

Asistencia Social y Locura

Espacios de vida en un sanatorio: los primeros pacientes del psiquiátrico Cabaleiro Goás

Luis Rodríguez Carmona
Trabajador Social Hospital Psiquiátrico. Ourense

Resumen

Este artículo pretende dar a conocer que factores socio sanitarios influyeron y condicionaron la vida de los 1.000 primeros pacientes que ingresaron en la provincia de Ourense en el sanatorio CabaleiroGoás.

Es una mirada retrospectiva que pretende saber y analizar las vidas de los enfermos fuera y dentro de la institución psiquiátrica.

La información recogida procede de las historias clínicas, historias sociales, cartas de pacientes y familiares, artículos de prensa, documentos internos del sanatorio, archivos de la Diputación Provincial de Ourense así como entrevistas realizadas a profesionales y pacientes.

El artículo investiga la labor de las primeras asistentes sociales en nuestra comunidad gallega y su labor en el sanatorio.

Palabras Claves

Locura, sanatorio, asistencia social, estigma.

1. INTRODUCCIÓN

La investigación comprende un periodo en el tiempo de 26 años. Es un estudio que comienza con el primer paciente ingresado en el sanatorio CabaleiroGoás, también conocido como sanatorio de Toén, allá por agosto de 1959 y finaliza en 1985.

Se trata de una mirada retrospectiva a través de las entrañas del sanatorio que permitirá conocer y analizar las distintas etapas por las que ha transitado la institución.

¿Cómo se atendía socio sanitariamente al paciente psiquiátrico en la provincia de Ourense?, ¿cómo afectaron a sus vidas las dificultades y mejoras ocurridas en el sanatorio?

La información recogida pretende hacer visible el trabajo de las primeras asistentes sociales de Galicia en el campo de la salud mental ourensana algo poco conocido hasta la fecha. Es un acercamiento a una parte de la historia de nuestra profesión. Conoceremos las dificultades con las que se encontraban en el sanatorio, los recursos disponibles, su relación con pacientes, profesionales y familiares, en definitiva, sabremos más de la visión social de la locura en ese tiempo.

A modo de resumen los fundamentos del estudio serán tres: saber como era la calidad asistencial recibida en el psiquiátrico, el papel del paciente dentro de la sociedad y conocer la labor de las primeras asistentes sociales dedicadas a la salud mental en Galicia.

2. ESTUDIO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE TOÉN.

RECOPILACION DE DATOS.

La información recogida en la base de datos que se crea para este estudio procede de las historias clínicas y sociales del sanatorio psiquiátrico CabaleiroGoás ubicado en el ayuntamiento de Toén en la provincia de Ourense.

Los primeros datos que figuran en las historias que se eligen comienzan en los años del llamado tardo franquismo, finalizando la recogida de información en los primeros tiempos de la democracia en nuestro país. Es sin duda un período donde la decadencia de la dictadura y el comienzo de un cierto aperturismo democrático tienen consecuencias también en el micro mundo de la locura.

El estudio está formado por 1.000 espacios de distintas vidas que residieron en el sanatorio de Toén. Considero la muestra seleccionada como suficientemente representativa al proceder de un archivo que cuenta con algo más de 4000 historias.

Es preciso reseñar que del total de las historias revisadas, 200 corresponden a mujeres, las cuales ingresan por vez primera en el sanatorio en los últimos años en los que se hace esta revisión bibliográfica. Indicar que es sorprendente que dichas historias carezcan apenas de información alguna. A día de hoy sigo sin entender porqué los responsables de las mismas no reflejaron información pato biográfica de las primeras mujeres que ingresaron en el sanatorio.

Durante un año me dediqué a leer historias clínicas y sociales de las cuales recogí diversos datos cuantitativos y cualitativos.

Se aportó al trabajo información procedente de escritos internos, cartas de pacientes y

de familias, anotaciones significativas sobre el enfermo, sanatorio o la época en cuestión.

Se realizaron entrevistas a cinco asistentes sociales, profesionales que estuvieron en el sanatorio desde los primeros años de nuestra actividad asistencial que comenzó en el año 1961. Solamente la asistente social Sofía Fabeiro que falleció hace pocos años fue la ausente en las mencionadas entrevistas.

El trabajo se completó con entrevistas semi estructuradas y realizadas a distintos trabajadores que estuvieron o siguen estando en el sanatorio.

Pretendo que en la investigación bibliográfica, documental y de campo llevada a cabo controlar lo que Bordieu califica como "ilusión de transparencia", al proceder la información de un profesional familiarizado con el escenario estudiado.

Es cierto que todo se mueve en torno a la subjetividad, por lo que será el propio individuo quien intente en la medida de lo posible mantenerse en el umbral del propio encuentro, es inevitable la carga de parcialidad que se pueda condensar en la información que el lector encuentre en este estudio.

La procedencia de la información cuantitativa y cualitativa proviene en parte de las siguientes variables seleccionadas para el estudio y que hacen referencia a:

Edad en el momento del ingreso.	Emigrante retornado y país de procedencia.
Estado civil.	Malos tratos en el ámbito socio familiar.
Sexo.	Ayuntamiento de procedencia.
Profesión.	Alcoholismo.
Año de nacimiento.	Financiación del ingreso hospitalario.
Fecha del ingreso.	Tratamientos sanitarios.
Tipo de ingreso.	Diagnósticos.
Historia social abierta.	Fecha del alta.
Estudios.	Reingresos.
Sector donde ingresaba.	Exitus y causas.
Relaciones familiares.	Destino ó alta.

RESULTADOS CUANTITATIVOS.

La información recogida y presentada a continuación procede de las 1.000 historias clínicas y sociales revisadas, de las cuales 800 corresponden a hombres y 200 a mujeres.

Tabla nº 1. **PACIENTES CON HISTORIA SOCIAL ABIERTA.**

HOMBRES.	445	55,62%.
MUJERES.	70	35 %.
TOTAL.	515	51,50%.

Tabla nº 2. ESTADO CIVIL.

HOMBRES		MUJERES	
CASADOS.	32,44%.	CASADAS.	49,75 %.
SOLTEROS.	63,61%.	SOLTERAS.	37,81%.
SEPARADOS.	0,38 %.	SEPARADAS.	3,98 %.
VIUDOS.	2,41 %.	VIUDAS.	7,46 %.

Tabla nº 3. PROFESIONES HABITUALES.

LABRADOR	287	28,7 %
AMA DE CASA	117	11,7 %
PEÓN	50	5 %
ESTUDIANTE	32	3,2 %
MARINERO	20	2,0 %
ZAPATERO	12	1,2 %

Tabla nº 4. FORMACIÓN ACADÉMICA.

HOMBRES	MUJERES	
LEER Y ESCRIBIR.	31,93 %.	3,98 %.
SIN ESTUDIOS.	21,88 %.	3,98 %.
ESTUDIOS PRIMARIOS.	19,33 %.	8,45 %.
BACHILLER.	3,30 %.	3,48 %.
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.	4,38 %.	0,99 %.
DESCONOCIDOS.	18,70 %.	79,19 %.

Tabla nº 5. TIPO DE INGRESOS.

MÉDICO.	88,65 %.
JUDICIAL.	9,62 %.
DESCONOCIDO.	1,72 %.

Tabla nº 6. PROCEDENCIA NATURAL DE LOS PACIENTES.

PROVINCIA DE OURENSE.	68,01 %.
OTRAS PROVINCIAS COMUNIDAD.	26,31 %.
OTRAS. COMUNIDADES. AUTON.	5,66 %.

Tabla nº 7. DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.	272	27,2%
ALCOHOLISMO.	90	9%.
HEBEFRENIA.	63	6,3%
OLIGOFRENIA.	45	4,5%
ESQUIZOFRENIA SIMPLE.	42	4,2%
EPILEPSIA.	25	2,5%
OTROS DIAGNÓSTICOS.	537	53,7%

Tabla nº 8. TRATAMIENTOS MÁS FRECUENTES.

FÁRMACOS.
LABORTERAPIA.
ELECTROSKOCH.
CELDAS.

Tabla nº 9. TRASLADOS INSTITUCIONALES EN EL SANATORIO MÁS FRECUENTES.

CONXO	50 PACIENTES	44,64 %
LEGANÉS	30 PACIENTES	26,78 %
PONTEVEDRA	8 PACIENTES	7,14 %.
GUIZAMONDE	7 PACIENTES	6,25 %.
OTROS	17 PACIENTES	15,17 %

Tabla nº 10. COLABORACIÓN DE LAS FAMILIAS EN EL SANATORIO.

HOMBRE.	61,08 %.
MUJER.	68,65 %.

Tabla nº 11. COLABORACIÓN DE LAS FAMILIAS EN EL SANATORIO.

HOMBRE.	61,08 %.
MUJER.	68,65 %.

Tabla nº 12. CASOS DEALCOHOLISMO DETECTADO.

CASOS.

HOMBRES.	218	27,25 %.
MUJERES.	21	10,5 %.

Tabla n° 13. **MALOS TRATOS INFRINGIDOS POR LOS PACIENTES EN SU ÁMBITO FAMILIAR.**

HOMBRES.	7,62 %.
MUJERES.	6,46 %.
TOTAL.	7,38 %.

Tabla n° 14. **PACIENTES RETORNADOS DE LA EMIGRACIÓN.**

HOMBRES.	16,42 %.
MUJERES.	23,38 %.

Tabla n° 15. **PRINCIPALES PAISES DONDE EMIGRAN LOS PACIENTES.**

ALEMANIA.	27,42 %.
SUIZA.	16,57 %.
FRANCIA.	13,14 %.
VENEZUELA.	13,14 %.
BRASIL.	8 %.

Tabla n° 16. **DESTINO AL ALTA.**

DOMICILIO.	56,94 %.
TRASLADO A CENTROS.	16,10 %.
DESCONOCIDO.	11,65 %.
ÉXITUS.	8,20 %.
FUGAS.	6,18 %.

Tabla n° 17. **CAUSAS DE ÉXITUS EN EL SANATORIO.**

MUERTE NATURAL.	64,19 %.
CAUSAS DESCONOCIDAS.	22,22 %.
SUICIDIO.	12,34 %.
HOMICIDIO.	1,23 %.

Fte: Historias clínicas y sociales. Elaboración propia

LOS INICIOS DEL SANATORIO.

En la primera mitad del siglo XX aparecen en Galicia pequeños manicomios particulares que convierten a nuestra comunidad en la primera de todo el estado en cuanto a número de camas psiquiátricas a nivel privado.

En este tiempo Galicia contaba con plazas benéficas solamente en el manicomio de Conxo en Santiago de Compostela.

El 14 de abril de 1955 las Cortes Españolas crean por ley el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), organismo estatal, dependiente del Ministerio de la Gobernación.

El cuidado de los pacientes estaba a cargo de una comunidad religiosa con funciones asistenciales, cinco monjas pertenecientes a las Hermanas de la Orden de María Santísima del Monte. El resto del trabajo era desempeñado por 11 empleados, 9 enfermeros, y 19 chicas de servicio.

El sanatorio contaba en su comienzo con plazas para 160 pacientes, teniendo la diputación de A Coruña y la de Pontevedra reservadas 20 plazas para cada una de ellas.

Las habitaciones del antiguo pabellón contaban con 8 ó 9 camas.

Los días previos a la inauguración el Dr. Cabaleiro se desplazó a Conxo para comprobar si los primeros 14 pacientes que iban a ser derivados a Toén cumplen los criterios para su ingreso, en un centro inicialmente *destinado para pacientes recuperables con edades comprendidas entre los 16 y 60 años*, tal y como rezaba su lema de apertura y de información mediática.

Señalar que todos los ingresos en Toén eran varones; fue necesario que pasasen casi 25 años para que las mujeres pudiesen ser ingresadas en la provincia de Ourense, a pesar de que el sanatorio dispusiese de un pabellón habilitado para ellas.

Las razones eran las derivadas de un discurso patriarcal muy arraigado, en las que una de las reglas fundamentales es la separación por sexos, unido a la oposición de parte del clero y de algunos psiquiatras, dio como resultado el exilio de las locas a psiquiátricos de otros territorios del estado español.

Las mujeres serían así marginadas y desplazadas al sanatorio de Arévalo en Ávila perteneciente a la Orden Hospitalaria del Sagrado Corazón, vertiente femenina de la Orden de San Juan de Dios.

El psiquiátrico de Arévalo albergaba a unas 400 mujeres y era exclusivamente femenino.

Este exilio forzoso añadía a la locura la ruptura y desarraigo socio-familiar, recordado con mucho dolor en pacientes y familiares.

Los ingresos en el sanatorio CabaleiroGoás bien se realizaban por criterio médico o por decisión judicial, costeándose la plaza, de manera benéfica o privada.

La mayoría de las estancias eran costeadas por fondos procedentes de la "beneficencia"; el loco acaudalado, en la mayoría de las ocasiones, era ingresado en alguno de los sanatorios privados que abundaban en nuestra comunidad.

Es interesante detenerse en la comparación de los costes de las estancias a nivel público y privado en Ourense en el año 1965; así por ejemplo el coste de la estancia en Toén era de 40 ptas/día mientras que el coste de la estancia en el sanatorio Perpetuo Socorro son

250 ptas/ día.

Las plazas estaban normalmente todas ocupadas, y las pocas vacantes que surgían se cubrían en gran medida con reingresos, que tenían preferencia frente a casos nuevos.

Muchas familias no podían ingresar de manera benéfica a su familiar en Toén lo que obligaba a un ingreso en una plaza privada; en el caso de que el ingreso se prolongase y ya no dispusiesen de caudal económico, podían pasar a ocupar una plaza de la diputación con carácter benéfico.

Es decir para ingresar a nivel privado era preciso disponer de un mínimo capital, aspecto no habitual entonces...si eso no era así siempre se podía vender alguna terreno o hacer otro tipo de arreglo...

Los que no pueden costearse una plaza privada ni entrar de manera benéfica en Toén serán trasladados a diversos lugares del país : Conxo, San Boi de Llobregat (Barcelona), Conde de Romanones (Alcohet), Institut Pere Mata (Reus), San Luis (Palencia), Arévalo (Ávila), Instituto de Orientación Pedagógica Dr. Lartigau (Tarragona), Sanatorio de Guipúzcoa entre otros.

Para explicar los distintos tratamientos aplicados se necesitaría un apartado extenso, incidiendo sobre todo en lo que supusieron los primeros neurolépticos en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

En este artículo y en el periodo que abarca el estudio se ha recogido los tratamientos más empleados como: farmacopea de la época, la laborterapia, el electroshock y las celdas de castigo, sin olvidar tratamientos como: duchas frías, comas hiperglucémicos o inyecciones de trementina entre otros, todos ellos usados habitualmente en la “pacificación” de la locura.

Aunque los primeros neurolépticos datan de mediados de los años 50, y por tanto estaban disponibles, coexistieron con técnicas aversivas como las celdas de castigo, en muchas ocasiones por tiempo excesivo.

Estas celdas contaban con escuálidas medidas de seguridad que invitaban más, a un fatídico desenlace que a otra cosa, y así es como lo deja recogido un psiquiatra de aquellos años.

La cronista Maribel Outeiriño, en el año 1974 comenta en el periódico provincial La Región, sobre las celdas: *“son lugares siniestros donde los equipamientos constaban de una cama, un urinario, una ventana y una portentosa puerta con mirilla”*. Estaba claro que determinadas costumbres enraizadas en la más rancia psiquiatría servían a algún clínico para imponer su particular orden.

Entre las distintas actividades de laborterapia que se llegaron a realizar en el sanatorio se encuentran las relacionadas con el trabajo en la huerta, cocina, comedor, barbería, imprenta, jardín, limpieza, granja, despensa, cestería, encuadernación, zapatería, carpintería, alfarería, cerámica o empleo en la construcción de parte del centro a través de contratos con las empresas propias constructoras .

LAS PRIMERAS ASISTENTES SOCIALES EN EL SANATORIO

LOS COMIENZOS DE LA ATENCIÓN SOCIAL.

En 1961, dos años después de que abriese sus puertas el sanatorio CabaleiroGoás, llega al centro la primera asistente social. El puesto inicialmente asignado a Carmen Lafarga, lo cede esta a M^a Socorro Bueno.

M^a Socorro perteneció a la primera promoción de Asistentes Sociales de Galicia, y realizó en Toén una interesante tesis: *“Los enfermos mentales en la provincia de Ourense y los problemas que plantean a la diputación provincial los de beneficencia”*.

El entonces director del centro, Dr. Cabaleiro, hacía hincapié en la importancia de que el paciente fuese tratado teniendo en cuenta su esfera social, no como algo complementario si no relevante. Por ello incorporó la figura de la asistente social como miembro del equipo asistencial, lo que ya se venía haciendo en otros sanatorios estatales como el de López Ibor en Madrid desde hacía algunos años.

Las distintas asistentes sociales que pasaron por el sanatorio no estuvieron mucho tiempo desempeñando su trabajo, uno de los motivos eran los raquícos sueldos de la administración. De hecho aún a mediados de los años 70 el sueldo era de 12.500 pesetas anuales, cuando en esos años sólo el alquiler de una vivienda rondaba las 6.000 pesetas al mes.

Esto originó que algunas/os asistentes sociales dejaran la administración o promocionaran dentro de la misma con el objetivo de conseguir una mejor calidad de vida.

En los primeros años se intentaban mejorar los sueldos con pagas extraordinarias o con suplementos económicos a cargo de la administración del centro, así el administrador del sanatorio proporcionaría 7.000 pesetas al mes, cantidad insuficiente aún para ser dignificada la labor de las asistentes sociales.

Subían inicialmente unas horas, varios días a la semana al sanatorio, para encargarse de aquellos pacientes de la beneficencia a cargo de la Diputación.

La Escuela de Asistentes Sociales de Galicia estaba en Santiago de Compostela donde estas profesionales estudiaron. Artemia Diéguez completó su formación en Francia empujada por las carencias formativas iniciales de la escuela compostelana.

No sería hasta el año 1978 cuando se convoquen un número significativo de plazas de asistentes sociales, en concreto 131 a cargo de la Institución de la Sanidad Nacional.

COMETIDOS DE LAS ASISTENTES SOCIALES EN EL SANATORIO.

Las atribuciones profesionales que las distintas asistentes sociales tuvieron en el sanatorio, vendrían condicionadas por las mejoras político-sociales que se sucederán en el país a lo largo de los años, lo que iba a permitir una mejora asistencial al poder disponer de más recursos.

En los primeros años en el sanatorio las limitaciones en las intervenciones sociales fueron evidentes, teniendo la asistente social un papel eminentemente como mediadora socio familiar.

Según se recoge documentalmente el trabajo primordial y básico de las asistentes sociales en las instituciones psiquiátricas consistía en:

1.- Recopilación de datos socio familiares, realizando para ello la ficha social de cada paciente. La información recogida en los datos generales abarcará cuestiones relativas a la filiación, educación, trabajo, relaciones sociales, distracciones, situación económica y ambiente social.

2.- La asistente social tratará de ganar la confianza del paciente a través de un trato respetuoso y sencillo. Las entrevistas con los miembros de la familia proporcionarán la información necesaria que el paciente no pueda detallar.

3.- Reforzar o establecer lazos de unión entre el enfermo y su familia será un cometido de máxima importancia.

4.- Realizará visitas domiciliarias si fuese preciso o utilizará la correspondencia como medio de enlace con el exterior.

5.- Preparará a la familia para el alta del paciente proporcionándole la información necesaria que favorezca una mejor acogida y adaptación en el entorno. Los permisos cortos domiciliarios previos, servirán para valorar estos aspectos.

6.- Se asegurarán de que los pacientes tomen el tratamiento prescrito así como de conseguirlo cuando sea preciso a través de instituciones benéficas o caritativas.

En todas estas tareas el psiquiatra actuará de mediador facilitando que pacientes y familiares conozcan e interactúen con la asistente social incluyendo éste aspecto como una parte necesaria en su tratamiento.

Otras funciones que realizaban:

- La historia familiar.
- Localización de familiares y reagrupamiento familiar.
- Datos de los pacientes en otras instituciones.
- Información de permisos temporales y seguimiento de las altas clínicas.
- Preparación de “la fiesta del paciente”.
- Petición de ropa.
- Petición de dinero para la compra de tabaco y refrescos para los pacientes.
- Investigación sobre el patrimonio del paciente orientado a su externalización.
- Envío de cuestionarios a los familiares de los pacientes que no se pueden desplazar al sanatorio para completar información necesaria.
- Contacto frecuente con el párroco del municipio que se convertirá en no pocas ocasiones como enlace entre el sanatorio y la familia.
- Envío y lectura de correspondencia y tramitación de documentación (la mayoría de los pacientes eran analfabetos)
- Interacción con asistentes sociales de empresas como: Barreras, Factorías Vulcano, Renault o la Sección Femenina del Movimiento, entre otras, para asuntos relativos a estancias (pagos) o gestiones de posibles invalideces.
- Inclusión de los pacientes de rentas muy bajas en los padrones benéficos municipales para evitar su abandono por falta de tratamiento y/o ingreso si fuera necesario, realizan-

do así una labor preventiva.

A comienzo de los años 70, con la implantación de la denominada *psiquiatría del sector*, se incrementan las funciones de la asistente social. Realizarán más desplazamientos domiciliarios, en los que promueven mejoras en las relaciones entre pacientes, familias, equipo asistencial y la sociedad en general.

Llevarán a cabo intervenciones sociales a nivel individual y grupal.

Aumentan por entonces la gestión de solicitudes de pensiones procedentes del seguro obligatorio de vejez e invalidez (SOVI) o del fondo nacional de asistencia social (FNAS). Ello implicará más desplazamientos al Gobierno Civil o al Instituto Nacional de Previsión.

En este sentido es preciso apuntar la gran cantidad de gestiones que realizaron con administraciones de países europeos y latinoamericanos derivadas de la emigración para conseguir pensiones o invalideces derivadas de la enfermedad mental desencadenada en el extranjero en su puesto laboral.

Ellas también consiguieron traslados de pacientes estabilizados a los escasísimos recursos residenciales existentes, lo que requirió perseverancia y habilidad social. La externalización en ese momento a nivel social no era ni contemplada debido al estigma sobre la enfermedad mental cuyo destino era ser depositada en los manicomios.

LA DIFICULTAD PARA ENTRAR Y SALIR DEL SANATORIO.

Los pacientes en lista de espera para el ingreso en el sanatorio de Toénera importante.

Esto implicaba que muchos hombres y mujeres afectadas por una patología psíquica tengan que ser desplazados a Conxo o cualquier otra parte del territorio nacional.

Era entonces la diputación de Ourense, a través del departamento de beneficencia, la encargada del pago de las estancias y tratamientos de las personas sin recursos.

Como en todo existía la picaresca: era sabido por todos que los listados eran manipulados para que ciertos pacientes tuviesen preferencia para ocupar una plaza benéfica.

La documentación obligatoria para el ingreso en el sanatorio constaría de:

- 1.- Solicitud dirigida al Ilmo. sr, presidente de la diputación provincial de Ourense.
- 2.- Informe favorable de la sección de árbitros de la diputación provincial en donde se haga constar la carencia de recursos.
- 3.- Certificado de nacimiento.
- 4.- Informe del alcalde del ayuntamiento de referencia.
- 5.- Certificado del médico del ayuntamiento de referencia.
- 6.- Informe favorable del Dr. CabaleiroGoás.

La falta de recursos económicos y la dificultad de ingreso originó muchas veces desenlaces trágicos; conseguir una plaza benéfica en Toén era difícil; la familia se encontrará en situaciones dramáticas en los casos en los que no puede pagar una plaza privada. A esto hay que añadir el desconocimiento y el estigma ligado a la locura.

Se han recogido muchos casos en el rural gallego de enfermos confinados en celdas

domésticas, en las que el enfermo vive atado con una cadena en el cuello y cerrado en una habitación o cueva, situación más propia de la edad media que de la mitad del siglo XX .

Tampoco eran infrecuentes las reuniones de vecinos destinadas a reducir y capturar al alienado.

Si era difícil entrar en el sanatorio, la salida era...una odisea para algunos y una alucinación permanente para otros.

Las razones para permanecer a veces de por vida en el sanatorio eran los abandonos familiares, la falta de apoyo externo y en menor medida situaciones jurídico-legales de dudosa ejecución.

Con el loco encerrado, el problema estaba solucionado y solía ser la mejor alternativa para familias, vecinos y autoridades diversas.

Si el paciente disponía de patrimonio éste era utilizado como incentivo para que las familias los recogiesen y cuidasen, cosa difícil siempre de conseguir.

Esta situación de inmovilidad, sin altas, favorecía la cronificación institucional e impedía que otros pacientes pudiesen ingresar siendo por tanto derivados a Conxo o a otros lugares del estado. Pese a todo la situación no sería comparable al exilio de las mujeres locas antes comentada.

Las familias no acudirán al sanatorio a ver a sus familiares; temen encontrarse con un alta...así la ruptura con el exterior se irá incrementando.

Es habitual encontrar en la correspondencia con las familias, la negativa a acudir al sanatorio con excusas como las tareas del campo o la dificultad derivada de las malas comunicaciones o de la falta de transporte, que aunque cierta es constatable que en muchos casos las visitas se espaciaban meses e incluso años.

Para paliar este abandono se intenta convencer a la familia que lleven al paciente en las épocas de fuerte trabajo en el campo, como mano de obra extra que permita a los pacientes también un respiro fuera de la institución.

La fiesta del paciente fue un evento que se celebraba todos los años desde comienzos de 1960. Se trataba de una comida dirigida a las familias para pasar un día de fiesta con los pacientes.

Era una manera de que las familias se conociesen y estableciesen una red de actuación por lo que tienen en común: un familiar ingresado.

Existen cartas enviadas desde el sanatorio en las que se amenaza literalmente a la familia con la denuncia por abandono, si no acuden a buscar a su familiar. Se les recuerda que es de obligatorio cumplimiento según el artículo 33 de la legislación psiquiátrica de la época.

Este artículo procedía de un decreto del 3 de julio de 1931 en el que se dictan las reglas relativas a la asistencia a enfermos psíquicos y que estará vigente hasta el año 1985.

El sanatorio cumple así la función de depósito, de personas nocivas y molestas para la sociedad, la estancia en él se convertirá para algunos en un encierro interminable.

En las historias sociales del año 1972 se insiste en que ya sea por razones económicas, sociales, laborales, familiares o jurídico legales un 32 % de los pacientes no pueden ser dados de alta en el sector residencial. A estos se añaden los que permanecen de manera asilar

debido a patologías como oligofrenias, senilidad y cronicidad.

También existe algún caso diagnosticado de imbecilidad con muchos años de ingreso y que tiempo después se constata que lo que tiene el paciente no es más que una pobreza cultural significativa y falta de instrucción académica.

Los casos de función asilar también están recogidos; alguna persona pasará más de 20 años hospitalizada en el sanatorio sin medicación alguna al carecer de un lugar en el que residir.

Uno de los mayores problemas con los que se encuentran las asistentes sociales para el alta en los casos sin apoyo familiar, son los derivados de la opción de un empleo. En ese momento no existe en España legislación que proteja al paciente como ocurre en cambio otros países de Europa.

El loco tendrá serias dificultades para conseguir un empleo en la comunidad derivado del estigma que padece. No tendrá opciones laborales que permitan cubrir sus necesidades y mantenerse en un lugar de manera normalizada.

EL LOCO Y LA JUSTICIA.

La colaboración adecuada y justa con la administración de justicia en esos tiempos era difícil.

Determinados internamientos por autos judiciales no pudieron ser dados de alta o disfrutar de un permiso al no existir, para algunos jueces, argumentos clínicos de peso que se justifiquen como *"el no existir curación en el paciente"*, algo que ellos demandan para tal fin.

Se trataba sin duda de evitar conflictos en el entorno vecinal o familiar; para evitarlos la mejor solución era que quedase custodiado sine die, despreciando así el criterio clínico.

En otros casos el procedimiento judicial de ingreso era dudoso, se solicitaba entonces más información al respecto, a veces el expediente desaparecía o se extraviaba.

A todo esto se añade el dilatadísimo tiempo de respuesta de la administración al sanatorio, lo cuál podía convertir un ingreso vía judicial en un encierro de por vida.

Repasando los autos judiciales nos encontramos que como delitos más comunes de los locos figuran: los relativos a la alteración del orden público y de un modo especial, los que ocurren en celebraciones litúrgicas; también se recogen delitos de agresión, contra la moral, amenazas, contra bienes entre otros.

Como decía un dicho de la época: *"de la cárcel se sale, del manicomio no es tan fácil"*...

CONCLUSIONES:

El año 1959 fue una fecha de especial interés para la psiquiatría gallega con la apertura del sanatorio del Dr. Cabaleiro Goás. Este hecho posibilitó el tratamiento y acercamiento de decenas de pacientes diseminados por territorio español. Será una institución inicialmente regida por criterios progresistas: introduce los tratamientos disponibles de la época en el resto de España y Europa, dignifica el trato al loco y busca mantener los vínculos con su familia y lugar de origen, carece de muros que circunden su recinto en aras de evitar el ais-

lamiento de la población residentes, si bien su ubicación aislada de los núcleos urbanos más cercanos y durante años sin carretera de acceso son el primer escollo a la disminución del estigma social de la locura. Como en otros tiempos, los locos siguieron estando apartados y excluidos, como en otro tiempo lo fueron, leprosos y tuberculosos (de hecho el proyecto inicial fue la construcción de la leprosería del Norte de España, pero su fracaso permitió retomar y adaptar el edificio para hospital psiquiátrico, lo cual explica la ubicación de algunas de sus edificios: la lavandería alejada del resto del edificaciones, porque entonces se pensaba que la lepra podía ser contagiosa a través de la ropa). El argumento social para que esto ocurriera ha sido variopinto pero plagado de “razones” sobre las que reina el desconocimiento científico y los prejuicios. Evitar “el contagio de la locura”, la incomodidad que puede producir o que su cercanía pueda cuestionar las vidas de los repletos de razón son algunos de los argumentos utilizados para sostener el distanciamiento.

Los pacientes tendrán importantes dificultades para el ingreso en el sanatorio, enormes listados de espera suelen ser manipulados obligando al paciente a permanecer sin tratamiento en un domicilio que recela y se avergüenza del loco, cuando no lo mantiene en condiciones infrahumanas en la colectividad (celdas domiciliarias, atados, encerrados en cuadras y establos...)

El paciente “tipo” es un varón, procedente del medio rural, de profesión labrador, de origen y clase social humilde, sin formación académica y con un nivel económico muy bajo que determina que sus ingresos hospitalarios en gran parte sean de carácter benéfico.

En los inicios de funcionamiento del sanatorio se suponía que aquellos “privilegiados” que pudiesen ingresar en Toén tendrían un lugar donde sosegar sus almas, y mejorar, pero por obtener tan preciado premio tendrán que pagar también en muchas ocasiones un alto precio como es la posibilidad de ser repudiado socialmente al estar definitivamente “etiquetado” de loco. De esta manera el mejor modo de conservar su tranquilidad pasará por residir crónicamente allí con el riesgo de pérdida de parte de sus derechos como ciudadano, al pasar a configurar lo que se ha dado en llamar “la cronicidad o residuomanicomial”.

Domesticar o custodiar no es algo que suene lejano en el tiempo de los manicomios, para gran parte de la sociedad era lo deseable, el loco era sinónimo de peligro, de violencia, de agresividad, de no poder decidir, de encierro o alejamiento, de manejarlo o ningunearlo al antojo del otro, por haber perdido “la razón”.

Durante años el sanatorio no cuenta con asistencia permanente de un psiquiatra, los míseros sueldos que se pagan propician entre otras cuestiones que gran parte del día el sanatorio se encuentre bajo la custodia de la orden religiosa y del personal cuidador no cualificado.

Los tratamientos más habituales lo constituyen la farmacopea de la época, la laborterapia, el electroshock y las celdas de castigo.

Serán excesivas las ocasiones en que el paciente viva de manera asilar en el sanatorio, principalmente serán las familias quienes poco a poco espacien las visitas o que incluso se nieguen a llevar al familiar una vez estabilizado y en condiciones de estar de nuevo en casa.

Las primeras Trabajadoras Sociales consiguen una cierta integración de los pacientes en la comunidad. Su presencia contribuyó a que el desarraigo, la marginalidad, la dignidad y el restablecimiento de lazos sociales fuesen valores importantes a tener en cuenta. Los primeros años tendrían una labor decisiva, dentro y fuera del sanatorio, aportando una

visión femenina y más humana en el trato al paciente, asumiendo un papel informativo y educativo para las familias. Entre sus múltiples funciones y tareas una clave es establecer y posibilitar puentes sociales, factor fundamental para disminuir tanto el aislamiento geográfico como el social al que la mayoría de los pacientes estaban abocados.

En definitiva demasiados trayectos marginados, olvidados, infravalorados y estigmatizados, donde la honorabilidad del alienado siempre estuvo teñida de olvido.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

ACERO SÁEZ Cándida (1988). "La investigación en Trabajo Social.". Revista de la escuela de Trabajo Social n° 1. pag. 35-46.1998. edit. Universidad Complutense de Madrid.

ACERO SÁEZ Cándida (1997). Estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales a través de las historias clínicas de un hospital psiquiátrico. Tesis Doctoral (2004). Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Psicología Social.

CONSEGLIERI Ana, VILLASANTE Olga (2007). Revista asoc. Neurops. 2007, volumen XXVII n° 99 pag. 119-141. Neuropsiquiatría de postguerra: "Una aproximación a la población manicomial de Leganés".

HUERTAS GARCÍA - ALEJO Rafael (2001) . "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos". Frenia ISSN 1577-7200. vol 1 fascículo 2, pag. 7-33.

HUERTAS GARCÍA - ALEJO Rafael (1999). "Salud mental y cultura", entrevista a Rafael Huertas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Volumen XIX. Número 72. Octubre/Diciembre .

VILLASANTE Olga (2007). "Dossier: El manicomio nacional de Leganés: una aproximación histórica a partir de su archivo clínico". Frenia volumen VIII-2008, 33-68, ISSN:1577-7200.