

José Acuña Sanabria
Pierre Thomas Claudet
Rodrigo Sánchez Ruphuy
Alvaro Gallegos Chacón
Gonzalo González Murillo



LA PSIQUIATRÍA Y LA PSICOLOGÍA EN COSTA RICA

Donación <input type="checkbox"/>	Canje <input type="checkbox"/>
Nº de Regist 00005	
Fecha: 3 ABR 1987	

Serie Estudios Sociopolíticos No. 5



EDITORIAL UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
San José, Costa Rica, 1979

mujer, pues es cierto que el corazón contrito y humillado no lo desprecia Dios; cuyo todo es de hacer, aplicándole como lo pido, ruego y suplico, con piedad y misericordia, según el piadoso, católico y noble corazón de V.S.; que en ello será Dios Nuestro Señor satisfecho, y el Rey Nuestro Señor servido y obedecido, pues hombre muerto no le sirve; y escarmentada la vindicta pública, para la enmienda en lo sucesivo. Por todo lo que a Usía pido y suplico me haya por respondido al traslado proveído, y mande hacer como pido. Juro en forma no proceder de malicia y lo necesario, etc.—Félix Joaquín Meneses—Cartago y Septiembre dos de mil setecientos setenta y nueve”

En este informe y en el anterior, los autores piden a las autoridades respectivas, que las detenidas sean puestas en libertad, en el primero, y en el segundo, que el reo sea enviado a un hospital, “donde le curen tan grave accidente”.

Un aspecto interesante del informe de don Félix Joaquín Meneses, es la cita que hace de otros pacientes que sufrían episodios psicóticos análogos, a los que padeció don Felipe Fernández, episodios clínicos que está acostumbrado a ver el médico, en su práctica diaria, por presentarse en diversas entidades nosológicas, tal como: en los brotes depresivos o maniacales, de la psicosis maniaco-depresiva; en los estados crepusculares de la conciencia en la embriaguez patológica, o en la epilepsia o en otros padecimientos. También, las citas de don Félix, nos hacen recordar a la Paranoia. Sin considerar de esta enfermedad su complejo estructura, hemos de manifestar, que en estos casos, el paciente aunque, está lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, presenta un delirio sistematizado irreductible de diverso contenido: de persuasión, de celos, de perjuicio, etc. Por las especiales razones del contenido del delirio, estos pacientes caen con facilidad en el delito.

Desde el punto de vista científico y humano, tanto en una clase, como en otra, de enfermedad mental, el paciente debe ir a instituciones, o centros especializados, para su tratamiento y rehabilitación. Estos aspectos fueron considerados de manera sencilla, en los informes objeto de nuestro comentario. En estos informes, que están centrados en el paciente, la enfermedad y las creencias imperantes, no debemos exigir una mayor profundidad, en la descripción clínica, o en el análisis amplio del grupo humano circundante. En tal circunstancia, la actitud de la comunidad hacia el enfermo mental, fue de rechazo, de temor y de vergüenza, actitud que predominaba en el ancho mundo, e incluso, en nuestra época, a pesar del avance de la psicología y de

la psiquiatría, a nuestro entender, debido, a que persiste, la profunda corriente originada en las concepciones pretéritas, en relación a la enfermedad mental y del acontecer morboso en general.

Los pacientes mentales en la etapa de la colonia y ya avanzado el siglo XIX, debieron conformarse con el aislamiento en cuartos especialmente acondicionados para ellos en sus hogares, o permanecer en las cárceles, y siempre ser encadenados cuando sus manifestaciones eran agresivas y expresión de un estado de excitación psicomotriz. No habían otros procedimientos a seguir en un medio carente de asistencia médica e inadecuada en extremo, durante largos períodos de tiempo. Este aspecto se destaca en una declaración de don Francisco de la Madriz Linares que fue y era necesaria, para que el Gobernador don Diego de la Haya Fernández, “pudiese abandonar su sede, con el objeto de ir al Reino de Tierra Firme a tratarse la grave enfermedad que padecía” (Tulio van Bülow) (10). Esta declaración expresa (1726):

“...jamás a conosido medico en esta ciudad, zirujano, ni botica, ni persona que aplique un remedio; por lo que se Vibe, con notable desconsuelo; y los que mueren en esta ciudad no se supo de que accidente”.

En los mismos apuntes leemos (1730), que el Teniente de Alcalde provincial de la Santa Hermandad de los campos de esta Jurisdicción, Joseph Nuñez, certificó en relación a su proceder ante un paciente mental, lo siguiente:

“...estando el Alferrez Franco de Loria... con la publica demensia de q'e adolesia fui llamado por parte de angelo chavarría muger del dho Loria que me pidio se lo condujera asu Casa aprisionado y no Condesendiendo asu pedimento por primera bes y por segunda Lo yebe a su casa malgrado (?) de las amaras de los cardeles y a pedimento de La dicha angela lo puse en prisión de una Cadena en un quarto separado y asi mismo fue llamado despues para que le pusiera en otra forma la cadena...”.

En 1719, el Gobernador don Diego de la Haya Fernández escribe:

“Casas particulares tengo observadas en esta provincia en el corto tiempo ha tomé posesión de mis empleos, siendo algunas bastante separadas, pues en toda ella no se halla barbero, cirujano, médico, ni botica...”.

razón porque cada vecino es preciso haya de sembrar y criar lo que ha de gastar y consumir en su casa al año, habiendo de ejecutar esto mismo el Gobernador, porque de lo contrario pereciera" (León Fernández B.) (11).

El destino de los enfermos demenciados, psicóticos y retrasados mentales pacíficos y tranquilos, era permanecer inactivos en el medio familiar, o practicar faenas sencillas en el hogar y en el campo, o simplemente vagar por las ciudades y los caminos. Se ignora la posible incidencia de los padecimientos mentales en la colonia, así, como otros aspectos que contempla la psiquiatría en la actualidad.

Los escasos datos que se encuentran en relación a diferentes casos clínicos, son descriptivos sin la útil extensión y profundidad para llegar a certeras conclusiones diagnósticas y a otras de variada naturaleza.

En nuestro criterio, las especiales condiciones en que se desarrolló la colonia, constituyeron un adecuado medio para conservar una buena salud mental, así, como para constituir el marco y patrón del cual emergió nuestra democracia.

En relación a otros padecimientos ajenos a las enfermedades mentales, las crónicas fueron prolijas. Por ejemplo, al referirse a las epidemias de viruela (1654 y 1669), de sarampión (1693), de la Peste de la Bola (Parotiditis Epidémica?) y de Calenturas (Paludismo?) (1694), de lepra (1725) y a los padecimientos provocados por la spiroqueta pálida (sífilis) y por el bacilo de Koch (tuberculosis, fiebre tífica, tisis).

A los reducidos grupos humanos de la colonia, les fueron favorables el espacio abierto, la convivencia pacífica, el medio ambiente sano, el paisaje bello e ilimitado y la obligatoriedad de trabajar la madre tierra, abundante y ubérrima, con trabajo energizado desde la propia entraña y practicado de igual a igual, en una circunstancia tranquila y sin tensiones. El Gobernador de la Haya Fernández tenía necesidad de sembrar la tierra y criar lo que había de gastar y consumir, igual que cualquier otro vecino "porque de lo contrario pereciera" (11).

Al emerger nuestra especial democracia, fueron favorables, además de los factores anteriormente mencionados, el relativo aislamiento de la provincia y su aparente pobreza. Nuestras pequeñas comunidades gozaban de una vida armoniosa, de trabajo, pacífica, coherente, sencilla e igualitaria, condiciones que no eran, ni son favorables, para desatar pasiones destructivas, ni para despertar ambiciones foráneas de enriquecimiento y explotación. Los desplazamientos y desarraigos, de quienes a estas plazas llegaron, fueron objeto de un buen anclaje y de una muy bue-

na adaptación, ajena al efecto patógeno que aquellos fenómenos han determinado en los protagonistas de los terribles e inhumanos éxodos contemporáneos. Por consiguiente, estuvieron ausentes en aquel medio climático primaveral, las grandes tensiones que causan las ciudades bulliciosas, la extremada mecanización y automatización, la sociedad de consumo, la atmósfera impura y sobre todo, la perspectiva de que el hombre se convierta en un ser sin libertad, o en un ser-objeto.

El "español, durante la colonia, hizo de esta tierra, su residencia vitalicia" (J.A. Cordero) (12). Por tanto, la trasplatación y el desarraigo, fueron superados.

Las características, anteriormente analizadas, dieron origen al colono y a nuestro campesino, "orgullosos de su pequeña propiedad, abnegado y pacífico dentro de su temperamento, pero temeroso de todo lo que representa una novedad, rebelde al pago de los tributos y reactivo e indiferente, a los asuntos de la administración colonial" (O. Aguilar B.) (13).

Las relaciones interpersonales y grupales, fueron a un nivel menos conflictivo, más humanas, la tierra era abundante y en potencia ubérrima, y la desigualdad social era menos notoria, aunque habían excepciones, tanto de parte de algunas autoridades, como de personas que se consideraban nobles, o de algunos otros con poder económico, difíciles cosas precisamente aquí y en aquellos tiempos. Hubo servidumbre, alguna que otro caso de esclavitud y de poblamiento con segregación étnica, pero no como fenómeno generalizado y predominante en nuestras comunidades.

En el tema que nos ocupa poco podemos agregar del siglo XIX, a excepción de sus últimos quince años. Nuestros médicos se encontraron en esta etapa, con una ciencia médica dominada por un concepto riguroso científico-natural (Virchow, Müller, Darwin, Laennec, Helmholtz). El psiquiatra franco-suizo Morel y el internista neuropsiquiatra alemán Griesinger defendían una psiquiatría de base orgánica. Para éste, "las enfermedades psíquicas eran enfermedades del cerebro", y para aquel, era la "degeneración" su causa. No empleó Morel este término en el sentido de variación (Fuffon-Blumenbach), ni en el de atavismo (Heusinger), sino en el sentido de que "las degeneraciones son desviaciones morbosas del tipo humano normal, hereditariamente transmisibles y sujetas a evolución progresiva hacia la decadencia".

En ese momento histórico, con algunas excepciones, todo intento terapéutico se dirigía a la cura del órgano enfermo, era esencialmente somático, no psicoterapéutico. Esta tendencia es explicable, por el prestigio de los anatomistas, clínicos, histólogos, neuropsiquiatras y fisiólogos de esa época. (Virchow, Koch, Kraepelin, C. Bernard, Bichat, etc.).

Una infección, una droga o cualquier sustancia tóxica, en un momento determinado, llegan a ser causa de leves o graves lesiones orgánicas y determinar, no siempre, la emergencia de un estado delirante, de una manifestación crepuscular de la conciencia, o de otros cuadros psicopatológicos. Creemos que en estas circunstancias, ocurre en la persona la eclosión de vivencias experimentadas y fijadas a lo largo de su particular y personal existencia, y por tanto, la eclosión de un mundo psicológico profundo e íntimo y no extraño, sino aprendido, elaborado y sedimentado en una persona, constitución y temperamento, sujetos desde sus albores a una constante adaptación.

A finales del siglo XIX, nuestro medio costarricense no fue ajeno a cambios importantes en la vida institucional, ni a un despertar en los ámbitos de la cultura. Vivificante y nueva sabiduría fueron las enseñanzas de los grandes maestros V. Fernández Ferraz, Antonio Zambrana, J. Fernández Ferraz, Juan Manuel Céspedes y otros. No fue ajeno a ello, la preparación y actuación de un grupo importante de personalidades (Próspero Fernández, Bernardo Soto, Carlos Durán, Mauro Fernández, Rafael Iglesias, Cleto González Víquez, Ricardo Jiménez Oreamuno, etc.) que dotadas de interés, energía, honestidad y capacidad intelectual, imprimieron a la nación un rumbo liberal, causando la ruptura de anteriores patrones y modelos conservadores. El ambiente, con esta clase de estímulo, ejemplo y acicate, fue adecuado para el desenvolvimiento cultural y de la personalidad de nuestra juventud estudiosa. Don Eugenio Rodríguez Vega dice: "La década 1880-1890 es de una importancia fundamental en nuestra vida pública. Esta importancia se la da, sobre todo, la presencia de una nueva generación (después llamada generación del 89), a la que pertenecían las principales figuras políticas de la época" (16).

Don Próspero Fernández convirtió su paso por el poder (1882-1885) en el momento histórico de las reformas liberales: la extradición del Obispo Augusto Bernardo Thiel y de la Compañía de Jesús, la Ley de Secularización de los cementerios, el establecimiento de la enseñanza laica, la denuncia del Concordato (1852), la reglamentación de las procesiones, el intento de reformas legales en las cuales se incluían el divorcio y el matrimonio civil, etc.

Al llegar a la presidencia don Bernardo Soto con apenas 31 años de edad (1885-1889), contó con la colaboración de Secretarios de Estado de la talla de don Mauro Fernández y del Dr. Carlos Durán. Esta circunstancia condujo a cambios importantes en Educación y en el campo médico: fundación del "Hospicio Nacional de Locos" y de la Lotería Nacional para lograr su sostenimiento, de la Cruz Roja, del Museo y de la Biblioteca Nacional, de la Ley Fundamental de Instrucción Pública, de las instituciones de

segunda enseñanza: Liceo de Costa Rica, Colegio Superior de Señoritas, Instituto de Alajuela, Escuela Normal, etc.

El Dr. Carlos Durán, al regresar de Inglaterra graduado de médico-cirujano, mostró gran inquietud por mejorar los servicios médicos del Hospital San Juan de Dios, institución inadecuada en ese momento para llevar a cabo una correcta atención médica y quirúrgica, tanto por las deficiencias de la planta física, como por no estar inmersa en el conocimiento de las investigaciones y descubrimientos de Pasteur, ni de los procedimientos preventivos revolucionarios introducidos por el cirujano inglés José Lister para evitar la contaminación tanto de las heridas, como antes, durante y después del acto quirúrgico. Es digno de transcribir un párrafo de una carta que este magnífico cirujano, creador de la cirugía antiséptica, le envió el 18 de febrero de 1874 a Pasteur:

Aprovecho esta oportunidad para enviarle mi agradecimiento más cordial por haberme convencido, con sus brillantes investigaciones, de la verdad de la teoría de los gérmenes de la putrefacción y por haberme proporcionado con ella, el principio con que pude llevar a buen término el sistema de la antisepsia. (R. Vallery-Radot) (17).

Las deficiencias de la planta física del Hospital San Juan de Dios, las malas condiciones del lugar en donde se llevaba a cabo el acto quirúrgico, y la carencia del adecuado material especializado, fueron motivo de gran preocupación para el Dr. Carlos Durán y el acicate para corregir los defectos. El esfuerzo e interés de este eximio médico, se extendieron a otros aspectos médico-sanitarios del país, que afrontó y resolvió con éxito. El alcantarillado de San José, eliminó los focos de infección que constituían las zanjas y los malos desagües; la lucha contra la parasitosis intestinal, lo condujo al descubrimiento del anquilostoma, y por tanto, a la causa de la llamada "anemia, cansancio y caquixia tropicales"; su preocupación por combatir la tuberculosis, lo condujo a la creación de lo que fue el Sanatorio Carlos Durán, y su interés para lograr una institución que albergara pacientes mentales, fue el motivo que lo impulsó a la redacción del Decreto de Fundación del HOSPICIO NACIONAL DE LOCOS.

Por lo que el Dr. C. Durán fue como persona, como político y como ciudadano, y por lo que hizo en el marco histórico de su circunstancia, se ha de considerar una de las más valiosas figuras médicas del país.

HOSPICIO NACIONAL DE LOCOS

En 1883, hubo preocupación del gobierno, para que la Junta de Caridad Internase, "a muchos de los individuos que

Con el auge de la medicina como ciencia natural, a partir de la caída de la teoría humoral provocada esencialmente por el aporte de Virchow en el campo de la patología, comenzó a considerarse la enfermedad con el criterio localista de la alteración de la morfología celular, acentuándose el concepto de Morgagni, de que los órganos eran su asiento. Imperó la idea, de enfermedad del órgano y de la célula, y no de la persona en su totalidad, dogma que aún influye el pensamiento médico, sin la rigidez de antaño, ya que hay unanimidad en considerar al hombre enfermo, como persona, como un ser humano con miedos, esperanzas e intimidad, "como un todo indivisible y no sólo como un portador de órganos" (F. Alexander). No de otra manera se ha de considerar al paciente que sufre de cualquier clase de enfermedad. Sócrates, adelantándose centurias, expresa en el Cármenes de Platón:

"Tienes razón. Con eso podré ser más sincero contigo sobre las explicaciones sobre la fórmula de encantamiento; pero yo me preguntaba antes como podría hacerte comprender la fuerza que hay en ella. Ella, en efecto, no es capaz de curar la cabeza por separado; es posible que sepas que los buenos médicos, cuando un enfermo acude a ellos por tener mal en los ojos, declaran que no sería posible curar los ojos aisladamente, sino que hay que cuidar la cabeza para curar los ojos, y que, de igual manera, querer curar la cabeza sola independiente de todo el cuerpo, es un absurdo. Partiendo de este principio, dan un régimen para el cuerpo entero y, cuidando el todo, se aplican a cuidar y a curar la parte enferma. Sabías tu que las cosas son así y que esta es su doctrina?"

PERIODO INSTITUCIONAL Y DE ORIENTACION PREVENTIVA 1890-1974

PRELIMINARES

En 1867, el Lic. Vicente Herrera Zeledón, Presidente de la Junta de Caridad del Hospital San Juan de Dios (Junta de Protección Social desde 1936), manifestó en su informe anual, que en el Hospital San Juan de Dios, fundado en 1845, se habían atendido, sesenta pacientes, y entre ellos, a seis enfermos mentales (14). Este hecho hizo destacar, en el mismo informe, la necesidad de crear una institución para la debida atención de esta clase de pacientes.

Es difícil comprender el comportamiento y actitudes de las comunidades, al no mostrar interés, ni exigir, esta clase de institu-

ciones, a pesar de haber adquirido un grado importante en su desenvolvimiento y desarrollo. Tal aconteció en Europa y Estados Unidos, en donde a estos enfermos, se les ponía en prisiones encadenados, y en el mejor de los casos, en Lazaretos y Monasterios. Se ha de reconocer, que los monjes fueron pioneros, en demostrar sensibilidad y condición humana para acogerlos.

No fue hasta 1247, que se fundó en Londres, el Bethlehem Hospital, institución que recibió enfermos mentales a partir de 1377. En un inventario hecho en este Hospital, en 1398, se vislumbran los métodos terapéuticos empleados en él: "cuatro pares de esposas, once cadenas de hierro, seis cerraduras y llaves y dos pares de zepos" (George W. Henry) (15). En esta institución, aún en 1752, había exhibición pública de pacientes, motivo por el cual se acordó rodearla de murallas, para evitar el espectáculo.

Los métodos terapéuticos en las instituciones psiquiátricas, fueron, hasta muy cercana época, inadecuados, y con mucha frecuencia brutales.

Los finales del siglo XIX fueron de trascendencia en diferentes ámbitos del conocimiento humano. La psiquiatría alemana, organicista, adquirió gran prestigio, sobrepasando a las grandes escuelas psiquiátricas francesa e inglesa. Ya en esos finales, se inició la profunda investigación freudiana, que condujo al mejor conocimiento de la mente humana y a una verdadera revolución en los campos de la psiquiatría, psicología y psicoterapia. El mundo psiquiátrico de esa etapa, esencialmente nosográfico y descriptivo, no detuvo la fuerte corriente que significó la nueva concepción que condujo a la interpretación psicodinámica de los desórdenes psíquicos y de la personalidad humana. Cuando el paciente se acoge en el padecimiento mental, a un nuevo e inesperado estilo de vida, es debido a dinamisismos psicológicos que lo conducen a reasumir y afrontar su nueva realidad, para subsistir como persona adaptada a su nuevo sistema. Creemos que no está establecido que sean los factores orgánicos o los desórdenes bioquímicos, la causa íntima y profunda que determina en el curso de las psicosis, el personal y particular contenido y elaboración de un sistema delirante, por ejemplo: místico, melancólico, de persecución, de grandeza, de celos o de transformación cósmica, así como, de los característicos ceremoniales que se observan en la psiconeurosis obsesivo-compulsiva y en los aparentes temores absurdos en las fobias: tendencia compulsiva a lavarse las manos, obligatoriedad de abrir y cerrar las gavetas de los armarios antes de salir del hogar, urgencia de tener que contar los automóviles cuando sale de paseo, o de reprimir pensamientos cuyo contenido es obsceno o demostrar pánico ante una mariposa y así sucesivamente. ¿Por qué un sujeto, un determinado momento de su existencia, comienza a oír voces que lo acusan, precisamente a él, de perverso, sátiro, homosexual y asesino?

deambulan por las calles con quebrantos de salud mental". Para que este objetivo se llevara a cabo, el Gobierno ofreció a la Junta, un edificio anexo al Hospital San Juan de Dios. Esta idea, que contemplaba tener pacientes mentales, en pabellones anexos a un Hospital General, se adelantó a la época, ya que es el camino que se debe seguir, al inicio de la enfermedad. Fue un acierto la decisión a que se llegó, o sea, a la de construir el "Hospicio Nacional de Locos", cerca del Hospital General; aunque su primer Director, criticó la medida, "por la insalubridad del barrio" y porque, la calle que conducía a la sabana, "era muy ruidosa".

A pesar de la vecindad al Hospital San Juan de Dios, la institución se mantuvo aislada y bastante cerrada al mundo exterior, dedicándose a la función exclusiva de internar sólo a pacientes adultos para tratamiento y rehabilitación. No fue sino, hasta cincuenta y resto de años después, que la institución se proyectó ampliamente a la comunidad por medio de una efectiva consulta externa, del Servicio Social, y luego, por la psiquiatría comunitaria. Además, fueron de importancia, la introducción de los programas de residentes e internos, y la íntima comunicación con el Hospital San Juan de Dios y con otras instituciones.

La preocupación gubernamental, principalmente del Dr. Carlos Durán, para crear una institución para pacientes mentales, condujo a la redacción del siguiente Decreto:

DECRETO XXXVI

Funda un Hospicio Nacional de Locos, establece una Lotería Nacional en patrimonio de aquel, y determina lo que constituye las rentas del asilo

BERNARDO SOTO
Presidente Constitucional de la República y
General en Jefe del Ejército

CONSIDERANDO:

Que el grado de cultura que ha alcanzado la República reclama la fundación de un asilo nacional de locos, que a la mayor brevedad posible, proporcione abrigo y asistencia a los dementes pobres y muy especialmente a los que vagan por los caminos sin protección de ningún género, y con peligro para la tranquilidad de los habitantes.

Que para la construcción y mantenimiento del asilo es indispensable arbitrar los recursos que son precisos, sin recurrir a nuevos impuestos, ya que el estado actual del Tesoro Público no permite al Gobierno emprender la obra con sus rentas ni proveer después a la satisfacción de las necesidades propias del establecimiento.

Que el medio más eficaz y cómodo de procurar el capital que demanda la empresa es la fundación de Loterías, usado en igualdad de casos en muchas naciones civilizadas.

En uso de las facultades omnimodas de que se halla investido

DECRETA:

ART. 1 — Fúndase un Hospicio Nacional de locos en esta capital, en donde serán recogidos los dementes pobres de toda la República, nacionales o extranjeras.

ART. 2 — Para llevar a efecto la construcción del edificio y su mantenimiento, así como para la asistencia de los enfermos, gobierno y servicio del asilo, se establece una Lotería Nacional, cuya reglamento y administración se confiere a la Junta de Caridad del Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad.

ART. 3 — Construido que sea el edificio, corresponde a la misma Junta la administración de las rentas, reglamento, dirección y gobierno del asilo.

ART. 4 — La construcción del edificio se hará bajo gerencia e inspección de la misma Junta de Caridad.

ART. 5 — Los dementes cuya pobreza no se pruebe, sólo podrán tener cabida en el asilo si sus parientes o guardadores se obligan a pagar la pensión que se establezca en los reglamentos.

ART. 6 — En la construcción y dotación del edificio se emplearán todos los productos líquidos obtenidos de la Lotería, pero después de terminado y dotado de los muebles y útiles necesarios, sólo le pertenecerá en parte de sus rentas, la porción que se expresa enseguida.

ART. 7 — Constituye la renta del Asilo:

- a) las dos octavas partes del producto líquido de la Lotería
- b) el producto de las estancias o pensiones
- c) la herencia, legados y donativos que se le hicieren
- d) los intereses de su capital en su caso

ART. 8 — Para el perfecto manejo de las rentas del asilo, el Tesorero del Hospital de San Juan de Dios, llevará libros especiales, por partida doble, y arreglados a las leyes de comercio.

ART. 9 — Edificado y dotado el establecimiento, la Junta de Caridad dividirá el producto líquido de la Lotería en ocho partes y las distribuirá del modo siguiente: dos para ingresar en las rentas del asilo, conforme el ART. 7, y una para cada uno de los hospitales de Alajuela, Cartago, Heredia, Puntarenas, Guanacaste y Limón. La distribución y entrega se verificará mensualmente.

ART. 10 — Los Reglamentos que la Junta de Caridad está encargada de emitir, serán sometidos a la aprobación del Poder Ejecutivo.

Dado en el Palacio Presidencial, en San José, a veintinueve de Abril de mil ochocientos ochenta y cinco — BERNARDO SOTO — EL SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE FOMENTO — C. DURAN.

Para la construcción del futuro "Hospicio Nacional de Locos", se compraron treinta mil cuatrocientos metros cuadrados de terreno al oeste del Hospital San Juan de Dios en seis mil pesos. Esta superficie fue pronto aumentada, con gran acierto, y rodeada al sur y al oeste por alta tapia y al frente por una hermosa verja. Con estas adquisiciones de terreno se logró un mayor espacio para jardines, huerta, granja avícola, lechería, campo de deportes y futuras construcciones para telares, talleres y pabellones. El enfoque de mejorar cada día la laborterapia y ludoterapia en nuestra institución psiquiátrica fue patente desde su inicio y motivo del prestigio que logró en el extranjero. El número de pacientes que hasta hace relativamente pocos años ingresaban procedentes del resto de Centro América, Venezuela, Colombia y Jamaica fue considerable. Los jardines, el lago que entre ellos estaba y el edificio que emulaba a los europeos en su estilo, llegaron a ser objeto de admiración y de adorno para la ciudad.

En los siguientes dos incisos del Acta de la Junta de Caridad del 7 de octubre de 1885 se lee:

- 2 — *Se acordó solicitar del Supremo Gobierno, el resto de la cantidad que por decreto del Congreso se destinó para el Hospicio de Locos, a fin de proceder a la construcción de esa obra.*
- 3 — *Mientras los Sres. Don Manuel A. Quirós y Don R. Bertoglio levantan el plano del Hospicio Nacional de Locos, con vista en los modelos hechos venir de Europa por el Dr. Durán que se le dio esa comisión, se acordó: tratar de comprar el potrero contiguo al Hospital por el Oeste y que entre tanto se proceda a medir dicho terreno para situar en el dicho establecimiento. Firmaron este documento: C. Mora, Secretario y el Dr. C. Durán, Presidente. (18).*

En la sesión de la Junta de Caridad verificada en la oficina del Dr., C. Durán el 15 de marzo de 1886, en el quinto inciso del acto se lee:

- 5 — *Se acordó dar principio a los cimientos del Hospicio de Locos conforme a los planos presentados por el ingeniero Bertoglio y aprobar el gasto de \$80.00 (pesos) hecho en los planos del mismo hospicio. (f.): C. Mora (secretario) — C. Durán (Pte.) (19).*

HOSPICIO NACIONAL DE INSANOS

El 4 de mayo de 1890 se inauguró la nueva institución con el nombre del Hospicio Nacional de Insanos, nombre inscrito en la placa que se colocó en la fachada del edificio, a un lado de la puerta principal. Llama la atención que al correr del tiempo, tanto miembros de la Junta de Caridad, como los Directores, se referían a la institución con otros nombres: *Hospicio Nacional de Dementes* (Dr. M.C. Bansen) (20), *Hospicio Nacional de Locos* (Dr. D. Nuñez) (21), *Hospital Nacional de Insanos* (Dr. C.F. Alvarado) (22).

En forma interina se hizo cargo "de los servicios médicos" de la nueva institución el Dr. Tomás M. Calnek, Jefe de Cirujía del Hospital San Juan de Dios. A los cuatro meses, el Dr. Eduardo J. Pinto (1866-1931) sustituyó al Dr. T.M. Calnek por ser el profesional que con anterioridad se había escogido para el cargo, previo compromiso de llevar a cabo un discreto entrenamiento especializado en el Bloomingdale Hospital de New York. Durante esta etapa inicial no estuvo delimitado, desde el punto de vista del escalafón médico, el desempeño de las funciones médicas en el Hospicio. En actas e informes, se lee por ejemplo: que el Dr. Pinto se hace cargo de la *medicatura*, o que, el Dr. Calnek *desempeñó los servicios médicos*, pero nunca se empleó la palabra *Director*. Aún en 1892 el Dr. M.C. Bansen presenta su informe a la Junta como *Médico y Superintendente del Hospicio Nacional de Dementes*. El cargo de Superintendente lo ocupó el Dr. Bansen al fallecer el Sr. A.E. Large, quien fue el primero en desempeñarlo cuando vino de Inglaterra con su señora esposa y con cuatro enfermeros de ambos sexos, especializados y provenientes unos y otros, del *Holloway Hospital* de Londres. La actuación de estas personas fue relativamente efímera. Al año y medio de la inauguración del Hospicio ya no estaba este personal. Su labor debió ser rutinaria en una institución moderna en aquella circunstancia y de majestoso aspecto, aunque con patios rodeados de celdas para los pacientes excitados y con cuartos igualmente protegidos, de paredes anchas y puertas resistentes que tenían una ventanilla a través de la cual se observaba al paciente y se le pasaba la comida cuando así se creía necesario. Estas áreas que al principio fueron casi la institución, siempre nos resultaron deprimentes, aunque fueron humanizadas en lo posible.

El Dr. E.J. Pinto, sólo desempeñó su puesto hasta el 10 de diciembre de 1890, siendo sustituido por el Dr. Maximiliano Carlos Bansen, quien además de la *medicatura* del Hospicio, se hizo cargo de la Superintendencia el 10 de mayo de 1891. El Dr. Bansen (1817-1901) nació en Silesia (Reino de Prusia). Estudió medicina en Berlín y se graduó en Zürich. Fue asistente del *Asilo de Orates de Stephansfeld* (Alsacia). Su labor durante diez años se caracterizó

por la adecuada orientación técnica y administrativa que imprimió a la institución, hecho que justifica considerarlo como el verdadero primer director del Hospicio. En su primer informe a la Junta de Caridad, después de año y medio de haber sido inaugurada la Institución, destaca aspectos que son dignos de citarse: número de pacientes internados, ingresos durante el año, condición mental del enfermo al egresar, los diagnósticos hechos que a su vez orientan sobre la clasificación empleada, las causas que provocaron la enfermedad mental "hasta donde se podía averiguar", la edad en que se presentó el padecimiento, el estado civil del enfermo, su lugar de procedencia y el número de fallecimientos. Se encuentra, además, una completa enumeración de enfermedades orgánicas sufridas por los pacientes durante su internamiento (23).

A lo largo de los años, y hasta recientemente, sirvió este informe de pauta a los futuros directores, para la redacción de los suyos propios. Hasta 1952 la Institución contó con un médico durante los primeros años, dos a finales del siglo y luego, lentamente, el número llegó a siete especialistas de tendencias organicista, excepto alguno con apego a la orientación psicodinámica.

Cada médico llevaba el control del paciente, tanto en relación a su padecimiento mental, como en lo referente a enfermedades de carácter orgánico o infecciosas que se presentaban durante el internamiento. Esta visión total del paciente, le permitía al médico comprenderlo en su amplia dimensión psicosomática. Las historias clínicas con todos los datos pertinentes, se pueden consultar en la actualidad, debido al acierto que tuvo el Hospicio Nacional de Insanos, luego, Asilo Chapuí, de conservar todos los documentos desde el primer ingreso al Hospital.

En el aspecto laboral, el médico gozaba de un día feriado al año, el Viernes Santo y además; de los Domingos, cuando no le correspondía el servicio de guardia. Es digno de mencionarse este hecho, porque no fue obstáculo para que el médico efectuara su labor con interés y mostrara cariño a la institución, a pesar, además, de su bajo salario y a la ausencia de "las horas extras" remuneradas. Hemos de destacar que de igual forma actuaba el resto del personal que no gozaba de grado académico. Fue en la década del cincuenta que se iniciaron la enfermería, el Servicio Social, la estadística médica, el Departamento de Psicología, etc. Es interesante resaltar este aspecto porque el Asilo Chapuí desde su fundación y a lo largo de los años, sólo tuvo actuando como profesional al médico. El resto del personal, apenas con las primeras letras, se entrenó para su oficio en la misma institución. Las personas encargadas de los Departamentos de Hombres y de Mujeres (por ejemplo don Joaquín Retana y Carmen Aguilar Meza), fueron ejemplares y eficientes en el desempeño de sus funciones.

Lo mismo se ha de aplicar al resto de las personas que se encargaron de la atención y vigilancia de los enfermos y de la limpieza. El buen resultado de la labor efectuada por esta clase de personal, se reflejó en los informes de los Directores y en el prestigio que adquirió la Institución, incluso más allá de las fronteras, y no precisamente por trabajos de investigación, ni publicaciones científicas, sino por el adecuado trato al paciente, por el aseo, el orden y por la laborterapia y ludoterapia que se llevó a cabo. Los encargados de la colchonería, de los telares y talleres, de la huerta, de la granja avícola, de la lavandería y de la cocina, fueron personas humildes, sin diploma, excepto don Pantaleón Mulato de El Salvador (acuerdo de la Junta del 13 de Julio de 1926) (24) y de Miss Evans de los E.E.U.U. (acuerdo de la Junta del 10 de Diciembre de 1926) (25) que fueron traídos, el primero para que organizara los talleres y telares y la segunda para la laborterapia en el Departamento de Mujeres. La labor de estas dos personas fue efímera, sin pena ni gloria. Al poco tiempo renunciaron.

ASILO CHAPUI

La Junta de Caridad, por acuerdo del 26 de abril de 1897 (26), adoptó el nombre de Asilo Chapuí, para la Institución que hasta ese momento se llamó: "Hospicio Nacional de Insanos". A la misma sesión en la que se tomó el anterior acuerdo, se presentó el proyecto de Reglamento del Asilo Chapuí, que fue aprobado por la Junta y a su vez remitido al Poder Ejecutivo para su aprobación, hecho que ocurrió el 13 de setiembre de 1897, por acuerdo No. 186 firmado por el Presidente don Rafael Iglesias y su Secretario de Beneficencia Lic. don Ricardo Pacheco. Este Reglamento contempla una serie interesante de aspectos que se adelantaron a la época. Por ejemplo, no estableció los engorrosos, difíciles y lentos procedimientos que en otros países establecían y aún establecen los reglamentos y las leyes, para internar a un paciente mental, como si fuera un ser diferente y extraño a nuestra sociedad. En apuntes sobre Psiquiatría forense (9), expresamos:

"Al importante problema relacionado con el internamiento del paciente mental, sólo hemos de dedicarle unas pocas líneas, ya que en nuestro país se interna en el Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, al paciente que acude a él porque lo necesita, en igual forma que procede el Hospital San Juan de Dios con los pacientes de medicina general y quirúrgicos. Tanto se interna al enfermo cuando acude solo, como cuando es conducido por la madre, el padre, un hermano, un



amigo, los vecinos o la autoridad. El médico, al recibir e internar al paciente, no se inhibe, ni se cohibe ante una posible equivocación diagnóstica. Lo que le interesa es actuar humanamente ante quien o quienes piden atención médica, y además sabe, que dentro del Hospital la observación y estudio del paciente, determinarán si en realidad se trata de un enfermo, de un simulador de una persona sin recursos económicos y necesitado de un pan y abrigo, o de un labriego que al venir a la ciudad desde lejos ha de exagerar los síntomas para lograr su internamiento. Cualquiera de ellos recibe ayuda con el ingreso, les es útil, ya que a unos se les trata su padecimiento y a los otros se les orienta y aconseja de una u otra manera".

Con el cambio de nombre al "Hospicio Nacional de Insanos", la Junta de Caridad, quiso rendir homenaje, al Presbítero Manuel Antonio Chapuí y Torres, (1710-1783), persona casi olvidada en ese entonces.

Este prelado, en su testamento escrito en Agosto de 1783 expresa en el párrafo 26:

"Declaro a las tierras en que esta poblada esta Villa San mías, y cuyos títulos han perdido mis sabrinas; pero es publico y notorio quales Son Sus linderos pues lo acreditan las demas, que con ellas confinan por Sus Escrituras; y es mi Voluntad, que quedén a beneficio de los hijos de ella con el bien entendido que, todos los que quisieren citio para vivir sea vajo la Campona y este se le hade medir por el The de Gov.or que es: o fuese de esta Villa a quien para ello Se le debería tomar Su benia y es mi Voluntad que este asumto lo hagan guardar y cumplir enteramte mis Alboseras declarólo assi para a conste ="

Según don Cleto González Víquez las tierras del Padre Chapuí comprendían "todo lo que es San José, con excepción del Alto de las Moras que estaba intercalado: La Sabana, las orillas de uno y otro lado del río Torres, parte de Guadalupe, San Juan de Tibás y La Uruca, y las orillas del Tiribí y María Aguilar (14)". El área que en el testamento se asignaba a los hijos de la Villa (San José), se refería a Mata Redonda, la Sabana y alrededores.

Con el cambio de nombre a la Institución se suscitó una importante polémica en el Congreso en la cual se acusaba a la Junta

de 1897 de "haber alterado sin derecho" el nombre de la Institución. El Lic. González Víquez hizo la defensa exponiendo:

"No es nombre el Asilo Chapuí que rinda homenaje a un sujeto no merecedor de grata recordación; por el contrario, la Junta quiso honrar la memoria de uno de los primeros curas de San José, varón ejemplar, muerto más de cien años ha, que no dejó parientes de su apellido, que no tiene influencia póstuma, medio olvidado por la generalidad de los costarricenses y que fue quien donó a esta población los terrenos de Mata Redonda, en el camienzo de los cuales se fundó el Asilo. La Junta, pues, sin exponerse a un acto adulatorio, coadyuvó a sacar del olvido a uno de nuestros benefactores", y luego agrega: "...también es verdad que los infelices que de allí salen se sentirán avergonzados al tener que nombrar su dolencia y tendrán menos rubor en decir que han estado en el Asilo Chapuí. Igual sucederá con los deudos de tales pacientes para indicar en el lugar en que estos se hallan" (27).

El tiempo demostró que esta última interpretación fue errónea y hasta cierto punto ingenua. Aún en la actualidad para un importante grupo de familias y de enfermos, este nombre, igual que el primero, despierta temor, recelo y vergüenza, tanto si se ha de ingresar a la institución, como si en ella se ha estado. Aún en reuniones de variada índole y a todo nivel, no es raro escuchar bromas de mal gusto en cuanto al mismo tema.

El Reglamento del Asilo Chapuí de 1897, sobrevivió solo con ligeras modificaciones, hasta la década del cincuenta, período a partir del cual, se aprobaron en 1961, los Reglamentos General, Interno y de la Consulta Externa. Con posteridad, en 1971, se publicó un nuevo Reglamento en el cual aparecieron ligeros cambios en relación al anterior de 1961. En la actualidad y desde setiembre de 1977, es la Caja Costarricense de Seguro Social la que adoptará nuevos reglamentos en relación a su política.

Al iniciar labores el Hospicio Nacional de Insanos, había solo un médico encargado de lo que se designó "medicatura". Aún a final de la década, el Dr. Carlos Durán, o el Dr. Daniel Núñez, que no trabajaban en la Institución, sustituían a aquel durante sus ausencias.

En el primer informe del 1 de enero de 1892, el Dr. Maximiliano Carlos Bansen, expresa que: "mientras el edificio no esté

enteramente concluido, presenta muchos serios inconvenientes para el tratamiento científico a los pacientes".

Además, destaca, que en el año 1891 fueron atendidos 158 pacientes y en otro informe expresa que hasta 1897 se habían atendido 343 hombres y 214 mujeres. Durante los primeros años, la capacidad de la institución fue para 75 personas, siendo dicha capacidad para 1.200 personas en el actual Hospital psiquiátrico, aunque solo hay ocupadas 1.050 camas, que con las 270 del Sanatorio Roberto Chacón Paut, da un total de 1.420 pacientes internados. Estas cifras diariamente varían por la naturaleza misma de la materia de que se trata.

Las quejas expresadas por los directores en sus informes a lo largo del tiempo, además de la labor "efectiva hecha", que siempre consta se refieren constantemente al insuficiente espacio para atender al número, cada día mayor, de pacientes. En 1915 el Dr. C.F. Alvarado alarmado escribe:

"Cuando se fundó el Asilo hace 25 años, sólo disponía de 75 lugares. De año en año ha ido aumentando el número de enfermos, pero ese aumento nunca ha sido tan grande como en 1914: fueron atendidos 201 hombres y 245 mujeres, 46 enfermos más que en 1913. Ese aumento es excepcional; y a seguir creciendo en esa proporción el número de enfermos de la mente que a nuestras puertas llama, antes de cinco años tendríamos que duplicar los pabellones. No deja de ser alarmante el número de alienados que en Costa Rica va apareciendo. En 1907, el Dr. T.H. Prestinary, calculaba en 0.78 por mil la proporción de alienados que se colocaban en el Asilo con respecto a la población general de Costa Rica, esto es, del número de enfermos que hoy hay en el país 0.78 por mil estaban en el Asilo; y en 1914, ese tanto ha sobrepasado el uno por mil..." (28).

En un Proyecto para un Hospital Psiquiátrico Nacional, presentado a la Junta de Protección Social (Octubre 1961) para que a su vez lo enviara al entonces Ministerio de Salubridad Pública con el objeto de obtener ayuda del Programa "Alianza para el Progreso", dijimos: "ha llegado a ser imprescindible y urgente afrontar de una manera integral y a diversos niveles, el problema psiquiátrico nacional. La población general del país ha crecido los últimos siete años (1954-61) en un 28% y la población del hospital psiquiátrico ha aumentado durante esos años un 64%..." (29). En el Proyecto para un Sistema Psiquiátrico Nacional (1963-64, Drs. G. González, A. Gallegos y Arq. J.L. Chasí) hicimos constar lo siguiente:

"Es imposible seguir tratando en esta institución superpoblada a todos los pacientes que solicitan hospitalización y atención en consulta externa, por ser la planta física insuficiente y el personal escaso..." (30).

Se podrían citar informes de distintos períodos con la misma preocupación: falta de espacio, exceso de pacientes, escasez de personal y presupuesto insuficiente. La política preponderante en nuestra institución psiquiátrica fue, desde su fundación hasta 1952, la de mantener una disciplina germánica, fiel reflejo de sus directores. El Dr. C.F. Alvarado, graduado en Montpellier (Francia) al ser director de 1912 a 1929, fue fiel a esta modalidad mantenida por sus antecesores.

El Dr. T.H. Prestinary que fue graduado de médico y cirujano en Heidelberg (Alemania) ocupó la dirección desde enero de 1902 al 10 de octubre de 1912, fecha de su fallecimiento. En su último informe de 1912, se detecta algo de su personalidad y de su actuación:

"El Asilo Chapul no es un manicomio cárcel, es un Hospital en la verdadera acepción de la palabra, en donde no hay más que aseo, orden, tratamiento médico y paternal, únicas disciplinas que se imponen, necesarias, imprescindibles para que la institución llene su objeto" (31).

En relación a lo bien atendido que está el paciente y al bajo costo de la estancia, expresa:

"por ₡ 27,78 mensuales estamos ofreciendo casa, servicio, comida, medicina, médico, música, sala de gimnasia, jardines, traje, lavado de ropa, etc."

Al decirse del Asilo que era muy lujoso, expresa:

"Cuáles son los lujos; bellos jardines y huerta, obra son de los enfermos".

Hace hincapié en la limpieza del edificio, de los pisos y del orden que existe en la institución:

"las enfermas, los enfermos y los empleados del Asilo, todos trabajan por mejorar, embellecer y conservar una institución a la que el Dr. Bansen echó las bases y dedicó mucha parte de sus energías y que los costarricenses enseñan a los exiranjeros con satisfacción".



En enero de 1930 fue nombrado director el Dr. Gottlieb Friederich Brinkmann, médico graduado en la Universidad de Hamburgo el 17 de noviembre de 1925. Su tesis doctoral versó: *Sobre el reblandecimiento estratiforme de la corteza en la arterioesclerosis de los pequeños vasos*. Ejerció la práctica de medicina interna y neurología hasta 1928 en el Hospital General Barmbeck de Hamburgo y en el del Estado de Friedrichsberg. Antes de venir a Costa Rica, se le ofreció, según su informe, "la posición de Director en el Saint Elizabeth's Hospital (clínica psych-neural) de Washington". El contrato que se firmó el 10 de enero 1929, en Hamburgo, expresa que el Dr. Brinkmann desempeñará el cargo de médico, o de Director del Asilo, por un plazo de ocho años y un sueldo de doscientos cincuenta dólares mensuales. Como era de esperar además no era psiquiatra, renunció a sus funciones en el Asilo, el 25 de enero, 1932. Al dirigir la Junta de Caridad su mirada a Europa, se perdió la oportunidad de traer, en lugar de un neurólogo internista, aún no suficientemente entrenado, a un psiquiatra debidamente entrenado en la práctica y la enseñanza para que iniciara la etapa de una psiquiatría académica, con mayores horizontes y rigor en la investigación y en la enseñanza, circunstancia que, favorecida por las dotes pedagógicas y solidez de conocimientos del gula, hubiera bastado por sí sola para atraer, interesar y formar médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos inclinados a la práctica clínica.

El Dr. Roberto Chacón Paut fue ascendido a Director en 1932 y estuvo en su cargo hasta 1952, año de su fallecimiento. La Dirección lo desempeñó con energía, responsabilidad, abnegación e interés. La disciplina que mantuvo en la institución fue estricta. En éste y otros aspectos, nos hace recordar a sus antecesores. Fue abierto para aceptar y aplicar los nuevos métodos de investigación (EEG) y terapéuticos (insulina, cardiazol, lobotomía) en psiquiatría. Se empeñó en mejorar la terapéutica ocupacional que fue ejemplar, aunque empíricamente dirigida.

Los directores hasta aquí considerados, a excepción del Dr. R. Chacón Paut en un largo periodo de su dirección, actuaron en una etapa de la psiquiatría anterior a los tratamientos por choque insulínico (Sakel 1933), cardiazólico (von Meduna 1935), electroconvulsivo (Cerletti-Bini 1938), psicoquirúrgico (Egáz Moniz-A. Lima 1936) y psicofarmacológico (Charpentier, Delay, 1952-54). Su empeño fue siempre dirigido a mantener la disciplina, el aseo esmerado en la mayor parte de los pabellones y a la aplicación con constancia, de la terapéutica ocupacional (ergoterapia y ludoterapia), que se efectuaba en los salones de costura, en la lavandería, en la cocina, talleres, telares, colchonería, granja avícola, en el campo de deportes y en los lugares que se acondicionaban para baile y cine. Con esta terapéutica se consiguió a lo largo de los años, descongestionar los patios de aislamiento y evitar el hacina-

humana es variable y múltiple. En ocasiones es tan dolorosa la existencia, que el paciente mismo solicita el tratamiento por ser su alternativa ante el profundo sentimiento de culpa que lo impulsa al castigo.

Al ver el reverso de la medalla, hemos de destacar la probabilidad lamentable, de que haya profesionales, que ordenan y ejecutan los tratamientos, por castigo.

A pesar de lo expresado en relación a estos procedimientos terapéuticos, se ha de aclarar que tienen aprobación técnica y el favor de las estadísticas.

Insulinochoqueterapia

La insulina, descubierta en 1922 (Banting-Best), comenzó a emplearse, por su acción hipoglucemiente, en los tratamientos de engorde (W. Falta). Otros autores (Schuster, Steck, Kiemperer) la emplearon en psiquiatría para tratar pacientes excitados, con delirium tremens, con temor a alimentarse (sitiofobia) o con agotamiento. En 1933, Manfred Sakel (1900-1957) introdujo el coma insulínico como un efectivo medio terapéutico en psiquiatría.

Este medicamento comenzó a emplearse en el Asilo Chapuí en 1936, pero no fue sino hasta 1952 (Dr. Gonzalo Arias), que se instaló una unidad de insulinochoqueterapia técnicamente dirigida. Para tal fin se entrenó un equipo en el cual figuró la primera enfermera que inició labores en el Asilo Chapuí (Clemencia Chacón de Mora). El tratamiento por medio del coma insulínico se descontinuó a los pocos años, siendo el motivo principal, la introducción de los modernos psicofármacos.

No siguió la misma suerte el electrochoque, procedimiento que aún se aplica en aquellos casos en los cuales han sido inefectivos los demás métodos terapéuticos.

Aparte de la convulsivo terapia hemos de agregar que en 1949 se introdujo el antabuse (disulfiram) para el tratamiento del paciente alcohólico en nuestra institución. Nos basamos para tal fin en los trabajos de Jacobsen y de Martensen-Larsen de 1947. En 1950 hicieron tratamiento ambulatorio, 441 pacientes. En el leve periodo de observación, dejaron de beber 167 pacientes, recayeron 252 y abandonaron el tratamiento 20 enfermos. La experiencia nos ha indicado, que para curar el alcoholismo, hace falta algo más que quitar la embriaguez y algo más que una droga.

Hipócrates hizo observaciones en relación a los efectos beneficiosos de las enfermedades febriles en los padecimientos mentales. Areteo de Capadocia y Galeno comprobaron el criterio hipocrático y reportaron la acción beneficiosa de aquellas en las crisis convulsivas (epilepsia) y en las "parálisis". En la Edad Media, refiere Cabanés, que Enrique XI de Francia "pedía a Dios unas cuartanas (malaria) que le aliviaran las crisis comiciales (epilépticas)" (34).

En 1887, Wagner von Jauregg (1857-1940), intuyó la posibilidad de tratar la Parálisis General Progresiva o Demencia Paralítica (meningo encefalitis parenquimatosa difusa sifilítica) provocando en el paciente una enfermedad febril o inyectando por vía intravenosa, vacunas piretógenas. Pero no fue hasta 1917 que introdujo la malarioterapia (tratamiento por inoculación del paludismo), como efectivo procedimiento terapéutico para curarla. Por sus investigaciones en este campo, se le concedió el premio Nobel de Medicina en 1927.

En base a estos avances, en el Asilo Chapuí se intentó la malarioterapia, pero se abandonó, entre otros motivos, por ser un procedimiento riesgoso. En cambio fueron empleados con éxito en la excitación psicomotriz, el absceso de fijación (absceso aséptico en la región glútea, provocado con trementina), y en otros procesos, la vacuna antilítica en dosis progresivas.

En 1945, se instaló la Unidad de Fiebre Artificial en el Asilo Chapuí, manejada por Humberto Valverde, persona que llegó a la institución de misceláneo y se convirtió, poco a poco, en el Técnico Radiólogo, en el fotógrafo, en el encargado del manejo del electroencefalógrafo y de otras múltiples actividades, caso ejemplarizante de superación. La Unidad de Fiebre Artificial se instaló, previo entrenamiento del señor Valverde, en la Clínica del Dr. Jorge Montes de Oca, introductor en el país de la electropirexia y de la prostatectomía transuretral, hoy persona casi injustamente olvidada.

Con el tiempo, la penicilina, en primer lugar, llegó a eliminar estos procedimientos terapéuticos costosos, y molestos para el paciente y ante todo, no exento de peligro. La eficacia de este medicamento contra las diferentes formas clínicas de la Sífilis, aún continúa.

Psicocirugía en Costa Rica

Establecidas las bases de la técnica neuroquirúrgica en Norte América por Harvey Cushing (1869-1939), Percival Bailey, Walter Dandy y en Europa por Horsley, Pussepp, Olivercrona y De Martel,

fue facilitado el camino para que posteriormente se llevaran a cabo intervenciones neuroquirúrgicas basadas en los nuevos conceptos de neurofisiología, y por tanto, con finalidad distinta a la reparación, por ejemplo, de un defecto óseo craneal, o a la de extirpar un tumor cerebral.

Jaboulay, Leriche (Francia), Adson, Smithwick (E.E.U.U.) y otros, basados en estudios de fisiología y clínica del sistema nervioso vegetativo, practicaron intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir o curar padecimientos que tenían su origen en dicho sistema. De igual manera, en base al avance extraordinario de la neurocirugía y de las magistrales aportaciones experimentales y clínicas de la psiconeurofisiología, surgió una nueva rama en el campo quirúrgico: la Psicocirugía. Con ella se intentó aliviar o curar enfermedades mentales y otros padecimientos en los cuales el síntoma más trascendente es el dolor intenso, rebelde al tratamiento medicamentoso.

Se sitúa en el año 1936 la iniciación con base científica de la psicocirugía. En 1890 y 1910, Burckardt y Pussepp respectivamente, practicaron intervenciones neuroquirúrgicas en pacientes mentales con fines terapéuticos. Antonio Gaetano de Abrera Freire Egas Moniz (1874-1955, Lisboa) basado en las investigaciones de Jacobsen en chimpancés que no presentaban neurosis experimentales después de las lesiones bilaterales frontales, y en los estudios de neurofisiología llevados a cabo principalmente por Fulton (E.E.U.U.), fue quien introdujo con Almeida Lima, la lobotomía frontal. Tuvo la idea previa, de que con la intervención quirúrgica, se interrumpían conexiones neuronales anormalmente fijadas.

Luego fueron Freeman y Watts (E.E.U.U.), quienes modificaron la técnica del neurólogo y del cirujano lusitanos, dándole amplia difusión con su obra titulada: Psychosurgery (1942) (35).

Estos autores interpretaron los resultados de la intervención, como la expresión, de una baja en la tensión emocional, de una falta de interés, de fantasía y de preocupación por sí mismo, debido a la interrupción de las conexiones tálamo-corticales.

En la actualidad existen diversos criterios que explican, de una u otra manera, los mecanismos psiconeurofisiológicos que intervienen en los resultados que se obtienen en los enfermos mentales, al efectuarse en ellos, las diversas intervenciones neuroquirúrgicas, surgidas a partir de 1936: la lobotomía o leucomía frontal de Egaz Moniz-Almeida Lima, o de Freeman-Watts, la topectomía de Health-Pool, la gyrectomía de Penfield, la talamía de Spiegel, la lobectomía prefrontal de Peyton, la leucomía temporal, la lobectomía ultrasónica de Lindstrom y los procedimientos estereotáxicos, que con la ayuda de los rayos X, permiten actuar y destruir con precisión mínimas zonas en el cíngulo, en la

amígdala, en el cuerpo estriado, etc., con el intento de aliviar padecimientos neurológicos y mentales.

Los procedimientos neuroquirúrgicos, igual que los diagnósticos de las diferentes formas clínicas de la epilepsia, se vieron favorecidos, en nuestro medio, con la introducción en el Asilo Chapuí de la electroencefalografía. Para tal fin, se creó el respectivo Departamento, que comenzó labores en 1950, bajo la dirección del Dr. G. González Murillo (36). En este aspecto, el Asilo Chapuí, se adelantó por años, a los demás hospitales y clínicas del país.

El primer intento neuroquirúrgico en Costa Rica para tratar a un paciente mental se efectuó en el año 1899. El dato aparece en la historia clínica No. 51 de B.C. (Asilo Chapuí) quien estuvo internado en diversas ocasiones por sufrir crisis convulsivas y desórdenes mentales. En nota clínica en 1902 se lee:

"la causa de los ataques que tuvo hace doce años fue debido a golpe por manopla sufrido en la cabeza. A causa de la frecuencia de ellos fue que se trastornó. Ahora hace cuatro meses que está muy nervioso, triste, afligido y con ganas de llorar. No duerme, come mal, está con miedo y por eso busca refugio en el Asilo. Hace tres años fue trepando en el Hospital San Juan de Dios (Dr. ?) y desde entonces no le ha vuelto a dar los ataques".

La segunda intervención neuroquirúrgica hecha en el país en un paciente mental fue en 1947. Practicó la operación el Dr. Manuel Velasco Suárez, de México, en un paciente de 33 años de edad, que sufría esquizofrenia paranoide. Antes de su ingreso, este enfermo había cometido parricidio y matricidio e ingresó a la institución a raíz de este hecho delictuoso.

En 1948, se llevó a cabo la segunda lobotomía frontal en una paciente psicópata muy agresiva. Llevaron a cabo la intervención el Dr. R. Marchena y el Dr. Fernando Quirós Madrigal. La paciente falleció en el pos-operatorio.

La primera topectomía hecha en el país fue en 1952 (Dr. J.L. Orlich y Dr. G. González Murillo) (37). Se intentó en ella la ablación bilateral de las áreas citoarquitectónicas 9 y 10 de Brodman (L. Pool y Health). A éstas zonas se proyectan los impulsos del núcleo dorso medial del Tálamo.

El 29 de octubre (1952), los mismos médicos efectuaron una leucotomía siguiendo la técnica de Poppen, asociada a incisiones transversales subcorticales. Se llevó a cabo en una paciente de 33 años de edad que sufría Esquizofrenia: Reacción Hebefrénica, Historia Clínica No. 6413 (Asilo Chapuí). Estos pacientes operados,

no presentaban el cuadro nosológico ideal para el tratamiento neuroquirúrgico.

El curso post-operatorio fue normal en estos dos enfermos y la mejoría consistió, en la desaparición del llanto estereotipado y constante en el primer caso y de la extrema agresividad en el segundo. Este resultado comprobó lo afirmado por diversos autores en cuanto a la escasa efectividad de la psicocirugía en las diferentes reacciones esquizofrénicas.

El Dr. Fernando Zepeda, siguiendo la técnica de Freeman, llevó a cabo 20 leucotomías transorbitarias (Fiamberti 1937) y el Dr. Carlos Cabezas Campodónico en 1966, practicó la más amplia y delicada intervención neuroquirúrgica en un paciente mental en nuestro medio: lobectomía temporal derecha y amidalectomía izquierda según la técnica del Profesor francés Pertuiset. El paciente tuvo un curso post-operatorio normal, siguió en el Hospital Psiquiátrico asistiendo al Departamento de Terapia Ocupacional y luego egresó de la Institución y continúa en la actualidad en su hogar en donde ejerce el oficio al cual se había dedicado.

Después del optimismo inicial, existe discordancia en cuanto a apreciar e interpretar los buenos, nulos o malos resultados de la psicocirugía. Hay autores en el campo de la psiquiatría que la consideran como algo del pasado, como un procedimiento terapéutico que siguió la misma suerte de los muchos que igualmente fueron empleados con anterioridad en el mismo campo. También los hay que la consideran útil en determinados casos y circunstancias, tal como en las entidades clínicas rebeldes a la terapéutica medicamentosa y por choque: depresiones profundas, neurosis obsesivo-compulsivas agobiantes, los llamados dolores intratables que no obedecen a los analgésicos, etc.

En general creemos, que después de su aparatosa iniciación, la psicocirugía, tendió y tiende a pasar a la historia. Con ello se ha demostrado que para curar la enfermedad mental se necesitan otros métodos y otra visión totalmente ajenos a cortar vías nerviosas, o eliminar sustancia cerebral.

Sanatorio Roberto Chacón Paut

En 1952, en lo que fue Colegio Adventista en Dulce Nombre de Tres Ríos, se inauguró el Sanatorio Roberto Chacón Paut que cuenta en la actualidad con 370 camas. Ocupó su dirección hasta hace pocos años el Dr. Ramón Fallas, quien con enfermos en tratamiento continuo y deterioro mental, logró hacer en los terrenos del Sanatorio, una de las más bellas huertas del país. Con esta institución se consiguió el objetivo de un "Asilo Colonia" para pacientes crónicos, o sea, en tratamiento continuo.

Dr. Eduardo J. Pinto (1866-1937)

Fue el primer Director del "Hospicio Nacional de Insanos". Sólo estuvo encargado de la "la medicatura" del Hospicio tres meses. La "Junta de Caridad" hizo contrato con él para que llevara a cabo práctica psiquiátrica en el BLOOMINGDALE HOSPITAL de New York con el fin de que se encargase de los "servicios médicos" del Hospicio. Mientras llegara al país el Dr. Pinto, se hizo cargo de la "medicatura" de la Institución, el Dr. Tomás M. Calnek, jefe de Cirugía del Hospital San Juan de Dios, éste ilustre médico devolvió para obras de caridad, el dinero que se le asignó por su interinato.

Dr. Maximiliano Carlos Bansen (1817-1901)

Nació en Silesia, Reino de Prusia. Estudió medicina en Berlín y se graduó en Zürich. Asistente del Asilo de Orates de Stephensfeld (Alsacia). Falleció en Berlín durante un viaje de recreo. Director: 1890-1901.

Dr. Teodoro H. Prestinary (1875-1912)

Se graduó de Médico-Cirujano en Heidelberg (Alemania). Fue Director de 1901 a 1912. Su dirección se caracterizó por la disciplina y el orden germánicos que mantuvo en la Institución.

Dr. Federico Carlos Alvarado (1881-1929)

Se graduó de Médico-Cirujano en Montpellier (Francia). Estudió psiquiatría en la Clínica del Dr. A. Mairet (Montpellier). Director: 1912-1929. Durante sus ausencias ocupó interinamente la Dirección el Dr. Francisco A. Segreda, ilustre médico natural de Heredia (1875-1939).

Dr. Gottlieb Friedrich Brinkmann (nació en Hamburgo 20 Enero 1900-?)

Natural de Alemania, se graduó en Hamburgo. Hizo prácticas en Neurología y Patología. Director 8 enero 1930 al 25 enero 1932. Se trasladó a Michigan (E.E.U.U.) en donde fue a ejercer la Histopatología.

Dr. Roberto Chacón Paut (1882-1952)

Se graduó de Médico-Cirujano en Heidelberg (Alemania). Hizo estudios de post-gradó en: Leipsig, Londres y Viena. Desempeñó la Dirección con originalidad y brillantez. Su contribución más querida fue mantener y mejorar la terapéutica ocupacional, meritoria obra también de sus antecesores. Mantuvo el orden y la disciplina dentro de un marco correcto. Introdujo la insulina y la pentametilentetrazolterapia y el tratamiento electroconvulsivo. Siempre fue muy amplio en aceptar nuevos procedimientos de diagnóstico.

IMAGEN DEL ASILO CHAPUL

La imagen del Asilo Chapul en la etapa 1890-1952 fue homogénea y uniforme en cuanto a que tuvo como meta la disciplina, el orden, el aseo y la Laborterapia. La máxima autoridad dentro de la Institución fue siempre el Director, tanto en el campo médico, como administrativo. Los médicos que en ella servían eran llamados asistentes y se encargaban de las siguientes funciones:

1. Recibir al paciente, hacerle la historia clínica de ingreso y el examen físico y mental, ordenar los análisis de laboratorio y demás controles pertinentes: punción lumbar, radiografías, pneumoencefalografía, etc.
2. Atender dentro del Hospital al paciente que le correspondiera según la especial distribución alfabética de los enfermos.
3. Llevar a cabo el tratamiento integral, tanto físico como mental, de su paciente. Obligatoriedad de practicarle él mismo la punción lumbar, de tratarle cualquier padecimiento orgánico que se presentase en el curso de internamiento, de practicar los primeros auxilios en caso de caídas, de autolesiones, o de traumas provocados por otros pacientes, de llevar el control de las enfermedades infecciosas o de otra naturaleza que se presentasen al enfermo internado, control del parasitismo intestinal detallando en la historia clínica el tratamiento respectivo.
4. Asistir a la institución los días feriados y aquellos domingos que le tocara la guardia.

Esta visión integral del paciente situaba al profesional en una posición humanística deseable e interesante ya que lo hacía sentirse médico de cuerpo y alma y no sólo de una vertiente de la existencia del hombre.

Cada semana, el jefe y la jefa de los Departamentos de Hombres y Mujeres, y que a su vez lo eran de los misceláneos y del

control de la limpieza y de la aplicación de los tratamientos ordenados por el médico, reunían a los enfermos que estaban en condiciones de egresar, llamaban al Director y éste era quien en última instancia daba el visto bueno para la salida del paciente. No existían reuniones del Director con los médicos asistentes para estudiar, analizar y planear futuras políticas, ni para considerar problemas clínicos, ni terapéuticos.

El personal misceláneo residía en el Hospital y el Director, desde 1912, en la casa que para él se hizo y que luego fue "la Casa Verde" que en la década del sesenta y parte de la anterior sirvió de local para la Consulta Externa, Dep. de Estadística y Documentos Médicos, Servicio Social, Teatro Psicodramático, etc. De las 10 p.m. a 5 a.m. el Director atendía las emergencias que ocurrían dentro del Hospital y el personal que en éste residía, tenía tarde libre cada cinco días. Esta disciplina no despertó rencor, ni protestas y el trabajo se efectuaba en paz.

Antes de continuar con las décadas del cincuenta y sesenta, que fueron de gran importancia técnica y administrativa, haremos un discreto análisis de lo anteriormente expuesto.

CAUSA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

En los informes de los directores, las estadísticas dan primordial importancia a la herencia y al alcoholismo como causa de enfermedad mental. Concedieron un menor porcentaje causal a "los sufrimientos físicos y morales, a la sífilis, la epilepsia, los traumatismos craneanos, la histeria, el puerperio, el paludismo, la arterioesclerosis, la prostitución, la pubertad, las prácticas espiritistas, la tuberculosis, la anquilostomiasis, etc."

En general, las causas expuestas de enfermedad mental, se deducían de manera simple y fácil, por la comodidad y facilidad con que se encontraba el aparente motivo causal. Por ejemplo, si una persona sufría de una psicosis y al mismo tiempo de anquilostomiasis, o de tuberculosis, o fue a "motines políticos", o a "sesiones espiritistas", no era necesario hacer un gran esfuerzo mental para asignarle a la psicosis su causa. Un psicótico puede padecer sífilis, sin que necesariamente, ésta sea la causa de su padecimiento mental. El hecho de sufrir un padecimiento orgánico y al mismo tiempo una psicosis, no implica siempre, que ésta sea causada por aquel.

En los casos que un defecto cromosómico, enzimático, endocrino, o de cualquier otra naturaleza, es causa de un retardo mental, o de un padecimiento neurológico (corea de Huntington, mongolismo, cretinismo, etc.), se ha de deducir, que las personas que los sufren, tienen un deficiente desarrollo somático, intelectual y psicológico, y por tanto, lo que emergiera como tras-

torno psicótico, surge en un organismo que ha tenido deficiente desarrollo y adaptación, inadecuada estructuración de modelos, deficiente aprendizaje, distorsionado análisis y deficiente aprovechamiento de la información recibida, y así, sucesivamente.

La psicosis es característica en cada persona, emerge en su íntimo, propio y personal mundo psicobiosocial. Etiquetar al paciente mental, con un diagnóstico es más útil para la estadística y para facilitar la labor didáctica.

En realidad cada enfermo tiene su propia psicosis, igual que su propia personalidad.

En Apuntes sobre Psiquiatría Forense decimos:

"Los padecimientos mentales etiquetados, hasta ahora, de origen psíquico, son aquellas en las cuales no se ha encontrado causa física o clínica definida, ni cambios estructurales en el cerebro: la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva, los estados paranoides, las psiconeurosis y las psicopatías (Desórdenes de la personalidad). En la génesis de estos padecimientos destaca y actúa primordialmente el medio ante el cual la persona se desarrolla, condiciona e impregna. Este proceso se efectúa por la influencia inevitable y fundamental de las relaciones interpersonales y de los factores socio-culturales y económicos. Desde el preciso momento de la fecundación, el ser del hombre se destaca como una unidad sensible en mayor o menor grado, según sus íntimas posibilidades, su disposición y constitución, a los estímulos externos e internos que determinan su condicionamiento e impregnación, fieles a la cualidad y modalidad personalísima de las vivencias sentidas y experimentadas durante la continua interrelación con la realidad, ante la cual, quiera o no, ha de reaccionar desde el principio, eligiendo el enigmático camino a seguir. Durante el proceso de integración y diferenciación, de desarrollo y maduración, llega a ser esta totalidad y unidad psicobiológica, un exquisito y sensible acumulador y fijador de experiencias, incluso de aquellas, para su bien y para su mal, vivenciadas e incorporadas en el estadio de las necesidades instintivas, de las sensaciones, de los afectos y de las emociones, en etapa anterior a la emergencia de la actividad intelectual. Este primitivo condicionamiento explica la persistencia y la resonancia en el adulto de las formas de reacción primitivas, reacciones listas a manifestarse en el presente, debido a su constante capacidad de actualizarse ante posteriores similares y análogos estímulos. A lo largo del curso de su existencia, el hombre queda en potencia, emocionalmente

condicionado para responder en las actuales experiencias, de igual o similar manera a como reaccionó y respondió emocionalmente en las análogas de su remoto pasado, analogía que engloba el contorno, el paisaje, el ambiente y el contenido, coincidentes con aquellos significativos momentos en que fueron experimentadas. Acontece en el curso de la existencia una constante y sutil remembranza emocional de la que en experiencias análogas fue significativamente grabado durante las primeras etapas del desarrollo de la personalidad. Al acontecer de tal manera los fenómenos, se hace comprensible que, para aliviar o curar reacciones psicológicas anómalas originadas en experiencias remotas, traumáticas o inadecuadamente interpretadas, sentidas e incorporadas, es necesario, a de nuevo emocionalmente experimentarlas, revivirlas (no sólo intelectualmente recordar y describir), o acudir a las nuevas técnicas de la terapéutica de la conducta, para descondicionar los inadecuados hábitos aprendidos".



CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La clasificación de los padecimientos mentales empleada en el Asilo Chapuí desde 1906, fue la de Richard von Krafft Eving (1840-1902). Al describirla se respeta la terminología empleada en ese tiempo, siendo fieles, a la que nos hace conocer en uno de sus informes anuales el Dr. C.F. Alvarado (22).

En ella se consideraban:

a) LAS PSICOSIS FUNCIONALES:

- 1) *Las Psiconeurosis:* Melancolía, manías: aguda, intermitente y crónica, psicosis circular, demencia precoz, amencia y conf. mental.
- 2) *Degeneraciones Psíquicas:* Paranoia, psicosis histérica y epiléptica y los trastornos ocasionados por las neurosis constitucionales.

b) LAS PSICOSIS ORGANICAS: Parálisis General Progresiva, Delirio agudo y Demencia senil.

c) ESTADOS CONGENITOS: Idiocia e imbecilidad.

Posteriormente se adoptó en el Asilo Chapuí, la nomenclatura de la Asociación psiquiátrica Americana, cuya aprobación en el

continente americano fue en las Jornadas Neuropsiquiátricas Panamericanas celebradas en Santiago de Chile en 1937.

En los informes que se estudiaron se observa un mayor número de pacientes, jornaleros, de personas dedicadas a los oficios domésticos y de solteros. La incidencia fue mayor entre los 20 y 40 años, la etapa más productiva de la vida. En este aspecto hay coincidencia con la mayor parte de estadísticas.

Ergoterapia

Los Directores de la Institución se mostraron siempre muy satisfechos, tanto por la Laborterapia y Ludoterapia que se llevaba a cabo en el Hospital desde su inicio, como de la belleza de los jardines y del esmerado aseo que siempre existió y existía en la mayoría de los pabellones de la Institución.

A pesar de permanecer el Hospital en un aislamiento casi absoluto de 10 p.m. a 5 a.m., fue muy visitada por nacionales y extranjeros a la 1 p.m. "en punto", hora en que se permitía un amplio recorrido por los pabellones, telares, talleres, huerta, granja avícola y jardines. Todas estas instalaciones y espacios abiertos despertaban gran admiración en los visitantes. Los salones en donde se exhibían las telas y los objetos hechos en los talleres, eran dignos de verse. Los visitantes mostraban extrañeza, al ver a los pacientes tranquilos, laboriosos, atentos y afectuosos y por tanto, no agresivos ni excitados, tal como la mayoría de la gente cree y sigue creyendo.

Laborterapia y Ludoterapia (Terapia Ocupacional y Recreativa).

Para dar una idea de lo que en el Asilo se practicaba y producía, haremos una breve enumeración de los productos que se fabricaban, citando entre paréntesis a las personas, sin grado académico, responsables de la labor que se ejecutaba en una determinada etapa del Hospital:

Talleres (Miguel Corrales Marín): escobas, corrientes, pequeñas y de palo largo, palos para estropajos y para cepillos, taquitos de madera para biopsias que se efectuaban en el Hospital San Juan de Dios, jabas, estantes, juguetes para niños: comedores, sillas, estantes, etc., tarjeteros para la Junta de Protección Social, cajones para limpiar zapatos, guitarras que fueron de gran calidad y, además, se efectuaban arreglos de muebles, camas, catres, etc.

Telares (Genovelino Molina): alfombras, colchas, tapetes, colchones, almohadas, cojines y gran variedad de telas.

Labores Agrícolas (Macabeo Torres): Al tener la Junta de Protección Social una finca de café en Pavas y otra de café y ganado lechero en Orosi, se organizaron en el Asilo cuadrillas de pacientes de extracción campesina, que asistían a estas dos fincas y trabajaban en colaboración con el personal que en ellas laboraba. Hemos de destacar que había un fondo especial para remunerar a los pacientes. La huerta, que estaba en los terrenos de la Institución (zona actual del Hospital Antituberculoso) producía variedad de verduras: lechugo, rábanos, remolacha, repollo, culantro, etc. Esta producción abastecía también al Hospital San Juan de Dios.

Granja Avícola (José María Casasa): contaba con unos mil quinientos ejemplares de gallinas y pollos. Fueron varios los pergaminos que se obtuvieron en diversas exposiciones. Además de cubrir las necesidades del Asilo y Hospital San Juan de Dios, había huevos y pollos para la venta.

Jardines (Hipólito Quesada): Fueron el orgullo del Asilo Chapuí desde su fundación. Durante la dirección del Doctor T.H. Prestinary, orientó en estos menesteres un jardinero de origen alemán, descendiente del insigne jardinero e investigador Julián Carmial.

Los arreglos florales gozaban de la aceptación general y la solicitud de coronas era constante.

En el Departamento de Mujeres daba satisfacción observar tanto los salones de costura en donde laboraban gran número de pacientes, como la sección de Lavandería con más de cuarenta pacientes que ejecutaban el lavado de ropa de la institución y la Ropería (Luisa Solano) y la Cocina (Josefina Carvajal) en donde trabajaban con eficiencia y tranquilidad las enfermas, eran dignas de admiración.

Todos estos aspectos destacan una etapa del Asilo Chapuí en la cual el tratamiento fundamental fue el trabajo y la distracción (juego, baile, cine, paseos, etc.), todo ello anterior a los tratamientos por choque y a los psicofármacos, introducidos al final de la década del treinta, los primeros y a mediados de la década del cincuenta, los segundos. A pesar de la nueva modalidad terapéutica introducida, la Laborterapia y Ludoterapia (Ergoterapia) siguieron ocupando lugar destacado hasta el momento actual, habiéndose perfeccionado los métodos y mejorado y aumentado el personal. Ya en 1960 hubo preocupación para que dirigiera el Departamento un psicólogo clínico, después de la efectiva labor en el mismo, de la Prof. Olga Viquez. El intento dio resultado en cuanto a la debida escogencia del paciente, no al azar como había ocurrido, sino según su condición física, su padecimiento y sobre todo, los mecanismos psicológicos en éste actuantes. Por ejemplo, una personalidad agresiva y otra con ten-

dencias regresivas, necesitan diferente enfoque al prescribirles la modalidad de laborterapia y ludoterapia que ameritan. A un paciente le irá bien descargar su agresividad en un trabajo a juego en los que se produce importante gasto de energía: cavar la tierra; jugar al foot-ball, etc. y al otro le es más beneficioso manipular plastilina, arcilla, tinta, etc., actividad sustituta y sublimada del manipuleo y juego con las heces, propios de las personalidades con marcada regresión. En estos casos, adquiere la persona enferma, autoestima y autovaloración, ya que estas actividades satisfacen profundas tendencias, al mismo tiempo que son útiles, provechosas y aceptadas por el medio social envolvente.

Desde el punto de vista histórico se ha de destacar que la ergoterapia se usaba en el Manicomio de Zaragoza (España) a principios del siglo XVIII. En las reglas u ordenaciones dictadas por encargo de Felipe IV, por don Miguel Escartín, Obispo de Lérida, impresas en 1723, se lee lo siguiente:

"Dentro de la Casa harán a los locos en todas las ministerios y servicios que pudieren hacer conforme a su disposición, y a las locas en hilar, coser, hacer rosquillas y otros ejercicios, y pondrán cuidado los regidores." (38).

Luego dice el mismo documento:

"...porque entendemos que hay mucha necesidad de que se tenga particular cuidado en la curación de los locos, y siendo enfermos como los demás, es justo que se les apliquen los remedios necesarios" (J. Solé Sagarra - Karl Leonhard) (38).

En esta obra se lee lo que escribió Pinel, sobre el mismo tema, en su *Traité Médico-philosophique sur L'alienation mental* (1808):

"Tenemos que envidiar a cierta nación vecina un ejemplo que nunca será bastante conocido. No lo presenta Alemania, ni Inglaterra, sino España, en una de cuyas ciudades, Zaragoza, existe un asilo para enfermos, y principalmente para locos de todos los países y de todos los Gobiernos, con la sencilla inscripción en su puerta principal: Urbi et Orbi. Las celosas fundadoras de este establecimiento se propusieron, no sólo plantear el trabajo mecánico, si que también hacerlo servir de contrapeso a los extravíos del entendimiento, por la afición que inspira y el deleite que proporciona el cultivo de los campos, y por el natural instinto que

conduce al hombre a labrar la tierra y satisfacer sus necesidades con el fruto de su industria. Desde el amanecer, unos orates se ocupan en las tareas del servicio doméstico, otros pasan a sus respectivos talleres y los más se dividen en pelotones, que, bajo la dirección de vigilantes inteligentes e instruidos, se esparcen por las fincas propiedad de la Beneficencia, donde se ejercitan con cierta emulación en los trabajos agrícolas propios del tiempo. El día se pasa en una actividad continua, solamente interrumpida por períodos de descanso.

El cansancio y la fatiga proporcionan por la noche un sueño reparador, demostrando la experiencia que es este procedimiento el medio más seguro y eficaz para recobrar la razón. Por consiguiente, deben esperarse curaciones operadas con esta vida activa, ya que las locuras de los bien acomodados, los cuales se niegan por sí, o por los suyos a dedicarse a trabajos corporales o manuales, resultan incurables casi siempre. Sin embargo, desde los tiempos más remotos, también los enfermos distinguidos salen diariamente a paseo por las afueras de la capital. El hombre es consolado de este modo, en la mayor y más horribles de sus desgracias. Su dignidad ha salido victoriosa; Inglaterra y Francia se llevan la palma de este triunfo, que, en justicia, pertenece a España, al Hospital de Zaragoza".

Este quehacer en el campo psiquiátrico, como muchos otros en la actividad humana, de los cuales cada cual se cree el creador en su respectivo tiempo, nos recuerda las palabras de Salomón en el Eclesiastés: "lo que es, eso fue ya, y lo que fue, eso será. No se hace nada nuevo bajo el sol. (Nihil novum sub sole)"

ESTADISTICAS BASADAS EN INFORMES DE LOS DIRECTORES

En las siguientes estadísticas se asocian los ingresos de pacientes, las salidas, las curaciones, las defunciones, etc. a los avances habidos en los respectivos períodos.

DE LOS DIRECTORES
(Se cita al Director que redactó el informe)

AÑO	Enfermos tratados en el año	Salidas en relación al total	Salidas en relación a ingresos	Curaciones en relación al total	Curaciones en relación a ingresos	Defunciones
	%	%	%	%	%	%
1891	158	58,22	93,83	27,21	43,87	12,02
Dr. Maximiliano Carlos Banzen	TRATAMIENTOS EMPLEADOS EN 1891: Laboroterapia empíricamente dirigida. Se destaca el trabajo de los pacientes en la lechería, jardines, huerta, cocina, lavado de ropa y en el aseo.					
1907	279	42,68	96,74	24,37	57,14	7,16
Dr. Teodoro H. Prestinary	TRATAMIENTOS EMPLEADOS Y AVANCES EN EL PERIODO 1891-1907: Laboroterapia mejorada. Hay jardinero, albañil y carpintero que enseñan y orientan a los pacientes en sus respectivos oficios. Algún paciente remitido se queda de asistente, o de empleado en la cocina. Esta práctica continuó hasta la década del cuarenta. Hay mejoras y ampliación del edificio. Se emplean como sedantes las envolturas húmedas y los baños tibios prolongados. Se prescriben los derivados del opio (finiura tebaica), los bromuros, la valeriana, la hioscina y el cloral. Destacan el paternalismo, la disciplina y el aseo esmerado. Primera intervención neuroquirúrgica en paciente con crisis convulsivas y ani. de traumatismo craneal (1899)					
1915	446	45,55	93,11	32,51	67,12	7,17
Dr. Carlos F. Alvarado						

TRATAMIENTOS EMPLEADOS Y AVANCES EN EL PERIODO 1907-1915.

Continúa siendo fundamental la Laborterapia. Se inicia la Ludoterapia: hoy sala para practicar gimnasia, sala de música (piano y pianola), salón para cine, etc. Se introduce el luminal para la Epilepsia. Continúa el aseo esmerado y la disciplina estricta. Se mantiene la misma calidad empírica del personal, a excepción del médico.

1929	722	45,29	91,59	30,10	61,06	5,81		
Dr. Carlos Federico Alvarado	<p>TRATAMIENTOS EMPLEADOS Y AVANCES EN EL PERIODO 1915-1929. Se instalaron los talleres de trabajos manuales y los telares (1927). Se inaugura el pabellón Prestinary y queda en construcción el Pabellón Bansen. Se introduce el Somnífero Roche para provocar sueño prolongado y para la excitación psicomatriz, y se emplean tónicos tipo calodolita de sodio, compuestos fosforados y algún extracto de órganos. Psicoterapia basada en persuasión, sugestión, distracción y entretenimiento según el Prof. Grasset de Montpellier.</p>							
1945	1517	62,75	100,10	52,86	84,34	3,60		
Dr. Roberto Chacón Paut	<p>TRATAMIENTOS EMPLEADOS Y AVANCES EN EL PERIODO 1929-1945. Mejoran considerablemente la Laborterapia y Ludoterapia. Se establece una plaza para jugar al Foot-Ball. Hay equipo de pacientes y juegos con equipos ajenos a la Institución. Se incrementa la producción en telares, talleres y granja avícola. Se fabrican productos de muy buena calidad: escobas, colchones, felpudas, palos para estropajo, jabas, estantes, juguetes y telas cuya exhibición fue digna de versé. Se instala la Granja Avícola. Se construyen los Pabellones Alvarado y para Toxicómanos. Se introducen la convulsivoterapia (Cardiazol en 1937 y electrochoque en 1941) y la insulina para estimular el apetito y con intento de provocar coma (1935). Es de destacar el uso muy limitado de drogas. Esta fue la modalidad del Asilo desde su fundación. Se introduce el Dilantin (difenilhidantoinato sódico) para tratar las crisis convulsivas, las <small>... y la limpieza esmerada y la disciplina estricta.</small></p>							
1960	2963	73,16	98,99	65,84	89,08	0,70		
Dr. G. González Murillo	<p>TRATAMIENTOS EMPLEADOS Y AVANCES EN EL PERIODO 1945-1960: Se establecen la Consulta Externa y la Unidad de Insulina para llevar a cabo el tratamiento con la técnica debida (1952). Comienza a trabajar en esta Unidad la primera enfermera que labora en el Asilo (1952). Se practica la primera Lobotomía frontal en un paciente del Asilo por el neurcirujano Manuel Velasco Suárez, de México (1947). Se llevan a cabo diversas intervenciones neuroquirúrgicas en pacientes mentales de nuestro Hospital, principalmente entre 1948-1952. Se introducen el Disulfiram para tratar el alcoholismo y los psicofármacos (largactil, reserpina, tofranil, etc.). Se crean el Servicio de Electroencefalografía (1950), el Servicio Social (1954), el Departamento de Estadística y Documentos Médicos (1955) y el Departamento de Psicología (1957). Inician labores en la Institución médicos especialistas en cardiología, oftalmología, ortopedia, radiología y Medicina Interna. Inicia un farmacéutico labores en la Farmacia (1956). Se inaugura el Sanatorio Dr. Roberto Chacón Paut en Dulce Nombre de Tres Ríos (1952). Se introduce la clasificación de la American Psychiatric Ass.</p>							
1964	3133	64,69	195,03	34,31	50,39	1,18		
G. González Murillo	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">22,14 Mejorados</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">33,98 Mejorados</td> </tr> </table> <p>TRATAMIENTOS EMPLEADOS Y AVANCES EN EL PERIODO 1960-1964: Se encarga de la Terapia Ocupacional el Psicólogo Clínico (1960-1964). Pleno uso de los psicofármacos. Aumento importante del personal en los Departamentos de Enfermería, Servicio Social, Psicología, Estadística y Documentos Médicos, Administrativo y Médico. Se establecen los Programas de Residentes e Internos, (1963). Comienzan a prestar servicios médicos internos y residentes. Comienza la enseñanza en la Cátedra de Psiquiatría (1962). Se acrecienta la enseñanza y el entrenamiento psiquiátrico. Se introducen la Psicoterapia en Grupo y el Psicodrama (1961). Auge de la <small>... .</small></p>						22,14 Mejorados	33,98 Mejorados
22,14 Mejorados	33,98 Mejorados							

1974	4877	82,16	100,10	?	?
TRATAMIENTOS EMPLEADOS Y AVANCES EN EL PERIODO 1964-1974: Se introdujeron la Psiquiatría y Psicología Comunitarias. Se inició el Tratamiento de Familia. Se creó el Servicio para Niños Enfermos Mentales y para Niños Retardados. Se inició la Psiquiatría Infantil. Se inician labores por especialistas en la especialidad citada. Se llevó a cabo el curso de Terapia de la Conducta por el Dr. Sergio Yulis (Agosto 1974). TRASLADO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO MANUEL ANTONIO CHAPUÍ A PAVAS: 15 de setiembre de 1974.					
RESUMEN DE LOS PORCENTAJES					
1891	158 %	58,22 %	93,83 %	27,21 %	43,87 %
1907	279	42,68	96,74	24,37	57,14
1915	446	45,55	93,11	32,51	67,12
1929	722	45,29	91,59	30,10	61,06
1945	1517	62,75	100,10	52,86	84,34
1960	2963	73,16	98,99	65,84	89,08
1964	3133	64,69	95,03	34,31	50,39
1974	4877	82,16	100,10	22,14	33,98
					12,02 %
					7,16
					7,17
					5,81
					3,60
					0,70
					1,18

TOTAL DE PACIENTES TRATADOS DURANTE EL AÑO Y NUMERO DE LOS NO EGRESADOS			
AÑO	TOTAL DE PAC. TRAT.	NO EGRESADOS	%
1891	158	66	41,78
1907	279	160	57,32
1915	446	242	54,45
1929	722	395	54,71
1945	1517	595	37,25
1960	2963	795	26,84
1964	3133	1106	35,31
1974	4877	870	17,84
1975	5340	939	17,58
1976	5930	1026	17,30

PERIODO 1952-1974

En relación al Asilo Chapuí (Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, enero 1961- Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, enero 1971) nuestro estudio se extenderá hasta el 14 de setiembre de 1974, etapa final de prestación de servicios en el antiguo edificio que precisamente fue edificado, según modelos europeos, para el exclusivo tratamiento de pacientes mentales.

DIRECTORES 1952-1974

Antes de continuar, haremos una breve reseña de los directores que fueron de la Institución a lo largo del interesante período de 1952-1974, el más importante en cuanto a la reorganización médica y administrativa que se llevó a cabo ya que en él se pasó de una institución cerrada a uno que abrió sus puertas, derribó verjas y se proyectó a la comunidad, llegando a establecerse una relación continua y un intercambio útil con los grupos comunitarios y con otras instituciones.

El Dr. Nilo Villalobos Quesada (1890-1968) ocupó la dirección en el período 1952-1954. Se graduó de médico-cirujano en Filadelfia.

fia (E.E.U.U.). Ejerció con honestidad y gran dignidad su profesión, así como la dirección del Asilo Chapuí, en donde laboré desde 1936.

Al Dr. Nilo Villalobos lo sucedió en la dirección (1954-1960) el Dr. Fernando Quirós Madrigal (1907-1961), poseedor de una brillante inteligencia y de una gran visión para analizar y proponer soluciones a los problemas psiquiátricos del país. Fue maestro de escuela en 1924, se graduó de farmacéutico en 1928 y de médico-cirujano en 1936 (Bonn, Alemania). Fue profesor de Anatomía y Parasitología en la Facultad de Farmacia, así como el fundador y primer director de la llamada en aquel entonces Sección de Higiene Mental del Ministerio de Salubridad (1938). En 1960 se le designó profesor de Psiquiatría de la naciente Facultad de Medicina. Su fallecimiento prematuro fue una importante pérdida para la Cátedra de Psiquiatría que se vio privada en su organización y en el inicio de la docencia, de su brillante personalidad.

Después del Dr. F. Quirós, ocupó la dirección (1960-1967) el Dr. Gonzalo González Murillo, graduado de médico-cirujano (1937) en la Universidad de Barcelona (España). Hizo post-grado de Neurología en el Instituto Neurológico Municipal de Barcelona y entrenamiento en Psiquiatría en la Clínica Psiquiátrica Municipal de la misma ciudad (1937-1940). Profesor de Neuroanatomía y Esplagnología en la Facultad de Odontología desde el año de su fundación hasta 1953. Inició la Electroencefalografía en Costa Rica en 1950 y fue encargado del Servicio respectivo en el Asilo Chapuí hasta 1963. Profesor titular y Director de la Cátedra de Psiquiatría al iniciar labores la Facultad de Medicina. A principios de la década del sesenta, siendo Director, logró la aprobación por la Junta de Protección Social (enero 1961) del Reglamento General en el cual se eliminó la palabra Asilo y se sustituyó por Hospital Psiquiátrico. La Institución había superado, desde hacía años, la función de asilo y avanzado hacia una actividad psiquiátrica abierta y adaptada a los adelantos científicos modernos. Al convertirse, en la fecha de su traslado a Pavas, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, hubo una polémica por haberse eliminado el nombre del Padre Chapuí. En esta polémica intervinimos criticando el olvido hacia la anterior Institución. En el nuevo Hospital se destacaron: una placa con los nombres de los miembros de la Junta de Protección Social y un rótulo que dice HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO. Los polemistas, igual que los que ordenaron los rótulos olvidaron que en el Reglamento aprobado en 1971, no se había eliminado el nombre del Padre Chapuí.

El Dr. Fernando Zepeda desempeñó la Dirección de 1967 a 1972. Se graduó de médico y cirujano en la Universidad Central de Honduras e inició labores en 1942. Fue Profesor de Higiene en el Liceo de Costa Rica y Director del Consejo Superior de Defensa

Social (1958-1960). Bajo su Dirección se fundó el Taller Protegido de Alajuela.

El último Director del Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, fue el Dr. Abel Pacheco de la Espriella (1972-1974). El 15 de setiembre de 1974 pasó a ser el Director del nuevo Hospital situado en Pavas. Se graduó de médico-cirujano en la Universidad Autónoma de México (1959). En 1966 terminó su entrenamiento en Psiquiatría en la Universidad de Luisiana (E.E.U.U.). Hizo entrenamiento en rehabilitación en Inglaterra, Holanda y Dinamarca. Fue Director del Departamento de Salud Mental, Jefe del servicio médico del Instituto Nacional Sobre Alcoholismo y en 1972 ganó el Premio Nacional de Literatura.

COMENTARIO SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DEL ASILO CHAPUI

En 1954 se crearon en el Asilo Chapuí los Departamentos MEDICO y ADMINISTRATIVO. Con anterioridad, las funciones administrativas fueron desempeñadas por un ecónomo, persona práctica y autodidacta en estos menesteres. Gozaba de responsabilidad y honradez; amaba su trabajo y a la Institución (Carlos Torrealba). Cumplía su misión a cabalidad, honesta y sencillamente, sin despliegue de papeles, fórmulas y ayudantes, a pesar de que la actividad económica fue muy activa a lo largo de los años, debido a las funciones propias de la Institución y, sobre todo, a lo que en ella se producía. Se mencionan estos detalles para destacar la forma simple y eficaz que predominó en la Administración del Asilo Chapuí, hasta el año 1954, fecha en que se nombró al primer Administrador de la Institución: don José María Barrionuevo Montealegre. Hasta ese momento ejercían en su orden, la función administrativa: el Director, su ayudante administrativo, un empleado asistente de éste y un secretario general, que fue sustituido en 1941 por la primera mujer que entró a laborar en el Asilo en estos menesteres (Libia Torrealba). Fueron Administradores del Asilo Chapuí (luego Hospital Psiquiátrico) en el período 1954-1974: José María Barrionuevo, Hugo Urrutia, Enrique Hidalgo, Arnulfo Carmona y Ricardo Rodríguez Solórzano.

OFICINA DE PERSONAL

No fue sino hasta 1954 que se creó la Oficina de Personal. Esta constituyó el punto de partida "para la creación de la Administración de Personal de la Junta de Protección Social de San José y del Hospital San Juan de Dios" (Dr. Fernando Quirós Madrigal) (39).