

(01)

LAS CONTRIBUCIONES DE LA PSIQUIATRIA ITALIANA A CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Vincenzo Chiarugi. El amanecer de la psiquiatría.

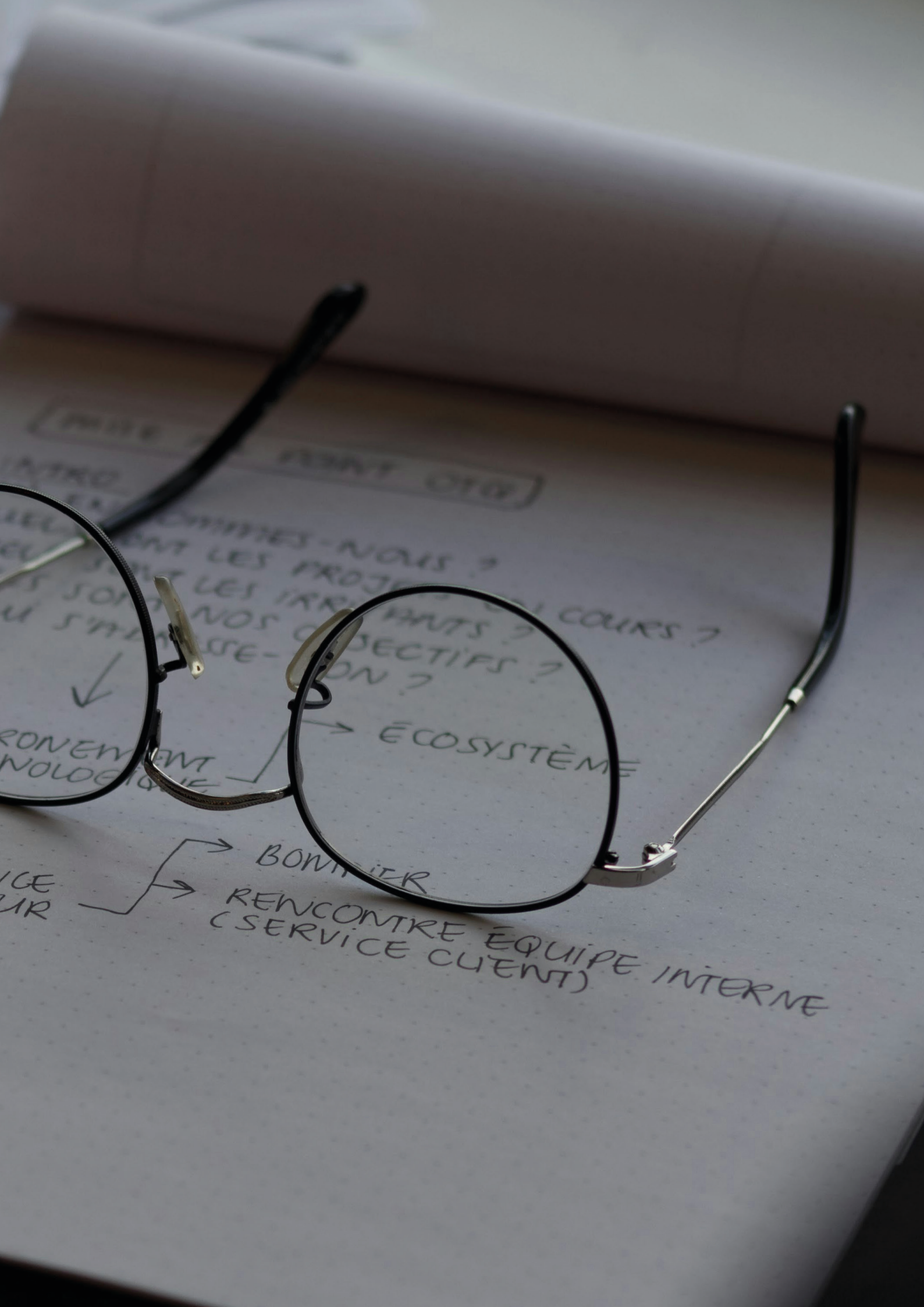
Autor: Ricardo Guinea.

Médico. Psicoterapeuta, Exdirector Hospital de Día Mentalia C. Universitaria, Madrid.
Presidente WAPR 1015-18.

Datos de contacto: guinea@rguinea.info

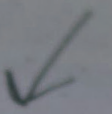
Palabras clave:

Vincenzo Chiarugi, psiquiatría italiana, antecedentes de la rehabilitación psicosocial.



PROJET

LES PROJETS - NOUS ?
LES PROJETS - LES PROJETS ?
LES PROJETS - LES PROJETS ?
LES PROJETS - LES PROJETS ?
LES PROJETS - LES PROJETS ?
LES PROJETS - LES PROJETS ?



ÉCOSYSTÈME

BONNITR
RENCONTRE ÉQUIPE INTERNE
(SERVICE CLIENT)

Hoy, la Rehabilitación Psicosocial de personas con enfermedad mental grave (RPS) es una compleja disciplina que convoca a profesionales de muy distinta formación, vertebrada sobre la idea general de prestar ayuda efectiva en la vida a personas que padecen las consecuencias de una afección mental grave y discapacitante. Es un crisol donde se amalgaman valores humanísticos, saberes muy distintos y funciones variadas. En ese crisol, las ideas psiquiátricas ocupan un lugar destacado.

En ese trabajo nos proponemos hacer una revisión, con propósito más divulgativo que académico, de la historia de las ideas en Psiquiatría, del camino que condujo a la formulación del campo de la RPS tal y como hoy la conocemos, y de los antecedentes intelectuales de la misma.

Lo haremos adoptando una perspectiva algo arbitraria: hacerlo desde la perspectiva de los aportes de la psiquiatría italiana. Tal arbitrariedad no lo es completamente. Que Italia ha hecho notables contribuciones a la historia de la psiquiatría ha sido puesto de relieve por la WPA, en un artículo editorial de 2018 (1). Otra razón es que la obra intelectual y política del italiano Franco Basaglia, figura muy destacada de la psiquiatría italiana, se presta mucho a ser analizada como antecedente próximo de lo que hoy conocemos como Rehabilitación Psicosocial. Al hablar de psiquiatría italiana, tengamos en cuenta que Italia como tal no estabilizó su delimitación política actual hasta 1948, por “psiquiatría italiana” nos referiremos más bien a la de la Italia cultural, tremendamente influyente sobre las ideas que han configurado la cultura europea y occidental, heredera de la gran tradición grecolatina.

A través de este ejercicio, esperamos aportar al lector una perspectiva lógica de la aparición y evolución de las ideas que han conformado la Psiquiatría actual, y luego la RPS, procurando transmitir su diversidad y complejidad. Trataremos de mostrar el formidable reto intelectual que ha representado crear teorías que permitan comprender y tratar el sufrimiento psíquico, honrar a quienes contribuyeron a construir las herramientas que hoy disponemos y quizás entrever líneas por donde será necesario seguir avanzando.

Convengamos que prácticamente todo lo que sabemos hoy lo hemos heredado de sabios del pasado. Un antiguo aforismo, repetido muchas veces (Prisciano en el siglo V, Bernardo de Chartres en el XII, Isaac Newton en el XVII, entre otros), me parece tiene hoy enorme pertinencia:

«Somos enanos encaramados a hombros de gigantes. De esta manera, vemos más y más lejos que ellos, no porque nuestra vista sea más aguda sino porque ellos nos sostienen en el aire y nos elevan con toda su altura gigantesca». (2)

Con el fin de ofrecer un texto sencillo de leer y evitar reiteración de circunloquios que terminarían siendo molestos de leer y tediosos de escribir, vamos a usar respetuosamente en este trabajo sintagmas de tradición clásica, como “locura”, “alienación”, o “enfermedad mental”, según convenga al contexto. El autor ruega que no se extraigan conclusiones del uso de tales expresiones.

Antecedentes

Antes de emprender nuestro viaje, necesitaremos un poco de contexto, aunque sea de trazo grueso, para comprender la sociedad y la situación que encontró a finales del siglo XVIII Vincenzo Chiarugi, nuestro primer protagonista.

Los historiadores han podido documentar que los seres humanos, desde el amanecer de la civilización, *tendemos a cuidar* a los de nuestro grupo que no pueden hacerlo por sí mismos (3). También está documentado que problemas asociados a “lo mental” ya eran conocidos hace más de 5000 años (4). Por último, las civilizaciones que lograron cierto grado de organización crean *instituciones* para el cuidado colectivo de quienes no podían hacerlo por sí mismos, bajo diversas versiones del *asylum*, palabra griega para denotar *refugio* o lugar de *protección* (5). La forma de prestar los cuidados, ya fuera en redes informales como la familia, o de manera organizada como en los primeros *asylum*, así como la naturaleza del cuidado, ha dependido del saber de cada época histórica, y ha variado mucho en el tiempo. Esta es una de las razones por las que en este artículo se presta atención, siquiera superficialmente, a las ideas filosóficas y políticas, a las condiciones socioeconómicas de cada época, factores todos ellos que influyen en la forma de atención a los vulnerables y necesitados, dentro de los cuales están, y han estado siempre, las personas con enfermedad mental grave.

En el siglo XI, comienza en Europa un proceso social nuevo en occidente: el nacimiento y posterior florecimiento de las ciudades. Factores como la reducción de las invasiones, el desarrollo económico gracias al comercio, el desarrollo de industrias como la artesanía, hicieron que las sociedades empezasen a transitar de una organización eminentemente rural a otra de característica urbana, organizada alrededor de plazas centrales y mercados, acompañados de la construcción de monumentos, catedrales, etc., posible gracias a la existencia de excedentes económicos. El nivel de vida medio mejoró con la progresiva disponibilidad de mercancías. Aparecieron los oficios. Este lento pero progresivo cambio social, estratificó la sociedad, aumentó la visibilidad de las diferencias sociales, e hizo que *la pobreza* emergiera como fenómeno identificable y socialmente visible.

Pobres eran *los que carecían de lo necesario para subsistir por sí mismos*. Era una clase muy heterogénea (6). Reunía a ciegos, sordos, enfermos neurológicos, discapacitados intelectuales, alcohólicos, viudas, huérfanos, ancianos desvalidos. También incluía a los *pillos* y los *holgazanes*. Y desde luego incluía a los afectados por enfermedades mentales.

Se ha documentado que, al menos hasta el siglo XIII, antes de la aparición de las sociedades preindustriales, la tendencia a la *integración de los pobres* superaba a la de *exclusión* (6). A menudo existía una red informal de apoyo básico, familia o vecinos, que se ocupaba de los necesitados. La motivación explícita dominante para el cuidado era la *caridad* cristiana. Pero si la red básica fallaba, por ser poco caritativa, o porque el cuidado del deudo en cuestión fuera difícil por lo abigarrado de su conducta, etc., el destino de esas personas desafiadas, era “vagar sin rumbo”, en busca azarosa de albergue caritativo en núcleos habitados o monasterios. Como señala Álvarez Uría (7), ese tipo de población tan heterogénea se podía encontrar todavía en los manicomios del siglo XIX. Estos desventurados, como describe Foucault en su famosa “Historia de la locura en la época clásica” (8), estaban expuestos a sufrir de los fenómenos excluyentes que siempre han existido en los grupos humanos, incluyendo la posibilidad de ser expulsados de los núcleos urbanos si creaban problemas. Foucault ilustró esa exclusión mediante las potentes metáforas de la “*nave de los locos*” (“*stultifera navis*”) o de “*el gran encierro*”. Pero historiadores contemporáneos, como Mariana Labarca (9), han encontrado que con frecuencia la empatía y el sentido común de familiares y autoridades encontraban la forma de dar algún remedio a la mayoría de los desventurados, y los fenómenos de exclusión que Foucault describe, no eran la norma.

El progresivo crecimiento de las ciudades hizo que éstas fueran lugar creciente de refugio de muchos de esos desafiados, que encontraban para su subsistencia un entorno más favorable que el del medio rural. El resultado fue que la pobreza concentrada en las ciudades fue progresivamente más y más visible con el tiempo, hasta convertirse en un asunto de orden público.

Durante toda la Edad Media, el pensamiento estaba construido alrededor de la religión. Pero a partir de finales del siglo XIII, tras siglos de teocentrismo, emerge un movimiento intelectual nuevo, el Humanismo (10). Lo hace de la mano de visionarios artistas y poetas como Dante, Petrarca o Boccaccio, que vivieron en torno a la región italiana de la Toscana. El Humanismo prefiere la razón a la fe; valora al individuo en sí mismo, su dignidad y su potencial. Ahora se puede empezar a ver al ser humano desde la perspectiva laica de su libertad y de su responsabilidad individual. Aparece una nueva legitimidad en la búsqueda del bienestar terrenal, que empieza a ganar peso como valor social (hasta las elevadas demandas de nuestros días).

En 1526, el humanista renacentista de origen valenciano Luis Vives publica en la ciudad de Brujas, su obra "*De Subventione Pauperum*" ("*El socorro de los pobres*") (11), considerada obra seminal del estudio de la asistencia pública. En su análisis del fenómeno de la pobreza, Vives identifica múltiples causas. Unas serían sobrevenidas al individuo, lo que a su juicio genera *responsabilidad social*: la falta de ocupación, educación u oficio, la enfermedad. Pero de otras responsabiliza al individuo. Vives cree que hay *pobres que lo son de manera voluntaria*, y plantea el tema de la responsabilidad individual. Entre las medidas que propone Vives para remediar la pobreza, alguna ya era conocida: la creación de hospitales o asilos públicos. Pero también hay algunas ideas nuevas: *la creación de oportunidades* (por ejemplo, escuelas públicas para que los niños pobres adquirieran herramientas para salir de la pobreza), o la adopción de *medidas de tipo coercitivo*, tentación que como veremos más tarde, ha venido siempre a asociarse a la asistencia pública (en el caso de Vives, proponiendo talleres de trabajo obligatorio para los que pudieran trabajar). Los gobernantes humanistas, aceptaron la idea de ocuparse de la pobreza (12).

De esta manera, se fueron creando hospitales públicos, originalmente encomendados en la atención asistencial. Así, por ejemplo (13), Luis XIV, el más famoso monarca absolutista francés, emitió en 1656 un *Edicto de Creación de Hospitales Generales* públicos. A ese noble fin se reformaron varios hospitales preexistentes, incluyendo el Hospital de *Bicêtre* de París, que había tenido previamente funciones de hospital militar, prisión, orfanato, y finalmente se convirtió en el famoso manicomio donde pocos años después Philip Pinel "liberó de las cadenas a los alienados".

Sin embargo, ya fuera por su propensión autoritaria o presionado por los desórdenes que producía la pobreza, el edicto de Luis XIV incluyó la prohibición de la mendicidad. Comoquiera que esa medida resultara insuficiente, se completó en 1657 (solo un año después) con otro edicto que permitía encierros involuntarios en los hospitales públicos. De nuevo vemos la asociación de lo asistencial con lo coercitivo.

Se inició en las ciudades una persecución de los pobres por parte de la policía: el conocido grupo heterogéneo de mendigos, vagabundos, ciegos, tullidos, locos, vagos, prostitutas, etc. Las medidas generaron gran descontento popular, que se había de añadir al ya existente por ver cómo las diferencias de calidad de vida se hacían cada vez más divergentes entre la gente común y los privilegiados de las elites aristocráticas. Con esas medidas, la cantidad de huéspedes de esos hospitales públicos de París se incrementó rápidamente. Si en 1657 el hospital alberga 800 internos, la cantidad llegó a 8000 en 1788. A pesar de sucesivas ampliaciones, el aumento de la población en los hospitales produjo los previsible problemas de hacinamiento, falta de higiene y ventilación, etc., con dramático impacto sobre la dignidad y salud de los allí recluidos, fenómeno que acompaña frecuentemente a los manicomios hasta bien entrado el siglo XX (7). A ello había de sumarse la forma muy poco caritativa de emplear la coerción propia de la época, que permitía restricciones físicas comparables a las de las prisiones.

En paralelo, con los avances de la ciencia -hacia finales del siglo XVIII-, y con semejante población reunida en los hospitales públicos, se empezó a hacer posible y necesaria la especialización de los médicos de los hospitales. Bajo su mirada, del grupo informe de “los pobres”, ya se daban las condiciones para distinguir en la asistencia un subtipo particular, el de *los alienados*, anticipándose la figura del alienista, el médico especializado en alienados. Para un médico de finales del XVIII, como lo fue Vincenzo Chiarugi, la atención ya no podía ser cuestión de retórica y buenas intenciones. Se imponía la necesidad de un cuerpo de conocimiento racional, acorde con los tiempos. Téngase en cuenta que, por entonces, la ciencia ya está ofreciendo en otros campos éxitos importantes. Lavoisier ya entiende la combustión como una reacción química, Linneo ha establecido un método clasificatorio racional en botánica, Newton ha formulado las leyes de la gravitación. Aparece la tecnología: se están creando la máquina de vapor, el telar mecánico, el termómetro, el pararrayos. Se están descubriendo las vacunas. El método empírico alcanza la medicina. El método anatómico-clínico está comparando las lesiones encontradas en el cuerpo con su expresión clínica. Se normaliza el estudio post-mortem de los enfermos. Se abandona una medicina retórica en favor de otra donde se van imponiendo la observación y la experimentación.

Estamos a finales del siglo XVIII. Se preparan enormes cambios sociales. Va a estallar la Revolución Francesa. Los gobernantes tienen que gestionar problemas propios de grandes ciudades: en París unas 650.000 personas. En Florencia, donde comenzamos nuestro viaje con Vincenzo Chiarugi, unos 70.000.

Tal había de ser, más o menos, la situación que encuentra en su primer trabajo como joven médico, en el Hospital de Santa Dorotea, en Florencia.

VINCENZO CHIARUGI (1759–1820).



Vincenzo Chiarugi (1759–1820) (14,15,16) nació en Empoli, cerca de Florencia, capital de La Toscana, entonces un estado independiente, relativamente estable y próspero. Su padre era médico, descendiente de una familia acomodada. Estudió filosofía y medicina, en Pisa. Terminó su habilitación médica en Florencia, donde recibió licencia de médico en 1780, casi el mismo año que Kant publica su “Crítica de la Razón Pura”, Mozart publica su 3º Sinfonía, y está terminando la Guerra de Independencia de los Estados Unidos.

Chiarugi empezó a prestar servicios en el Hospital de Santa Dorotea, un antiguo hospital creado más de un siglo antes, que admitía pacientes dementes. Siendo Chiarugi un médico joven, su actividad llegó al conocimiento Leopoldo II, Gran Duque de la Toscana, entonces un estado independiente.

Leopoldo II ejercía el gobierno al modo de la época, el Absolutismo Ilustrado. Concentraba todo el poder ejecutivo y legislativo del Ducado. Resultó un gobernante moderado, hábil y con inclinaciones innovadoras. Su gestión de la economía incrementó la riqueza y recursos del Ducado. Como buen ilustrado, valoraba la ciencia y apoyaba su desarrollo. Tenía sensibilidad para los problemas de salud pública: hizo disponible para los ciudadanos una versión de vacuna para la viruela importada de Asia, solo unos años antes de que Jenner creara la versión europea, en 1796. Introdujo reformas políticas innovadoras para su tiempo, como la supresión de la pena de muerte y la prohibición de la tortura. Quiso promocionar una ley de derechos de los ciudadanos y de separación de poderes legislativo y ejecutivo que resultó demasiado avanzada para su tiempo y no recibió los apoyos necesarios.

Bajo la autoridad de Leopoldo II, se emite 1774 una orden que se ha venido a denominar la *Legge sui Pazzi* (Ley sobre los Locos), atribuyéndole un valor de novedad, no solo legislativa, sino conceptual. Conti (14) considera que fue “la primera Ley específica sobre enfermos mentales en Europa”, una ley pionera que, no se fija en la dimensión del loco como excluido social problemático, indiferenciado entre otros pobres, como pudieran ser los edictos mencionados de Luis XIV. *La Legge sui Pazzi* distingue al loco del grupo donde ha estado tradicionalmente confundido (junto con vagos, pillos y maleantes), lo identifica como enfermo, encomienda su cuidado a la medicina, y dicta normas de humanización de su trato.

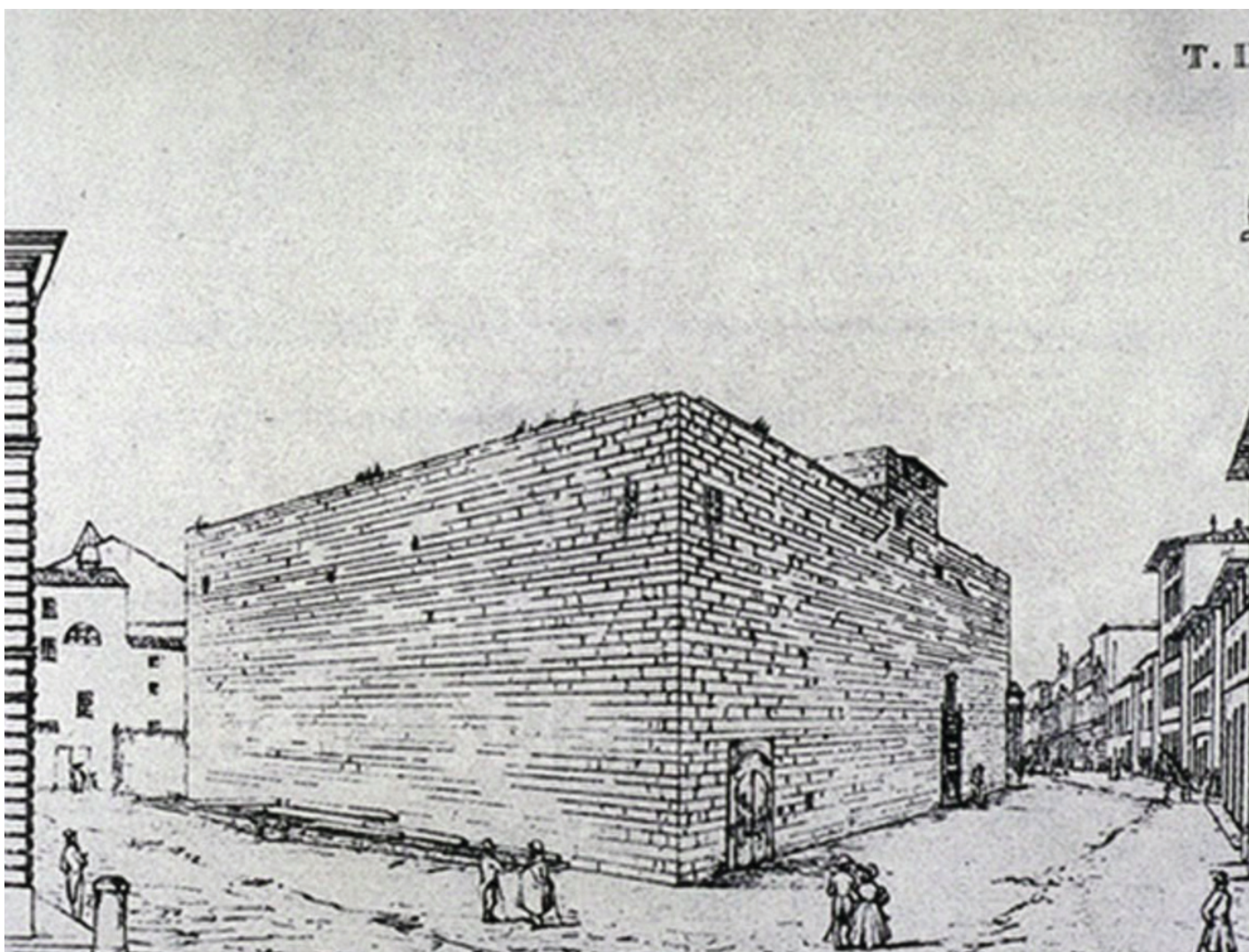
El relato de Conti, siendo cierto, es un poco hagiográfico. El documento original de la Legge sui Pazzi, (16) es en realidad una breve circular en la que un funcionario hace referencia a una orden de Leopoldo II para que los “maníacos” sean trasladados a Sta. Dorotea inmediatamente, sin trámites administrativos que puedan retrasar su tratamiento. El funcionario parece que está desarrollando el reglamento de la orden de Leopoldo. De la lectura del documento, se podría concluir que algunas personas que puedan haber creado problemas de orden público son identificados como “maníacos”, no como delincuentes, por lo que establece que sean trasladados a Sta. Dorotea directamente, y allí sean inmediatamente examinados por un médico del hospital, que debe ser el que determine si deben o no ser internados. La circular también ordena que en el mismo acto se debe evaluar la capacidad del paciente o su familia de pagar su manutención para, en caso de insolvencia, arbitrar que se le pueda admitir como “pobre” a expensas de “la Comunidad”.

Santa Dorotea, donde trabajaba Chiarugi, era un antiguo hospital, inaugurado más de un siglo antes, como hospital que aceptaba *dementes* (por tanto, diferenciables de los pobres). Era un sitio pequeño, con unos 65 pacientes, dirigido por un médico residente y dos consultores. A diferencia de lo que pasaba en otras instituciones del tiempo, los ingresos prolongados allí eran raros, y en su mayoría breves. Pero tenía ya su propia versión de la *puerta giratoria*: abundaban los reingresos. Los pacientes -o sus familias- habían de pagar parte de su manutención, o ser tratados como indigentes y financiados por el erario. Los historiadores creen que el trato de los indigentes era distinto del de los de pago.

Chiarugi, reformador

En 1784, cuatro años después de la “*Legge Sui Pazzi*”, Leopoldo II nombró director del Hospital a nuestro joven Vincenzo Chiarugi, que se había hecho notar ya por iniciar algunas actividades reformadoras, aun sin tener ninguna responsabilidad directiva. La población de Santa Dorotea empezó a aumentar, y en poco tiempo hubo problemas de hacinamiento, por lo que hubo que habilitar también el antiguo Hospital para pobres, el Hospital de Bonifacio en 1788.

Chiarugi redactó un reglamento para ese hospital, tarea que terminó en 1789 (el mismo año de la Revolución



La Legge sui Pazzi, detalle de facsímil de archivo

Francesa, que proclamó que los ciudadanos tenían derechos). Se lo denominó el “Reglamento de Bonifacio”. En el Reglamento, Chiarugi toma en cuenta múltiples aspectos de la gestión del Hospital. Regula la formación de los nuevos profesionales, crea una escuela de Medicina, regula el régimen de abordaje del paciente, incluyendo su correcta identificación, la confección de una historia clínica personal, protocoliza el régimen institucional, con atención a la higiene, ventilación, saneamiento e instalaciones. El Reglamento contiene también normas para el personal del hospital: debían conducirse con respeto y evitar los castigos físicos. Se permite la contención física, pero con dispositivos que eviten producir lesiones. Se protegía el régimen jurídico de los pacientes: en el caso de ser internados forzosamente, se requería además del certificado médico, una orden del juez y del alcalde.

El nuevo hospital admitía pacientes muy heterogéneos. Contaba con cinco servicios: “locos, incurables, enfer-

ILLUSTRAZIONE.

Della prescrizione dei de'ltti abbiamo langamente parlato nell' Illustrazione alla Legge del 22. Settembre 1762. da noi prodotta nel *Tomo IV. pag. 396.* che viene richiamata in osservanza col presente Sovrano Motuproprio.



LETTERA CIRCOLARE

Del Soprassindaco a' Cancellieri delle Comunità relativa a' Dementi del mese di Gennaio 1774.

Estratta da un Esempl. stampato in Firenze nella Stamp. Grand.



Molto Illustre ed Eccell. Mio Padron Osserv.

Essendosi S. A. R. degnata di accordarmi la facoltà di fare ammettere nello Spedale di S. Dorotea senza preventiva partecipazione della R. A. S., ma previa le dovute verificazioni i Maniaci dello Stato, compresi ancora quelli del Pistoiense, e di ordinare a carico di chi deva posarne il mantenimento, per evitare ogni inconveniente che dal ritardato racchiudimento di tali Maniaci potesse provenire, le commetto che ogni qualvolta nei luoghi di questo suo Dipartimento si scopra alcuno attaccato da simile infermità, lo faccia subito visitare dai pubblici professori per rico-

noscere se realmente sia in grado di dover essere rinchiuso in detto Spedale, e mentre sia ritrovato tale s'informerà con ogni sollecitudine, ed accuratezza se abbia parenti, o beni di ragione tenuti al di lui mantenimento per ritrarne in questo caso da chi spetta l'opportuna obbligazione in buona, e valida forma, in cui dovrà essere espresso qual sorta di trattamento deva avere il Maniaco secondo la retroscritta Tariffa.

Qualora poi non siano i di lui parenti, o beni in forze di poter supplire al di lui mantenimento procurerà che dai rappresentanti la Comunità ne sia fatto il conveniente partito per esservi mantenuto come povero a spese dell'istessa Comunità, rimettendo-

T. XXXI.

C o 2

mi

El Ospedale de Santa Dorotea en 1646

mos de la piel, soldados e inválidos”.

Manténía ese estatus de asilo donde enfermedad, dependencia, pobreza y locura iban de la mano. Curiosamente, el ámbito de competencia médica de los alienistas de entonces reunía el conocimiento de la alienación con el de la dermatología.

Las reformas que prescribió el Reglamento fueron exitosas, y se extendieron progresivamente a otros hospitales de Nápoles y Florencia. Es decir, tuvo influencia, al menos regional.

Además de sus servicios como alienista, como era habitual entonces, Chiarugi prestó durante su vida otros servicios destacados como epidemiólogo. Fue el encargado de dirigir las medidas de salud pública para afrontar la epidemia (probablemente tifoidea) de Florencia de 1804, para lo cual organizó operaciones de “policía sanitaria”. La misma función se le encomendó de nuevo en otra epidemia similar en 1817. También tuvo actividad docente. Como profesor, fue en 1805 el primer titular de la cátedra de “Enfermedades afrodisíacas y trastornos intelectuales”, que pasa por ser la primera en delimitar la enseñanza universitaria del conocimiento de la locura como la especialidad médica independiente. Ocupó otros puestos docentes destacados, como el de profesor de “dermatología y enfermedades mentales”, en Pisa.

Obra intelectual

Chiarugi desarrolló una significativa obra intelectual. En 1793 publicó un tratado: *“Della Pazzia in genere, e in specie. Trattato médico analítico, con una Centuria di Osservazioni”*, obra que amplió en ediciones sucesivas.

Antes de Chiarugi, ya se había pensado la melancolía como un posible problema del cuerpo, asociándose a “problemas en la digestión” o “evaporación de partes sutiles de la sangre”, interpretaciones retóricas e improbables (15). Pero en el tiempo de Chiarugi, la ciencia estaba cobrando fuerza. Coulomb ya había logrado comprender y describir científicamente las leyes matemáticas de una noción tan extraordinariamente elusiva como el electromagnetismo (en 1785). El tiempo de las explicaciones retóricas estaba pasando.

El *Trattato* tiene una metodología empírico-observacional, acorde con los desarrollos filosóficos del empirismo. Se acompaña de historiales clínicos detallados de un centenar de pacientes, y aporta también un informe necrópsico de al menos a mitad de ellos, donde se esfuerza en buscar lesiones anatómicas que pudieran correlacionar la pazzia con los fenómenos clínicos.

El primer problema en toda disciplina es delimitar el objeto de estudio. Para ello hace falta una matriz conceptual que pueda contener y dar sentido a los fenómenos observables. Veamos cómo lo hace Chiarugi. Primero, describe a una persona afectada por la *pazzia*.

“Podrá decirse loco con justicia al infeliz individuo de la especie humana que sin tener enfermedad febril o lesiones de los sentidos externos y fuera de las circunstancias del sueño, embriaguez y otras causas similares, demuestra tener sensaciones que no tienen otros en la misma situación, actúa o razona de una manera contraria a las sensaciones de las que tenemos razones para suponer que debería tener, y por último, está persuadido de un error, en sí mismo fácil de reconocer, que antes no lo habría engañado, y sin que la fuerza de la razón y el testimonio de los sentidos pueda convencerlo”.

Vemos que Chiarugi parte de la *observación*: identifica fenómenos observables en el centenar de informes que presenta. En su delimitación de la pazzia ve fenómenos: alteraciones de los sentidos (hoy, fenómenos alucinatorios), alteraciones del juicio, o estar persuadido de un error que escapa al análisis de la razón (los fenómenos delirantes de hoy).

Algunos pacientes de su archivo encajan bien en esta definición general de pazzia, pero otros presentan características algo diferentes, por ejemplo:

“... una desconexión general de ideas con respecto al presente, el pasado y el futuro, y sin distinción de las relaciones; acompañada por una rápida transición que va de una serie de pensamientos a otra, absolutamente ajena, una excitación y audacia inusuales, y por el impulso y la violencia en todos los juicios, que lo llevan a tener un lenguaje y un comportamiento muy coléricos y furiosos”

Ahora parecería que está describiendo fenómenos cognitivos y afectivos propios de lo que hoy llamaríamos episodio maníaco: las alteraciones afectivas y del curso del pensamiento. Aún una tercera clase de pacientes presentaba:

“Una irregularidad o imperfección general, o casi general, en las operaciones del intelecto y de la voluntad. Usualmente sin emociones precisas, ya sean de tristeza o de cólera, y con debilitamiento e imbecilidad en todas sus acciones”.

Así pues, Chiarugi ve fenómenos de naturaleza diversa: defectos en la conexión de las ideas, cambios en la velocidad del curso del pensamiento, estados emocionales alterados, errores del juicio, debilitamiento de funciones, trastornos de la voluntad, alteraciones de la conducta. Una lista exhaustiva de los fenómenos que observa y relaciona con la pazzia sería larga, y que no deja de producir admiración en un momento tan preliminar de la construcción de la disciplina.

Chiarugi también supo observar que los cuadros de pazzia eran evolutivos, añadiendo un factor diacrónico a sus observaciones, dato en el que se adelanta a autores posteriores que se fijaron en el curso de la enfermedad para identificar distinciones en su naturaleza.

También ve como las desviaciones del funcionamiento mental que observa se agrupan de maneras diversas,

lo que da lugar a un esbozo de taxonomía. Propone una división de la pazzia en tres sub-especies, y les asigna un nombre:

“La Melancolía es una Locura parcial limitada siempre a uno o unos pocos temas relacionados entre sí. La Manía es una Locura general acompañada de la audacia y el furor en las acciones voluntarias. La Amencia es una Locura general o casi general, con alteraciones en las capacidades intelectuales y volitivas, pero habitualmente sin emociones”.

El lector informado observará que sus expresiones no se corresponden con las categorías taxonómicas actuales. Lo que Chiarugi llama melancolía parece denotar trastornos de tipo delirante. La manía de Chiarugi sí recuerda a la manía actual por las alusiones a la audacia y el furor. Y la amencia podría corresponder a lo que hoy vemos como procesos involutivos. En la obra de Chiarugi hay un esfuerzo taxonómico y delimita diversas especies de Pazzia, pero manteniendo una concepción de ésta como una única enfermedad. Esta intención está presente desde la elección del nombre de su obra, donde alude al “género” y “especies” de la locura, usando conceptos popularizados para la ciencia por Linneo.

Se considera a Chiarugi un precursor de la idea de la “psicosis única”, según la cual todas las psicosis comparten un síndrome axil común, como defendió mucho después el español Bartolomé Llopis (1905-1966). Para algunos esto es algo más que una pieza interesante de arqueología psiquiátrica, especialmente a partir de estudios genéticos contemporáneos.

Chiarugi no se limita a observar. Como buen filósofo natural, trata de responder a preguntas, que me parece están implícitas en sus razonamientos. *¿Por qué será que será que eso que observo sucede en algunas personas, y no en otras? ¿Será por algún tipo de alteración de, digamos, ciertas facultades del alma, categoría escolástica que aún usa Chiarugi? Y si fuera así, ¿qué facultades serían esas? ¿Cómo se podría conocer la naturaleza fáctica pero inmaterial de tales funciones? ¿Se podría conocer sus leyes? ¿O habría que construir respuestas en ámbitos alejados del alma, en sutiles alteraciones del cuerpo, aun no identificables cambios en la naturaleza material? ¿Habría que escudriñar más y más en la mesa de autopsias, en busca de esas alteraciones hasta ese momento desconocidas?*

Tengamos en cuenta que en tiempo de Chiarugi ya se conocía el microscopio, pero era aún una herramienta rudimentaria que carecía de la resolución óptica necesaria para distinguir las microestructuras del cuerpo, y tampoco se contaba con medios de tinción adecuados que las pudieran hacer visibles, que no estuvieron disponibles hasta Golgi y Cajal, muchos años después. El tejido nervioso se presentaba en la mesa de disección ante Chiarugi, como se presentaría hoy al ojo desnudo ante cualquiera de nosotros: como una masa gelatinosa, con algunas diferencias y estructuras macroscópicas visibles. Poner esa masa gelatinosa en relación con cualesquiera funciones humanas que se pudieran definir o delimitar a partir de la observación de la conducta de los sujetos, era una tarea estrictamente inconmensurable. La dificultad se nos antoja superior en dificultad a la que afrontó Coulomb ante el fenómeno del electromagnetismo. Tal era el enigma que abordan Chiarugi y sus contemporáneos.

Veamos ahora las herramientas intelectuales de las que dispone. Descartes había publicado para la filosofía su “Discurso del método” en 1637, más de un siglo antes. Descartes razonaba allí sobre el entendimiento humano con una versión del dualismo que se puede reconocer en Chiarugi.

Para Descartes, el enigma del entendimiento se aborda considerando que en él confluyen dos sustancias distintas. Una sutil e invisible, la res cogitans, un trasunto del alma de los escolásticos. La otra claramente material, la res extensa, sujeta a las leyes de la física, con propiedades que se pueden estudiar, como temperatura, color, peso. Aristóteles, muchos siglos antes, había razonado de manera parecida, conjeturando un alma concebida como la forma de la materia del cuerpo.

La estructura de la parte material del ser humano, la res extensa, no era aún bien conocida, pero la química no era totalmente inconcebible entonces. Sin embargo, razonar sobre la naturaleza de la otra sustancia, la res cogitans, por otro nombre el alma, era otra cuestión.

En 1690, casi un siglo antes, el médico y filósofo escocés John Locke había compuesto su “Ensayo sobre el

entendimiento humano”, proponiendo bases para una discusión laica sobre la naturaleza de la mente y fenómenos relacionados. Locke razonaba de manera distinta a Descartes. No argumentaba sobre ninguna clase de alma. La mente no sería una sustancia con propiedades cuasi sobrenaturales, sino algo que emanaba de la materia, susceptible por tanto de interactuar con el mundo físico. Para Locke, el estudio de la mente habría de ser posible mediante el estudio de sus propiedades: el lenguaje, la conciencia, la percepción o la identidad. Para Locke la mente es un agente que cuando nacemos está en situación de tabula rasa, que se va nutriendo de la experiencia, de las sensaciones, susceptibles de almacenarse, base de lo serían las ideas que la conforman. En similar dirección, David Hume había publicado en 1739 su “Tratado de la naturaleza Humana”, donde trata el tema desde parecido punto de vista empirista y naturalista. Pero el trabajo de Chiarugi no tomó esa dirección. Chiarugi se habría formado en suposiciones parecidas a las de Descartes para explicar la mente, que son las que usa en sus razonamientos.

Antes de Chiarugi, médicos anatomistas como Thomas Willis ya habían planteado la relación entre el encéfalo y funciones corporales (17). Los nervios periféricos habían de ser “agentes de la sensación y el movimiento”. Contemporáneo de Chiarugi, el médico escocés William Cullen, había trabajado experimentalmente con otra fuerza aún misteriosa, la electricidad, y conocía algunos efectos de ésta sobre los cuerpos vivos. Cullen presentó una teoría que pasa por ser pionera en relacionar formalmente fenómenos de tipo mental con el soporte corporal, y propuso un concepto de “neurosis”, definida como:

“... la afección del regulador unitario y general del organismo: el sistema nervioso, y especialmente de las potencias de los sentidos y el movimiento.”

Chiarugi conocía esos avances y de hecho, su modo de clasificación de las variantes de la pazzia fue una reinterpretación de la de Cullen (manía, melancolía y demencia). Da por sentado en su Tractato que el encéfalo es el lugar concreto de la res extensa, donde se producen las operaciones necesarias que el cuerpo realiza para dar soporte material a los procesos de la otra sustancia, la res cogitans. Chiarugi suponía que el alma podía tener efecto sobre el cuerpo, pero desde el punto de vista estricto de la causalidad, la causa de pazzia había de ser buscarse en el cuerpo, y no en el alma, ya que:

« El alma, ser inmaterial, incapaz de cambios en su esencia, inalterable en su sustancia, no puede sucumbir en estas afecciones, a la cuales se encuentra sujeta la materia y que constituyen las enfermedades ».

Mente y alma, espíritu y materia, habían de estar unidas de alguna forma y nada de lo que afectara a una dejaría de afectar a la otra. Así escribe:

« Es en la fuerza de acción recíproca entre el espíritu y la materia en lo que consiste precisamente la vida humana, y la máquina que sirve al ejercicio mutuo de las facultades respectivas es el Sistema Nervioso, en el que el Cerebro es el centro, origen principal y único».

Chiarugi tiene que afrontar la pregunta que acecha a todo buen dualista: la interconexión entre las famosas dos sustancias. Filosóficamente, cómo dos sustancias de naturaleza diferente pueden interactuar, no es un problema menor. A menos que las dos sustancias encuentren una interfaz accesible a las dos, el problema es insoluble sin recurrir a alguna forma de explicación cuasi sobrenatural. Descartes suponía la interconexión en la glándula pineal. Hoy la llamamos hipófisis y sabemos que no tiene esa función. Chiarugi propone una variante, la existencia de una interfaz especial: el Sensorio Común, que supone situado entre la Sustancia Cortical y la Sustancia Medular del encéfalo, diferenciables las necropsias. Ninguna de las dos versiones resuelve bien el complejo problema de la relación mente-cuerpo.

Admitido que la pazzia es una enfermedad que tiene su causa en algún suceso del cuerpo, Chiarugi especula sobre distintas posibilidades causales. Alguna de sus hipótesis resulta muy abstracta, como la de una supuesta “acción inmediata del alma”. Otras, sin embargo, resultan más prometedoras, al menos como punto de partida de una futura explicación fisiológica, Sería el caso del “debilitamiento de la actividad nerviosa”, “la plétora de sangre en el sistema vascular”, o el “depósito de sustancias morbosas en el Cerebro”.

El Tractato menciona también las medidas terapéuticas que se empleaban: sangrías, baños de agua fría, o res-

tricciones físicas. En un par de ocasiones menciona el Tratamiento Moral, que por lo tanto era ya conocido por él. Pero en conjunto, los tratamientos que describe no parecen estar especialmente dirigidos por ese método. De ahí se colegiría que las innovaciones de su Reglamento para mejorar las condiciones de los pacientes, no eran parte de una estrategia terapéutica, sino más bien humanística.

Tal es, en síntesis, la esencia del aporte conceptual de Chiarugi a la construcción de la futura psiquiatría.

Un lugar en la historia

Chiarugi era 11 años mayor que su contemporáneo Philippe Pinel (1745-1826), mucho más reconocido históricamente que él. Pinel suele recibir el crédito de haber sido el pionero en “liberar a los locos de las cadenas”, momento inmortalizado para la historia de la psiquiatría por el conocido cuadro del pintor Robert-Fleuri.



Pinel trabaja en París (13). Es nombrado en 1793, a sus 48 años, responsable del asilo de Bicêtre (para hombres) y luego de la Salpêtrière (para mujeres y niños), que llegó a albergar 10.000 internos. Su nombramiento es 5 años posterior al de Chiarugi en Santa Dorotea, que también era mucho más joven al recibir su cargo, 25 años.

Pinel estuvo cerca de la acción política de la Revolución Francesa, si bien luego se distanció en los terribles años posteriores conocidos como “el Terror”, en que los revolucionarios encabezados por Robespierre practicaron la brutal represión que incluyó unas 17.000 ejecuciones en toda Francia, más de la mitad sin juicio, a lo que se añadiría otra gran cantidad de personas apresadas y muertas en cárceles. El interés de subrayar este tipo de sincronías radica en que nos permite poner en perspectiva la situación en que había de vivir la población, los valores sociales dominantes, y las reglas bajo las cuales había la gente de sacar adelante sus vidas. La brutalidad de los encierros a los que según las crónicas eran sometidos en los hospitales los alienados de la época, estaba en consonancia con la similar brutalidad de las medidas que se tomaban para el control social de la población en general. Ese era el contexto en el que Pinel asumió su tarea.

Como Chiarugi, Pinel fue consciente de las miserables condiciones de vida en los asilos de su tiempo y planteó a las autoridades civiles la necesidad de reformas. Al hacerse cargo del Hospital de Bicêtre se encontró con internos que habían permanecido tiempos muy prolongados en situación de cautiverio, con restricciones físicas y mala alimentación e higiene. Pinel se inspiró en las ideas de un trabajador del Hospital, Jean-Baptiste Pussin (18). Pussin, que no había tenido formación médica, llevaba tiempo trabajando en Bicêtre, primero como maestro de niños enfermos, y luego con responsabilidades como vigilante, cuidador y finalmente supervisor.

Desde su puesto, ya antes de la llegada de Pinel, había sido tenaz defensor de la mejora de las condiciones de los pacientes, por ejemplo, exigiendo a los administradores aumentar las raciones de pan. Cuando Pinel tomó la dirección del hospital, ve que Pussin practicaba una nueva forma de trato que se había mostrado eficaz: “era muy humano con los enfermos, y cuando eran liberados de las cadenas, se portaban bien”. Se le atribuye que escogía el personal del centro entre pacientes curados y convalecientes: un antecedente de la idea contemporánea de los “usuarios expertos”.

Pinel apoyó las ideas de Pussin, y desde la autoridad que le confería su superior rango, combatió las prácticas inhumanas, si bien parece que solo logró las autorizaciones necesarias para sus reformas tras la finalización de la época del “Terror” posterior a la Revolución. Como Chiarugi, Pinel contribuyó a la nosografía de su tiempo, en su obra de 1798 “Nosographie Philosophique” (o Méthode appliquée à la médecine), publicada cinco años después de la de Chiarugi.

Esquirol, discípulo y sucesor de Pinel, atribuye a éste el crédito histórico de pionero de las reformas de los asilos psiquiátricos de la época, idea que ha dominado la historiografía psiquiátrica. Esa idea, un tanto chauvinista, fue discutida públicamente en 1864 por Carlo Livi, ilustre alienista y médico italiano que, en una extensa carta pública, reivindicó el legado de Chiarugi como verdadero precursor de las reformas (19).

Reivindicaciones aparte, lo cierto es que en otros lugares de Europa suceden casi a la vez iniciativas semejantes (20). En 1796, William Tuke, un rico quáquero británico, comerciante y filántropo, creó en York (Inglaterra) de su propia fortuna personal el asilo “The Retreat”, basado en la idea misma de aportar un tratamiento humano y digno a los pacientes mentales. Dotó al asilo de instalaciones recreativas aptas para el esparcimiento. Además, creó incentivos para que los pacientes que lo desearan pudieran participar en el trabajo de cuidar de un parque que rodeaba el asilo, creado expresamente para ello por Tuke. Se creó así un modo de ocupación para pacientes de asilos que se popularizó, sobre todo tras la promulgación de la “Lunacy Act” de 1808, la ley inglesa reformadora del tratamiento de los pacientes mentales. El modelo ejemplar de Tuke se replicó en otros hospitales del Reino Unido y sus colonias. El médico escocés John Conolly, publicó en 1856, su libro “El tratamiento de los alienados sin restricciones mecánicas”. Las nuevas ideas se habían arraigado.

El trabajo de Vincenzo Chiarugi y de sus compañeros de generación, que comparten valores y visión, cristalizó en el llamado Tratamiento Moral (21). Ese tratamiento consideraba que había que prestar atención al ambiente que debía existir en el hospital. Prescribía, además de mejoras en la calidad de vida, respeto a la dignidad de los pacientes, reducción de restricciones, favorecer la posibilidad de que los internos pudieran realizar actividades útiles, y una forma de autoridad didáctica y persuasiva al hablar con los pacientes.

Conclusiones

Considerando el trabajo de Chiarugi y sus contemporáneos a la luz de nuestra visión contemporánea de la RPS, nos parece que se pueden observar algunas cosas interesantes.

En primer lugar, la aparente contradicción de que, por una parte la enfermedad mental era conocida antropológicamente desde hace muchísimo tiempo, y sin embargo su delimitación como grupo específico, separado del grupo heterogéneo caracterizado por la “incapacidad de autogestionarse en la sociedad de manera independiente autónoma” (“los pobres”) se retrasó hasta finales el siglo XVIII.

En segundo término, que más allá de los problemas de la propia enfermedad, los problemas de la vida (subsistencia, integración social, dignidad, y seguridad jurídica) eran evidentes, y empezaron a ser tenidos en cuenta como parte del problema de los pacientes. Esto se aprecia en el trabajo de estos pioneros de la psiquiatría, que lo son también de la teoría contemporánea de la RPS (22), cuyos logros parecen más relevantes desde el punto de vista de cómo introdujeron mejoras en las condiciones de vida en las instituciones, que por haber encontrado medidas terapéuticas eficaces para combatir la enfermedad. Esta idea, apreciable ya entonces, forma parte hoy de la esencia conceptual de la RPS: además del acceso a tratamiento, se trata de actuar en el entorno del paciente, para que la vida de la persona “alcance el nivel óptimo de funcionamiento...en la comunidad”. Ocuparse de su alojamiento, de su inclusión social, de su dignidad, etc.

En tercer término, podemos observar cómo desde los primeros tiempos de la asistencia psiquiátrica organizada, se plantea la necesidad de un marco legislativo. A veces, para afrontar problemas asociados con el orden público y del control social. Otras, la financiación y organización de la atención, en la cual el erario empezó a intervenir, al menos desde las medidas impulsadas por Luis Vives, aun antes de identificarse la locura como una causa diferenciable de otras formas de pobreza.

Por último, cómo la figura del alienista fue requerida e investida por la autoridad civil como responsable de evaluar, para luego determinar las condiciones legales a las que los enfermos habían de someterse, que a menudo afectaban a su libertad personal.

Bibliografía

- Andrea Fiorillo & Antonio Ventriglio (2018) The legacy of Italian psychiatry, *International Review of Psychiatry*, 30:2, 118-119, DOI: 10.1080/09540261.2018.1435771 <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1435771>
- Merton, Robert K. (1993). *On the Shoulders of Giants. A Shandean Postscript. The Post-Italianate Edition. With a Foreword by Umberto Eco.* University of Chicago Press. p. XIV
- Bonmatí, A., et al.: El caso de Elvis el viejo de la Sima de los Huesos. *Dendra Médica Revista de Humanidades* 2011;10(2):138-146
- Rodríguez, M.I.; Apuntes sobre el papito de Ebers. <https://aedeweb.com/wp-content/uploads/3-APUNTES-SOBRE-EL-PAPIRO-EBERS.pdf>
- Fernández Vázquez, A. y Mañá Ares, R. (2016). El legado islámico en los cuidados psiquiátricos. *El Maristán de Granada. Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 20(45). Disponible en: < <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.06>>
- Martínez, L.: Pobres, Pobreza y Asistencia en la Edad Media Hispana. Balance y Perspectivas. *MEDIEVALISMO*, nº 18, 2008, pp. 67-107. <https://revistas.um.es/medievalismo/article/view/91641/88291>
- Álvarez- Uría, F.: *Miserables y Locos. Medicina Mental y Orden Social en la España del siglo XIX.* Tusquets, 1983.
- Foucault, M.; *Historia de la Locura en la Época Clásica.* Fondo de Cultura Económica Ed. 1991 (1964). México.
- Labarca, M.: Los espacios de Locura en la Toscana del siglo XVIII: Estrategias y negociaciones para enfrentar la enfermedad mental. *Asclepio*, Vol 71 num 1 (2019) <https://doi.org/10.3989/asclepio.2019.02>
- Alan Bullock, *La tradición humanista en Occidente.* Madrid: Alianza Editorial, 1989 (1985).
- Vives, L.: *Tratado del socorro de los pobres.* 1781. Versión digital de Google Books.
- Panea, J. Manuel.: Juan Luis Vives y la responsabilidad para con los pobres. *PENSAMIENTO*, vol. 73 (2017), núm. 278, pp. 1173-1196
- Cosentino. La Salpêtrière. *Rev. Per Neurol* 1998 Vol 4 31. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Cosentino/publication/289779625_La_Salpatriere/links/569290a408aee91f69a702ad/La-Salpatriere.pdf
- Conti, N. Aldo: Vinco Chiarugi. La pazzia, sus géneros y especies: obra fundacional de la psiquiatría moderna. *VERTEX Rev. Arg. De Psiquiat.* 2017, Vol. XXVIII: 312-314.
- Sposini, F.: Vincenzo Chiarugi: Nosology, Pazzia, and the Cure of the «Altered Machine». <https://filippomsposini.wordpress.com/2018/06/25/vincenzo-chiarugi-nosology-pazzia-and-the-cure-of-the-altered-machine/>
- Restraining the Maniacs of the State: The 1774 Legge sui Pazzi of the Grand Duchy of Tuscany <https://filippomsposini.wordpress.com/2018/06/22/restraining-the-maniacs-of-the-state-the-1774-legge-sui-pazzi-in-the-grand-duchy-of-tuscany/>
- Salaverry, O.: La piedra de la locura. Inicios históricos de la salud mental. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2012;29(1):143-48.
- Jean-Baptiste PUSSIN Lons-le-Saunier (Jura) 29 septembre 1745 / Paris 7 avril 1811
- Huertas, R., del Cura, M.: Chiarugi versus Pinel. La carta abierta de Carlo Livi a Briè de Boismont. *Frenia*, Vol. IV-2-2004. www.researchgate.net/publication/28319349_Chiarugi_versus_Pinel_la_carta_abierta_de_Carlo_Livi_a_Briere_de_Boismont
- Barrera, A.; Cordero, A.: "William Tuke, John Conolly y el desarrollo de la Psiquiatría Inglesa en el siglo XIX". *REVISTA DE PSIQUIATRIA* (1996) XIII I 31166 - 171. CHILE, <https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/11/96-3-009-William-Tuke-John-Conolly-y-el-desarrollo-de-la-Psiquiatria-Inglesa-en-el-siglo-XIX..pdf>
- Ryan, P.: El origen del tratamiento moral en Psiquiatría. *Salud mental*, ISSN 0185-3325, Vol. 4, N°. 2, 1981, págs. 30-32
- WHO: "Psychosocial Rehabilitation, a consensus statement". *WAPR Bulletin*, vol. 8, July 1996.