situación repetida en todo el país: la psiquiatría no es una especialidad reconocida por la Seguridad Social. Los trabajadores españoles no pueden volverse locos. La SS sigue ignorando la psiquiatría y toda la asistencia de esta especialidad que se ofrece en el conjunto nacional corre a cargo de las diputaciones."

Los sitios, 20 d'agost de 1976

"En aquests moments s'està a l'expectativa dels canvis que podran haver-hi amb el traspàs de serveis de l'administració, a la Generalitat."

El Punt Diari, 24 de febrer de 1979

"La psiquiatria ha evolucionat, la llei no."

"Les Diputacions fan el que hauria de fer la Seguretat Social."

"La marginació de la malaltia mental comença alhora de fer els pressupostos"

"A Gran Bretanya (...) la Seguretat Social cotitza pels seus pacients a raó de 9.000 pessetes per llit i dia. La Diputació de Girona destina a l'Hospital de Salt... 700 pessetes per llit i dia."

"A Salt,... les reformes es van fer amb plantejaments polítics, no sanitaris..., i l'intent de renovació psiquiàtrica va morir l'any 1977-1978, quan les diputacions van quedar congelades."

AVUI, 1 de desembre de 1979

-Sectorització de l'Hospital. Eliminació del "Manicomi":

"La Psiquiatría española se rige por una ley de 1931 (...) en países desarrollados como Inglaterra, un hospital psiquiátrico de las características de capacidad de Salt tiene 50 médicos con dedicación exclusiva al enfermo, en Salt somos sólo 13; tiene 4 enfermeras para cada 25 enfermos, en Salt hay un cuidador cada 70 u 80 y además deben atender otros trabajos"

El Correo Catalán, febrer de 1975

“(…) Los grandes centros psiquiátricos tienen que desaparecer y que el acento sobre la asistencia psiquiátrica debe recaer en la comunidad (...) hay que iniciar en nuestro país lo que ya es tradicional en países más adelantados (Francia, Inglaterra, Países Escandinavos, etc.), donde el equipo terapéutico conoce y vive en la comunidad a la que atiende.”

Ramon Noguera Hosta, revista “Profesión Médica”, juny de 1975

“EL MALALT MENTAL és de les persones més marginades de la nostra societat.”

“El què vol la gent és que li guardin el malalt i prou, mentre estigui “tancat” ja està tranquil·la.”

“La societat l’ha d’acceptar... i, per tant, se n’ha de fer càrrec.”

“Cal mentalitzar la societat que la malaltia psiquiàtrica no és més que un altre tipus de malaltia.” (...) Convé que quedi integrada dins l’estructura sanitària del país i que la Seguretat Social se’n faci càrrec. Cal destruir el concepte de “beneficència” que tenen els centres psiquiàtrics”.

Full parroquial, 21 juny de 1976

“La psiquiatria social, democràtica o comunitària, representa una nova concepció del tractament de la malaltia mental, basada en la feina d’equip i en el règim obert. Parteix del concepte que el malalt mental és recuperable per la societat. Aquesta recuperació gairebé impossible en els típics hospitals de crònics o manicomis, on els malalts hi entraven per a no sortir-ne mai més. Al psiquiàtric de Salt hom pot trobar-hi les dues menes d’institució, car hi ha un pavelló de crònics o irrecuperables, i uns 9 pavellons d’admissió on s’està fent psiquiatria comunitària (...) perquè minvi més el nombre de malalts mentals, una de les alternatives a l’hospital és la creació de les petites comunitats o pisos de malalts. El psiquiàtric de Salt ja té actualment 2 pisos en aquestes condicions. Tanmateix caldria descentralitzar aquesta menta d’assistència amb la creació d’hospitals comarcals i potencial la consulta ambulatoria. A hores d’ara ja s’ha començat a fer una mica aquest servei, amb el desplaçament d’alguns psiquiatres a comarques de manera periòdica, però caldria fer-ho de manera més seriosa amb la creació d’equips sanitaris que actuessin a comarques a través d’un servei nacional de salut.”

El Punt Diari, 26 de juny de 1979

“(…) En Salt, se mantiene una cantidad de pseudoenfermos, que tal vez no deberían estar en el centro citado. Hay casos de subnormalidad, alcoholismo, este muy abundante, que posiblemente no correspondan a un centro psiquiátrico (...).”

La Hoja del Lunes, 27 de gener de 1975

Tot i els entrebancs que suposava que la malaltia mental no figurés com les altres malalties, dins el règim de la Seguretat Social, els metges del Psiquiàtric no van deixar mai de lluitar per aconseguir els objectius de la Revolució Psiquiàtrica.

“(…) Hospitals psiquiàtrics. El de Salt ha muntat, pel seu compte, una xarxa assistencial que cobreix una mica les comarques gironines.”

El Punt Diari, 24 de febrer de 1979

Els esforços de l'equip mèdic a Salt, com en tants altres centres del territori d'Espanya, aconseguien, a poc a poc, millorar les condicions de vida dels pacients tant a dins dels hospitals com a l'exterior: les noves teràpies i medicaments aconseguien més d'una reinserció. En aquells anys el nombre de pacients que vivien en el centre va anar baixant, cosa que va ocasionar altre tipus d'entrebancs a la reforma. Per una banda la societat no estava ni preparada ni mentalitzada per acceptar al malalt mental com un ciutadà més; d'altra banda, els malalts donats d'alta en el centre per a ser tractats en els ambulatoris de referència necessitaven programes especials per la seva reinserció, la qual cosa suposava més despeses per part de l'administració. Haig de recordar que històricament, gran part dels interns del psiquiàtric no estaven afectats per cap patologia mental. Tal és el cas dels “subnormals”, “alcohòlics”, “vells”, “pidolaires”, “alguns dissidents franquista”, “delinqüents”... que vivien en el psiquiàtric des de feia molts anys: un dia hi van ingressar i allà s'havien quedat.

“Un cop vaig trucar el fill d'un intern que havia estat alcohòlic i li vaig dir que el seu pare estava molt bé, que feia més de 20 anys que no bevia i que podia tornar a casa. El fill va començar dient que l'habitació del pare estava ocupada, que...<<no pateixi, vostè ho arregli, no hi ha pressa>> -li vaig dir- no farem una sortida brusca. Ho farem a poc a poc. Primer els caps de setmana i així.”

“Al final el fill em va dir que li havia sabut molt greu que el seu pare hagués estat tants anys ingressat.”

Entrevista al Dr. Andrés Benitez Eiroa (un dels 4 metges que va arribar a Salt el 1969)

Publicació “Revista de Girona”

“En Salt tenemos unos 120 internados que son subnormales profundos en edad avanzada. La mitad de los internos son ancianos, muchos de los cuales no tienen enfermedad alguna, pero al vivir en un ambiente así se contagian del malestar existente. La existencia de estas personas que no necesitan cura sino únicamente cuidados, hace que no podamos tener una

dedicación adecuada a aquellos enfermos que realmente la necesitan. Salt es también el destino de muchos males sociales, como vagabundos, borrachos y personas que ingresan por orden judicial”

El Correo Catalán, 15 de febrer de 1975

EL PUNT **AVUI+**

Salut
salt - 7 desembre 2010 2.00 h

El psiquiàtric de Salt redueix el 96% d'interns fixos en 40 anys |

Del 1970 fins avui s'ha passat de gairebé 900 pacients de llarga durada (els que viuen al centre) a només 35

El director de l'hospital, Claudi Camps, diu que “els centres psiquiàtrics, com a tals, han d'anar desapareixent”

“Son muchos los casos de enfermos que habrán de permanecer en Salt porque sus familias no les aceptan. En otros casos se hallan acogidas personas que deberían estar en otro tipo de centros, pero ante la falta de los mismos, siguen en el hospital”.

Los Sitios, 13 de juliol de 1976

“Sobre un total de 700 malalts, la major part són crònics, i molts d'ells amb 20 o trenta anys d'internament. Segons el seu director, Ramon Noguera, la seva estada a l'hospital és més condicionada per factors socials que per la seva malaltia. Més de la meitat serien fora si hi hagués un altre tipus de solució”. (...) “Mentre passegem per la institució, la Carme s'apropa a parlar amb el director <<m'han robat tota la roba i no sé què posar-me>>(…) deu tenir entre 50 i 60 anys (...) fa 30 anys que diu als pocs que se la volen escoltar que fa 8 dies que és a Salt. Mitja vida al Manicomi, rebutjada per la família i societat, la Carme és condemnada a morir aquí dins tot buscant els vestits que li han robat.”

“La Maria té 58 anys, amb demència pre-senil, amb la típica pèrdua de memòria que l'acompanya. La Maria podria estar-se perfectament a casa seva amb un mínim d'atencions, si existís algun tipus de tractament fora del manicomi que no hi és. Salt la va donar per “recuperada” i la va tornar a casa. (...) i el veïnat la va tornar a Salt.”

AVUI, 1 de desembre de 1979

Havien arribat els anys 80 i, tot i els avenços indiscutibles que s'havien aconseguit, l'Hospital Psiquiàtric de Salt, víctima d'una societat en procés de canvi, d'una manera de fer de les administracions i d'un pressupost definit, encara no estava a l'altura de les pretensions de la revolució psiquiàtrica. Primer, com ja hem vist històricament, depenia de la Diputació de Girona, fins que a mitjans dels anys 80 l'Estat Espanyol va transferir a les respectives Comunitats Autònomes les competències de Sanitat, moment en què se'n va fer càrrec la Generalitat de Catalunya; la Generalitat de Catalunya també es va fer càrrec de l'assistència al malalt mental i dels hospitals psiquiàtrics del país.

Els tancaments de metges en els hospitals, les "*Huelgas Blancas*", les palestres amb la Diputació, les denúncies als diaris, les revoltes en contra de l'immobilisme de l'època anterior... s'havien acabat. El vell projecte de la Mancomunitat per fi veuria la llum.

"Quan va arribar-hi el 1982 (...) les condicions dels internaments eren molt diferents de les actuals: al soterrani de la unitat d'observació hi havia unes cel·les on alguns malalts eren lligats (...) la Roser ens confessa que mai es va atrevir a visitar-les!"

Entrevista a la Sra. Roser Clotas (secretaria de direcció assistencial de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona).
Revista "UniverSALT"

"El canvi de vell a nou. La creació de centres específics per les diferents patologies, l'obertura dels centres de salut mental per adults, els centres de dia, els pisos protegits, els hospitals de dia, les llars-residències, la cobertura a la psiquiatria infantil, a les toxicomanies, l'obertura de nous serveis específics... tot plegat l'objectiu de disminuir els ingressos aquí. L'organització cada vegada va anar a més i a millor."

Margarita Vilanova, secretaria de direcció 1965-2008
Revista "L'ACTUAL"

Malgrat tot, la tan esperada reforma precisava, per part de la Generalitat, una partida pressupostària d'acord a les necessitats i un temps material per poder implantar la reforma. Malgrat disposar d'un bon projecte i gaudir del vistiplau de la Generalitat, que veia amb bons ulls la modernització de la Psiquiatria, encara va fer falta gairebé una dècada més perquè es consolidés la reforma. El projecte va anar prenent forma dia a dia. I dia a dia els grillons, les cel·les d'aïllament, els malalts amuntegats pels passadissos, la manca d'higiene... van esdevenir estampes d'un passat encara recent en la memòria col·lectiva de Salt, però que avui és del tot història.

Avui dia els terrenys de l'antic Mas Cardell alberguen el modern Parc Hospitalari Martí i Julià, recuperant el nom proposat en el seu dia per la Mancomunitat. Sota el paraigua de l'Institut d'Assistència Sanitària (I.A.S), les noves instal·lacions proporcionen atenció primària sociosanitària i social, atenció especialitzada, endemés d'atenció a la salut mental a través de la Xarxa de Salut Mental de les Comarques Gironines. El recinte alberga també el nou Hospital Sta. Caterina, endemés d'altres edificis com ara un centre sanitari i l'edifici "Salt". També l'atenció ambulatoria al malalt mental és un fet avui dia, gràcies a la Xarxa de Salut Mental i Addiccions desplegada per a tota la Regió Sanitària de Girona.

A les noves instal·lacions ja no hi ha interns. Com a qualsevol altre hospital els malalts ingressen els dies necessaris segons el tractament que necessiten, i després tornen a casa seva. Cada malalt és atès segons el trastorn que pateix i derivat al departament idoni per a tractar la seva malaltia. També els nens i joves són atesos segons les necessitats específiques de l'edat. La psiquiatria del segle XXI té molt

clar qui necessita atenció psiquiàtrica i qui no. Per això moltes de les persones que històricament, tal com he observat al llarg de la meva recerca, eren recloses al psiquiàtric, avui dia depenen d'altres departaments: gent gran amb demència senil, disminuïts psíquics, disminuïts sensorials, alcohòlics... Tampoc les persones sense recursos, ni els orfes, ni els qui patien patologies neurològiques (epilèptics), ni els que el seu trastorn derivava d'una condició mèdica general (infecciosa), ni les persones rebels, ni els que tenien mal caràcter, ni les mares solteres...

En aquest punt de la meva recerca he tingut el privilegi de poder conversar llargament amb el **Dr. Claudi Camps**, director assistencial de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona i Comarques. De les animades xerrades amb el Dr. Camps, se'n deriven més de cinc hores de gravacions que, si bé per raons evidents, no reproduiré íntegrament, sí



que en vull fer esmena. Una visió humana alhora que professional se'n desprèn de cada comentari i de cada resposta animada amb què el Dr. Camps contesta, agradós, a les meves preguntes. Tot un munt de coneixements sobre la malaltia i el malalt mental que certament m'han obert la porta a l'apassionant univers de la psiquiatria, sense mai oblidar tant la crua història del "trastornat", com el llarg i definitiu trànsit de "boig" a malalt mental, objecte d'aquesta recerca.

Entrevista al Dr. Claudi Camps, director assistencial de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona i Comarques - Juliol de 2017

1. Segons els expedients administratius de la Diputació que he consultat, he vist que una persona podia ser ingressada al manicomi amb el certificat d'un metge generalista que en denunciés el possible trastorn, expedit a petició d'un familiar o d'alguna autoritat pública: alcalde, capellà...I això era suficient per procedir-ne a l'ingrés. És del tot cert que en el manicomi no hi havia psiquiatres ni metges especialistes que determinessin si era procedent o no l'ingrés d'una persona?

En els inicis, i fins a finals dels 60, l'únic psiquiatre que hi havia era el director. No hi havia ni tan sols personal assistencial especialitzat; com infermeres o auxiliars. Pràcticament eren tot monges. Més tard, a l'època de la República, sí que hi va haver alguna infermera titulada i algun psiquiatre.

Has d'entendre que no eren peticions, sinó ordres d'ingrés. Si ho sol·licitava una autoritat, anava a dins. No hi havia cap mena de filtre a l'hora d'admetre un pacient. En aquella època el Psiquiàtric feia una funció social més que sanitària. Era un "magatzem" on s'albergava i controlava tota aquella població no adaptada o que s'apartava del que era "normal" aquell moment. Era un lloc d'exclusió social. També en èpoques de dictadures era un lloc de repressió social, on anaven persones amb ideologies polítiques contràries a la que dominava.

Un 20% de la gent ingressada, fins fa molt pocs anys no, tenia diagnòstic psiquiàtric.

A partir de l'any 1982, l'article 211 va donar un caràcter sanitari als hospitals psiquiàtrics. A partir d'aquest moment cap autoritat podia exigir l'ingrés de ningú. Les admissions passen a ser totalment de criteri sanitari i les autoritats perden tot el pes en aquest àmbit. T'he de dir també, que aquest canvi va costar més d'una dècada.

2. En el moment en què el Centre posa filtres, a fi de rebutjar alguna persona sense cap trastorn mental, quins eren els protocols que definien qui entrava i qui no: història clínica, proves mèdiques...? Quins criteris i categories s'aplicaven per a classificar-los abans de l'aparició del D.S.M., C.I.E. ...?

No es podia rebutjar cap petició de les autoritats. Si no venien recolzats per cap autoritat, era el psiquiatre o el personal d'urgències el qui decidia si era necessari o no l'ingrés.

Abans de l'aparició dels primers manuals de consens, com el D.S.M. I, predominaven els escrits d'autors clàssics; principalment el manual de diagnòstic de Kraepelin.

3. Antigament als pacients se'ls anomenava: alienats, idiots, imbècils, maníacs, bruts, violents... Aquests termes tenen alguna correspondència o similitud amb els diagnòstics actuals?

Tots aquests termes fa un segle que estan en desús, però abans eren termes mèdics.

Idiotes i imbècils fa referència al que ara anomenem com a discapacitats intel·lectuals. Aquest terme ha anat evolucionant al llarg del temps. Primer, tal com has dit tu, era idiots o imbècils. Després va passar a "retard mental". Finalment va evolucionar fins al terme de discapacitat intel·lectual, que és el que s'utilitza ara.

Els "alienats" són aquelles patologies de l'espectre psicòtic: esquizofrènies, paranoies, demències senils...

Un "maníac", avui dia, seria una persona que passa per una fase maníaca.

Els que eren anomenats "bruts" o "violents", podria ser per denominar conductes específiques d'algunes psicopatologies.

4. Quines categories de psicopatologies es tracten avui dia en aquest Centre? Què determina l'internament o el règim ambulatori del pacient?

"Això ja no és un Centre, és una Xarxa de Salut Mental. Aquesta Xarxa assumeix tota l'atenció a la salut mental de la població de les comarques de Girona. Gran part dels professionals no estan aquí, ja que això actualment no és un hospital psiquiàtric sinó un hospital general on, òbviament, també hi ha la unitat de psiquiatria. Aquí hi queda una unitat d'aguts amb 42 places i una estada mitjana de 14 dies; una unitat de subaguts, amb 50 places i mitjana de 38 dies, i finalment una llarga estada amb interns permanents. Aquesta última és una herència dels psiquiàtrics. En tot Catalunya hi ha 2100 places. Fa 14 anys, aquí, vam decretar que anul·laríem la llarga estada: no s'ingressa a ningú en

permanència. Els pacients interns més antics es traslladen en centres geriàtrics. Els qui estan massa inadaptats i deteriorats es queden fins que moren. Actualment queden 23 places i es van reduint, sense ampliació, fins que desapareguin totalment”.

“Només un 3% de tota la gent a la qual ajudem ingressa alguna vegada, sigui com a agut o subagut. Per a nosaltres, l'ingrés és l'última opció. La filosofia de la nostra Xarxa és que qualsevol hospitalització llarga provoca un estat regressiu, en la persona, i de dependència que no l'ajuden a tirar endavant.”

5. Dins la Xarxa de Salut Mental, quines són aquelles psicopatologies que abans eren causa de l'internament del malalt i que ara es tracten mitjançant un règim ambulatori o, simplement, no s'ingressen? Com per exemple discapacitats intel·lectuals.

Trastorns obsessius greus, paranoides... i molts altres. Ara venen al centre de salut mental i tan sols fan un tractament de medicaments des de casa. Pel que fa als discapacitats intel·lectuals disposem d'unitats especials, ja que l'abordatge al trastorn és molt diferent del que es fa en qualsevol altra psicopatologia; però sempre allunyat de l'internament del pacient.

6. Hi ha psicopatologies que abans no eren considerades com a tals i actualment es tracten dins la Xarxa de Salut Mental?

Totes aquelles que a simple vista no es detecten. Suposo que principalment devien ser els trastorns alimentaris.

7. Les toxicomanies, com i on es tracten?

Aquí tenim una unitat especial per a tractar toxicomanies. Es diu Unitat de Patologia Dual i Desintoxicació, que tracta addiccions amb trastorns mentals. Aquesta unitat disposa de 10 places.

8. Quins són els trastorns més freqüents?

Els casos més freqüents serien depressions molt greus amb idees de suïcidi, brots psicòtics en esquizofrènics, quadres maníacs en trastorns bipolars... I també, tot i que no amb tanta freqüència, els trastorns de conducta alimentaria en fases molt avançades, com anorèxies. En adolescents també són molt recurrents els trastorns de conducta greus.”

9. Els pacients amb psicopatologies, són conscients del seu trastorn?

Els pacients sempre es mouen en estat d'ambivalència: hi ha una part racional, coherent i no afectada. Sense aquesta part es resistirien totalment al tractament de la malaltia i seria impossible que fossin curats. Els moments aguts (brots) són moments en què el deliri "mana" i el malalt no té cap judici de la realitat i no és gens conscient que està patint un trastorn. És per això que en aquests punts han de ser sedats o s'ha de canviar l'estratègia d'interacció amb ells.

10. El personal assistencial dels pavellons de psiquiatria: cuiners, netejadors, manteniment, auxiliars, guardes de seguretat..., reben alguna formació o curs específic en referència al tipus de malalt de qui s'ocupen? (Com per exemple els auxiliars de geriatria).

El personal de neteja sí, però els altres membres del personal assistencial no, ja que no han de estar en contacte amb els pacients. La major part de les tasques que requereixen relació amb els pacients les porten a terme auxiliars d'infermeria; els quals ja han rebut una instrucció per a la feina que fan i per a com tractar problemes de salut mental.

11. Hi ha, malgrat els avenços en psiquiatria, situacions en les quals s'ha de reduir al malalt? Quines?

Sí. Hi ha moments en els quals un pacient pot estar molt agitat i el personal d'infermeria i els psiquiatres han de procedir a la reducció del pacient: immobilització, contenció mecànica amb corretges...

12. Hi ha personal de seguretat destinat als interns?

"No, el personal de seguretat està enfocat a la població "normal" i, com per tot, per a prevenir robatoris.

13. Es podria donar alguna situació extrema, la qual requerís mitjans de contenció "violents"?

Es poden donar algunes d'aquestes situacions, però no s'afronten mai de manera violenta.

14. Com s'afrontaria una situació en la qual hi hagués un risc real per a altres persones? Com per exemple un pacient armat.

Pot passar que un pacient agafi una cadira, que tregui un ganivet, una pistola... Primer, i el més important, és la contenció verbal: calmar-lo i treure importància al fet. Després, el pacient mesura les forces i, normalment, entre la contenció verbal del seu psiquiatre (sempre present en aquestes situacions) i l'efecte que causa en el malalt estar en desavantatge en número, es calma i deixa allò que estava fent.”

“S'ha de reaccionar fredament i amb normalitat, per a trencar tots els esquemes que el pacient pogués tenir del que passaria.

15. Disposeu de cel·les d'aïllament?

No, però disposem d'habitacions individuals per quan els malalts estan en brots o fases “complicades”. Ara tot és de vidre, lluminós i obert.

16. Aquesta institució abasta casos de pacients menors d'edat? Tenen una ala infantil i/o juvenil per a trastorns alimentaris, de conducta, autismes...

Sí. Disposem d'una unitat d'ingrés infanto juvenil: anorèxies, bulímies, psicosis, trastorns de conducta greus... la qual té 10 places.”

17. Disposeu també d'una àrea psicològica per a tractar casos específics com per exemple traumes infantils?

Cada equip infanto-juvenil és multidisciplinari: té psiquiatres, psicòlegs, infermers... Nosaltres derivem psicòlegs als centres d'atenció primària. En casos de menors, juntament amb altres especialistes, fan un primer anàlisi. Si el problema és molt greu i requereix més profunditat, es passa al C.S.M.I.J. (Centre de Salut Ment- Infanto-Juvenil).

18. El concepte i tractament de la bogeria ha canviat arreu del món occidental amb el pas dels anys. Pel que fa a la història d'aquest Centre, quins serien els canvis més significatius i quan van ocórrer?

La més important va ser la revolta en contra de la visió i el tractament del malalt mental que va tenir lloc entre el 1974 i el 1980; la qual va ser una revolució activa per part dels psiquiatres: es van emmanillar ells mateixos en senyal reivindicativa, van fer vagues....

19. A part d'aquesta "revolta" del 1970, hi ha hagut altres moments "decisius" en la història d'aquesta Institució?

Tan importants no, però més tard, amb el moviment de l'antipsiquiatria, tot es va descontrolar, ja que tothom es creia amb autoritat suficient per a opinar: el personal de neteja, les auxiliars... Després, cap al 1981, es va produir una petita revolució.

20. En quin moment en aquesta Institució es comença a posar en pràctica el règim ambulatori dels pacients? Va ser un canvi progressiu o a l'estil del Dr. Rojas Marcos (de manera dràstica)?

Amb el Dr. Torrell al càrrec, es va impulsar definitivament el canvi de visió del malalt mental. Es van crear centres de dia, centres de salut mental infanto juvenils... i es va impulsar el règim ambulatori dels pacients.

La llei 180, impulsada a Itàlia el 1979, va establir que en 20 anys, els Psiquiàtrics a Itàlia haurien d'estar tancats i que, a partir de l'any 80, s'acabava l'admissió de nous interns.

Després es va encomanar a Anglaterra i, de mica en mica, es va anar creant el moviment d'antipsiquiatria, que va acabar arribant aquí, tot i que d'una manera molt més suau.

21. Les teràpies tals com l'enllitament, llits giratoris, aïllament o immobilitzacions físiques tenien algun tipus d'utilitat terapèutica?

Es feien servir de manera molt generalitzada i poc selectiva. Tot i així, com que no disposaven de medicaments necessaris per als tractaments de certs trastorns, com per exemple en alguns quadres histeriformes, aquestes teràpies podien arribar a ser útils per a donar-los-hi certa contenció. Els abscessos de trementina era un dels mètodes més utilitzats per a sedar als pacients. Consistien a injectar una substància paralitzant a la zona del maluc del pacient per tal d'immobilitzar-lo.

Podien ser útils per a tenir controlats i continguts als pacients, però no tenien efectes curatius sobre la persona.

22. I els electroxocs, eren útils? Tenien efectes secundaris?

Anteriorment, fins als anys 70, es feien servir per a tothom i fins i tot com a càstig, ja que calmaven als subjectes i, en alguns casos, com les depressions melancòliques, podien mostrar bons resultats. No obstant això, els efectes secundaris eren preocupants: alteracions greus de la memòria, en l'atenció, problemes físics...

Actualment, en aquestes depressions melancòliques i alguns casos d'esquizofrènies, encara es fan servir i amb bons resultats. El nom s'ha canviat pel de teràpia electroconvulsiva i, òbviament, s'aplica d'una forma molt més segura, regulada i, en general, fora de perill. Pràcticament no comporta efectes secundaris, més que una petita amnèsia pre i post de l'aplicació de la teràpia en un petit percentatge dels casos en què s'aplica (un 5% aproximadament).

23. I les famoses lobotomies, s'aplicaven aquí a Salt? Quina classe de malalts es tractaven amb elles?

Històricament, el que preocupava no era la malaltia mental sinó el descontrol social, per la qual cosa aquests tractaments no es feien per a curar sinó per a calmar aquells pacients que podien suposar un destorb en el Psiquiàtric. Principalment els trastorns de conducta greus; com per exemple esquizofrènies expansives i agressives, trastorns bipolars en els brots aguts... Així com amb "ideologies polítiques" contràries a la dominant.

Actualment, en certs hospitals d'Espanya, en alguns casos molt greus i concrets (per exemple, trastorn obsessiu compulsiu), es fa servir una teràpia similar que consisteix a seccionar el "cos callós" que lliga els dos hemisferis del cervell. Però la lobotomia, com a tal, es va deixar de fer servir fa temps, ja que eren una salvatjada.

Ser "d'esquerres", ser "Rojo", era considerat una malaltia mental; per la qual cosa era susceptible de ser tractada amb els mitjans necessaris i com qualsevol altre trastorn mental.

24. Aquestes teràpies anteriorment nomenades, tenien beneficis per als pacients fins al punt d'aconseguir enviar-los a casa curats?

No. Sempre s'aplicaven per tal d'aconseguir tenir als interns calms i, en alguns casos, podien presentar, entre els efectes secundaris, millores en el trastorn. No obstant no tenien l'objectiu de sanar a ningú fins al punt d'enviar-lo a casa curat del tot.

25. Com han canviat els tractaments de la bogeria (esquizofrènia, mania, psicosis greus, etc.) des de l'aparició dels psicofàrmacs?

És veritat que en moltes classes de trastorns, la medicació és essencial per a aconseguir sanar al pacient; no obstant això, mai és suficient i s'han d'impartir en la mesura justa, sempre ha d'haver-hi simultàniament altres tractaments i teràpies que s'aparten d'allò

farmacològic: tècniques d'inserció laboral, psicoteràpia... Cal dir també que sense l'aparició dels fàrmacs al voltant dels anys 50, no s'haurien pogut tancar els psiquiàtrics; ja que sense els psicofàrmacs era i és pràcticament impossible d'aconseguir sanar a la major part dels malalts.

26. En quin moment s'introdueixen els psicofàrmacs moderns en aquest Centre?

A començaments dels anys 60.

27. Quins van ser els primers?

La Clorpromazina (largactil).

28. Quins han sigut els que més han revolucionat el tractament dels pacients greus?

A partir de la molècula de la Clorpromazina, es va acabar descobrint l'Haloperidol, el qual va ser el més important i útil durant tota aquella època.

Avui en dia s'han anat perfeccionat els psicofàrmacs perquè cada cop presentin menys efectes secundaris; no obstant això, no se n'ha descobert cap de més potent que l'Haloperidol.

Els efectes secundaris que presentava abans l'Haloperidol eren: baveig, parkinsonisme elevat, distonies vàries i altres de menys importants.

Ara, per contra, els efectes secundaris que presenten els derivats millorats de l'Haloperidol es resumeixen en guany de pes, sedació (lleu i sota l'efecte del medicament) i cert parkinsonisme (casi nul) en alguns casos.

La Clozapina (o Leponex) és un dels psicofàrmacs més importants: no té efectes secundaris a excepció del guany de pes, i és barat i tan potent com l'haloperidol; l'únic problema és que pot produir disminució en els glòbuls blancs (leucòcits) tan bèstia que et pots quedar sense defenses i morir. Per llei és obligat fer-se un seguiment setmanal de glòbuls blancs. El que passa és que els pacients greus, que ja els hi costa seguir el tractament, es neguen a fer el seguiment de leucòcits, de manera que els hi pot portar problemes molt greus. És per això que s'ha de valorar molt bé a qui se l'hi administra aquest fàrmac.

29. Avui dia, quin protocol d'admissió es segueix des que la "família" detecta indicis de possibles psicopatologies, fins que el possible malalt és posat en observació? *Anar al metge de família a explicar-ho és el primer. En les escoles disposem dels Equips d'Atenció Psicopedagògica (E.A.P.), que es posen en contacte amb els C.S.M.I.J. i els hi deriven.*

"Els E.A.I.A. (Equips d'Atenció a la Infància i Adolescència) són equips amb psicòlegs que intervenen quan es detecten problemes en l'àmbit familiar. Si detecten una anomalia, es posen en contacte amb el C.S.M.I.J. de la zona i aquests ens la deriven a nosaltres. També tenim equips d'atenció precoç de la psicosi, que estan en contacte amb tots els agents d'atenció primària. Si aquests detecten anomalies, informen altres organismes i, en 48 hores, tenen contacte amb les famílies i els joves afectats. Tots els equips estan coordinats.

30. En els expedients administratius de l'Arxiu de la Diputació de Girona, els certificats mèdics eren molt poc rigorosos a l'hora de fonamentar la necessitat d'ingrés d'un malalt. En el 90% dels casos, únicament es referien a "alienació mental" i afegien el possible perill que suposaven, tant per ells mateixos com pels qui els rodejaven. Realment tots els trastorns mentals suposen que el pacient sigui un perill per a la societat? O es feia servir, més aviat, per a obtenir l'ingrés?

No, efectivament no tots els trastorns presenten perillositat. En depressions molt greus o melancolies, desenvolupen idees delirants hipocondríiques, de mort... que poden arribar a fer-los perillosos principalment per a si mateixos i en casos extrems poden arribar a fer mal als altres. Abans, al no ser detectats i medicats, alguns trastorns, en fases primàries, en fases molt avançades podien desenvolupar certs símptomes d'agressivitat; com per exemple l'hebefrènia.

Tot i així, la major part dels trastornats mentals no són agressius ni tan sols en fases avançades. De fet, estudis han demostrat que la gent sense trastorns mentals és potencialment més agressiva i més propensa a la violència que no pas la gent que sofreix trastorns mentals. El que salta a la vista i pot confondre són les conductes "estranyes" que presenten els pacients amb trastorns mentals; cosa que pot espantar i fer pensar que la malaltia mental és igual a perill i agressivitat.

31. Tot i les famoses “retallades” de les que tots en som conscients, penseu que avui dia la psiquiatria a Girona disposa de la infraestructura necessària i suficient per a fer front a la demanda existent?

Tot el que fas des de fora de l'hospitalització ho estalvies de recursos interns (llits, habitacions...). Com que nosaltres treballem gairebé el 100% de pacients lluny de l'hospitalització, de moment no tenim problemes, en aquest sentit, per a fer front a tota la demanda que tenim”.

CONCLUSIONS

Un cop finalitzada aquesta llarga recerca m'adono que no és gens fàcil poder resumir en breus conclusions tot allò que he après en el transcurs de la investigació.

Si bé l'objectiu inicial, a l'hora d'estudiar el transit del "boig" cap a malalt mental, constava de dues parts molt concretes: l'una, dedicada a estudiar en un marc històric i conceptual l'evolució d'aquests tipus de malalt i el seu trastorn, dins la societat de cada moment; l'altre, més concreta, centrada en un lloc de referència en el nostre entorn més proper, mostra de l'evolució i els canvis dels darrers quasi 150 anys en el món de la psiquiatria i el tractament de la "bogeria" a la nostra demarcació i escenari de la transició del "boig" a malalt mental: El manicomi de Salt. Ara, després de quasi un any d'investigar fonts documentals històriques sobre el tema i de conversar amb diferents professionals d'aquest àmbit, indispensables per a resoldre el munt de dubtes que han anat sorgint al llarg de l'estudi, em cal matisar que la proposta que vaig fer, abans de conèixer la història pas a pas, no defineix acuradament el que la realitat m'ha explicat.

El transit de "boig" a "malalt mental" no només és la història del procés de sensibilització de la societat en vers aquelles persones que, al llarg dels segles, han patit un trastorn mental i de la lluita de tots aquells que ho han fet possible. La recerca m'ha ensenyat que, en intentar estudiar la història d'aquest tipus de malalt, el concepte de "boig" s'allunya d'allò que ens defineix qualsevol diccionari i s'amplia considerablement, fins a abraçar un ampli fragment de societat que en cada època s'ha apartat del que la societat del moment ha entès com a "normal".

La hipòtesi inicial, on considerava que el "malalt mental" d'avui és l'herència civilitzada del "boig" d'abans, perd tota credibilitat i, la realitat, ben diferent, esdevé la protagonista a l'hora de voler continuar amb aquest estudi. Qui és "boig"? En molts casos "boig" és aquell que hom decideix que ha de ser tancat en un manicomi. De la mateixa manera el concepte de "manicomi" res té a veure amb les modernes ales dels hospitals d'avui dia, destinades a la cura i tractament dels malalts amb trastorns mentals. El terme "manicomi" també amplia el seu significat original i esdevé un centre per a la reclusió de tots aquells innocents que un cop titllats de "bojos", es decideix apartar de la societat.

Per això, en el transcurs de la investigació no he pogut obviar la idea de "boig" que ha tingut cada societat, sempre en funció de les circumstàncies socioculturals, econòmiques

i també polítiques que han regit en cada època, sense deixar de banda, però, aquells que realment sí que han patit un trastorn mental, tal com avui l'entenem. La història dels uns va lligada a la dels altres, ja que l'etiqueta de "boig" no ha fet distincions pel que fa al tracte, atenció i respecte que en cada moment s'ha dispensat a aquestes persones. Tampoc he pogut passar per alt la vinculació de la malaltia mental i tot allò que representa, amb els centres que durant tantes dècades van ser escenari de la reclusió i tractament de tots aquells que, per la circumstància que fora, i van anar a parar. En aquest cas: El manicomí de Salt.

Moltes reflexions i conclusions se'n deriven després de l'exhaustiu estudi que he fet, totes elles igual d'importants, totes elles igual d'interessants. De cadascuna en faré una breu justificació, encapçalada per un concís enunciat, amb la finalitat de no allargar-me més del que cal i aconseguir la contundència requerida a qualsevol recerca.

Qui és "boig"? La controvertida qüestió que cada època ha respost a la seva manera.

El "boig" sempre ha sigut considerat com una "singularitat" en mig de la gent comuna: els "normals". És per això que la societat ha necessitat definir els paràmetres de "normalitat" de manera molt contundent i sempre d'acord a la idea de societat perfecta de cada etapa o moment històric. Endemés d'aquelles persones que han patit un trastorn mental, el qualificatiu de "boig" s'ha estès, durant quasi tota la història de la humanitat, a aquells individus que tot i no patir cap trastorn mental, s'apartaven de la norma establerta. En conseqüència, moltes persones que no s'ajustaven a les pautes vigents en cada moment, eren apartades de la societat i recloses en centres específics: els manicomis. Així: pobres, avis amb demència senil, nens orfes, meuques, sifilítics, epilèptics, adolescents rebels, dones independents, dissidents polítics, alcohòlics, mares amb depressió postpart, rebutjats per la família, ferits de guerra, disminuïts psíquics, ...i tot un seguit d'individus que en un moment donat no han encaixat amb els paradigmes dominants..

De l'estudi dels expedients de l'arxiu de la Diputació n'he recollit una mostra molt significativa que per la seva magnitud i importància he analitzat i exposat gràficament en cadascun dels apartats. D'aquesta anàlisi se'n desprèn que quasi el 45% de les persones

que ingressaven al manicomi de Salt (des de la seva creació fins al moment del canvi ja a la dècada dels 80) no patien cap trastorn mental, tal com avui dia s'entenen.

El manicomi: una institució per tapar les vergonyes de la societat.

El manicomi té una funció social, i no mèdica. Per una banda asila a totes aquelles persones que la societat de cada moment considera "bojos" (endemés de les persones amb una patologia mental, també ingressen pidolaires, vells, repatriats, vídues, meuques, mares solteres, orfes, adolescents rebels, etc.). D'altra banda aquestes persones, considerades una vergonya social, desapareixen dels carrers, cosa que contribueix a la imatge de societat perfecta amb la que cada època s'ha identificat. Mostra d'aquesta pràctica l'he trobada, reiteradament, tant en l'estudi històric que presento com en l'anàlisi que he fet de cada apartat de l'estudi del manicomi de Salt. Persones de totes edats, sexes, idees polítiques... figuren en un tant per cent molt alt en les estadístiques que presento.

Exemples significatius d'aquesta funció social en són:

- La quantitat de repatriats en els darrers anys abans de la Guerra Civil Espanyola. La crisi a Europa genera una manca de feina important, motiu pel qual molts espanyols són repatriats a Espanya i ingressats a Salt, ja que és la institució més propera a la frontera amb França, en els casos que les autoritats creuen oportú. 6,25% de repatriats del 1924 al 1930 i el 20% durant la època del 1931 al 1936.
- L'absència de repatriats durant la guerra i la postguerra. Amb la frontera amb França tancada no és possible repatriar a ningú.
- Augment durant la guerra i la postguerra de persones amb trastorns mentals derivats d'una condició mèdica: infeccioses, tòxiques. 10% durant la guerra civil i un 33,67% durant la postguerra. Les males condicions de vida durant aquests anys influïen en certes patologies que per manca de llocs on tractar-les acabaven al manicomi.
- La reclusió d'alcohòlics perquè no correguessin pels carrers (es manté com una característica en totes les etapes).
- La reclusió d'orfes, avis, pidolaires, meuques, etc. (es manté com una característica en totes les etapes).
- Hi ha èpoques (1906-1914) on endemés d'aquells que ingressaven al manicomi tot i no patir cap trastorn mental, com avui dia els entenem (alcohòlics, orfes, meuques....), es

detecta un 6,7% i del 1914 al 1923 un 8,32% d'ingressos sense causa justificada. És obvi pensar que era gent que feia nosa al carrer i no sabien on posar-la.

Val a dir que un cop apareix la figura del director del manicomi, són molts els casos on aquest darrer protesta per la petició d'ingrés (per part de les autoritats) de pacients a qui no detecta cap trastorn mental: dissidents polítics, ferits de guerra, persones sense sostre...

Molt significatiu d'aquesta funció social del manicomi són els casos on s'ingressa una persona per prevenir-la de què li passa a l'entorn familiar: abusos, maltractaments.....

Observo també que al llarg de la història es repeteix sempre la idea de tancar i apartar dels carrers a les persones marginals.

Des del començament de la nostra història fins a la segona meitat del segle XX, podem afirmar que la situació gairebé no varia. La persona considerada "boja" igual que la persona marginada i/o desvalguda és reclosa. També els centres encarregats d'asilar aquestes persones, les condicions de vida a dins, el tracte i els mètodes per mantenir cert ordre dins les instal·lacions es mantenen igual, malgrat el pas dels anys. El manicomi, doncs, no té una funció sanitària, compleix una funció social de la mateixa manera que ho fa la presó. La darrera aparta dels carrers a les persones que estan fora de la llei i el manicomi aparta dels carrers als individus marginals.

La facilitat amb què una persona pot ser privada de llibertat.

Unes poques ratlles manuscrites en un paper poder servir per ingressar una persona en un manicomi d'on possiblement no en sortirà mai més. Els escrits que determinen l'ingrés al manicomi d'una persona rarament provenen de metges acreditats en matèria psiquiàtrica que certifiquin patologies concretes ben analitzades i justificades; cap expedient aporta proves mèdiques (en cap època) que avalin el diagnòstic. Tal com he documentat en la recerca una sol·licitud d'ingrés pot venir avalada per veïns d'un poble, capellans, alcaldes, famílies... i quatre ratlles del metge de la comunitat on se sol·licita l'ingrés, sense més justificació que el seu criteri. Vull fer èmfasi en els casos de persones que, malgrat no mostrar signes de cap patologia són igualment ingressades per ordre de l'autoritat competent, fins i tot sense que el director del centre els hi detecti cap indicatiu de trastorn mental. És evident que fins fa pocs anys no hi ha hagut respecte a les persones desvalgudes ni al seu dret a la llibertat.

El “boig” esdevé un ser mancat d’humanitat

Tant l’incapacitat de la societat per entendre els símptomes de la malaltia mental (manierismes, comportament grotesc, diàleg incoherent...), com el menyspreu que de manera general la societat ha sentit per les persones marginals han conduït a la deshumanització sistemàtica del “boig” de cada època.

Societats poc instruïdes han vinculat la irracionalitat característica del trastornat mental a la conducta animal i en conseqüència l’han assimilat a una bèstia (a l’edat mitjana, per exemple, se’l considerava un servent del dimoni). Com a tal no té consciència de què li passa ni del que passa al seu entorn, ni té sentiments, ni il·lusions, ni estima... Pel que fa a les persones marginals, habitualment són pobres, algunes malaltes, altres en edats avançades, abandonades, que viuen al carrer, etc. La seva circumstància acostuma a provocar rebuig social i de resultes sorgeix la imperiosa necessitat d’apartar-los del carrer, sense tenir en compte la seva opinió, sentiments, il·lusions, necessitats: el marginat també esdevé un ser deshumanitzat. Per la seva condició de ser deshumanitzat, el “boig” pot ser maltractat de manera sistemàtica i amb el vistiplau de la major part de la societat; privat dels seus drets, fins al punt de perdre la condició de persona.

De l’estudi se’n desprèn que la societat de la nostra història recent no era diferent de la norma dominant. A ningú l’importava el que li passés als malalts mentals o a les persones marginals. La prioritat era tancar-los. Fins i tot les famílies tancaven al manicomi als qui s’apartaven de la norma establerta: als seus malalts mentals, a aquells que no s’adaptaven a la rigidesa de les formes de l’època, fills il·legítims, als qui patien algun trastorn que no coneixien ni entenien: tal és el cas dels afectats per depressió, depressió postpart, disminuïts sensorials (sords, cecs, muts...), disminuïts psíquics, malalts amb patologies neurològiques, alcohòlics... Quasi sempre amb la intenció de deixar-los al manicomi per la resta de la vida.

Un fet anecdòtic, mostra de la deshumanització del malalt mental que es repeteix al llarg de la història de la bogeria arreu, és la figura del “boig” com a espectacle. Ja en el s. XV els feien vestir amb casaques de colors vistosos i els dies festius lluïen una “caputxeta de boig”, per fer més gràcia a la gent que anava a veure’ls, com si fossin una atracció de fira. També a la nostra zona, persones molt grans recorden que quan eren petites anaven al manicomi de Salt a veure els “bojos” perquè els feien riure. I no només la gent de Salt.

Gent de tota la província anava a veure els bojos del manicomi de Salt, amb la mainada i el berenar, com aquell qui va d'excursió.

“La meva mare i la tieta ens van portar a visitar els bojos del manicomi de Salt. Els meus germans i jo estàvem la mar de contents perquè anàvem d'excursió, com aquell qui va al zoològic. Era poc abans de la guerra i jo devia tenir 6 o 7 anys. Pensa, que llavors anar de Figueres, on vivíem, a Girona ja era una bona excursió. No recordo els detalls de la visita però sí l'ensurt que vam tenir quan del darrera d'una reixa un home esperrucat i brut es va posar a cridar molt fort i ens vam espantar. Vam sortir corrent!

A.A.G. (87 anys)

El boig es considera perillós.

El malalt mental ha cridat l'atenció al llarg de tota la història de la humanitat. La natura dels seus símptomes l'ha fet un ésser original i poc entenedor per a la resta de la societat. El fet de no comprendre'l i no estar d'acord, tampoc, amb l'espontaneïtat dels seus actes, de vegades grotescos, absurds als ulls dels considerats “normals” i mancats de coherència, ha generat cert recel a totes les cultures. En alguns moments de la història i en alguns pobles, aquest recel s'ha convertit en quelcom de positiu, tal és el cas d'aquells que han vist en el boig un visionari o un profeta (certes cultures antigues com l'àrab i alguns moments durant els primers anys de l'edat mitjana). Malgrat aquests intents per adaptar el que és incomprendible a cada cultura, la major part de les vegades el recel ha derivat en por i, en conseqüència, perillositat.

De la recerca se'n desprèn de quina manera, fins que arriba la revolució psiquiàtrica de la segona meitat del s. XX, la figura del “boig” està totalment associada a perill.

La perillositat en el trastornat mental, bé pels altres o bé per a ell mateix és una constant que he detectat al llarg de tot l'estudi. També la recerca històrica m'ha fet adonar que la manera de tractar aquests tipus de trastornats (grillons, camises de força, cops, càstigs físics, aïllament...), en gran part deguda a la suposada perillositat que se'ls hi atribuïa, no feia altre sinó incrementar la seva hostilitat cap a l'entorn i crear un efecte rebot que alhora confirmava la visió del “boig perillós”. També persones que potser no patien cap brot agitat, dins la seva patologia, o no patien cap patologia mental, acabaven reduïdes pels mitjans de contenció mecànica, amb la intenció d'amortir i posar fi a protestes i

alteracions provocades per l'agitació i malestar que vivien dins el centre, fet que alimentava, novament, l'estret lligam entre "perillositat" i "bogeria".

D'altra banda en estudiar els expedients m'adono que en gairebé en tots els casos es posa de manifest la condició perillosa del malalt com a justificant de la reclusió en el manicomi: com que és perillós, ningú dubte a l'hora de privar-lo de llibertat.

"Demencia senil con peligro para los que le rodean", "Demencia precoz que le hace peligro", "peligro para sí y para los demás", "peligro para los vecinos y familiares"... i un munt de més de qualificatius que justifiquen la necessitat inqüestionable de reclusió.

El boig és incurable. La bogeria és irreversible. Ha de viure tancat i apartat de la societat per sempre.

Durant dos mil anys de la història d'occident i fins a arribar a la revolució psiquiàtrica dels anys 70, totes les societats i pobles han coincidit en el fet que el "boig" tenia que està tancat i apartat de la resta de la gent. Fins i tot aquelles veus que al llarg de la història han lluitat per la dignificació d'aquests malalts (Joan Gilabert Jofré en el s. XIV, Joan Lluís Vives en el s. XVI, Philippe Pinel en el s. XVIII...) sempre han coincidit en la imperiosa necessitat de tenir-lo tancat en un lloc específic destinat a tal fi: un manicomi. I en la major part dels casos, no només tancar-lo transitòriament per a intentar la seva cura o millora. Un cop etiquetat de "boig", sigui quin sigui el motiu de la reclusió, possiblement s'hi queda de per vida.

Així ho determina l'estudi dels expedients, on queda ben clar que tant les autoritats, com les administracions, els metges, els veïns d'una comunitat i fins i tot les famílies coincideixen en què la millor solució quan sorgeix el problema d'inadaptació d'un dels seus membres (bé per trastorn mental o bé per qualsevol altra causa de les que ja hem vist) és la reclusió en manicomi. Vull insistir en casos que m'he trobat on el director metge del manicomi dona a un malalt l'alta perquè presenta una millora dels símptomes que inicialment l'havien portat allà o perquè no hi veu cap trastorn i, al cap de pocs dies, la família el torna. També aquells casos on la família es desentenia del malalt i no s'apropava mai més al manicomi. Val a dir que no eren habituals les visites als interns (com ho haurien sigut en cas d'una altra malaltia), fet que demostra la necessitat que té l'entorn del "boig", d'amagar-lo com si no existís o no hagués existit mai i oblidar-lo.

La manca d'infraestructures i serveis socials: que s'ha de fer amb el "boig"?

La quantitat de recursos que una societat destina als seus desvalguts en defineix l'estatus social d'aquests darrers.

La recerca ens documenta que moltes persones ingressaven al manicomi perquè: bé la seva patologia no podia ser tractada en cap tipus de centre especialitzat (disminuïts psíquics, disminuïts sensorials, sifilítics, alcohòlics, epilèptics, etc.), perquè no n'hi havia; bé perquè la seva condició social no li permetia està integrat en el lloc on vivia i, en conseqüència, se li buscava un lloc on no fes nosa a ningú (meuques que s'havien fet grans, avis amb demència senil, orfes, mares solteres amb fills, repatriats, ferits de guerra, etc.). Però jo m'he preguntat inevitablement: I si una família no hagués volgut ingressar al manicomi a un familiar afectat per alguna d'aquests mals? És evident la manca de recursos que aquelles societats destinaven a tal fi, endemés de l'absència d'infraestructures i serveis socials a l'abast. Cal recordar que els manicomis, en quasi tota la història, depenien de la beneficència, la qual cosa vol dir que no hi havia pressupost del govern per a aquesta demanda social. Si una família no tenia recursos, o bé se'l quedava a casa o l'ingressava al manicomi, amb tot el que suposava aquesta decisió.

En èpoques de bonança econòmica es van construir sanatoris privats on no hi havia superpoblació i les condicions eren molt millors, però eren molt cars i només els rics ho podien pagar.

Per a poder atendre les persones que pateixen algun problema, tant sí és de caràcter mèdic com social, les administracions han de ser les encarregades d'organitzar i administrar els recursos per donar una solució als afectats. Hospitals, centres per a la reinserció de toxicòmans, atenció geriàtrica, serveis socials per als infants, etc., indispensables avui dia. Sense aquest suport i sense opcions a l'abast, les solucions usades poden ser dràstiques i perjudicials per a l'afectat. Així se'n deriva d'aquest estudi on tots els desvalguts i marginats socials acabaven reclosos al manicomi. Fins i tot durant els anys previs a la guerra en què el modern projecte de la Generalitat de Catalunya va crear els Serveis Socials, amb la figura de l'assistent social com a mitjancer de les necessitats dels desvalguts, s'aprecia un alt percentatge (50,52%) de persones que ingressen en manicomi, derivades directament d'aquests serveis. Aquest fet em verifica que no existien alternatives ni pels malalts mentals ni per tots els altres.

La transició de “boig” a “malalt mental” no és lineal ni progressiva. El canvi es produeix a partir de la segona meitat del s. XX.

El transit del “boig” cap a “malalt mental” ha sigut un camí lent i molt feixuc. Més enllà d’algunes civilitzacions antigues que dispensaven un tracta humà al trastornat i el consideraven un malalt més, i d’eventuals propostes innovadores aparegudes en diferents moments de la història per part de metges concrets, *Philippe Pinel* entre altres, que no van prosperar, la gran característica ha estat l’immobilisme. En quasi dos mil anys d’història de les civilitzacions occidentals la visió del trastornat mental ha sigut, gairebé, estacionaria. És a dir, la manera d’entendre el “boig” i de tractar-lo pràcticament no havia variat en vint segles. De fet no és fins a la segona meitat del s. XX que es produeix aquest canvi (a Europa i als E.E.U.U. durant els anys 50 i 60) de la mà de l’anomenada Revolució Psiquiàtrica. A Espanya, i concretament al Psiquiàtric de Salt, el canvi definitiu no arribarà fins ben entrats els anys 80, tal com he explicat a l’apartat corresponent de la recerca.

Ens diuen els qui varen viure aquesta transició, a començaments dels anys 80, a Salt, encara hi havia grillons i cadenes als soterranis.

Es desprèn de l’hemeroteca dels anys 70 a Girona que per poder fer realitat aquest canvi hi havia dues coses fonamentals: d’una banda la indispensable mentalització de la societat del moment: sense humanitzar al malalt mental i al marginat social no es podia avançar i, d’altre banda, que la Seguretat Social es fes càrrec dels malalts mentals. Però aquest fet que no seria possible si les administracions competents no creaven els serveis socials i les infraestructures necessàries per atendre tant als malalts mentals com a les persones marginals que vivien al manicomi.

El canvi social essencial per a l’acceptació del “boig”.

Moltes persones: metges, científics, filòsofs, religiosos... han buscat al llarg dels segles la causa de la malaltia mental a fi de comprendre l’extravagància dels símptomes dels trastornats. També moltes veus s’han pronunciat en favor dels drets dels malalts mentals i de totes aquelles persones que han patit la reclusió en manicomis, endemés del menyspreu social que la seva condició marginal els hi ha causat. Però l’opinió d’uns pocs enfront de tota la societat no ha sigut suficient perquè es produís aquest canvi tan

necessari. La història de la nostra societat ens diu que van ser necessaris canvis a molts nivells els que van aplanar el camí del “boig” cap a malalt mental.

Canvis en la ciència i en la tecnologia van permetre entendre de manera més realista les causes de la malaltia mental. Els avenços en aquests àmbits van contribuir al tractament, millora i en alguns casos fins i tot curació del trastorn.

Canvis en la manera d'entendre la malaltia mental i en l'estructura general del sistema assistencial. La psiquiatria és una especialitat més dins la medicina, i així havia de ser considerada. Fins que no es va acceptar que la malaltia mental és una malaltia més dins l'àmbit mèdic, que pot ser tractada amb les tècniques i els remeis adequats, el malalt mental no va ser atès com li calia. Com a tal l'assistència al malalt mental i la infraestructura necessària per a la seva cura no poden dependre de la Beneficència o la caritat cristiana. Dit això. Fins que el sistema públic de salut (Seguretat Social) no es va fer càrrec tant de l'assistència al malalt mental com de l'assistència als col·lectius més desvalguts, no es van poder dur a terme les millores necessàries.

Canvis en el sistema de valors de la societat. Fins que no es reconeix del valor de la persona com a persona, de la seva dignitat més enllà de les diferències (sexe, raça, condició social, personal o de salut, idees, etc.), i de les llibertats i drets que li són intrínsecs a l'home, la societat segueix tancant a tots aquells que s'allunyen del model de societat perfecte establert en cada moment. Aquests canvis en la mentalitat no van arribar fins al s. XX, de manera que fins llavors no va ser possible el pas del model reclusiu del manicomi-presó al model assistencial de règim obert i la desinstitucionalització del boig.

L'encaix de Catalunya dins Espanya: element clau.

Qualsevol podria pensar que l'objectiu d'aquesta recerca res té a veure amb la història de Catalunya o amb les relacions polítiques i econòmiques que aquesta ha mantingut amb l'estat espanyol. I així ho pensava jo. La història d'aquelles persones que han patit un trastorn mental és tan antiga com la nostra humanitat i tan propera o llunyana, si de geografia parlem, com vulguem. La malaltia i el malalt mental, tal com he explicat en la primera part d'aquest treball, estan vinculats a la condició humana, així com la manera amb què cada societat de cada moment històric ha considerat i en conseqüència tractat al “boig”. Malgrat tot, en el moment en què vaig començar la recerca en els arxius de l'antic manicomi de Salt em vaig adonar que la situació d'aquesta institució i per tant la dels

seus “bojos”, ha anat sempre estretament lligada a les anades i vingudes de caràcter polític, fruit de la relació que en cada moment Catalunya mantenia amb l'estat espanyol. En conseqüència, la situació dels malalts mentals, pròpiament, i dels altres col·lectius marginals als que faig referència al llarg de tot l'estudi no ha depès només dels canvis científics i socials als quals m'he referit en l'apartat anterior. En el cas d'Espanya i en concret en el cas de Catalunya, amb el marc d'estudi centrat en el Psiquiàtric de Salt, els canvis van molt lligats a la política, agitada i plena de canvis, que ha protagonitzat la història del nostre país.

La manca d'acords de govern estables que comportessin el compliment dels convenis econòmics assolits en cada etapa ha sigut una constant al llarg de la història. La pobresa endèmica de les arquies de l'estat espanyol és un fet que ha condicionat sistemàticament els avenços en aquest camp. Endemés, els nombrosos canvis en el sistema de govern d'Espanya (de monarquia a república, de república a dictadura, de dictadura a república, tres anys de guerra civil...), n'han condicionat tant l'estabilitat política arreu, com l'evolució social, cultural i econòmica del manicomi i dels que hi vivien.

L'exemple que trobo més significatiu és el parèntesi de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1925). Durant aquest període Catalunya va idear i confeccionar un projecte innovador, tal com he explicat en l'apartat corresponent, que d'haver-lo pogut executar hauria sigut pioner: un referent mundial en l'atenció psiquiàtrica i hauria canviat substancialment el tracte i cura de tots aquells que estaven reclosos en el manicomi. Però aquell projecte va servir de model a altres països que el van posar en marxa mentre aquí circumstàncies alienes a les necessitats del malalt mental ho impedièn: Dictadura de Primo de Rivera.

La Generalitat de Catalunya el va reprendre en els anys abans de l'esclat de la guerra civil, però la guerra i la dictadura de Franco el van tornar a aturar, aquest cop per 40 anys. Són exemples que ens mostren com la situació de Catalunya en el marc d'Espanya va ser clau a l'hora de determinar la situació dels malalts mentals i tots els grups marginals al llarg de més d'un segle.

El concloent paper dels fàrmacs. Sense fàrmacs no hi ha avenç possible.

La “bogeria” és un trastorn incompreensible i incontrolable per a qualsevol societat o grup humà. El “boig” esdevé, sens dubte, una raresa i els seus actes i reaccions imprevisibles

han creat al llarg dels segles: temor. D'aquí l'important paper d'aquells medicaments que regulen les diferents patologies mentals. Fins que no es descobreixen fàrmacs capaços de controlar les crisis i les fases agudes dels trastornats, de minimitzar-ne els símptomes, d'estabilitzar la seva malaltia, la societat no pot veure a aquestes persones com a iguals. Els fàrmacs han contribuït definitivament a regularitzar el comportament del malalt mental dins la societat; un cop el malalt mental ha pogut passar desapercebut entre la gent, tothom ha entès que tots aquells símptomes que generaven temor, ara ja es podien controlar i, en conseqüència, ja no generaven por i desconfiança. En resum el "boig" era un malalt més que calia medicar i tractar segons el trastorn que patís; un ésser humà malalt digne de la compassió i el respecte que suscita qualsevol persona malalta. Per això considero que els fàrmacs han jugat un paper indiscutible a l'hora d'aconseguir que la societat accepti al "boig" com un malalt més.

Dones i nens ingressats al manicomi: ciutadans de segona.

L'estudi del "boig", tal com l'he definit en l'estudi, suggereix inevitablement una reflexió sobre el lloc que l'home (mascle) ha ocupat dins l'estructura de la nostra societat, molt diferent del la dona i els nens. La supremacia i estatus de l'home es fa evident també en el marc de la malaltia mental i així se'n deriva dels expedients estudiats. He observat que a l'hora d'ingressar algú, tant la nomenclatura del trastorn motiu d'ingrés (com es defineix el que li passa a un pacient), com la patologia que s'accepta com a motiu de reclusió (què li passa) varia en funció de l'edat i del sexe del pacient.

Es donen molts casos d'ingressos de dones (homes no) on a l'expedient no consta patologia ni condició que en justifiqui la reclusió:

- Pares que tanquen filles joves que se'n volen anar de casa: "*tendencia a marcharse de casa*",
- Marits que diuen que la seva dona s'ha tornat boja i sense més, la tanquen: "*Alienación mental con delirios de algún tipo no detallado*" (el metge director no hi veu cap símptoma).
- Noies adolescents rebels: "*Incompatibilidad social*"
- Noies que són tancades per aïllar-les del seu entorn hostil. "*para evitar un escándalo y prevenir una desgracia.*"
- Noies amb conductes considerades no aptes per a la moral de la època: "*trastornos morales*", "*excesos que ponen en peligro la tranquilidad pública*".

- Prostitutes malaltes i/o d'edat avançada: *"Dedicada a las ocupaciones de su cuerpo"*.

També detecto la manca de sensibilitat per part de les famílies a l'hora de tancar un infant o jove (majoritàriament dones) en un lloc on la seva integritat no estava garantida. Les condicions deplorables de vida dins els murs del manicomi no importen a ningú (una criatura podia ser víctima d'abusos de tota mena, un cop reclosa, o escapar-se del recinte i vagar tot sol pel carrer). Cal recordar que les deficitàries instal·lacions impedièn tenir als menors apartats de la resta de població del manicomi i el poc personal que atenia la constant superpoblació d'interns, moltes vegades no podien fer front al descontrol general dins el centre.

- Fills de parelles anteriors. *"afectada de imbecilidad"* (dona 17 anys). El director manifesta l'absència de símptomes patològics.

- Nens epilèptics: *"Incompatibilidad social por epilepsia."*

- Nens disminuïts psíquics i sensorials: *"Retraso mental"* (dona 11 anys); *"Presunta idiota"* (dona 14 anys); *"imbécil"* (dona 14 anys).

- Adolescents que estan tristos: *"Pobre, con depresión melancólica"* (dona 16 anys).

Per contra, els ingressos d'homes adults responen majoritàriament a causes susceptibles d'ingrés: patologies mentals descrites i totes les acceptades com a tals en aquella època: alcohòlics, repatriats, trastorns derivats de condicions mèdiques generals... En molt pocs casos els diagnòstics que justifiquen l'ingrés s'aparten dels criteris esperats.

Només destacaré casos d'ingressos d'homes amb diagnòstics subjectius: *"conducta agresiva"*, *"peligrosidad"*, *"mal carácter"*.

Tot això fa pensar en el paper secundari que les dones i els nens han ocupat en la societat durant molts segles i que moltes vegades n'ha definit el seu destí. La seva condició de ciutadà de segona queda reflectida en el moment en què no es fan servir els mateixos criteris a l'hora de tancar un home que a l'hora de tancar dones o nens.

Un llenguatge adequat...

Els texts sempre estan escrits amb ploma i tinta i amb cal·ligrafies quasi il·legibles. De vegades tinc dificultats per entendre què diu. Un cop desxifrats els continguts m'adono de la complexitat del relat. La majoria estan escrits en castellà, en algunes èpoques per la imposició del castellà a tot el territori (dictadures) i en altres pel costum que té la gent de

les èpoques anteriors on als nens els ensenyaven a l'escola en castellà. Endemés els girs i els termes que es fan servir són, sens dubte, propis d'altres èpoques.

L'exemple el trobo en la manera com descriuen el què li passa al malalt:

- Els diagnòstics i símptomes s'expressen en termes que avui dia considerem com a insults: *"imbéciles!", "idiotas", "infeliz demente", "afectado de imbecilidad", "retrasado mental", "pobre alienado", "presunto idiota"...*

- Presència de tabús i eufemismes per descriure certes característiques de la conducta del pacient: *"estigmas degenerativos"* (teoria antropològica Dr. Lombroso. Es refereix a un signe físic que consideraven indicador de certes patologies), *"verborrea"* (taquilàlia o alta taxa d'emissió del llenguatge), *"excesos característicos"* (masturbació compulsiva), *"ideas religiosas o las opuestas"* (refereix a deliris d'influència o control per part d'entitats no físiques: dimonis, extraterrestres...). *"dedicada a las ocupaciones de su cuerpo" (prostituta).*

- No s'aprecia distinció a l'hora de definir entre al·lucinacions (trastorns de la percepció) i deliris (trastorns del pensament): *"mujer alucina con demonios que se le quieren llevar la criatura"*

- Descripció de patologies incompatibles: *"epilepsia con peligro para los demás", "demencia senil con peligro para los demás"*.

- El terme *"mania"* defineix un gran ventall de suposades patologies. *"Mania furiosa", "mania impulsiva"* (quan l'exaltació de la conducta pot arribar a l'agressió però no s'especifica què li passa), *"manía con delirio", "exacerbación maniaca que ha degenerado en una enajenación mental correspondiente a la clase de manías religiosas"*.

- Descripcions literals de què li passa al malalt i quasi novel·lesques:

"Manía impulsiva que le hace terrible para sí y para sus semejantes, con exaltación de las facultades intelectuales y morales y desorden total de las mismas".

"Retraso mental con actos violentos y conductas que atentan contra las buenas costumbres".

"Aborrece a sus hijos y a ella misma por razón de querer escaparse de casa e intentar matarse, bien arrojándose a una charca o bien colgándose mediante algún trozo de cuerda que encuentre".

- Detecto elevat grau, en general, de censura moral i/o religiosa, sobretot quan es vol parlar de temes sexuals, religiosos o altres entesos com a sensibles per la societat:

“insomnio con excesos característicos”, “predisposición ninfomaniaca que la hace susceptible de abusos por personas malintencionadas que se aprovechen de su condición”, “exhibe conducta desvergonzante en los caminos”, “...múltiples tentativas de masturbación que contribuyen notoriamente al debilitamiento intelectual del enfermo”.

L'estudi dels expedients d'ingrés del manicomi de Salt m'ha cridat l'atenció en més d'un aspecte. Més enllà del contingut, la història i tot allò que he estudiat i explicat al llarg de totes aquestes pàgines, no puc passar per alt un munt de detalls que sorprenen, conseqüència de l'autenticitat i antiguitat dels dossiers analitzats.

D'una banda els certificats mèdics i les sol·licituds d'ingrés són manuscrites en gairebé tota la història del psiquiàtric (poquíssims certificats o ordres d'ingrés mecanografiades en la darrera etapa). Papers marronosos, aspres al tacte (tot i utilitzar guants) i amb marges deteriorats.

Després d'analitzar les diverses etapes m'adono que són poques les diferències que s'aprecien pel que fa a les dades dels malalts i a les dades administratives que figuren en els expedients. Els segells i les capçaleres dels diferents documents i l'idioma (català o castellà) varien en funció de qui governava o de quin organisme depenien els ingressos en cada moment (fet que detallo en cada apartat).

De la mateixa manera si observo qui sol·licita i perquè es sol·licita l'ingrés al manicomi d'una persona puc apreciar que varia d'una etapa a l'altre d'acord amb la política i societat del moment, mai per raons mèdiques fruit de cap evolució en aquest àmbit. Per exemple, si parlem de la guerra, hi trobem ferits de guerra i derivats de les autoritats, entre altres; si parlem de la postguerra, hi trobem dissidents del règim de Franco; si parlem de l'època de la Generalitat, caracteritzada per la posada en marxa de projectes innovadors entre ells els d'àmbit social i salut mental que ja he explicat, observo que les sol·licituds d'ingrés provenen en gran part dels assistents socials, cosa que no es tornarà a repetir fins avui dia.

Es manté com a constant que els expedients no segueixen un patró definit segons l'etapa que ens justifiqui canvis o millores contundents. Fins i tot en moments en què la llei preveu normatives concretes sobre protocols administratius amb la intenció d'unificar i ordenar criteris (per exemple fer servir un determinat model de certificat mèdic o agrupar

les diverses patologies recollides en un imprès, segons els criteris de Kraepelin), observo que llevat d'algun cas, en la majoria de casos no hi és.

Generalment els expedients que he estudiat al llarg de les dècades són molt semblants pel que fa a la vesant mèdica de l'estudi. D'ells no se'n desprèn cap informació que corrobore la possible evolució gradual i continuada en el transit del "boig" a malalt mental.

Després d'estudiar l'evolució de la figura del "boig" al llarg de la història i dins la nostra societat occidental; d'analitzar els expedients originals, testimoni de quasi 150 d'història del manicomi de Salt; de consultar l'hemeroteca dels diferents diaris que en cada moment van recollir allò que era notícia al voltant del manicomi de Salt i de la psiquiatria en general, observo un gran paral·lelisme entre les tres modalitats d'investigació que he utilitzat. Cadascuna m'ha aportat un punt de vista diferent segons el tipus de font al qual pertanyia, però totes conflueixen en el mateix resultat: el transit del "boig" a malalt mental no és progressiu; no hi ha en prou feines canvis fins ben entrat el s. XX.

La primera part: recerca històrica. La visió longitudinal de la història del "boig" no està escrita en cap llibre, de manera que la recopilació de dades no la puc considerar com a part teòrica simplement, ja que ha sigut la recerca de dades de moltes fonts les que m'han assessorat per poder redactar aquest estudi de manera coherent, ajustat a la realitat i lineal en el temps, sense allunyar-me, però de l'objectiu del treball. Tots els llibres llegits, consultes sobre antropologia, història, teories mèdiques, biografies, històries d'hospitals, teràpies mèdiques i altres m'han ensenyat que la història de la malaltia mental la defineix l'immobilisme, la insensibilitat, la manca de valor de la llibertat i tot un seguit de qualificatius que la converteixen en una història trista i fosca. Un relat on les poques veus que discrepen de la tònica general són les excepcions en un món on el "boig" i tot allò que l'envolta no hi tenen cabuda. Un camí ple d'entrebancs i d'iniciatives frustrades per societats regides per una falsa moral (on ningú dubte en rebutjar allò que no s'adapta al paradigma establert, inclús amb el vistiplau de l'església cristiana) i per una immaduresa decebedora (elimina allò que no comprèn i no pot canviar... I se n'oblida). En resum, la situació del "boig" no canvia en dos mil anys d'història. El transit es produirà en unes poques dècades a partir de mitjans del s. XX.

La segona part: d'investigació dels expedients a l'Arxiu Històric de la Diputació. M'ha mostrat de primera mà allò que la història ja m'havia explicat. De la mateixa manera, en el cas del nostre país i del manicomi de Salt, on la situació caòtica i les condicions

denigrants en les quals viu el “boig” s’allargaran fins a quasi les darreres dècades del s. XX. Haig de dir que endemés d’aquests coneixements vull destacar el que aquest estudi m’ha aportat com a persona. És evident que la història de la bogeria i dels centres que han asilat als “bojos” durant segles impressiona a qualsevol. Però el fet de treballar amb els manuscrits originals i endinsar-me en la història real de tants desafortunats que van patir les conseqüències de ser un marginat social i viure en un manicomi, endemés d’emocionar-me en més d’una ocasió, m’han fet més sensible i solidari en vers els desvalguts.

La tercera part: recerca a través de l’hemeroteca. Ha sigut sens dubte la part més entretinguda en el sentit ampli de la paraula. Moltes hores de llegir diaris antics i consultar pàgines web que recullen diaris des del 1800. A través d’articles, notícies i anuncis m’he traslladat moltes vegades al passat, cosa que m’ha permès entendre el que ja m’havien explicat les altres dues parts. Cada plana de cada diari està plena de detalls i anècdotes que en més d’una ocasió m’ha arrancat un somriure. Per exemple: sabeu que durant els primers anys del s. XX era costum que el diari local publicés a cada edició el nombre d’interns que tenia el manicomi de Salt? O que fos notícia quan s’escapava un “boig” del manicomi?

● Habiendo tenido conocimiento ayer mañana el cabo de la guardia municipal, que en una casa de la calle de la Cort-Real habia un joven recluso escapado del Manicomio provincial; procedió su detención acompañado de otro guardia.

El escapado resultó ser Estanislao Cifró, natural de Calonge, que despues de detenido fué conducido al Hospital civil y de allí al manso Cardell.

Diario de Gerona de Avisos y Noticias, 1893-09-2.

O que cada dia sortís publicat l’anunci de la consulta privada de psiquiatria del director de l’hospital? I així un munt de curiositats que si bé no són estrictament objecte d’aquest estudi sí que han contribuït a l’hora de conèixer com transcorria la vida a l’entorn més proper del manicomi.

A partir dels anys 70 l’hemeroteca és el fidel testimoni dels fets, tal com els van viure els seus protagonistes i amb les seves pròpies paraules ho he explicat.

Per això en prou feines calen conclusions de què va passar durant aquells anys. La mort del general Franco va suposar una obertura de la societat a l’exterior, fet que va permetre que les noves tendències en matèria psiquiàtrica que ja estaven implantades a la resta

d'Europa, arribessin al nostre país. Amb tot i això les seqüeles que quaranta anys de viure d'esquena a la modernitat van impedir que la societat assimilés certs canvis immediatament. Tampoc va ser immediata l'elecció democràtica del nou govern espanyol ni l'adequat i necessari repartiment de competències i fons als governs de les Comunitats Autònomes que es van constituir també durant aquells anys i que també van necessitar un temps per posar-se en marxa i assimilar totes aquelles obres socials que històricament havien estat a càrrec de la beneficència i de l'Església.

Amb aquest panorama pel davant i una mentalitat social que es resistia a trencar uns esquemes arrelats des de quasi dos mil anys d'història, els canvis de mentalitat, indispensables per poder fer realitat, de manera definitiva, el trànsit del "boig" a persona amb risc d'exclusió social (bé per causa mèdica o d'altra índole) es van endarrerir de manera considerable, més del que la moderna ciència i els seus representants haurien volgut, per no parlar d'aquells, els "bojos", que en patien les conseqüències.

Calia que salut mental i benestar social separessin els seus camins, tan units fins llavors, d'una vegada per totes i que cadascun seguís la trajectòria lògica de la seva condició i que cadascun seguís la seva trajectòria de manera independent i amb els recursos econòmics, personals i les infraestructures necessàries per poder-ho fer de manera digna. A poc a poc i amb molt d'esforç tant per part de tothom el canvi va arribar a tot arreu.

El terme "boig" va deixar de definir a tota persona que s'apartés de la norma establerta. Tampoc valdria per definir aquelles persones que patien una malaltia mental. El Manicomi va passar a ser un centre de Salut Mental per atendre només a les persones que pateixen aquest tipus de trastorns. La resta de persones desvalgudes o amb risc d'exclusió social van passar a estar a càrrec de Benestar Social i de rebre, tots ells, l'atenció necessària i adequada al seu problema.

En aquest punt l'entrevista amb el Dr. Camps corrobora tot allò que va passar i confirma que el transit de "boig" a malalt mental és, avui dia, una història del passat recent.

Per aquest motiu crec és important matisar la proposta de treball que vaig fer en el seu dia i que defineix molt millor allò que amaguen les pàgines d'aquest estudi:

De boig a malalt mental: la història d'una transició recent.

La paraula “boig” ha definit durant molts segles a les persones que han patit un trastorn mental i a tots aquells que han mostrat un comportament inexplicable i absurd als ulls de la majoria. Moltes han sigut les víctimes de nomenclatures imprecises i injustes com les que descriu al llarg d'aquesta recerca; un munt de qualificatius que lluny de contribuir a dignificar a aquelles persones que patien una malaltia mental, sovint han fomentat el menyspreu i la burla de la majoria en vers els afectats: així bojós, idiotes, alcohòlics, pobres, sords, cecs, imbècils, subnormals, retardats, epilèptics, dementis i un llarg etcètera de termes que durant segles han estigmatitzat a certs individus d'una comunitat.

Els antics manicomis, així com les velles pràctiques i remeis pel tractament de la malaltia mental han passat a la història. Gràcies a totes aquelles veus que al llarg de la història van pronunciar-se en pro dels drets d'aquestes persones, el malalt mental és avui un malalt més dins el sistema de salut de la nostra societat moderna del s. XXI. Per això les noves nomenclatures emprades en el llenguatge tècnic només fan referència a les patologies o contrarietats que en determinades ocasions poden causar el sofriment d'alguns individus, i s'allunyen de qualsevol terme o qualificatiu que pugui estigmatitzar a un ésser humà pel sol fet de patir una malaltia o pertànyer a un col·lectiu amb risc d'exclusió social.

Malgrat tot, els avenços obtinguts, sens dubte impressionants, no són suficients. Avui dia, persones afligides per algun trastorn mental són encara massa sovint víctimes del menyspreu, la desconfiança i el temor que ancestralment ha acompanyat a l'ésser humà quan s'enfronta a allò que desconeix i no és capaç de controlar. És una veritat incòmoda d'acceptar el fet que en una societat que es considera tan avançada com tolerant i comprensiva, el malalt mental encara desperti recels i suspicàcies entre el grup social en el qual viu, característiques pròpies de cultures primitives i societats poc evolucionades. De resultes, la persona que pateix un trastorn mental, és de vegades menystinguda i discriminada: a l'hora de trobar una feina, formar part d'un equip esportiu, d'esplai, relacions personals i tot allò que suposi mantenir una estreta relació amb la resta del grup social a què pertany.

Haig de confessar que abans de començar aquest treball, jo també em comptava entre aquells als qui se'ls hi escapa una rialla, quan de bojós va l'acudit. Però després de quasi

un any d'estudiar el què ha representat el boig en cada societat i què li ha suposat al boig patir un trastorn tan singular, ja no li veig la gràcia per cap costat.

La història del boig és una història llarga i trista, plena d'injustícies, crueltats i humiliacions que es repeteix al llarg dels segles. I tot i que, avui dia, tots sabem de manera teòrica que el mal nomenat "boig" és un malalt més, encara ens queda un llarg camí per recórrer, fins a aconseguir que cap malalt mental ens provoqui cap rialla; de la mateixa manera que no ens fa riure quan ens diuen que a una persona li han diagnosticat una malaltia qualsevol. Oi que no?

L'experiència que he viscut durant aquest any m'ha canviat, sens dubte. Ha sigut realment com un viatge a una ciutat desconeguda, de la que no en coneixies en prou feines res i, un cop has fet el viatge, els seus carrers es mantindran sempre més intactes en el record. I tinc l'esperança que de la mateixa manera, aquesta recerca sigui per a aquells que la llegeixin un viatge a una ciutat desconeguda... De la qual no se'n oblidin mai més.

...Als afectats per un trastorn depressiu, un trastorn mental, un trastorn delirant, un trastorn de la conducta, un trastorn del desenvolupament, un trastorn de l'estat d'ànim, un trastorn dissociatiu, un trastorn mental orgànic, un trastorn autista, un trastorn derivat de l'ús de substàncies...

AGRAÏMENTS

- Al Dr. Claudi Camps, Director assistencial de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona i Comarques, a qui he tingut el privilegi de conèixer i entrevistar. Agrair-li les estones que m'ha dedicat, la senzillesa i claredat amb què ha respost a les meves preguntes i la generositat que ha mostrat en deixar-me consultar documentació del seu arxiu personal, de gran valor per a la meua recerca. Gràcies.

- A la Sra. Esther Quintana, del departament de docència de l'I.A.S., per haver-me obert les portes d'una Institució tan prestigiosa com el Parc Hospitalari Martí i Julià. Per la seva simpatia i familiaritat. Gràcies.

- A la Sra. Mariana M. Sandberg, Psicòloga, per la professionalitat i paciència que ha mostrat cada vegada que he tingut dubtes amb les diferents nomenclatures i patologies que han anat sorgint al llarg de la recerca. Gràcies.

- Al Sr. Narcís Castells, cap d'àrea de l'Arxiu Històric de la Diputació de Girona. A ell i a tot l'equip d'arxivers, per la informació facilitada, per l'amabilitat indescriptible i perquè sense la seva col·laboració hauria sigut impossible la consulta de tants expedients antics. Gràcies.

- Al meu institut, per acceptar sense reserves el tema que en el seu dia vaig decidir. Gràcies.

- A la meua tutora i professora de filosofia, per haver confiat plenament amb les meves decisions a l'hora de plantejar l'estructura del treball i els diferents mètodes de recerca utilitzats, sense mai obviar el bon consell i el suport necessari per superar aquells moments en què la complexitat de la recerca m'amoïnava. Gràcies.

- Als meus pares, per ajudar-me a prendre les decisions correctes quan se'm plantejaven dubtes; per aconsellar-me quan ho he necessitat i, sobretot, per la més sincera i enraonada de les opinions que dia a dia m'han donat i que sovint m'han fet replantejar aquelles coses que podia millorar, en vers allò que feia o escrivia. Gràcies.

- A totes aquelles persones que m'he anat trobant pel camí: administratius, recepcionistes i auxiliars de totes aquelles institucions que he visitat. A tots els que he conegut al llarg d'aquest any i que d'alguna manera han aportat el seu granet de sorra a la recerca: gent de Salt, avis que recordaven l'antic Psiquiàtric, familiars de persones que van ser tancades al manicomi, persones que hi van treballar, i tots aquells que d'una manera o altra en sabien alguna cosa... Gràcies

BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Manual de psicopatología. Volúmenes I y II

Amparo Belloch, Bonifacio Sandín y Francisco Ramos

Ed. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. (1977)

Medicamentos para las enfermedades mentales: Una revolución en psiquiatría

Marvin E. Lickey & Barbara Gordon

Editorial Labor (1986)

Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos

Guillem Freixas y M^a Teresa Miró

Ed. Paidós Ibérica - Colección de Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia (1993)

El psiquiàtric de Salt: Cent anys d'història

Rosa M^a Gil i Joan Boades

Ed. Diputació de Girona – Institut d'Assistència Sanitària (1987)

Historia de la psicología: Las grandes corrientes del pensamiento psicológico

Thomas Hardy Leahey (Virginia Commonwealth University)

Ed. Debate (1989)

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – 3^a Edición Revisada (DSM-III-R)

American Psychiatric Association

Ed. Masson, S.A. (1992)

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – 5^a Edición (DSM-V)

American Psychiatric Association

Ed. Masson, S.A. (2014)

WEBGRAFIA

17190 UniverSALT. Hospital de Salt: Del manicomi al Parc hospitalari.

<http://17190.org/2012/02/del-manicomi-al-parc-hospitalari/>

El Psicoasesor. Historia de la Psicopatologia a l'Edat Antiga.

<http://elpsicoasesor.com/historia-de-la-psicopatologia-en-la-edad-antigua/>

Wikipedia. Historia de la psicopatologia.

https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_psicopatolog%C3%ADa

Historia de la malaltia mental.

<http://www.fundacion-salto.org/documentos/UN%20POCO%20DE%20HISTORIA.pdf>

Breu historia de la psicopatologia i evolució de les creencies en respecte als trastorns mentals.

http://www.academia.edu/6769437/BREVE_HISTORIA_DE_LA_PSICOPATOLOG%C3%8DA_Y_EVOLUCI%C3%93N_DE_LAS_CREENCIAS_CON_RESPECTO_A_LOS_TRAS_TORNOS_MENTALES._ALUMNA_BAEZ_MORELOS_LAURA_ROMINA

Historia de la Psicopatologia.

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1990-Historia%20de%20la%20Psicopatologia.pdf

El malalt mental: Historia i tractaments des de l'època medieval.

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC_13_06.pdf

Mentesana. Antipsiquiatria: una visió liberal de la salut mental.

http://www.mentesana.es/salud-mental/antipsiquiatria-enfoque-liberador-salud-mental_926

Wikipedia. El moviment de l'antipsiquiatria.

<https://es.wikipedia.org/wiki/Antipsiquiatr%C3%ADa>

Revista "Nómadas". Antipsiquiatria: Canvi del concepte de malaltia mental i crítica de la "raó psiquiàtrica".

<https://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/viewFile/36823/35644>

Topia. Entrevista a Franco Rotelli: La desinstitucionalització de la bogeria a Trieste.

<https://www.topia.com.ar/articulos/no-se-puede-cambiar-una-ley-un-paradigma-desinstitucionalizacion-trieste>

PSICOPSI. Itàlia i el procés de desinstitucionalització de la psiquiatria.

<http://psicopsi.com/Italia-proceso-desinstitucionalizacion-psiquiatrica>

Red sistèmica. Itàlia i el procés de desinstitucionalització de la psiquiatria: és la llibertat terapèutica?

<http://www.redsistemica.com.ar/articulo1-10.htm>

Wikipedia. La desinstitucionalització de la bogeria.

<https://es.m.wikipedia.org/wiki/Desinstitucionalizaci%C3%B3n>

Alcmeon. Farmacoteràpia de las malalties mentals – Un anàlisi històric.

<https://www.alcmeon.com.ar/10/40/de%20Juan.htm>

Wikipedia. Historia política de Catalunya.

https://es.m.wikipedia.org/wiki/Segunda_Rep%C3%ABlica_Espa%C3%B1ola

Wikipedia. La segona República.

https://es.m.wikipedia.org/wiki/Segunda_Rep%C3%ABlica_Espa%C3%B1ola

17190 UniverSALT. Entrevista a Roser Clotes.

<http://17190.org/2012/02/del-manicomi-al-parc-hospitalari/>

PDF. Entrevista al Dr. Eiroa.

http://www.revistadegirona.cat/recursos/2016/0299_112.pdf

Diari de Girona. Hemeroteca.

<http://www.diaridegirona.cat/servicios/hemeroteca/hemeroteca.jsp>

Ajuntament de Girona. Arxiu Administratiu. Servei de Gestió Documental, Arxius i Publicacions.

<http://www.girona.cat/sgdap/cat/index.php>

Guies BibTIC. Comunicació: Premsa històrica digitalitzada.

http://guiesbibtic.upf.edu/com/premsa_historica

Arxiu Municipal de Salt.

<https://arxiunicipaldesalt.wordpress.com/>

El Periódico de Catalunya. Hemeroteca històrica.

<http://archivo.elperiodico.com/>

El concepte de psiquiatria a Espanya.

<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/4420/1/01.pdf>

Revista de Girona. El parc hospitalari del segle XXI.

<http://www.raco.cat/index.php/revistagirona/article/viewFile/95610/151673>

PDF. La assistència psiquiàtrica a Espanya durant els segles XVIII i XIX.

http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146774/xviii_xix.pdf

AEN. Oposició a una llei específica d' internament psiquiàtric.

<http://aen.es/grupos-de-trabajo/grupo-de-trabajo-de-etica-y-legislacion/4-3-oposicion-a-una-ley-especifica-de-internamiento-psiquiatrico/>

Frenia. Revista d'història de la psiquiatria.

<http://www.revistaaen.es/index.php/frenia>

Revista de Girona. Hemeroteca.

<http://www.revistadegirona.cat/rdg/hemeroteca.seam>

UAB. Història de la psiquiatria catalana.

<http://dpsiquiatria.uab.cat/es/reculls.php>

www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/64678/88705

RTVE. Reportatge “Lejos del manicomio”.

<http://www.rtve.es/alacarta/videos/documentos-tv/dtv-lejos-del-manicomio/2171267/>