
La esquizofrenia en Navarra. Perspectiva histórica

Schizophrenia in Navarra. An historical perspective

L.J. Lizarraga

RESUMEN

Tras unas pinceladas sobre datos relativos a la asistencia a los “locos” en el siglo pasado en Navarra, este estudio se centra en las ideas y aportaciones de los psiquiatras a lo largo de este siglo y especialmente del Manicomio, único recurso asistencial hasta bien pasada su primera mitad. Se analizan los factores que se suelen considerar influyentes en la llamativa disminución de la tasa de primeras hospitalizaciones por esquizofrenia: progresiva longevidad; cambio de criterios diagnósticos; aumento del suicidio en los jóvenes; reducción de las infecciones perinatales, concluyéndose que si bien este último, ciertamente limitado, es el único de valor objetivo, en conjunto, no puede considerarse válido el procedimiento basado en las primeras hospitalizaciones –muy influido por los cambios de criterio derivados del enriquecimiento de las posibilidades terapéuticas–, como indicador del descenso real de la morbilidad. Se muestran aspectos sociológicos, evolutivos y terapéuticos de los esquizofrénicos ingresados en el Manicomio de Navarra. Se estudia la asociación drogadicción/esquizofrenia, concluyéndose que no aumenta su incidencia pero anticipa la aparición del primer brote. Finalmente se especula sobre la necesidad de llenar con imaginación el hueco generado por el “bipartidismo” en la salud mental entre la hospitalización de agudos en hospitales generales y los soportes de asistencia social.

Palabras clave: Esquizofrenia. Historia. Hospitalización. Morbilidad. Drogadicción.

ABSTRACT

Following a brief outline of data relating to the care of the “mad” in the XIX century in Navarra, this study focuses on the ideas and contributions made by psychiatrists over the course of the XX century and especially those of the Psychiatric Hospital, the only care resource until well after the first half of the century. An analysis is made of the factors that are usually considered to have influenced the notable reduction in the rate of first-time hospitalisations for schizophrenia: progressive longevity; change of diagnostic criteria; increase of suicides in young people; reduction of perinatal infections. We conclude that the latter, although certainly limited, is the only factor of objective value. In general, the procedure based on first-time hospitalisations cannot be considered as a valid indicator of the real decline in morbidity, since it is highly influenced by the changes of criteria deriving from the greater wealth of therapeutic possibilities. Sociological, evolutionary and therapeutic aspects of schizophrenic patients interned in the Navarra Psychiatric Hospital are shown. A study is made of the association between drug addiction and schizophrenia, and we reach the conclusion that this does not increase its incidence but that it does accelerate the first onset. Finally, we consider the need for imaginatively filling the gap created by the “bipartisanship” in mental health between the hospitalisation of acute cases in general hospitals and the support of social care.

Key words: Schizophrenia. History. Hospitalisation. Morbidity. Drug addiction.

ANALES Sis San Navarra 2000, 23 (Supl. 1): 7-27.

Hospital Psiquiátrico. Pamplona

Correspondencia:

Luis Javier Lizarraga Larrión
Travesía San Juan Bosco, 7, 3º centro
31007 Pamplona
Tfno. 948 274328

ALIENISTAS Y PSIQUIATRAS

¿Qué conocimiento se tendría en Navarra a principios del siglo XIX del “Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental de Pinel”, o de la definición del estado de delirio de Esquirol de 1818: «un hombre está en delirio cuando sus sensaciones no se ajustan con los objetos exteriores, cuando sus ideas no se ajustan a sus sensaciones, cuando sus juicios y sus decisiones no se ajustan a sus ideas, cuando sus ideas, sus juicios y sus decisiones son independientes de su voluntad»; a la que Falret en 1839 consideraba necesario completar, añadiendo un elemento básico: la falta de conciencia de tal estado.

No tengo noticia de que por aquellas fechas hubiese alienistas en Navarra, y menos de que se aceptase poco a poco la existencia de distintas enfermedades mentales, así como la oposición entre los trastornos agudos y los crónicos; pero sí conocemos la existencia de clínicos eminentes como el ilustrado doctor D. Nicasio Landa Álvarez de Carballo, que en 1868 había redactado en Pamplona la Memoria para la construcción de un Manicomio Agrícola, con lo que quedaban puestos en evidencia sus conocimientos y su preocupación por los enfermos mentales. En aquellas fechas los internamientos se llevaban a cabo en manicomios de otras provincias, generalmente limítrofes, e incluso en contados casos en el propio Hospital de Navarra, según el estadillo que el Dr. Gurría cumplimentó acerca del movimiento de enfermos en el primer mes de funcionamiento del Manicomio de Navarra (diciembre de 1904) (Tabla 1); por tanto alienistas o no, había, al menos en el Hospital, médicos que se ocupaban de los locos.

En España, los psiquiatras titulados, como el resto de los especialistas, son cosa de los años cincuenta-sesenta, pero alienistas o médicos especializados en enfermedades mentales existieron en Navarra desde comienzos de siglo. En nuestro trabajo “La casa del tejado colorado”, quedó explicado, cómo el 30 de diciembre de 1903 la Diputación de Navarra acordó por unanimidad nombrar Médico Director del Manicomio Vasco-Navarro a D. Manuel Gurría Estapé, en aquel entonces Médico Director del Manicomio de San Andrés de Palomar de Barcelona. En Pamplona, el Manicomio estaba sin inaugurar, pero se consideró conveniente dar a su futuro responsable, el tiempo suficiente para que pudiese planificar sus intenciones acerca del funcionamiento inmediato. Precisamente no nos resistimos a reproducir una anécdota referida por el periódico local “El Eco” de la que fue coprotagonista el Dr. Gurría, que al llegar a la estación del Norte en el “Tren de los locos” procedente de Zaragoza –a cuya ciudad se había desplazado tres días antes para organizar el traslado– y «con la dulzura que le caracteriza, se dirigió a uno de los recién llegados y dijo:

–¿Epiléptico?

Y contestó el aludido con mucho aplomo:

–No señor, de Cascante.

Los que presenciaron la escena celebraron la oportuna réplica del alienado».

Posteriormente, ya en 1923 es nombrado Médico Auxiliar de la misma institución D. Martín Guelbenzu Urbasos, que hasta su jubilación en 1963, lo mismo que los médicos-directores, ejercían simultáneamente la psiquiatría privada. El Dr. D. Andrés Caso Sanz inauguró en 1952 la Clínica Psiquiátrica “Santa Elena” en un chalet de la calle

Tabla 1. Movimiento de Enfermos en el Manicomio de Navarra en Diciembre de 1904.

Procedencia	Ingresos	Altas	Existentes
Hospital de Navarra	11		11
Manicomio de Zaragoza	111	1	110
Manicomio de Valladolid	20	1	19
Manicomio de Santa Águeda	3		3
Manicomio de Ciempozuelos	1		1
Domicilio particular	6		6
TOTAL	152	2	150

Mutilva, en la que atendió en régimen tanto de internamiento como ambulatorio a numerosos pacientes hasta 1986. D. Martín Guelbenzu Urbasos, D. Federico Soto Yárritu, D. Tomás Erice Erro, D. Joaquín Ilzarbe Olaso, D. Salvador Cervera Enguix, D. Martín Guelbenzu Jiménez, D. José Luis Amadoz Villanueva, Dña. Carmina Gómez Lavín y yo mismo, atendimos unos cuantos años las consultas de cupo de psiquiatría de la Seguridad Social. Hasta 1991, se sucedieron más de cien médicos en los diversos niveles de adscripción al Hospital Psiquiátrico de Navarra. La llegada de la Universidad de Navarra, la constitución del consultorio SMEDA y ulteriormente ARGIBIDE, han supuesto una aportación a la asistencia psiquiátrica suficientemente conocida. Pero no podemos ignorar la función de la Clínica “Nuestra Señora del Pilar”, ahora “Padre Menni” de Elizondo puesta en marcha en 1938 por las Hermanas Hospitalarias y la Clínica Psiquiátrica “Padre Menni” de la misma institución, situada en el barrio de la Rochapea de Pamplona.

En esta perspectiva histórica de la esquizofrenia en Navarra vamos a centrar nuestra exposición en lo que conocemos a través del Manicomio de Navarra, cuya trayectoria se inicia coetáneamente a las publicaciones de Kraepelin y Bleuler y que durante varios decenios constituyó, en la práctica, el único recurso asistencial psiquiátrico de Navarra.

EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

El término de esquizofrenia propiamente dicho nace en 1911 con Bleuler, pero una cosa es el nombre y otra los enfermos que con una u otra etiqueta existían desde tiempo inmemorial. Ya con la “demencia precoz” de Kraepelin se había iniciado la puesta en orden del confuso campo de las enfermedades mentales. Por ejemplo en el año 1916, D. Manuel Gurría en la Memoria remitida a la Diputación todavía no hace mención alguna al término “esquizofrenia” y se explaya sin embargo, hablando de demencia precoz, paranoias y delirios sistematizados en los siguientes términos:

«**Demencias.** La demencia es el estado psicopático que más domina. Es un proceso involutivo o de desagregación del psiquismo, que puede ser fenómeno primitivo

(demencia precoz), expresión de lesiones anatomopatológicas (demencia orgánica), terminación de una enfermedad mental (demencia secundaria o vesánica), caducidad del organismo (demencia senil) o demencia paralítica (parálisis general).

Demencia precoz: psicosis de concepto moderno, algo convencional, pero con abundancia de atributos clínicos y considerado como proceso de valor sintético, es su radio de acción tan extenso que abarca casi una quinta parte de las psicosis, incluyéndose a esta cláusula todas aquellas que ofrecen de común el conducir rápidamente a la disolución de las facultades intelectuales y afectar de preferencia a los jóvenes. Habían ingresado 47 varones y 28 hembras afectados de demencia precoz, quedando actualmente 33 y 20 respectivamente; todos son jóvenes que, al llegar a la edad de la adolescencia, han caído en un estado de disolución psíquica con adición de delirios en general polimorfos, estados catatónicos, etc.

Demencia vesánica o secundaria: es el proceso final de las locuras, de ahí que sea la psicosis que más abunda en los manicomios, pudiendo calcularse que los locos, sean de la clase que sean, al pasar de los 50 años es raro que no caigan en la demencia secundaria.

Paranoias, delirios sistematizados.

Es una psicosis de concepto clínico muy complejo por englobar infinidad de delirios sistematizados y diversas vesanias, cuyo lazo de unión estriba en manifestarse por ideas delirantes faltas de base y origen emotivo, parciales o sistematizadas, fijas, erróneas y de convicción irreductible, siendo la que más domina entre los asilados la forma mística con ideas de culpabilidad: dicen haber cometido faltas graves contra la religión, dogma, preceptos, se acusan de sacrilegios y multitud de motivos de condenación, siendo preciso tenerlos constantemente vigilados para evitar que en una de las frecuentes crisis de desesperación tomen determinaciones peligrosas contra sí o contra los demás.

Están afectados del delirio de grandeza, con cambios de personalidad creyéndose santos, dioses, millonarios, sabios; otros se consideran admirados y envidiados por creerse de elevada jerarquía.

Entre las asiladas hay abundantes del grupo de las erotómanas, casi todas degene-

radas por herencia morbo-psíquica. Éstas suelen discurrir bien, pero no admiten ninguna advertencia acerca de lo infundado de su delirio y lo ilusorio de sus platónicos amores.»

Apreciamos cómo, entre los delirios que se citan, aparecen algunos de contenidos claramente depresivo o maniaco.

Las breves permanencias en la dirección del Manicomio de Navarra de D. Pedro Alvarez Nouvilas y especialmente de D. Emilio Gimeno Riera, hacen que pasemos rápidamente a comentar los largos años que para la psiquiatría de Navarra representó el Dr. D. Federico Soto Yárritu. Hombre singular, con un enorme prestigio del que se aprovechó el propio Manicomio. Fue un clásico en la práctica diaria, y vanguardista en la incorporación de los conocimientos diagnósticos y terapéuticos. Absoluta, continua y sorprendentemente provocador, tanto en sus acciones como en su dialéctica. A este espíritu, habría que atribuir su infatigable dedicación y exposición del Inconsciente Familiar como factor del Análisis del Destino humano, según las teorías de Szondi y de su instrumento imprescindible, el más conocido Test de dicho autor. Lo poco extendido de esta teoría en el ambiente psiquiátrico, y, especialmente su carácter totalmente innovador y hasta cierto punto extraño: utilizar como medio instrumental para la movilización de la carga instintiva del paciente, la elección –en sucesivas series con fotografías de los ocho prototipos morbosos de los instintos–, de los pares que despertaban su simpatía y su rechazo, suponían, seguramente para él, un fascinante atractivo y un divertido entretenimiento. Como acabo de insinuar, siguió las clasificaciones convencionales y los conceptos clásicos en el trabajo clínico diario en general y en el de la esquizofrenia en particular; únicamente algunos casos especiales los estudiaba bajo la perspectiva de la teoría de Szondi, como por ejemplo, el del famoso criminal Jarabo, en cuyo peritaje colaboró con el Profesor Alberca Llorente de Valencia. Varios de sus colaboradores nos iniciamos en las tareas de la teoría de Szondi, pero en realidad no puede decirse que hiciera prosélitos, porque además, para ser rigurosos, era imprescindible empaparse con “exclusividad” de dicha doctrina para enfocar, comprender y tratar a los pacientes, evitando el “estorbo” que produciría cualquier otra concepción, y

como acabamos de decir ni él mismo llegó a hacerlo.

Según Bayley y cols, hasta 1970 el concepto de esquizofrenia de Ey era el más o menos aceptado: “conjunto de trastornos en los que domina la discordancia, la incoherencia ideo-verbal, la ambivalencia, autismo, ideas delirantes y alucinaciones mal sistematizadas y profundas perturbaciones afectivas”. Pero se empieza a observar la deficiente fiabilidad del juicio diagnóstico entre profesionales y se cae en cuenta de la importancia de la impresión clínica global y la de las divergencias internacionales. En 1972 un estudio conjunto USA-Reino Unido, mostró que el diagnóstico de esquizofrenia es dos veces más frecuente en Nueva York que en Londres, mientras el de melancolía es cuatro veces más frecuente en Londres. En 1973 *El estudio piloto internacional sobre la esquizofrenia* mostró que la mayor parte de los casos de esquizofrenia diagnosticados por psiquiatras experimentados tenían algo en común, pero que no tenía nada que ver con la etiología o la evolución, sino con la propia sintomatología. De ahí partió la idea de que se podían proponer definiciones de síntomas sobre las que estuviesen de acuerdo los psiquiatras de todo el mundo. Se cuestiona el concepto de “disociación mental”, así varios autores mantienen que los trastornos formales del pensamiento se encuentran en fase aguda tanto de las esquizofrenias como de las manías y también el pronóstico.

Es preciso destacar que los “síntomas de primer rango” de Schneider han formado parte de casi todas las definiciones anglófonas de la esquizofrenia: eco del pensamiento, alucinaciones auditivas en las que las voces conversan entre sí o comentan el comportamiento del sujeto, sensaciones corporales impuestas, robo del pensamiento, divulgación del pensamiento, percepción delirante (en la que el espasmo de la reflexión obliga al hombre a permanecer centrado en sí mismo). El dato común de los fenómenos delirantes primarios es la significación anormal, el poner en relación sin motivo que tiene la cualidad de vivencia impuesta y concerniente a la vez a la sensopercepción y al pensamiento; se trata pues, de una estructura de vivencia nueva de un verdadero monstruo

psíquico, sentimientos, impulsiones o voluntad impuestos o controlados.

Desde Bleuler la esquizofrenia había sido considerada como un trastorno heterogéneo, pero el propio Bleuler no tenía los medios para demostrarlo. La existencia de síntomas positivos y negativos ha sido muy argumentada y ha persistido a lo largo de todo el siglo XX de una forma u otra.

Nos es particularmente satisfactorio recordar que precisamente los Drs Peralta Martín y Cuesta Zorita del Servicio de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino, junto al Dr. De León, han llevado a cabo investigaciones fundamentales en el campo de la esquizofrenia tales como la validez, confirmada estadísticamente, de la dicotomía positivo-negativo de los síntomas, así como la asociación entre la personalidad premórbida esquizoide con el predominio de síntomas negativos. Todo lo cual, publi-

cado en 1991 y 1992 en revistas internacionales, ha sido recogido en la monumental Encyclopédie Médico Chirurgicale en una de sus revisiones de los tomos de Psiquiatría de 1996.

ALGUNOS DATOS DE MORBILIDAD DE LA ESQUIZOFRENIA EN NAVARRA

En el trabajo del colectivo SMEDA como consultor para el Plan de Asistencia Sanitaria de Navarra (PASN), se hace referencia a los resultados provisionales de un trabajo de campo llevado a cabo en el Valle de Baztán señalándose una tasa de prevalencia de 1,20% de psicosis, sin que precisasen mayores detalles sobre esquizofrenia en concreto.

Vamos a presentar datos (Tabla 2) recogidos por D. Manuel Gurría de los

Tabla 2. Cifra absoluta y síntesis diagnóstica de los asilados ingresados en el Manicomio de Navarra de 1904 a 1915 (según Gurría Estapé).

Diagnósticos	Varones	Mujeres	Total
<i>Psicodisgenesias</i>			
Imbecilidad	29	13	42
Idiocia	6	8	14
Debilidad mental	17	7	24
Locura moral	3		3
<i>Paratimias</i>			
Estados maníacos	79	65	144
Estados melancólicos	64	61	125
Estado maníaco-depresivos	7	12	19
Melancolía involutiva		1	1
<i>Paranoia</i>			
Originaria	31	12	43
Degenerativa	37	17	54
Crónica	21	16	37
Evolutivo alucinatoria		3	3
Locura puerperal		3	3
Toxifrenias alcoholismo	61	23	84
Epilepsia	75	36	111
Histerismo			6
<i>Demencias</i>			
Precoz	47	28	75
Orgánica	18	13	31
Paralítica	28	1	29
Senil	19	27	45
Vesánica o tardía	19	42	61
<i>Total</i>	<i>591</i>	<i>412</i>	<i>1003</i>

ingresados en el Manicomio en el primer decenio de su funcionamiento, en los que podemos contemplar el peso aproximado de la demencia precoz y las paranoias en el conjunto de aquellos pacientes.

En la tabla 3 se plasma lo que llamamos agrupaciones genéricas diagnósticas a fin

de eliminar algunas de las ambigüedades posibles entre los “primeros ingresos” en el Manicomio en Navarra en tres épocas bien distintas y distantes.

En conjunto apreciamos cómo todas las tasas habían aumentado sensiblemente en 1954 y disminuido en 1986, excepto en

Tabla 3. Tasas por agrupaciones diagnósticas de “Primeros ingresos” en el Manicomio de Navarra por 100.000 habitantes/año.

<i>Diagnósticos</i>	<i>1904-15</i>	<i>1954</i>	<i>1986</i>
Demencias seniles	1,42	5,36	2,34
Alcoholismo	2,46	20,15	17,19
Drogas		0,76	6,76
Esquizofrenia	6,17	24,75	13,28
Psicosis afectivas	7,69	8,42	3,71
Paranoias	1,26	0,76	0,58
Orgánicos	4,59	25,51	1,37
Neurosis	0,26	6,12	3,32
Trast. personalidad	0,26	1,79	0,58
Oligofrenias	2,36	8,93	0,98
<i>Otras</i>		<i>3,31</i>	<i>5,26</i>
<i>Total</i>	<i>26,47</i>	<i>105,86</i>	<i>55,86</i>

las drogas. Por ello contemplando las tasas de la esquizofrenia nos podemos plantear la pregunta siguiente:

¿Disminuye la morbilidad de la esquizofrenia?

Desde la década de los sesenta vienen apareciendo estudios que señalan una disminución de la incidencia y de la prevalencia de la esquizofrenia, basándose la mayoría de ellos en la tasa de las primeras admisiones hospitalarias, como el de Eagles y Whalley, mientras los estudios de prevalencia, parecen confirmar dichos datos.

Como se han evocado distintos factores para explicar esta supuesta disminución de la esquizofrenia a lo largo del tiempo, vamos a analizarlos con los datos de nuestros ficheros.

En primer lugar se menciona la progresiva longevidad, en el sentido de que el número de personas en riesgo a las edades juveniles de aparición más frecuente de la esquizofrenia, sería relativamente menor respecto al conjunto; a continuación se sitúan las modificaciones diagnósticas; el aumento de suicidio en los jóvenes susceptibles de evolucionar hacia la esquizofrenia; el progreso de la protección maternal e infantil reduciendo las infecciones virales perinatales potencialmente implicadas en el proceso esquizofrénico, según se estudia en este mismo trabajo.

Progresiva longevidad

Vamos a estudiar la frecuencia en nuestro centro a lo largo del siglo de los grupos más importantes de enfermedades mentales, que se recoge en las tablas 4, 5 y 6.

Tabla 4. Frecuencia de primeras admisiones según grupos diagnósticos en el Manicomio de Navarra.

Años	Esquizofrenia		Alt. Humor		Seniles		Alcohol		Drogas		Total	
	Total.	Nav	Total	Nav	Total	Nav	Tot	Nav	Total	Nav	Total	Nav
1916-25	475	384	214	203	116	112	102	102	14	8	1159	1065
1926-35	665	492	116	111	138	127	72	61			1447	1253
1936-45	949	540	162	123	102	86	135	109	11	6	2316	1734
1946-55	1182	1005	408	361	77	59	272	260	12		3193	2803
1956-65	1663	1293	394	345	235	219	645	519	38	33	4792	4234
1966-75	1260	1103	483	444	269	256	1075	991	17	13	4280	3881
1976-85	839	832	397	396	298	298	1192	1192	223	223	3508	3494

Nav = residentes en Navarra

Notas. El total supera a los parciales por no incluirse en éstos la totalidad de los diagnósticos.

Hemos prescindido de los primeros años de actividad del Manicomio porque inicialmente ingresaron pacientes procedentes de otras instituciones con largos años de evolución que hubieran desvirtuado el carácter de primera admisión.

Terminamos en 1985 porque en 1987 se desplazó una de la unidades de admisión al Hospital de Navarra quedando compartido el número de ingresos.

Tabla 5. Población de Navarra por grupos de edad (Elaboración personal sobre datos INE).

Edad	<15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Total
1916-25	113.178	60.584	43.836	36.226	29.416	24.425	21.499	329.883
1926-35	113.330	64.507	49.101	38.219	32.446	24.090	22.453	345.883
1936-45	106.087	71.227	58.563	44.902	35.253	28.201	25.395	369.618
1946-55	98.460	71.953	60.197	50.355	41.050	31.171	29.715	382.932
1956-65	110.351	56.359	58.766	54.032	46.170	37.024	37.947	401.132
1966-75	126.820	74.328	59.770	61.917	54.171	44.839	46.473	466.593
1976-85	121.753	83.833	71.718	58.484	60.826	51.256	61.131	509.002
Estándar	(0,28)	(0,17)	(0,14)	(0,12)	(0,11)	(0,09)	(0,09)	(1,00)

Nota. La diferencia en la suma total obedece a casos de edad desconocida.

En esta tabla se aprecia el efecto del bajo número de nacimientos durante la guerra civil en las casillas correspondientes de los decenios sucesivos.

De acuerdo con los datos de las tablas anteriores calculamos las siguientes tasas brutas para los correspondientes períodos y grupos diagnósticos.

Tabla 6. Tasas brutas de primeras admisiones por 100.000 habitantes y año y grupos diagnósticos en el Manicomio de Navarra.

Años	Esquizofrenia		Alt. Humor		Seniles		Alcohol		Drogas		Total	
	Total	Nav	Total	Nav	Total	Nav	Total	Nav	Total	Nav	Total	Nav
1916-25	14	12	6	6	3	3	3	3	0,4	0,2	35	32
1926-35	19	14	3	3	6	4	3	2			42	36
1936-45	26	15	4	3	3	2	4	3	0,3	0,1	63	47
1946-55	31	26	11	9	2	2	7	7	0,3		83	73
1956-65	41	32	10	9	6	5	16	13	0,9	0,8	119	105
1966-75	27	24	10	9	6	5	23	21	0,4	0,2	91	83
1976-85	16	16	8	8	6	6	22	22	4	4	69	67

Nav = Admisiones residentes en Navarra.

Nota. Hemos calculado las tasas del total de primeras admisiones así como la de los residentes en Navarra. El primero de dichos cálculos, sin sentido aparente, puede servir como referencia para compensar la cortedad del segundo al desconocer los vecinos de Navarra que fueron tratados fuera.

Inicialmente la mayoría de las admisiones fueron de vecinos de Navarra pero, durante las tres primeras décadas de dirección del Dr. Soto, ingresó un elevado porcentaje de enfermos de otras provincias atraídos por su prestigio y fama; atracción moderada posteriormente por criterios de política sanitaria. En las últimas décadas la diferencia entre ambos pares de tasas se reduce y casi se anula como consecuencia de la política de limitación de admisiones: de fuera de la provincia a las urgencias en circunstancias de tránsito, y de las provinciales, aquéllas cuyo tratamiento hospitalario estuviese estrictamente indicado. Sin embargo, en cada grupo de diagnósticos pueden apreciarse algunos matices:

- Los máximos porcentajes de primeras admisiones de foráneos se dan entre los esquizofrénicos así como en demencias de inicio senil y presenil y los menores entre trastornos del humor y conducta alcohólica; las esquizofrenias generalmente tras fracasos de tratamientos iniciales en su medio provincial y los seniles buscando una función de residencia asistida.

- Los trastornos del humor en forasteros constituían casi siempre psicosis circulares de ya larga evolución.

- Las tasas de esquizofrénicos dentro de la tendencia inicialmente ascendente (en relación a nuestro juicio, con las excelentes expectativas creadas y cumplidas por los tratamientos biológicos y neurolépticos) con máximos en el decenio 1956-

65 y rápido descenso posterior, indican de forma muy clara los dos tipos de influencia de los efectos restrictivos antes señalados y su magnitud.

- Los trastornos del humor que según criterio general han experimentado un incremento muestran, en parte por ello y en parte por disponer de alternativas más viables en forma de tratamientos ambulatorios o en instituciones privadas, un mínimo descenso en las primeras hospitalizaciones en el manicomio.

- Los problemas derivados de la conducta alcohólica han atraído a pocos foráneos, pero en cambio no han dispuesto de alternativas válidas para sustituir a la hospitalización inicial como en la esquizofrenia o los trastornos del humor dando lugar a tasas de primeras admisiones crecientes.

- La hospitalización por problemas de drogadicción tras una tendencia irregular experimentó un espectacular incremento en los últimos años. Los antiguos drogadictos eran casi sistemáticamente sanitarios morfinómanos.

- La contemplación de la columna de tasas de primeras admisiones por esquizofrenia confirmaría la opinión del descenso de esta psicosis en los últimos decenios, pero para precisar si en ello tiene alguna influencia la variación de la estructura de edades, calcularemos las tasas específicas por edad y finalmente la ajustada o estándar.

Los datos de las primeras admisiones, se expresan en las tablas 7 y 8.

Tabla 7. Tasas específicas por edades y ajustadas, de primeras admisiones por Esquizofrenia y Trastornos por Ideas Delirantes en el Manicomio de Navarra.

Años	<15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Ajustada
1916-25	1,85	21,95	35,13	27,05	9,52	14,33	3,25	15,1
1926-35		35,8	37,3	45,26	20,65	4,15		19,2
1936-45		29,9	71,03	62,58	11,06	13,47		23,7
1946-55		34,05	61,64	73,68	37,03	13,47		28,5
1956-65	1,63	38,50	96,82	88,65	64,54	19,45	2,37	40,2
1966-75	0,79	19,78	50,86	64,1	40,61	27,21	12,69	26,4
1976-85	0,33	23,31	30,81	25,65	22,69	13,46	11,45	16,0

Tabla 8. Tasas específicas por edades y ajustadas, de primeras admisiones por Esquizofrenia y Trastornos por Ideas Delirantes de habitantes de Navarra en el Manicomio.

Años	<15	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Ajustada
1916-25	1,60	19	28	22	6	10	3	12,07
1926-35		28	30	31	10	3		14,05
1936-45		18	40	34	7			13,51
1946-55		29	51	61	34	12		24,21
1956-65	1	30	78	67	51	16	2	32,17
1966-75	1	17	42	57	36	25	12	23,18
1976-85	0,30	22	31	25	23	13	11	15,85

Tabla 9. Tasas brutas de primeras admisiones por 100.000 habitantes y año en el Manicomio de Navarra.

Años	Esquizofrenia	Alt. Humor	Total
1916-25	14	6	6
1926-35	19	3	3
1936-45	26	4	4
1946-55	31	11	11
1956-65	41	10	10
1966-75	27	10	10
1976-85	16	7	7

Observamos en la columna de tasas ajustadas, es decir, en las tasas en las que se ha eliminado la influencia de la variación de la proporción de los grupos de edad a lo largo de los decenios, cómo difieren escasamente de las tasas brutas por lo que podemos concluir que la variación de los grupos de edad de mayor riesgo de padecer esquizofrenia o trastornos de ideas delirantes no es la causa de la disminución de las tasas de dicha enfermedad entre las primeras admisiones del Manicomio de Navarra.

¿Se diagnostican menos psicosis como esquizofrenias?

Esta hipótesis supone que dichas psicosis seguirían presentándose, pero recibirían distinta etiqueta y como en el grupo hemos incluido las que la CIE-10 agrupa en F20-F29 es decir: *esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes*, por nuestra cuenta pensamos que las desgajadas de este grupo tendrían que ir a

parar casi exclusivamente al grupo de los trastornos del humor. Ahora bien, como, sí parece mucho más evidente que las depresiones en concreto, han experimentado un claro aumento en los últimos años, vamos a examinar cómo se comporta el conjunto de ambos grupos diagnósticos.

En la tabla 9 vemos cómo se mantiene inalterable la tendencia progresiva hasta el decenio 1956-65 con reducción mucho más rápida que el ascenso, hasta puntuaciones superponibles a las de partida. Concluimos pues que tampoco el cambio de criterio diagnóstico a expensas de los trastornos del humor explica la disminución del grupo de esquizofrenias.

¿Hay aumento del suicidios en jóvenes susceptibles de desarrollar esquizofrenia?

Para analizar esta cuestión vamos a suponer “generosamente” que todos los que se suicidaron en Navarra de edades

inferiores a cuarenta años hubiesen llegado a padecer esquizofrenia e ingresar en el Manicomio. Así mismo, como cada uno sólo hubiese podido generar un primer ingreso, atribuiremos dicha eventualidad a su período correspondiente (Tabla 10).

También hemos calculado la repercusión que hubiese tenido sobre las correspondientes tasas de primeras admisiones por esquizofrenia (Tabla 11).

Nuevamente constatamos cómo dentro de las ligeras variaciones observadas en las nuevas tasas, persiste la misma tendencia descendente en las últimas décadas analizadas, por lo cual tampoco puede atribuirse al aumento de suicidios entre jóvenes el descenso de las primeras admisiones por esquizofrenia.

En este punto, no estará de más dejar constancia de que los esquizofrénicos son

clásicamente los ingresados que dan lugar a mayor número de suicidios y que la mayoría tienen lugar en los primeros años del trastorno, pero no hemos de confundir frecuencia con riesgo; en la primera contamos simplemente el número de sucesos y en el segundo la contingencia o posibilidad de que se produzcan. Aunque la esperanza de vida en Guinea Ecuatorial sea inferior a la de Estados Unidos, no hay duda de que un día cualquiera morirán más estadounidenses que guineanos, y sin embargo, no se nos ocurrirá decir que éstos viven menos.

A primera vista, la tabla 12 resulta sorprendente porque sólo registramos una tasa de 89 suicidios anuales por 100.000 estancias de esquizofrénicos frente a 437 de trastornos de personalidad o 331 de neuróticos, etc. Según estos datos, el riesgo de suicidios de los esquizofrénicos ingresados es parecido al de los enfermos mentales de causa orgánica conocida y muy inferior a todos los demás excepto los retrasados mentales.

¿Ha habido reducción de las infecciones perinatales?

De 27 trabajos sobre estacionalidad del nacimiento de esquizofrénicos en el hemisferio boreal, en el 78% encontraban máximos significativos en los meses de invierno. De los dos que conocemos del hemisferio austral, en el de Sudáfrica se hallan máximos de mayo a octubre y en el de la isla de Reunión no encuentran diferencias estacionales significativas, pensando, por otra parte, que allí no se dan prácticamente variaciones estacionales.

Watson y cols estudian las relaciones del efecto estacional de estos nacimientos con las variaciones anuales de la incidencia de ocho enfermedades estacionales y las temperaturas climatológicas extremas en 3.246 esquizofrénicos. El efecto del nacimiento en la estación invernal era mayor en los años inmediatamente siguientes a los asociados con altas incidencias de enfermedades infecciosas que en los de bajas. De las enfermedades invernales, especialmente la difteria, neumonía e influenza, resultaban más comprometidas que otras. Estos efectos aparecían

Tabla 10. Suicidios en Navarra de edad inferior a 40 años (según datos INE).

Años	Suicidio
1906-15	32
1916-25	50
1926-35	75
1936-45	73
1946-55	63
1956-65	48
1966-75	38
1976-85	89

Tabla 11. Tasas brutas de primeras admisiones por Esquizofrenia de habitantes de Navarra por 100.000 y año en el Manicomio de Navarra.

Años	Esquizofrenias diagnosticadas	Esquizofrenias supuestas
1916-25	12	13
1926-35	14	16
1936-45	15	17
1946-55	26	28
1956-65	32	33
1966-75	24	24
1976-85	16	18

Tabla 12. Tasas de suicidio por diagnósticos (CIE-10) y 100.000 pacientes/año en el Manicomio de Navarra.

Código	Diagnóstico	(CIE-10) Tasas
F00-F09	Trast. mentales orgánicos	81 suicidios por 100.000 pacientes/año
F10	Trast. por consumo de alcohol	248 suicidios por 100.000 pacientes/año
F20-F29	Esquizofrenia, ideas del. etc.	89 suicidios por 100.000 pacientes/año
F30-F39	Trastornos afectivos	506 suicidios por 100.000 pacientes/año
F40-F49	Trast. neuróticos, estresantes, etc.	331 suicidios por 100.000 pacientes/año
F60-F69	Trastornos de personalidad	437 suicidios por 100.000 pacientes/año
F70-F79	Retraso mental	13 suicidios por 100.000 pacientes/año

entre esquizofrénicos solteros (presumiblemente severos) pero no entre los pacientes casados, lo que sugiere la especificidad de relación con el proceso esquizofrénico. El hecho de la significación o no de la relación entre la estacionalidad del nacimiento y la incidencia de enfermedades en el año previo, hace pensar más en un efecto prenatal que postnatal.

Opler y Kay se muestran intrigados por el incremento del número de nacimientos invernales de los esquizofrénicos con procesos severos pero no en los de buen pronóstico y llegan a un hallazgo paralelo entre esquizofrénicos con síntomas positivos y negativos. Creen que todo esto puede ayudar a la caracterización de un subgrupo de esquizofrenias que puede ser etiológica, premórbida y fenomenológicamente distinta. El verdadero efecto de la estacionalidad estaría fundado en la posibilidad de que el subtipo proceso con síntomas negativos pudiera ser resultado del emparejamiento de una diátesis genética con un precoz insulto ambiental.

Aunque hasta hoy en día ha sido imposible evidenciar una “lesión específica” de la esquizofrenia, parece también imposible negar una patología cerebral en esta enfermedad. Ya en 1934 mi antecesor el Dr. Soto Yárritu desarrolló en las oposiciones a director del Manicomio de Navarra el tema “Anatomía Patológica de la esquizofrenia”, y en más de una ocasión me manifestó que probablemente su desarrollo, que había preparado gracias a las enseñanzas direc-

tas del Profesor D. Pío Del Río Hortega, fue lo más determinante en la obtención de la plaza.

Lo que podemos pensar según diversas investigaciones es que las lesiones precoces del hipocampo podrían interferir sobre el desarrollo cerebral modificando el desarrollo de conexiones entre las diferentes regiones corticales, provocando en la edad adulta perturbaciones del control cortical de los sistemas dopaminérgicos subcorticales. El funcionamiento basal de estos últimos no se hallaría modificado, pero estaría simplemente elevada su reactividad a los estímulos. De este modo se podrían integrar las dos hipótesis fisiopatológicas de la esquizofrenia, la del neurodesarrollo y la hiperdopaminérgica.

En vista de lo expuesto iniciamos el análisis de nuestro archivo de historias clínicas con una curiosidad teñida de escepticismo. Como punto de comparación inicial necesitamos conocer el patrón estacional de nacimientos correspondiente a la población general de donde procedían los enfermos. En nuestro caso se trata de Navarra, aunque el 30% de los personas de nuestro fichero había nacido fuera de esta provincia y residiese en ella el 91%. El rango de las fechas de nacimiento de esquizofrénicos, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20-F29 del CIE 10) estudiados oscila entre los años 1886 y 1973. La estacionalidad de nacidos vivos en Navarra obtenido de datos del INE correspondientes a los períodos 1863-

1870, 1900-1907 y 1941-1974 se recogen en la tabla 13, donde se confirma que en la muestra de esquizofrénicos tratados en el Manicomio de Navarra también hay un predominio de nacimientos invernales. (El estudio completo se puede consultar en nuestro trabajo original). En cambio, en el grupo de “otros diagnósticos” (Tabla 14), no se registra diferencias significativas de la distribución de nacimientos respecto a la población general de Navarra.

En definitiva las diferencias, aunque estadísticamente significativas, son pequeñas –como por otra parte era de prever, pues ya nadie va a descubrir el Mediterráneo–, pero esa significación tiene también valor práctico, y debe ser tenida en cuenta como indicadora de un factor componente más, relacionado con los que integran la multicausalidad de esta compleja enfermedad. Supongamos que al hacer en Navarra el estudio de las causas de fallecimientos

Tabla 13. Esquizofrenias. Proporción mensual de nacimientos.

MESES	F20-F29	Navarra	Diferencia
Enero	0,094	0,085	+0,009
Febrero	0,093	0,084	+0,009
Marzo	0,110	0,093	+0,017
Abril	0,080	0,087	-0,007
Mayo	0,087	0,086	+0,001
Junio	0,080	0,080	0
Julio	0,079	0,082	-0,003
Agosto	0,071	0,080	-0,009
Septiembre	0,078	0,080	-0,002
Octubre	0,063	0,082	-0,019
Noviembre	0,074	0,078	-0,004
Diciembre	0,093	0,081	+0,012

Nota. F19-F20 (Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastorno de Ideas Delirantes, según CIE-10)

Tabla 14. Otros diagnósticos. Proporción mensual de nacimientos.

MESES	Otros diag.	Navarra	Diferencia
Enero	0,082	0,085	- 0,003
Febrero	0,087	0,084	+ 0,003
Marzo	0,092	0,093	- 0,001
Abril	0,089	0,087	+ 0,002
Mayo	0,088	0,086	+ 0,002
Junio	0,079	0,800	- 0,001
Julio	0,085	0,082	+ 0,003
Agosto	0,087	0,080	+ 0,007
Septiembre	0,076	0,080	- 0,004
Octubre	0,078	0,082	- 0,004
Noviembre	0,076	0,078	- 0,002
Diciembre	0,079	0,081	- 0,002

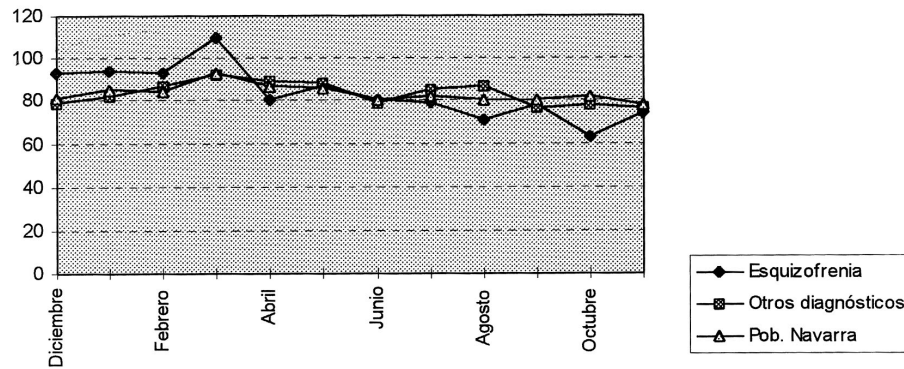


Figura 1. Porcentaje mensual de nacimientos.

mensuales, nos encontramos con que las muertes violentas se producen con una frecuencia significativamente mayor en los meses de verano. Al analizar las causas, resulta que una de ellas es la herida por asta de toro en encierros y capeas. Esta causa típicamente estacional, arrojará cifras modestas respecto al conjunto de los fallecidos, pero es evidente que deberá ser tenida en cuenta, aunque no nos debe llevar a concluir que todos los que mueren en verano es a causa de las vaquillas. El riesgo de morir de cornada está limitado a los que participan activamente en esos festejos, es decir que debe acompañarse de algunas otras circunstancias. De la misma forma la mayor incidencia de nacimientos de esquizofrénicos en los meses invernales en nuestro hemisferio puede ser una constatada realidad y sin embargo, el aumento del riesgo de padecer esquizofrenia por nacer en invierno es reducido especialmente si no concurren algunas otras circunstancias.

Al haberse conseguido disminuir sensiblemente la morbilidad de las enfermedades infecciosas implicadas, seguramente habrá podido ser un factor de esa hipotética reducción de la incidencia de la esquizofrenia, pero no como para determinar la totalidad de su magnitud. No desecharé-

amos, en cambio, alguna relación con la aparente disminución de los cuadros de deterioro precoz que nosotros vimos con tanta frecuencia (Fig. 1).

Conclusión

De todo lo anterior podemos concluir que ante el evidente descenso de la tasa de primeras admisiones por esquizofrenia no puede negarse la esperanzadora posibilidad de su reducción real, pero son tan aparatosas las cifras que en el mejor de los casos han de estar sesgadas, básicamente por los nuevos criterios restrictivos de admisión y en resumen habría de recurrirse a un procedimiento más válido para su constatación, pues queda evidenciado que no lo es la referencia al primer ingreso en el hospital psiquiátrico. Determinar la morbilidad con trabajos de campo sí sería un procedimiento válido, pero seguramente ha de tropezarse con dificultades para contrastar los hallazgos actuales con estudios similares de épocas pasadas.

Aspectos sociológicos

El conocido retraimiento social de estos pacientes se refleja sensiblemente en los datos de las tablas 15 y 16. El porcentaje de esquizofrénicos que viven con la familia de origen o con la propia, es exac-

tamente inverso respecto al de los afectos de alteraciones del humor y alcohólicos: cerca del 50% de los esquizofrénicos viven con la familia de origen y menos del 18% con la propia. Íntimamente relacionado con lo anterior se halla el estado civil.

Como la razón estándar tiene como referencia a la población de la misma edad y sexo, apreciamos en las tablas que los esquizofrénicos de ambos sexos tienen más del doble de probabilidades de ser solteros; la quinta parte de estar casados si son varones y la mitad si son mujeres y casi diez veces más de estar divorciados o separados los varones y casi cinco las mujeres. Los pacientes esquizofrénicos varones, no sólo se casan menos que las mujeres, sino que además soportan menos o son peor soportados por su pareja.

Respecto al nivel de estudios se observa una ligero predominio de los niveles más elevados de estudios en los esquizofrénicos aunque raramente llegan a licenciarse siendo también algo mayor el porcentaje entre las profesiones liberales.

Sintomatología

Nos propusimos dejar constancia de los síntomas que fueron codificados de acuerdo con la HCUP en 5.647 historias correspondientes a las altas de veinte años

de estudio. No procede reproducir las farragosas tablas, pero sí decir que podemos deducir en primer lugar, que probablemente hemos incurrido en innumerables deficiencias al reflejar los síntomas en la historia clínica; menos probable, pero posible, que no se ha codificado todo lo registrado; y casi seguro que el proceso diagnóstico se ha culminado más sobre los registros mentales del profesional, la llamada "impresión clínica global", que sobre los presentes en la historia. Todo esto debería servir de enseñanza no exenta de alarma, para conseguir un rigor, no sólo en la tarea asistencial, sino en el elemento imprescindible que una historia clínica exhaustiva representa como garantía y respaldo de bien hacer, aunque sólo fuera para defenderse de la avalancha de demandas por negligencia y mala praxis que de forma imparable se nos ha venido encima. Todo esto justifica de forma inequívoca las planteamientos criteriológicos y especialmente dimensional para trabajar con el rigor que los actuales recursos exigen.

Ahora cuando está de plena actualidad el estudio del genoma humano y el péndulo indicador de la etiología se halla en claro desplazamiento hacia el extremo de lo genético, cobra sentido la convicción de los que hemos conocido a cientos de

Tabla 15. Razón estándar de estado civil según diagnóstico en varones (altas 1976-1995) en el Manicomio de Navarra.

Estado civil	Esquizofrenia	Trastornos humor	Conducta alcohólica
Solteros	2,3	1,2	1,3
Casados	0,2	0,8	0,7
Viudos	0,4	2,3	1,1
Div. Separados	9,7	8	17

Tabla 16. Razón estándar de estado civil según diagnóstico en mujeres (altas 1976-1995) en el Manicomio de Navarra.

Estado civil	Esquizofrenia	Trastornos humor	Conducta alcohólica
Solteras	2,2	1	0,7
Casadas	0,4	0,9	1,1
Viudas	0,4	1,2	0,6
Div Separadas	4,5	7	15

esquizofrénicos cronificados –no sólo en los manicomios sino también en sus casas–, cuya contemplación y recuerdo no podía dejar de provocarnos la evidencia de su profunda organicidad. Y precisamente en los más deteriorados o al menos en los que predominaban los síntomas negativos, se ha ido encontrando una mayor correlación con antecedentes familiares y especialmente en los gemelos. Por otra parte, vienen frecuentemente a mi memoria pacientes esquizofrénicos que ingresaron hace 40 ó 50 años y nunca volvieron a salir del Manicomio –hoy precisamente acabo de leer la esquila del fallecimiento de uno de ellos que ya estaba ingresado cuando en 1954 empecé a trabajar allí–. Pueden hacerse las reflexiones que se quiera, pero lo cierto es que estos hechos, nada raros entonces, afortunadamente lo son ahora. Éste y otros pacientes tenían y tienen familiares que gustosos los hubiesen tenido junto a sí, pero su catastrófica evolución lo impidió. Es hora de que se pongan las cosas en su sitio. Estoy seguro, de que con los medios de entonces, ahora tampoco se harían muchas “maravillas”.

Ciampi –citado por Hardy-Bayle– dice que «una vez desencadenada la enfermedad, su evolución dependería más de los factores psicosociales que de los biológicos que la habían hecho posible», y ello nos permite ciertas consideraciones: en primer lugar, que al atribuir a posibles factores biológicos el desencadenamiento de la esquizofrenia habremos de admitir como contrapartida la importancia de los tratamientos biofarmacológicos en su evolución; en segundo, que el ámbito de los factores psicosociales, entre los que algunos sólo acostumbran a pensar en la “institucionalización”, habría de ser muy matizado. Hemos visto esquizofrénicos profundamente demenciados que se habían mantenido siempre en su propio ambiente socio-familiar, y otros, permanecer “como unas pascuas”, encerrados en un pabellón de máxima seguridad durante años. ¿Se demenciaban en las cárceles los institucionalizados por largas condenas? ¿O es que aquellas cárceles no “institucionalizaban”? Seguramente que para ello era más importante padecer lo que se llamaba un proceso esquizofrénico deteriorante, que ahora

se etiqueta de “trastornos del comportamiento y la conducta”, que cualquier clase de institucionalización. Pero es que por si fuera poco, hace unos días, parece haberse decidido construir en el antiguo Manicomio, una unidad para 50 pacientes de larga estancia, que no son precisamente los antiguos institucionalizados, ¿cómo han tenido tan desfavorable evolución? Estos pensamientos en voz alta no están en contra de admitir que la institucionalización como el aislamiento en el propio hogar, favorecen el evitamiento y la lentificación, es decir los síntomas más negativos que los errores delirantes, pero siempre encontramos algún reparo, ¿por qué han quedado así confinados ciertos enfermos y no otros?

Las terapéuticas nuevas cognitivo-comportamentales susceptibles de sustituir a las estrategias de mala adaptación para permitir una rehabilitación social, no son posibles si persisten los trastornos primarios pues la manipulación de los trastornos secundarios podría conducir a la agravación sintomática especialmente a una desorganización y recrudescimiento delirante (Hemsley, citado por Hardy-Bayle).

Duración de las estancias

Al contemplar los valores de las medias y sus errores estándar vemos que no hay diferencias estadísticamente significativas en los tres primeros periodos, pero no debemos pasar por alto que dichas medias han ido en aumento, hecho que debe atribuirse a la estabilización de las primeras admisiones del propio Manicomio de Navarra, ya que en un principio los trasladados de Zaragoza, Valladolid o Ciempozuelos habían “consumido” allí parte de la duración de su estancia sanatorial. Pero cumplida esta constatación, consideramos de más interés analizar la evolución de los cuartiles (Tabla 17) y en concreto el segundo –equivalente a la mediana–, que al servir de punto de separación del mismo número de casos tanto por debajo como por encima, nos proporciona una imagen mucho más intuitiva. Por la mediana o segundo cuartil vemos que ya en el segundo periodo se ha registrado un espectacular descenso superior al cincuenta por ciento; en el tercero, coincidiendo con la

Tabla 17. Duración en días de la primera estancia en el Manicomio de Navarra de Esquizofrenias y Trastornos de Ideas Delirantes.

Periodo	1º Cuartil	2º Cuartil	3º Cuartil	Media	Error estándar
1904-15	870	3.225	8.882	5.366	444
1916-35	190	1.467	10.386	5.876	506
1936-55	93	759	13.895	6.304	424
1956-75	49	102	6.518	2.895	215
1976-95	11	23	45	137	16

difusión de los tratamientos biológicos, nuevo descenso en aproximadamente otro cincuenta por ciento; y en el cuarto con los neurolépticos las cifras llegan a ser siete veces menores. Las cifras del primer cuartil que limita el 25% de la estancias más breves indica cómo sucesivamente alcanzaron esa frecuencia 93 días con terapias biológicas, 49 con neurolépticos y 11 con criterios de externación precoz. No conviene que pase desapercibido el dato de que en el periodo 1916-35, el 25% de las primeras admisiones por esquizofrenia descendió de una estancia de 870 días a 190 y ello sin a penas recursos terapéuticos, por lo que podemos considerar que ya entonces se inició una manifiesta desinstitucionalización de gran mérito.

Tratamientos

Vamos a analizar los tratamientos aplicados a los enfermos del Hospital Psiquiátrico cuya historia clínica se codificó y registró en el programa HCUP con el diagnóstico que nos viene ocupando.

Se registran auténticas rarezas con nuestra actual perspectiva, tales como la hidroterapia y el absceso de fijación, pero muy comunes en las primeras décadas del siglo, por lo que aparecen administradas a pacientes cuya estancia se ha prolongado hasta años relativamente recientes.

De los tratamientos biológicos, si puede llamarse así al absceso de fijación, tenemos registradas dos prescripciones de esta técnica, correspondientes a una mujer y un varón esquizofrénicos de evolución catastrófica que permanecieron ingresados desde 1929 y 1931 hasta su fallecimiento en la década de los 90. Al varón, en diciembre de 1931 se le inyecta-

ron por primera vez tres cuartos de centímetro cúbico de esencia de trementina, presentando aquella misma mañana una hipertermia de 39 grados, que fue remitiendo, aunque la temperatura no se normalizó hasta el séptimo día. A los veinte días de la primera, se repitió la administración con una dosis mayor: cinco cuartos de centímetro cúbico, que inicialmente produjeron una hipertermia semejante, pero cuya evolución fue mucho más tórpid; un mes más tarde sin un solo día de normalidad, alcanzaba una meseta de 39,5 grados que precisó de otros diez días para su remisión. No tenemos constancia de otros detalles como el dolor local, efecto inmovilizador, etc. Hubo que tratarle con suero Hayen y algún otro "sufragio" que no hemos podido identificar.

De los otros tratamientos biológicos hemos de mencionar los choques cardiazólicos precursores de la terapia electroconvulsiva. Del colectivo analizado aparecen siete pacientes tratados con cardiazol, cuatro como tónico circulatorio; de los tres restantes uno había sido tratado con choques en Zaragoza previamente al ingreso en nuestro centro. De los dos nuestros, ambos mujeres esquizofrénicas catatónicas tratadas en 1939, la primera con 22 choques cardiazólicos, recibiendo una inyección rápida intravenosa de 4 ó 5 centímetros cúbicos; se iniciaba la crisis aproximadamente a los 15 segundos y duraba de 40 a 60. La segunda recibió 16 choques, las dosis progresivas de 4,5 a 8 centímetros cúbicos, el periodo de latencia inversamente proporcional a la dosis bajaba de 10-15 segundos hasta 5 y la duración de la crisis aumentaba ligeramente con la dosis de 40-50 a 55 segundos; en cinco ocasiones

hubo que repetir la inyección aumentando la dosis por resultar frustrada la crisis. Ambas enfermas mejoraron, pero la evolución progresiva y crónica les llevó a varios reingresos y fallecer en el centro cincuenta años más tarde.

Ha de tenerse en cuenta que únicamente presentamos aquellos casos que han permanecido ingresados por lo menos hasta 1976, por lo que puede obtenerse una impresión extremadamente negativa del resultado de estos tratamientos ya que los que evolucionaron bien y con estancias breves no aparecen registrados en este trabajo por haber sido dados de alta “a su debido tiempo”.

La extremadamente desagradable ansiedad durante el apreciable periodo de latencia entre la inyección y la pérdida de conciencia y especialmente si el episodio crítico resultaba frustrado, justifican el rechazo que los pacientes mostraban a esta terapia.

De la terapia electroconvulsivante o electrochoque que se aplicó a 314 esquizofrénicos más de la mitad de ellos recibió menos de 11 sesiones, y la serie más común fue de 8; hubo una paciente que en diversos ingresos a lo largo de 35 años recibió 320 sesiones y se hallaba de alta desde 1983. Nunca se registró un accidente mortal, y sin embargo un paciente al que se le administraban con intermitencias, falleció repentinamente al día siguiente de la que resultó última. Inevitablemente pensamos que de haber fallecido durante una de las aplicaciones hubiésemos tenido dificultad para no se le atribuyese la defunción.

Hemos de tener presente que la mayoría de los esquizofrénicos tratados con electrochoque corresponden a pacientes de larga estancia que salieron de alta o fallecieron durante los años 1976-1985 recogidos en nuestro estudio y que lo recibieron casi todos con anterioridad a dicho periodo.

La administración a pacientes no diabéticos de insulina, generalmente en dosis progresivas para provocar comas o Cura de Sakel, aparece administrada a 30 enfermos de la muestra estudiada –alguno incluso en el año 1965–, aunque la mayoría

en la década anterior, no repitiéndose nunca este tratamiento al mismo paciente. En algunos casos no psicóticos, la administración de la insulina se detenía intencionadamente en dosis bajas buscando un aumento de apetito y con ello de peso mejorando estados generales muy deteriorados.

Los diagnósticos de los 30 casos fueron:

Esquizofrenia simple	2
Esquizofrenia hebefrénica	2
Esquizofrenia paranoide	25
Esquizofrenia latente	1

Del conjunto de la muestra estudiada únicamente tenemos un paciente con un grave proceso esquizofrénico hebefrenoparanoide al que se le practicó una leucomía prefrontal en 1949, sin que la mala evolución previa experimentase luego ninguna mejoría apreciable.

La introducción de los neurolépticos fue acompañada de la de “correctores” de ciertos efectos adversos de los primeros; Heptaminol (6 casos), un estimulante cardiocirculatorio poco utilizado, y como complemento de neurolépticos incisivos; Ponalid (157), la mayoría de las veces acompañando al Imagotán, ambos del mismo laboratorio y aparecidos por la misma época; Artane (75) no excesivamente utilizado pero que ha simultaneado la indicación específicamente antiparkinsoniana con la de prevenir los síndromes adversos de los psicofármacos. El más utilizado con gran diferencia ha sido el Akinetón (2.327).

Tenemos la impresión de que hemos abusado de los correctores por una tendencia rutinaria a utilizarlos casi sistemáticamente, asociados tanto a los psicofármacos, cuyos efectos adversos son poco menos que sistemáticos, como a algunos de casi segura inocuidad.

De los neurolépticos el primero y largamente utilizado fue el Largactil o clorpromazina.

En esquizofrenias, trastornos esquizotípicos y de ideas delirantes el 70% recibió correctores como Akinetón y el 57% neurolépticos sedantes como Sinogán. De los incisivos, Haloperidol se prescribió solo,

combinado o sucesivamente a otros al 49%, Etumina al 40%, lo mismo que Meleril; Largactil al 38% y Leponex al 18%. Los de acción retardada, Modecate al 18% y Lonseren al 11%. Esta mención de las cifras frías deforma aparentemente la realidad, pues durante más de veinte años anteriores a 1976, fue el Largactil casi el único neuroléptico empleado. La pauta se iniciaba con inyectables seguidos de comprimidos a dosis de 350 a 400 mg diarios que acabó reconociéndose gráficamente como "largactilada". Los casos que no respondían a dicho tratamiento, en los últimos años 50 y primeros 60 podían ser tributarios de la reserpina y acaso de la cura de Sakel. Un lugar importante ocupa el electrochoque del que ya hemos hablado poco antes.

ESQUIZOFRENIA Y DROGADICCIÓN

Con los datos de las admisiones según diagnósticos en el Manicomio de Navarra vamos a intentar determinar si ha existido algún tipo de asociación entre los pacientes esquizofrénicos y la drogadicción (Tablas 18 y 19).

Tabla 18. Primeras admisiones y diagnóstico en HCUP (1976-1996).

Diagnóstico	Número
Alcohol	1.511
Drogas	518
Esquizofrenia	1.441
Alteraciones. Personalidad	76
Retraso mental	293
Otros	1.808
TOTAL	5.647

Tabla 19. Primeras admisiones por drogas (1976-1996).

Diagnóstico	Número
Drogas sólo	404
Drogas+Alcohol	31
Drogas+Esquizofrenia	33
Drogas+Alt. personalidad	9
Drogas+Retraso mental	6
Drogas+Otras	34
TOTAL	518

Vamos a continuación a determinar qué grado de asociación existe entre las toxicomanías y los grupos diagnósticos contemplados. Para ello calcularemos el valor Chi cuadrado de las series de datos de la primera de las tablas anteriores, es decir de la diagnósticos de primeras admisiones y la de los correspondientes a los diagnósticos combinados. En ambos casos prescindiremos de los datos de los diagnósticos de "Drogas" en la primera y de "Drogas sólo" en la segunda. Explicaremos la razón: Imaginemos que se pretende averiguar si en uno de los países de Hispanoamérica, por ejemplo Argentina, existe una mayor o menor proporción de ciudadanos que ha adoptado la doble nacionalidad con respecto a España que en el resto de los países. Para ello deberemos disponer de los datos correspondientes al número de dobles nacionalidades de estos países y al correspondiente de sus habitantes. En cambio no necesitaremos para nada conocer el número de ciudadanos españoles, que vienen a ser como si en nuestro caso se tratase del número de los sólo drogadictos o sin "doble nacionalidad".

Al contemplar la proporción entre las dos columnas de valores y especialmente el valor CHI cuadrado para 4 G.L.= 29,21 ($p<0,001$) vemos que ambas muestras difieren, pero intentaremos llegar a una mayor precisión.

En la columna de la proporción relativa respecto al valor medio del total (0,0222) (Tabla 20), apreciamos cómo todas excepto la de alteraciones de la personalidad y conducta se hallan próximas a la unidad, mientras la citada alcanza un valor de 5,33. En otras palabras, aunque el grupo de la esquizofrenia muestra una ligera asociación con las drogodependencias, no resulta significativa, y únicamente los trastornos de la personalidad se asocian llamativamente con las toxicomanías, teniendo una probabilidad de estar presente cinco veces mayor que el resto de los grupos diagnósticos contemplados. Calculando CHI cuadrado exclusivamente para este diagnóstico, con el fin de confirmar lo anterior, obtenemos un valor de 126, con $p<0,001$.

Tabla 20 Primeras admisiones combinadas con / sin drogadicción (1976-1996).

Diagnósticos	Combinado con Drogadicción	Único	Proporción	Prop. relativa
Conducta alcohólica	31	1511	0,0205	0,923
Esquizofrenia	34	1441	0,0236	1,063
Alteraciones personalidad	9	76	0,1184	5,333
Retrasos mentales	6	293	0,0205	0,923
Otros	34	1808	0,0188	0,846
Total	114	5129	0,0222	1,000

La gran cantidad de trabajos y opiniones, últimamente una de la Profesora Leal Cercós- sobre este tema «algunos factores como el caso concreto de las drogas, actúan como precipitantes en la esquizofrenia, especialmente en lo que se refiere a la comorbilidad, ya que la presencia de dos trastornos empeora el pronóstico» nos ha llevado a analizar nuestros ficheros para tener opinión propia en este sentido.

El conjunto de 34 casos en que se asocia la esquizofrenia con toxicomanías entre las que no se incluye el alcohol dan una edad media de primer ingreso en el manicomio de 23 años y un error estándar de 0,918; en tanto la media de edad de los esquizofrénicos ingresados por primera vez desde 1976 es de 35 años y su error estándar de 0,448.

La diferencia de estas medias -12-, es altamente significativa, $p < 0,001$. Aunque no es lo mismo el comienzo de la enfermedad que el primer internamiento, no negaremos que alguna asociación evidentemente tendrán, por lo que nos permitimos lanzar la hipótesis de que la drogadicción no aumenta prácticamente el número de esquizofrenias, pero sí anticipa o precipita de forma muy significativa sus primeras manifestaciones.

CONCLUSIONES

Concluiremos esta reflexión diciendo que entre los pacientes tratados en régimen de internamiento en el manicomio de Navarra en el periodo 1976-1996, no se ha dado asociación significativa entre el diagnóstico de toxicomanía y el de esquizofrenia o trastorno de ideas delirantes, ni con

los de conductas alcohólicas, ni retrasos mentales; pero sí en cambio y muy significativa con las alteraciones de la personalidad y la conducta.

Los afectos de trastornos de la personalidad tienen cinco veces más riesgo de caer en la drogadicción que los esquizofrénicos.

La drogadicción no induce psicosis esquizofrénicas pero anticipa su aparición.

FINAL

Ahora que el Manicomio de Navarra ha pasado a “mejor vida”, pues ha dejado de ser hospital, no podemos resistir a la tentación de reproducir el ‘Apunte final’ de la historia que escribimos en 1992:

«Esta mañana he asistido a la inauguración oficial del Centro Ocupacional ARANZADI, una finca de cultivo para ocupación y rehabilitación de enfermos mentales, en la que todos los prebostes asistentes al acto se felicitaban y felicitaban a los impulsores y realizadores de tal obra, mientras yo me acordaba de D. Nicasio Landa y el Manicomio Agrícola, cuya memoria había redactado en 1868, y de cómo en el Manicomio de Navarra, la “huerta” ha sido recientemente transformada en el “Parque del Mundo”, dándome la impresión de que iniciaba un nuevo ciclo con los mismos elementos. Nada hay nuevo sobre la superficie de la tierra, pero tampoco nada es del todo igual. La moda del vestido -como todas las modas- da vueltas y más vueltas: de faldas largas a cortas, de trajes entallados a caídos, y vuelta otra vez; pero siempre algunos matices la hacen intencionalmente distinta. A principios de siglo, los

“hombricos de Pamplona” vestían pantalón de pana, “elástico”, blusa, tapabocas, alpargatas y boina; ahora, el vestuario más común se compone de vaqueros, jersey, cazadora, bufanda y playeras. Además de la ausencia en ambos del traje y la corbata, el paralelismo es evidente entre alpargatas y playeras, “elástico” y jersey, blusa y cazadora, tapabocas y bufanda. Los elementos esenciales se repiten, pero los accidentales y las circunstancias los matizan de forma que parecen nuevos.

¿Qué va a pasar con el Manicomio? ¿Experimentará una especie de reinención como la de la finca agrícola? Me parece previsible algo semejante a lo que ocurre con los partidos políticos: se suelen escuchar comentarios y discusiones, sobre si caben y tienen sentido los de centro entre los de derecha y los de izquierda, y así como vemos países prácticamente bipartidistas, otros se parecen a un enjambre de opciones; depende del espacio que dejan entre ellos, de la capacidad de integrar a los ciudadanos. Pues aquí, entre la

hospitalización de agudos en unidades de hospitales generales, en uno de los extremos y la asistencia social, en el otro, queda un importante espacio que han de ser capaces de ocupar en su totalidad las estructuras de atención ambulatoria, rehabilitación y mantenimiento, y si el progreso en los conocimientos etiológicos lo fuese, de completar las difíciles tareas preventivas, podríamos aproximarnos al “bipartidismo” en la salud mental; si no, el espacio debería ser ocupado con imaginación por otras opciones y una de ellas sería acaso la correspondiente variante del Manicomio que quizá se pareciese al que hemos conocido, como la finca agrícola hoy inaugurada a la antigua huerta del Manicomio o como una sofisticada playera de veinte mil pesetas a una alpargata.

De todos modos, podemos decir que se ha logrado aquella afirmación que se atribuía jocosamente al Dr. Soto: «*Esto no es el Manicomio, son las oficinas; el Manicomio está fuera*», y mandó cambiar hacia el interior el letrero de la puerta». (Fig. 2).

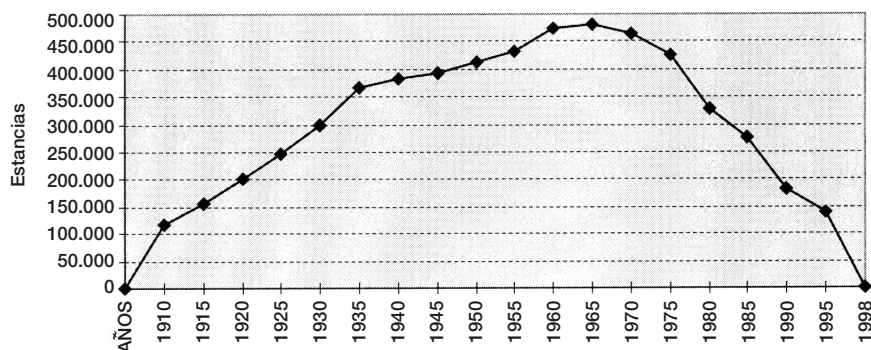


Figura 2. Manicomio de Navarra. “Aquí ya sólo están las oficinas”.

BIBLIOGRAFÍA

1. S, SROMGREN BOJHOLM E. Prevalence of schizophrenia on the island of Bornholm in 1935 and in 1983. Acta Psychiatr Scand 1989; (Supl 348): 168.
2. GORWOOD P, ROUILLON F. Epidemiologie des malades mentales. Encycl Med Chir (Elsevier, París), Psychiatrie, 37-878-A-10, 1996.
3. EAGLES JH, WHALLEY LJ. Decline in the diagnosis of schizophrenia among first admission to Scottish mental hospitals from 1968-1970. Br J Psychiatry 146; 1512: 154. 1985.
4. HARDY-BAYLE MC, OLIVIER V, SARFATI Y, CHEVALIER JF. Approches contemporaines de la clinique des troubles schizophréniques. Encycl Med Chir (Elsevier, París), Psychiatrie, 37-282-A-20, 1996.

5. LANTERI-LAURA G, TEVISSON R EMCH. Historique des délires chroniques et de la schizophrénie. *Encycl Med Chir* (Elsevier, París) *Psychiatrie*, 37-281-C-10, 1986.
6. LIZARRAGA LARRIÓN LJ. La casa del tejado colorado. Memoria General del Manicomio de Navarra. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra 1992.
7. LIZARRAGA LARRIÓN LJ. ¿Se han disparado los suicidios? Edición en colaboración con el Departamento de Salud de Navarra 1996.
8. LIZARRAGA LARRIÓN LJ. La otra historia del Manicomio de Navarra, (la clínica). 1998. Biblioteca de Salud Mental.
9. OPLER LA, KAY SR. Birth seasonality and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatr* 1985; 42: 106-107.
10. PERALTA V, CUESTA MJ, DE LEÓN J. Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 336-339.
11. PERALTA V, CUESTA MJ, DE LEÓN J. Formal thought disorder in schizophrenia: a factor analysis study. *Compr Psychiatry* 1992; 33: 105-110.
12. SAN MARTÍN, SÁNCHEZ DE MUNIAIN, Iser-iberhospitalia. Plan de Asistencia Sanitaria de Navarra, *PASN*. Diputación Foral de Navarra 1977.
13. SOTO YÁRRITU F. El destino humano como problema científico. Institución Príncipe de Viana de la Diputación Foral de Navarra 1953.
14. WATSON C, KUCALA T, TILLESKJØR C, JACOBS L. Schizophrenic birth seasonality in relation to the incidence of infectious diseases and temperature extremes. *Arch Gen Psychiatr* 1983; 41: 85-89.