

# ANACOS DE VIDA NUN SANATORIO: OS PRIMEIROS DOENTES DO PSIQUIÁRICO CABALEIRO GOÁS

---

*Luis Rodríguez Carmona. Traballador social. Hospital Psiquiátrico Cabaleiro Goás*

## RESUMO

Este artigo pretende dar a coñecer os factores sociosanitarios que influíron e condicionaron a vida dos 1000 primeiros doentes que estiveron ingresados no Sanatorio Cabaleiro Goás.

É unha ollada retrospectiva que pretende saber e analizar como eran as vidas dos doentes fóra e dentro da institución.

A información recollida procede das historias clínicas, sociais, cartas de doentes, familiares, dossiers de prensa, documentos internos do sanatorio, arquivos da Deputación Provincial de Ourense, así como entrevistas feitas a profesionais e a doentes.

O artigo tamén pescuda sobre o labor das primeiras asistentes sociais da nosa comunidade que desenvolveron o seu traballo no sanatorio.

## PALABRAS CLAVE:

TOLEMIA-SANATORIO-ASISTENCIA SOCIAL-ESTIGMA.

## RESUMEN

Este artículo pretende dar a conocer los factores sociosanitarios que influyeron y condicionaron la vida de los 1000 primeros pacientes que estuvieron ingresados en el Sanatorio Cabaleiro Goás.

Es una mirada retrospectiva que pretende saber y analizar como eran las vidas de los pacientes fuera y dentro de la institución.

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

El artículo investiga también la labor de las primeras asistentes sociales de nuestra comunidad que desarrollaron su labor en el sanatorio.

## **PALABRAS CLAVE:**

Locura-Sanatorio-Asistencia Social-Estigma

## **LIFE BITES AT A SANATORIUM: THE FIRST PATIENTS OF THE CABALEIRO GOÁS PSYCHIATRIC HOSPITAL**

### **ABSTRACT**

This article is intended to divulge the social and sanitary factors that influenced and conditioned the lives of the first 1,000 patients housed in the Cabaleiro Goás Sanatorium.

It is a look back meant to analyse and find out more about the lives of the patients inside and outside this institution.

The information gathered has been obtained from medical charts, social workers' reports, patients' letters, relatives, press releases, internal documents of the sanatorium, the archives of the District Council of Ourense (Diputación Provincial de Ourense), as well as from different interviews with professionals and patients.

The article also studies the efforts of the first social workers in our community, who carried out their activities at the sanatorium.

### **KEY WORKDS:**

Madness-Sanatorium-Social Care -Stigmata

### **INTRODUCCIÓN**

Este artigo nace da curiosidade, do querer saber, do contaxio cociñado nun pequeno grupo de entusiastas que traballamos no psiquiátrico Cabaleiro Goás e, en certa maneira, da metamorfose que a un lle produciu traballar coa tolemia.

A investigación abrangue un período no tempo de 26 anos que comeza co estudo do primeiro doente ingresado no Sanatorio Cabaleiro Goás (tamén coñecido por Sanatorio de Toén) aló por agosto de 1959 e remata no ano 1985.

Trátase dunha mirada retrospectiva a través das entrañas do sanatorio que permite coñecer e analizar as distintas etapas polas que transitou a institución. Como se atendía sociosanitoriamente o doente psiquiátrico na provincia de Ourense?, que inconvenientes ou melloras redundaron nas súas vidas?

A información recollida tamén permite achegarnos ao labor descoñecido das primeiras asistentes sociais de Galicia que traballaron no eido da saúde mental ourensá e dá a coñecer as dificultades coas que se atopaban no sanatorio, con que recursos contaban, como era a súa interrelación cos doentes, profesionais e familias, ou cal era a visión social que se tiña acerca da tolemia.

É unha maneira de recompilar parte da historia da nosa profesión, unha profesión acostumada a que sexa a palabra e o encontro coa outra parte a nosa principal ferramenta, esquecendo ás veces que o que acontece nesas experiencias e non é documentado pasará aos recordos dun mesmo que o tempo se encargará de oxidar, de deixar vagas lembranzas, imprecisións ou de esquecelos definitivamente.

En resumo, os fundamentos do estudo son tres: saber como era a calidade asistencial recibida no psiquiátrico, describir o perfil sociosanitario dos doentes e o seu rol dentro da sociedade e coñecer o labor das primeiras asistentes sociais en Galicia que traballaron no eido da saúde mental.

## **ESTUDO CUANTITATIVO E CUALITATIVO DOS DOENTES DE TOÉN**

### **FONTES DOCUMENTAIS E RECOMPILACION DE DATOS**

A información recollida na base de datos que se crea para este estudo procede das historias clínicas e sociais do Sanatorio Psiquiátrico Cabaleiro Goás.

Os datos das historias comezan nos anos do tardo franquismo e rematan nos primeiros tempos da democracia do noso país. É sen dúbida un período onde a decadencia da ditadura e o comezo dun certo aperturismo democrático ten as súas consecuencias tamén no micromundo da tolemia.

O estudo está formado por 1000 anacos de vida que residiron no Sanatorio de Toén. Considero que é una mostra suficientemente representativa procedente dun arquivo do sanatorio con máis de 4000 historias.

É preciso indicar que, do total das historias revisadas, 200 corresponden a mulleres, as que ingresan por vez primeira no sanatorio nos últimos anos no que se fai a revisión bibliográfica. Así mesmo, cómpre sinalar que é sorprendente que as ditas historias carezan apenas de información. A día

de hoxe, sigo sen entender porque os responsables non reflectiron información patobibliográfica ningunha destas primeiras mulleres que ingresaron no sanatorio.

Durante un ano, dediqueime a ler historias clínicas e sociais das cales fun recollendo diversos datos cuantitativos e cualitativos.

O traballo completouse con entrevistas semiestruturadas e realizadas a distintos traballadores que estiveron ou seguen a estar no sanatorio. Engadíuselle ao traballo a información procedente de escritos internos, cartas de doentes e das familias, anotacións significativas sobre o doente, o sanatorio ou a época en cuestión.

Ademais, fixéronselles entrevistas a catro asistentes sociais mulleres e a un asistente social home, profesionais que estiveron no sanatorio dende os primeiros anos da nosa actividade asistencial que comezou no ano 1961. A única ausente nas ditas entrevistas foi a asistente social Sofía Fabeiro, finada hai poucos anos.

Coa investigación bibliográfica, documental e de campo pretendo controlar o que Bordieu cualifica como “ilusión de transparencia” ou proceder á información dun profesional familiarizado co escenario estudado.

É certo que todo se move arredor da subxectividade, polo que será o propio individuo quen intente, na medida do posible, manterse no limiar do propio encontro; é inevitable a carga de parcialidade que se poida condensar na información que o lector encontre neste estudo. Tampouco pretendo ser xuíz de nada, só teño como aval o interese por coñecer coa maior das exactitudes posibles o que acontecía nas vidas dos doentes dentro e fóra do sanatorio e a implicación dos meus colegas a través dos anos.

A procedencia da información cuantitativa e cualitativa procede das seguintes variables escollidas para o estudo e que fan referencia a:

Idade no momento do ingreso	Emigrante retornado e país de procedencia
Estado civil	Malos tratos no ámbito sociofamiliar
Sexo	Concello de procedencia
Profesión	Alcoholismo
Ano de nacemento	Financiamento do ingreso hospitalario
Data do ingreso	Tratamentos sanitarios
Tipo de ingreso	Diagnósticos
Historia social aberta	Data do alta
Estudos	Reingresos
Sector onde ingresaba	<i>Exitus</i> e causas
Relacións familiares	Destino no momento da alta

## RESULTADOS CUANTITATIVOS

A información recollida e presentada a continuación procede das 1000 historias clínicas e sociais revisadas, das cales 800 corresponden a homes e 200 a mulleres.

**Táboa núm. 1. DOENTES CON HISTORIA SOCIAL ABERTA**

<b>HOMES</b>	445	55,62%
<b>MULLERES</b>	70	35%
<b>TOTAL</b>	515	51,50%

Fonte. Historias sociais. Elaboración propia

A diferenza de historias sociais abertas entre homes e mulleres obedece a que ata o ano 1983 non ingresan en Toén as primeiras mulleres enfermas.

Respecto do número total de historias abertas, a suma total é mais da metade da mostra estudada.

A cifra resultante total non implica que a porcentaxe de atención social sexa a que se reflicte, xa que non sempre todos os doentes precisan dunha apertura de historia social para seren atendidos.

**Táboa núm. 2. ESTADO CIVIL**

<b>CASADOS. 32,44%</b>	<b>CASADAS. 49,75%</b>
<b>SOLTEIROS. 63,61%</b>	<b>SOLTEIRAS. 37,81%</b>
<b>SEPARADOS. 0,38%</b>	<b>SEPARADAS. 3,98%</b>
<b>VIÚVOS. 2,41%</b>	<b>VIÚVAS. 7,46%</b>

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

A porcentaxe de persoas solteiras é claramente superior no sexo masculino e non está moi claro por que motivo. Débense ter en conta distintos factores como a idade no momento da enfermidade, a gravidade da patoloxía ou as dificultades para establecer relacións no curso dunha enfermidade.

Danse mais casos de separación nas mulleres ca nos homes. Como posible factor desta diferenza de datos, pódese sinalar o rol que ten a

muller respecto do home cando un deles enferma. Naqueles tempos, as mulleres da nosa comunidade tiñan un claro papel secundario na sociedade. Limitábanse a coidar dos fillos, a levar a casa, a desenvolver labores agrícolas ou a coidar do seu marido en caso de enfermidade; obrigas moi diferentes das que tiñan os homes na sociedade de entón.

**Táboa núm. 3. FORMACIÓN ACADÉMICA**

LER E ESCRIBIR	31,93%	3,98%
SEN ESTUDOS	21,88%	3,98%
ESTUDOS PRIMARIOS	19,33%	8,45%
BACHARELATO	3,30%	3,48%
ESTUDOS UNIVERSITARIOS	4,38%	0,99%
DESCOÑECIDOS	18,70%	79,19%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Os datos recollidos amosan que o período mínimo formativo na muller non ten apenas relevancia. A muller, dende moi nova, ten asignado pola sociedade un papel dedicado ás tarefas domésticas ou do agro. Respecto dos estudos medios e universitarios, ambos os sexos presentan datos moi pouco significativos.

**Táboa núm. 4. TIPO DE INGRESOS**

MÉDICO	88,65%
XUDICIAL	9,62%
DESCOÑECIDO	1,72%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Fundamentalmente, os ingresos son producidos no sanatorio por indicación médica.

### Táboa núm. 5. PROCEDENCIA NATURAL DOS DOENTES

PROVINCIA DE OURENSE	68,01%
OUTRAS PROVINCIAS COMUNIDADE	26,31%
OUTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	5,66%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Serán os pacientes da provincia de Ourense os que presentan o maior número de ingresos.

### Táboa núm. 6. DIAGNÓSTICOS MÁIS FRECUENTES

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

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Existe unha gran variedade de diagnósticos atopados nas historias clínicas.

Aquí preséntanse os máis relevantes en canto ao número, e é a esquizofrenia paranoide a de maior porcentaxe.

### Táboa núm. 7. TRATAMENTOS MÁIS FRECUENTES

FÁRMACOS
LABORTERAPIA
ELECTROSKOCH
CELAS

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Na táboa 7, reflíctense por orde de aparición os tratamentos máis empregados cos doentes.

**Táboa núm. 8.**  
**TRASLADOS INSTITUCIONAIS NO SANATORIO MÁIS FRECUENTES**

<b>CONXO</b>	50 PACIENTES	44,64%
<b>LEGANÉS</b>	30 PACIENTES	26,78%
<b>PONTEVEDRA</b>	8 PACIENTES	7,14%.
<b>GUIZAMONDE</b>	7 PACIENTES	6,25%.
<b>OUTROS</b>	17 PACIENTES	15,17%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Serán os pacientes procedentes do sanatorio histórico de Conxo os que recalarían en maior número en Toén. Deles, unha moi alta porcentaxe foron homes. Ata o ano 1983, as mulleres enfermas non terían presenza física no Sanatorio de Toén.

**Táboa núm. 9. PROFESIÓNS HABITUAIS**

<b>LABREGO</b>	287	28,7%
<b>AMA DE CASA</b>	117	11,7%
<b>PEÓN</b>	50	5%
<b>ESTUDANTE</b>	32	3,2%
<b>MARIÑEIRO</b>	20	2,0%
<b>ZAPATEIRO</b>	12	1,2%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

O traballo de labrego nos homes e o de empregada do fogar nas mulleres son as profesións que se recollen con maior frecuencia. A poboación eminentemente procede do rural, polo que a obtención do sustento económico familiar procederá da produtividade da terra.



Recóllense na base de datos ata 150 profesións distintas e diversas, como a de monicrequeiro, sacerdote, afiador, linotipista, maleteiro, misio-neiro, zoqueiro, entre outras moitas.

### Táboa núm. 10. COLABORACIÓN DAS FAMILIAS NO SANATORIO

<b>HOME</b>	61,08%
<b>MULLER</b>	68,65%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Datos moi semellantes na implicación das familias cos doentes, xa sexan homes ou mulleres.

### Táboa núm. 11. CASOS DE ALCOHOLISMO DETECTADO

<b>HOMES</b>	218	27,25%
<b>MULLERES</b>	21	10,5%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Os datos reflicten unha porcentaxe moi superior de situación de abuso alcohólico nos homes respecto das mulleres.

Constátase tamén no estudo que a franxa de idade de maior abuso alcohólico se sitúa entre os 36 e os 40 anos.

A totalidade das 1000 historias revisadas dinos que hai 239 casos detectados con episodios de abuso alcohólico, isto supón un 23,9% da mostra estudada.

Aínda que a cifra é significativa, esta podería ser incrementada se a día de hoxe se aplicasen os parámetros sinalados pola OMS.

### Táboa núm. 12. MALOS TRATOS INFRINXIDOS POLOS DOENTES NO SEU ÁMBITO FAMILIAR

<b>HOMES</b>	7,62%
<b>MULLERES</b>	6,46%
<b>TOTAL</b>	7,38%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Os datos son semellantes en canto a ambos os sexos, cunha lixeira proporción a favor do sexo masculino. Existe tamén unha correlación detectada entre violencia e alcohol.

**Táboa núm. 13. DOENTES QUE RETORNAN DA EMIGRACIÓN**

<b>HOMES</b>	16,42%
<b>MULLERES</b>	23,38%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Serán as mulleres as que en maior número retornen ao noso país.

**Táboa núm. 14. PRINCIPAIS PAÍSES ONDE EMIGRAN OS DOENTES**

<b>ALEMAÑA</b>	27,42%
<b>SUÍZA</b>	16,57%
<b>FRANCIA</b>	13,14%
<b>VENEZUELA</b>	13,14%
<b>BRASIL</b>	8%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Os países do contorno europeo son os destinos cunha maior porcentaxe para homes e mulleres.

**Táboa núm. 15. DESTINO OU ALTA**

<b>DOMICILIO</b>	56,94%
<b>TRASLADO A CENTROS</b>	16,10%
<b>DESCOÑECIDO</b>	11,65%
<b>EXITUS</b>	8,20%
<b>FUGAS</b>	6,18%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Segundo os datos recollidos, máis da metade das altas deriváronse aos propios domicilios, e son as altas con destino a centros a segunda opción máis destacable.

**Táboa núm. 16. CAUSAS DE EXITUS NO SANATORIO**

<b>MORTE NATURAL</b>	64,19%
<b>CAUSAS DESCOÑECIDAS</b>	22,22%
<b>SUICIDIO</b>	12,34%.
<b>HOMICIDIO</b>	1,23%

Fonte. Historias clínicas e sociais. Elaboración propia

Hai un total de 81 *exitus* recollidos, o que supón un 8,20% do total da mostra estudada. É significativa a cifra de 18 casos que faleceron sen que se poida indicar a súa causa.

## OS INICIOS DO SANATORIO

Na primeira metade do século XX, aparecen en Galicia pequenos manicomios particulares que converten por entón a nosa comunidade na primeira de todo o Estado en canto a número de camas psiquiátricas no ámbito privado. Daquela, Galicia contaba tan só cun establecemento sanitario que dispuña de prazas benéficas: era o manicomio de Conxo en Santiago de Compostela.

O 14 de abril de 1955, as Cortes Españolas crean por lei o Padroado Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), como organismo estatal dependente do Ministerio da Gobernación.

O PANAP permitiu que en agosto de 1959 empezase a súa singradura o Sanatorio Cabaleiro Goás situado no concello de Toén, cuxo primeiro director foi o doutor Cabaleiro (A Coruña, 1919-Ourense, 1977). No ano da inauguración, o centro contaba na subdirección co doutor Téllez Carrasco e dous médicos residentes: Leopoldo Vicente e Gómez Reino.

Cando se inaugura o Sanatorio de Toén, exercía o cargo de secretario xeral do PANAP o señor Turégano e o presidente da Deputación Provincial de Ourense era o señor Rodríguez de Dios.

A comunidade relixiosa que traballaba nos seus comezos en Toén formábase as Irmás da Orde de María Santísima do Monte. As primeiras funcións asistenciais foron levadas a cabo por cinco relixiosas.

O resto do traballo era desempeñado por 11 empregados, 9 enfermeiros e 19 mozas de servizo. O número de prazas habilitadas no sanatorio no seu comezo era de 160 doentes, e a Deputación da Coruña e de Pontevedra tiñan reservadas 20 prazas cada unha. Os cuartos do antigo pavillón albergarían entre 8 e 9 camas.

Nos días previos á inauguración, o doutor Cabaleiro desprazarase a Conxo para comprobar se os primeiros 14 doentes que por entón foran derivados a Toén cumprían os criterios para o seu ingreso nun centro inicialmente destinado a doentes recuperables, con idades comprendidas entre os 16 e os 60 anos.

Cómpre indicar que todos os ingresos que se realizaban por entón no Sanatorio de Toén eran de homes. A pesar de que o sanatorio dispuña dun pavillón habilitado para mulleres, tardouse case 25 anos para que unha muller tivese o mesmo dereito ca un home en dispoñer dunha cama psiquiátrica na provincia de Ourense. A cuestión tiña un discurso de orde sexista e patriarcal, xa que determinados psiquiatras e mais o clero opoñíanse a que os homes e as mulleres cohabitasen xuntos no sanatorio.

As mulleres eran marxinadas e desprazadas a outros sanatorios do Estado español coma o de Arévalo en Ávila, pertencente á Orde Hospitalaria do Sagrado Corazón, unha vertente feminina da Orde de San Xoán de Deus.

Era un establecemento psiquiátrico exclusivamente para mulleres, cunha poboación interna de 400 persoas. Este tipo de situacións provocaban unha ruptura e desarraigamento sociofamiliar que a día de hoxe segue nalgúns casos no recordo de doentes e familiares.

Os internamentos no Sanatorio Cabaleiro Goás producíanse por criterio médico ou por decisión xudicial e as prazas custeábanse de xeito benéfico ou privado.

Unha porcentaxe moi alta das estancias eran custeadas polos fondos procedentes da beneficencia. O tolo adifeirado na maioría das ocasións era ingresado nalgún dos sanatorios privados que abundaban na nosa comunidade.

É interesante a comparación dos custos nas estancias no ámbito público e privado en Ourense no ano 1965; mentres que o custo da estancia en Toén era de 40 pesetas/día, o custo da estancia no Sanatorio Perpetuo Socorro ascendía a 250 pesetas/día.

As vacantes que, de cando en vez, quedaban no sanatorio cubríanse en gran medida con reingresos, xa que estes tiñan preferencia sobre os novos internos.

Moitas familias non podían ingresar de maneira benéfica o seu familiar en Toén e víanse na obriga de facelo nunha praza privada. Cando se lle acababan os cartos, podían pasar a unha praza da Deputación se precisaban seguir hospitalizados. Claro que, para ingresar no eido privado, había que

dispor dalgún aforro, o cal non era doado por entón. Senón, podía vender algunha terra ou facer outro tipo de amaño.

Os que non podían custear unha praza privada ou entrar de maneira benéfica en Toén eran trasladados a diversos lugares, coma Conxo, San Baudillo de Llobregat (Barcelona), Conde de Romanones (Alcoete), Instituto Pedro Mata (Reus), San Luis (Palencia), Arévalo (Ávila), Instituto de Orientación Pedagóxica Dr. Lartigau (Tarragona), Sanatorio de Guipúscoa, entre outros.

Para falar dos distintos tratamentos aplicados necesitaríase un punto máis extenso e facer un percorrido no tempo sobre o que supuxo a introdución dos primeiros neurolépticos na mellora da calidade de vida dos doentes.

Nos datos recollidos no noso estudo, constatamos que os tratamentos máis empregados no Sanatorio de Toén foron: os fármacos, a laborterapia, o electroshock e as celas de castigo.

Tampouco se deben esquecer tratamentos como duchas frías, comas hiperglicémicos ou inxeccións de trementina, entre outros empregados na pacificación da tolemia.

Aínda que os primeiros neurolépticos datan de mediados dos anos 50, seguíanse a empregar técnicas aversivas coma as celas de castigo, moitas das veces por excesivos períodos de tempo.

Estas celas contaban con escasos medios de seguridade que convidaban máis a un fatídico desenlace que a outra cousa. Así é tal como o deixaba reflectido un médico daquela época. No ano 1974, a cronista Maribel Outeiriño, no xornal *La Región*, cualificaba as celas como “lugares sinistros onde os seus equipamentos constaban dunha cama, un urinario, unha xanela e unha portentosa porta con asexadoiro”. Estaba claro que determinados costumes enraizados na rancia psiquiatría lle servían aínda a algún clínico para impor a súa particular orde.

Entre as distintas actividades de laborterapia que se chegaron a facer no sanatorio, atopábanse as relacionadas coa horta, cociña, comedor, barbería, imprenta, xardín, limpeza, granxa, despensa, cestería, encadernación, zapatería, carpintería, olería, cerámica ou emprego na construción de parte do centro, a través de contratos coas empresas propias construtoras.

## AS PRIMEIRAS ASISTENTES SOCIAIS NO SANATORIO

### OS COMEZOS DA PROFESIÓN

En 1961, dous anos máis tarde de que abrise as súas portas o Sanatorio Cabaleiro Goás, chega ao centro a primeira asistente social. O

posto inicialmente asignárase a cargo de Carmen Lafarga, que llo cede a M.<sup>a</sup> Socorro Bueno.

M.<sup>a</sup> Socorro pertenceu á primeira promoción de asistentes sociais de Galicia e realizou en Toén unha interesante tese sobre “os enfermos mentais na provincia de Ourense e os problemas que lle presentan á Deputación Provincial os de Beneficencia”.

Xa daquela o director do centro, doutor Cabaleiro, fixo fincapé na importancia de que o doente fose tratado tendo en conta a súa esfera social como algo non complementario, senón dunha importancia relevante. Por iso, incorporou a figura da asistente social como membro do equipo asistencial, tal e como xa se viña facendo noutros sanatorios estatais, coma o López Ibor en Madrid.

As distintas asistentes sociais que pasaron polo sanatorio non exercerían longos períodos de tempo o seu labor. Os escasos soldos da Administración non garantían un sustento económico e motivador suficiente.

De feito, aínda a mediados dos anos 70 o soldo sería dunhas 12.500 pesetas mensuais, cando neses anos só o alugamento dunha vivenda roldaba as 6.000 pesetas. Isto orixinou que algúns asistentes sociais marchasen da Administración ou que ascendesen dentro desta, co obxectivo de acadar unha mellor calidade de vida.

Nos primeiros anos, intentábase compensar as carencias nos soldos achegando pagas extraordinarias ou determinados suplementos económicos que, nalgúns casos, a Administración do centro podía levar a cabo.

Porén, isto non impediría que abandonasen o sanatorio as dúas primeiras asistentes sociais M.<sup>a</sup> Socorro e Artemia Diéguez, as cales cambiarían a vida no sanatorio polo Padroado M.<sup>a</sup> Soriano localizado na capital ourensá, onde a diferenza salarial era considerable. Neste padroado, ambas encargáronse de atender os nenos con discapacidade intelectual que dependían da propia institución.

M.<sup>a</sup> Socorro traballou ata o ano 1966 e foi substituída por Artemia Diéguez, quen permanece ata 1969. Logo chegaría M.<sup>a</sup> Ángeles Bernardo de Quirós e, posteriormente, Sofía Fabeiro, quen exerceu ata 1975. Neste ano, o primeiro asistente social home de Galicia, Pepe Velo, incorpórase ao cadro do sanatorio.

Con posterioridade, incorporase unha segunda asistente social ao centro, Rita Lois, que estará ata mediados dos anos 80.

As dúas primeiras asistentes sociais, M.<sup>a</sup> Socorro e Artemia, traballaban para a Deputación Provincial de Ourense. Porén, os soldos pagáballos a Caixa de Aforros de Ourense.

Subían inicialmente determinados días ao sanatorio unhas cantas horas para se encargar daqueles doentes cuxa estancia cubría o Departamento de Beneficencia da Deputación.

O período académico na Escola de Asistentes Sociais de Galicia realizábase en Santiago de Compostela con certas carencias formativas nos seus inicios, o que provocou que algunha asistente social, coma Artemia Diéguez, decidise ampliar coñecementos en Francia.

Non sería ata o ano 1978 cando se convoquen un número significativo de prazas de asistentes sociais, en concreto 131 a cargo da Institución da Sanidade Nacional.

## COMETIDOS DAS ASISTENTES SOCIAIS NO SANATORIO

As atribucións profesionais que as distintas asistentes sociais tiveron no sanatorio viñeron condicionadas polas melloras político-sociais que aconteceron no país ao longo dos anos e que permitiron unha mellora na calidade asistencial, ao contar con máis prestacións e recursos.

Nos primeiros anos, no sanatorio as limitacións nas intervencións sociais foron evidentes. O rol da asistente social máis acentuado era a figura dunha mediadora sociofamiliar.

Segundo se recolle documentalmente<sup>1</sup>, nos primeiros anos o labor primordial e básico das asistentes sociais por entón nas institucións psiquiátricas facían referencia a:

1. Comézase coa presentación oportuna do médico, o que facilitará que doentes e familiares coñezan e interactúen coa asistente social como unha parte necesaria no seu tratamento.
2. Recompilar os datos sociofamiliares, e para iso realízase a ficha social de cada doente. A información recollida nos datos xerais abranguerá cuestións relativas á filiación, educación, traballo, relacións sociais, distraccións, situación económica e ambiente social.
3. A asistente social tratará de gañar a confianza do doente a través dun trato respectuoso e sinxelo. As entrevistas cos membros da familia proporcionaranlle aquela información necesaria que o doente non poida detallar.
4. Establecer lazos de unión entre o enfermo e súa familia será un cometido de máxima importancia.

---

<sup>1</sup> Transcribense literalmente as funcións tal e como se recollen no documento (completar Luís)...

5. Realizar visitas domiciliarias, se fose preciso, ou utilizar a correspondencia como medio de enlace co exterior.
6. Preparar a familia para a alta do doente, proporcionándolle aquela información necesaria que facilite unha mellor adaptación no contorno. Os permisos curtos servirán para valorar a adaptación e a integración e con iso fixar unha posible data de alta.
7. Asegurarase de que os doentes tomen o tratamento prescrito, así como xestionalos cando sexa preciso a través de institucións benéficas e caritativas.

Ademais, facíanse outro tipo de xestións e cometidos:

- Realización da historia familiar, así como a súa composición.
- Localización de familiares. Reinserción familiar.
- Antecedentes dos pacientes noutras institucións.
- Información de permisos temporais e seguimento das altas clínicas.
- Preparación da festa do doente.
- Petición de roupa.
- Petición de cartos para a compra de tabaco e refrescos para os pacientes.
- Investigacións sobre o patrimonio do doente para poder levar a cabo a súa externalización.
- Envío de cuestionarios nos casos nos que as familias non se desprazasen para poder completar o estudo do interno.
- Contacto habitual co párroco do municipio que facilita en moitos casos o enlace entre o sanatorio e a rede familiar.
- Envío e lectura de correspondencia ao existir unha porcentaxe de analfabetismo entre os doentes.
- Comunicación e xestións con asistentes sociais que traballan en empresas privadas coma Barreras, Factorías Vulcano, Renault ou a Sección Feminina do Movemento, entre outras, para amañar pagamentos de estancias hospitalarias ou xestionar posibles discapacidades.
- Inclusión dos doentes nos padróns benéficos municipais naqueles casos nos que non se poida custear o tratamento, para evitar posibles recaídas.



Ao comezo dos anos 70, coa denominada psiquiatría do sector, as funcións da asistente social cobran maior relevancia se cabe. Aumentan os desprazamentos domiciliarios onde fomentar e desenvolver melloras nas relacións humanas entre pacientes, familias, equipo asistencial e a sociedade en xeral, con intervencións sociais no eido individual e grupal.

Incrementarase tamén a xestión das solicitudes de pensións procedentes do seguro obrigatorio de vellez e invalidez (SOVI) ou do Fondo Nacional de Asistencia Social (FNAS), acudindo ao Goberno Civil ou ao Instituto Nacional de Previsión nos casos en que proceda.

Neste sentido, é preciso apuntar o número significativo de casos de retorno da emigración por mor da gravidade dos cadros clínicos, xestionando as pensións ou as invalideces oportunas, co inconveniente ás veces de ter que comunicarse con distintas administracións de países diferentes.

Ademais, cómpre sinalar que posibilitar o traslado do doente estabilizado aos escasísimos recursos residenciais que existían requiría da asistente social grande habilidade e perseveranza. O estigma de calado profundo que impregnaba a sociedade respecto da tolemia era abonda para non ter en conta aspectos como a estabilización ou a boa resposta social como argumentos de peso para a externalización dos doentes.

## A DIFICULTADE DE ENTRAR E DE FUXIR DOS MUROS

O número de doentes na lista de espera para poder ingresar en Toén era interminable. Deste xeito, moitos dos homes e mulleres afectadas por unha patoloxía psíquica tiñan que seren trasladados fóra da provincia, xa fose a Conxo ou a calquera outra parte do territorio nacional. Será por entón a Deputación de Ourense, a través do seu Departamento de Beneficencia, a encargada de custear as estancias e os tratamentos precisos daquelas persoas con carencias de recursos.

Sabíase que as listaxes eran manipuladas de xeito discrecional para que certos doentes tivesen preferencia para ocupar unha praza benéfica.

A documentación obrigatoria para o ingreso no sanatorio constaba de:

1. Solicitude dirixida ao Ilmo. Sr. Presidente da Deputación Provincial de Ourense.
2. Informe favorable da Sección de Árbitros da Deputación Provincial con recensión na carencia de recursos.
3. Certificado de nacemento.
4. Informe do alcalde do concello de referencia.

5. Certificado médico do concello de referencia.

6. Informe favorable do doutor Cabaleiro Goás.

O impedimento de ingresar por carencia de recursos nun establecemento psiquiátrico orixinou moitas das veces desenlaces tráxicos.

Conseguir un internamento dun doente de maneira benéfica en Toén tiña altas doses de desesperanza. A miúdo, a familia atopábase en situacións dramáticas se non dispuña de caudal económico para sufragar unha praza privada. A isto engadíanse descoñecementos sobre a enfermidade ou o feito de non dispor de apoios abondos na rede sociofamiliar.

As historias sociais e clínicas recollen situacións dramáticas e non illadas no rural galego. Algún enfermo vivía atado cunha cadea na gorxa e pechado nunha habitación ou cova, feitos máis preto do Medioevo ca da metade do século XX.

Tampouco é infrecuente que por entón os veciños se xuntasen para reducir o tolo, para o que realizaban quendas de garda co obxectivo de cazar e capturar o alienado.

Se entrañaba dificultade entrar no sanatorio, a saída convertíase nunha odisea para algúns e nunha alucinación permanente para outros. As razóns de non poder volver ao seu lugar residía na maioría dos casos na negativa das familias a vilos buscar. Noutros casos, carecían de apoio externo ou este non era o axeitado e, en menor medida, as situacións xurídico-legais de dubidosa execución.

O “tolo pechado e o problema solucionado” converteríase ás veces na mellor solución para familias, veciños e autoridades diversas.

Cando un doente dispuña de aforros, xa fosen procedentes da súa pensión ou doutra fonte de ingresos, empregábanse como un estímulo para que as familias tivesen unha predisposición de recoller o familiar que, doutro xeito, non sería posible acadar.

A cronificación institucional por estes motivos repercutiría en que outros doentes non puidesen ingresar e fosen derivados a Conxo ou a outra parte do territorio nacional, aínda que isto nunca superaría a situación que viviron as mulleres con patoloxía mental na nosa provincia.

As familias non ían nalgúns casos ao sanatorio ver os doentes. Tiñan medo de se atopar cunha alta. Deste xeito, a ruptura e curtocircuíto co exterior incrementábase, en maior medida, para os doentes.

É habitual atopar nas correspondencias coas familias a negativa de vir ao sanatorio, para o que se escusaban nas tarefas do agro ou na dificultade para se trasladar por existir mala comunicación ou carencia de transporte. É constatable que, en non poucos casos, non aparecerán polo sana-

torio en meses e mesmo en anos. Intentábase convencer as familias para que levasen os doentes nas épocas de forte traballo no agro e con iso posibilitábaselles unha axuda extra e permitíasilles aos pacientes escapar un tempo da institución.

A festa do doente era un evento que se celebraba todos os anos dende comezos de 1960. Convidábanse as familias a comer e a pasar un día de festa cos parentes. Deste xeito, coñecía-se algún familiar e falábase do estado do doente e da súa posible alta sanitaria.

Existen cartas enviadas onde se ameaza literalmente a familia coa denuncia se non acoden a buscar o seu familiar, que é de obrigatorio cumprimento de acordo co artigo 33 da lexislación psiquiátrica da época.

Este artigo procedía do Decreto do 3 de xullo do ano 1931, no que se ditan as regras relativas á asistencia a enfermos psíquicos, que estaría vixente ata o ano 1985.

O sanatorio, deste xeito, vai cumprindo cada vez máis a función de depósito de persoas nocivas e molestas para a sociedade. A estancia no sanatorio converterase para algúns nun peche interminable.

Nas historias sociais do ano 1972, recóllense datos onde se insiste en que, xa sexa por razóns económicas, sociais, laborais, familiares ou xurídico-legais, un 32% dos pacientes non poden ser dados de alta no sector residencial. A estes engádeselles os que permanecen de maneira asilar, como oligofrenias, senilidade e cronicidade.

Tamén existe algún caso diagnosticado no seu día de imbecilidade. Anos mais tarde, valórase que o que ten o paciente non é mais ca unha pobreza cultural significativa. Algunha persoa pasará máis de 20 anos hospitalizada sen síntomas psicopatolóxicos e reside no sanatorio sen medicación ningunha por non ter a onde ir.

Uns dos maiores problemas cos que se atopan as asistentes sociais para facilitar a alta naqueles casos sen apoio familiar é no relativo á busca de emprego. Non existe por entón no Estado unha lexislación que protexa o doente, como si sucedía en cambio noutros países de Europa.

O tolo tiña serias dificultades para acadar un emprego na comunidade por mor do estigma que impregnaba a sociedade. Non se lle daban posibilidades laborais que axudasen a cubrir as súas necesidades e a sustentarse nun lugar normalizado.

Sinala M.<sup>a</sup> Socorro na tese anteriormente mencionada a importancia de que a sociedade se esforce pra mellorar a situación dos enfermos e fai referencia á psiquiatría social. Esta é concibida como a necesidade de crear un conxunto de medidas preventivas e curativas que teñan por obxecto a adaptación do individuo nunha vida satisfactoria e útil no seu medio social.

Xa nos primeiros anos da década dos 60, os médicos do sanatorio Vicente Alonso e Téllez Carrasco apuntaban nun documento organizativo interno, entre outras cuestións, que “a asistencia psiquiátrica non é máis ca unha etapa no tratamento e que moitas das veces non era a máis importante, sendo a brevidade no ingreso o máis recomendable”.

Expuñan tamén a necesidade de que a asistencia recaese nun equipo psiquiátrico-social que actuase nos antigos dispensarios ou nos hospitais psiquiátricos, se os houbera. Advertían estes profesionais que a asistencia extrahospitalaria sería menos gravosa que a hospitalaria de antano e a dotación de suficiente persoal remunerado sería o máis aconsellable. Ademais, engadían que a existencia dun orzamento para fármacos repercutiría notablemente no sustento do doente no seu ámbito sociofamiliar.

Todas elas son reflexións feitas ao abeiro do que acontecía no sanatorio, que non era outra cousa que o aumento paulatino de persoas obrigadas a se cronificar ou asilar.

## O TOLO E A SÚA RELACIÓN COA XUSTIZA

Non se poderá, en moitos dos casos, atopar unha colaboración axeitada e xusta coa administración da xustiza. Determinados internamentos por autos xudiciais non podían ser dados de alta nin desfrutar sequera dun permiso por non existir argumentos clínicos de peso para determinados xuíces, xa que segundo precisan son denegados ao “non existir a curación do doente”.

Tratábase, sen dúbida, de que determinadas autoridades xudiciais interpretaban que algún doente podería dar problemas e que a mellor solución era que quedase custodiado sen ter en conta o criterio clínico. Evitábanse así conflitos co ámbito veciñal ou familiar.

Noutros casos, o procedemento de determinados ingresos xudiciais non estaba moi claro e requiríase máis información ao respecto. Con frecuencia, resultaba que o expediente desaparecese ou se extraviase.

A todo isto engadíraselle o dilatadísimo tempo que transcorría para contestar as solicitudes que, dende o sanatorio, se lles facía chegar. Deste xeito, o enfermo que ingresaba por auto xudicial en non poucas ocasións quedaba condenado de por vida.

Repasando os autos xudiciais, neste traballo puideron atopar como delitos máis comúns dos tolos os relativos á alteración da orde pública, dun modo especial en momentos de celebración de actos litúrxicos. Tamén se recollen delitos de agresión contra a moral, ameazas contra bens, entre outros.

Xa se dicía por entón que “do cárcere sáese, do manicomio non é tan doado”.

## CONCLUSIÓNS

O ano 1959 é unha data relevante no eido da psiquiatría galega. A apertura do Sanatorio Cabaleiro Goás supuxo a dotación dunha segunda institución na nosa comunidade, o que posibilitou o tratamento de moitos doentes en lista de espera e o achegamento de pacientes afastados da súa terra que ficaban noutros hospitais psiquiátricos. O sanatorio foi unha institución progresista en certa maneira. Nel os muros físicos non terían cabida coma na maioría dos sanatorios estatais. En Toén, a barreira social viría conformada de facto polo afastamento xeográfico dos núcleos urbanos máis próximos.

Ese certo aperturismo no tratamento da tolemia seguía a carecer de tendencias normalizadoras. O illamento dos doentes dos núcleos importantes da poboación seguía a garantir a tranquilidade da sociedade. Coma noutros tempos, acóchanse os leprosos, os tuberculosos e os tolos, sen que contaminen, molesten, perturben conciencias ou poñan en perigo as vidas dos cheos de razón.

Certo é que o PANAP escollera outra maneira máis axeitada e novidosa para a época, xa que por entón a psiquiatría tiña como obxectivo afastar os doentes dos confíns manicomiais.

A isto engádeselle a importante presenza das primeiras asistentes sociais no sanatorio, as cales queren afastarse do contexto benéfico asistencial das súas orixes e intervir posibilitando un rol integrador dos doentes na comunidade.

Ata primeiros dos anos 60, os campos clásicos da nosa profesión ficaban na industria e na atención aos colectivos marxidados. A mediados dos anos 50, empeza o noso labor no eido da psiquiatría, no Cabaleiro Goás, onde as primeiras asistentes sociais desempeñarían un labor de suma importancia para dignificar a vida daqueles doentes mirados de esguello pola sociedade.

É de inesgotable xustiza lembrar a débeda humana e social que se segue a ter historicamente co tolo, un cidadán de última clase en importancia, ao que lle hai que engadir o seu sufrimento e que sexan outros os que decidan por el.

Os comezos do sanatorio supuxeron, por un lado, que aqueles “privilexiados” que puidesen ingresar en Toén tivesen un lugar onde pacificar as súas almas, pero para conseguir isto tamén terán que pagar un prezo: ser excluídos da sociedade. Deste xeito, a súa tranquilidade finará na cronicidade.

dade e no abandono dos seus dereitos. A algúns doentes custoulles tempo acostumarse ás normas ríxidas da institución psiquiátrica.

Durante anos, o sanatorio non contou con psiquiatra de presenza física diaria, polo que a organización deste correrá a cargo maiormente das monxas e dos cuidadores non cualificados desa época.

Os pacientes procedían de fogares humildes e as súas profesións -labregos, peóns, artesáns...-, de escasa formación académica e ingresos de carácter benéfico, obrigaban os doentes e as familias a unha continua débeda social ou, o que é o mesmo, quedaban a mercé da institución.

Domesticar e custodiar non é algo que soe moi afastado no tempo dos manicomios, para gran parte da sociedade era o que se debía facer. O tolo era sinónimo de perigo, de non poder decidir, de pechalo ou afastalo para sempre, de mangonealo ou de facelo de menos ao antollo dun.

A presenza das asistentes sociais contribuíu a que se valorasen nos doentes o desarraigamento, a marxinalidade, a dignidade ou o restablecemento de lazos sociofamiliares.

Nos primeiros anos, realizaron un labor decisivo dentro e fóra do sanatorio e achegaron unha visión máis humana no trato ao doente, cun rol informativo e educativo para as familias. Ocupáronse de que o illamento, non só xeográfico, senón social, diminuíse froito das continuas pontes sociais que elas habilitan. Deste xeito, pretendeuse que a reintegración do doente na comunidade fose factible, redobrando esforzos cos poucos recursos dispoñibles en canto a servizos e prestacións.

Foi un labor puramente comunitario, onde prevaleceron os dereitos e a dignidade do doente e no que se lle prestou atención á persoa. Foi continua a información e o apoio nas redes comunitarias, o que posibilitou un achegamento humano entre tolos e supostos cordos.

Na década dos 70, coa psiquiatría do sector e a formación de equipos interdisciplinares, o doente tivo máis facilidades para ser reintegrado na comunidade. Os tratamentos e as prestacións económicas a cargo das distintas pensións que sufragaba o Estado orixinou un aumento considerable de traballo para as asistentes sociais, o que lle sumou á súa faceta comunitaria unha importante xestión administrativa a prol de mellorar e dignificar un pouco máis a vida do tolo.

En definitiva, un longo percorrido nun eido marxinado, esquecido, infravalorado e estigmatizado, onde as melloras sociais no doente psíquico sempre foron escasas e carenciais.

Un percorrido por un traballo demasiado árido e pouco recoñecido destas mulleres, primeiras asistentes sociais do sanatorio que coincidiron

co doente nesas datas e que foron das primeiras persoas en reivindicar o dereito dos doentes á súa palabra.

A eles e a elas dedícolles este artigo como homenaxe.

[luis.rodriquez.carmona@sergas.es](mailto:luis.rodriquez.carmona@sergas.es)

## BIBLIOGRAFÍA

- **ACERO SÁEZ Cándida (1988)**. “La investigación en trabajo social”. *Revista de la escuela de Trabajo Social*, núm. 1, 35-46. Universidade Complutense de Madrid, Madrid.
- **ACERO SÁEZ Cándida (1997)**. *Estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales a través de las historias clínicas de un hospital psiquiátrico*. Tese de doutoramento (2004). Departamento de Psicología Social. Universidade Complutense de Madrid. Madrid.
- **AMEZCUA Manuel, GÁLVEZ TORO Alberto (2002)**. “Modos de análisis en investigación cualitativa en salud”. *Revista Española de Salud Pública*, v. 76, núm. 5. Madrid.
- **CONSEGLIERI Ana, VILLASANTE Olga (2007)**: “Una aproximación a la población manicomial de Leganés”. *Neuropsiquiatría de posguerra. Revista Asociación Neuropsiquiatría*, vol. XXVII núm. 99, 119-141.
- **GARCÍA ALVAREZ María Jesús (2006)**. “Apuntes sobre el funcionamiento del Hospital Psiquiátrico del Rebullón”. *Frenia*, vol. 6, fascículo 1, 179-206.
- **GÓNZALEZ DURO Enrique (1992) 2.ª edición**. Memoria de un manicomio. Ediciones Libertarias-Prodhufi, SA.
- **HUERTAS GARCÍA - ALEJO Rafael (2001)**. “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”. *Frenia*, vol. 1, fascículo 2, 7-33.
- **HUERTAS GARCÍA - ALEJO Rafael (2001)**. “Historia de la psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias”. *Frenia* vol. I -1, 9-36. Departamento da Historia da Ciencia. Instituto de Historia. CSIC.
- **HUERTAS GARCÍA - ALEJO Rafael (1999)**. “Salud mental y cultura”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XIX, núm. 72, outubro/desembro.
- **LOZANO MANEIRO Blanca (2003)**. “En el aniversario de Erving Goffman”. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 102, 47-61.
- **PLUMED Javier, REY Antonio ( 2004)**. “Las historias clínicas del Manicomio Nueva Belén”. *Frenia*, vol. IV-1.

- **VILLASANTE Olga (2007).** “Dossier: el manicomio nacional de Leganés: una aproximación histórica a partir de su archivo clínico”. *Frenia*, vol. VIII-2008, 33-68.
- **T. ANGOSTO SAURA, A. RODRIGUEZ LÓPEZ, D. SIMON LORDA (2001).** “Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999)”. Deposito legal OU-41/2001