

# El debate sobre la reforma psiquiátrica en la España del primer tercio del siglo xx<sup>1</sup>

Rafael Huertas<sup>2</sup>

## 1. Introducción.

Como es de sobra conocido, los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica –de superación del modelo manicomial– no tuvieron lugar en España hasta la tercera década del presente siglo. Intentos y experiencias, tan heroicos como efímeros, que suponen no solo importantes antecedentes históricos sino innegables puntos de referencia para quienes, con posterioridad, han desarrollado un pensamiento crítico y alternativo a un modelo de asistencia psiquiátrica que, todavía en 1980, era considerada, incluso desde instancias oficiales, “preferentemente benéfica, custodial, defensiva de la sociedad y segregada de la Asistencia Sanitaria General (...) Hasta el momento actual se ha dedicado muy escasa consideración a aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitadores y epidemiológicos, en contraste con la creciente morbilidad psiquiátrica”.

La larga tradición de psiquiatría asilar en nuestro país, que llega al siglo XX, con un escaso desarrollo legislativo y con una evidente falta de sensibilidad social y política hacia este tipo de cuestiones, no puede hacernos olvidar dos experiencias de transformación de la asistencia psiquiátrica desarrolladas durante el primer tercio de este siglo; una, en la Cataluña de los años veinte por iniciativa de la Mancomunitat de Diputacions de Cataluña (1914-1924); otra, la reforma psiquiátrica iniciada por la Segunda República que llegó a modificar de manera ostensible la obsoleta legis-

lación decimonónica y sentó las bases para una transformación en profundidad del viejo modelo custodial.

No deja de resultar esclarecedor el hecho de que ambas iniciativas de reforma fueran cercenadas por sendas dictaduras militares. La disolución de la Mancomunitat en 1924 por Primo de Rivera imposibilitó el desarrollo de las propuestas planteadas e, igualmente, la dictadura franquista frustró las posibilidades y esperanzas republicanas. Dos momentos claves en la historia de la asistencia psiquiátrica en nuestro país que han llegado a ser definidos como verdaderas “rupturas” con “aquel pensamiento y aquellas prácticas que, precisamente, por poner el acento en la dimensión social de la Psiquiatría hacen de ésta una disciplina comprometida críticamente con la realidad”.

Pensamiento y prácticas de indudable atractivo que han sido objeto de estudio desde diversas perspectivas. Josep M<sup>o</sup> Comelles ha abordado el caso catalán con especial lucidez al relacionar la política asistencial con el nacionalismo y con los compromisos corporativos de los psiquiatras catalanes, mientras que José Antonio Espino ha estudiado lo que quiso ser la reforma psiquiátrica republicana basándose fundamentalmente en sus primeros textos legislativos. Por mi parte, y en un intento de completar las susodichas aportaciones, me he centrado en el análisis de las teorizaciones sobre el nuevo “modelo” que tales iniciativas plantearon, prestando especial atención al papel que la higiene mental jugó

*Las dos experiencias de transformación de la asistencia psiquiátrica desarrolladas durante el primer tercio del siglo XX; la de la Mancomunitat Catalana (1914-1924) y la reforma de la Segunda República, fueron cercenadas por sendas dictaduras militares.*

<sup>1</sup>Trabajo realizado en el marco del proyecto de Investigación BHA2003-01664 financiado por la Dirección General de Investigación (Ministerio de Ciencia y Tecnología).

<sup>2</sup>Departamento de Historia de la Ciencia, Instituto de Historia, CSIC.

*El Estado es el único que debe ocuparse de un modo inmediato de la asistencia a sus enfermos mentales.*

en estos intentos de transformación del dispositivo asistencial psiquiátrico en España.

## **2. Los principios doctrinales de la higiene mental.**

Las ideas sobre Higiene Mental en nuestro país fueron tributarias, aunque con matizaciones importantes, de dos focos considerados fundamentales en el nacimiento y desarrollo del movimiento pro-Higiene Mental en el mundo, por un lado, el que partiendo de la obra y los esfuerzos de Clifford W. Beers tiene lugar en Estados Unidos a comienzos del presente siglo, con la creación de las primeras sociedades de Higiene Mental y, por otro, el que, encabezado por Edouard Toulouse en Francia, dio lugar no solo a la fundación de la Liga de Higiene Mental francesa sino al inicio de reformas asistenciales en el continente europeo basadas en las “puertas abiertas”; ambos autores –Beers y Toulouse– son, sin duda, los más citados por los teóricos españoles aunque su discurso no llega a ser una transposición mimética de las propuestas extranjeras. Los objetivos globales del movimiento de Higiene Mental, formulados por Henry B. Favill en 1909, y cifrados en “ante todo organizar la asistencia post-manicomio del enfermo mental, después educar al pueblo sobre lo que es la enfermedad y el enfermo mental y finalmente atacar el problema legislativo para modificar y orientar científicamente su asistencia”, son asumidos por la mayoría de nuestros psiquiatras pero adaptando las propuestas concretas a las especiales condiciones que la realidad asistencial y social española imponía.

Sin duda, una de las elaboraciones más serias y precoces que plantearon en España la necesidad de la reforma psiquiátrica apuntando algunos de los elementos básicos sobre la que ésta debía apuntalarse, fue un artículo de José M<sup>a</sup> Sacristán titulado “Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España” y publi-

cado en los prestigiosos *Archivos de Neurobiología* en 1921. En dicho artículo puede apreciarse, por primera vez, un talante integrador en el que la preocupación por el deterioro de los asilos no impide la consideración de otros aspectos de la intervención psiquiátrica hasta entonces olvidados o relegados: “...no es solo el estado de nuestros manicomios lo que exige una urgente reforma, sino todo cuanto se refiere a la asistencia psiquiátrica en su más amplio concepto. El problema es, por lo tanto, más complejo y ocupa, dentro de las cuestiones sanitarias nacionales, uno de los primeros lugares por su enorme trascendencia social”.

Desde este planteamiento, y desde el convencimiento de que “En España el Estado ha desatendido siempre sus más elementales deberes psiquiátricos” –entre los que incluye no solo la asistencia, sino también la profilaxis, la eugenesia, la psiquiatría aplicada a la enseñanza, etc.–, lanza una primera premisa básica a la que debe supeditarse cualquier propuesta concreta de reforma: “el Estado es el único que debe ocuparse de un modo inmediato de la asistencia a sus enfermos mentales”.

A partir de esta premisa básica se pretende superar el viejo manicomio decimonónico, medicalizando convenientemente los asilos y estableciendo estructuras de prevención y de seguimiento del paciente dado “oportunamente de alta”. Elementos provenientes de la Salud Pública empezarán a propugnarse en el marco de la asistencia psiquiátrica, de modo que a los servicios “libres” o de “puertas abiertas”, a los dispensarios psiquiátricos y a la atención domiciliaria con fines preventivos, se añadirán las propuestas de creación de Ligas de Higiene Mental, dada la “urgente necesidad de elevar el nivel de la cultura psiquiátrica, popularizar las normas terapéuticas y los éxitos curativos, disipar las leyendas de secuestro y tortura que pesan sobre los servicios de alienados dando más fácil entrada en ellos a la mirada y crítica populares”.

No entraré, por no ser el objetivo de este ensayo, en los avatares por los que pasó la creación de la Liga de Higiene Mental en España que, aunque repetidamente citada en múltiples trabajos, sigue constituyendo una laguna historiográfica importante digna de un estudio monográfico pormenorizado. Apuntaré, sin embargo, que la Liga de Higiene Mental se creó en España por Real Orden de 25 de enero de 1927 con el objetivo de “estudiar y proponer la adopción de medidas sanitarias que tiendan a conseguir la profilaxis de la locura, que mejoren la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y que condensen las reglas más indispensables de la higiene mental individual”. Hasta 1930, momento en que la Liga se constituye oficialmente, desarrolló sus actividades en el seno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y entre 1927 hasta 1935 organizó sistemáticamente Reuniones y Semanas de Higiene Mental destinadas a la divulgación de los problemas psiquiátricos con el objetivo fundamental de popularizar los conceptos y, sobre todo, la necesidad de una reforma psiquiátrica en profundidad.

En el marco de estos intentos de popularización del saber psiquiátrico destinado a hacer llegar al gran público distintos aspectos de la profilaxis mental y del tratamiento social de los pacientes mentales, merece la pena destacar, a modo de ejemplo singular, un pequeño libro del prestigioso Tomás Busquet, titulado *La lucha contra los trastornos del espíritu. Higiene mental popular*, publicado en 1928, en el que se explica de manera sencilla las causas de las enfermedades mentales –herencia y alcoholismo fundamentalmente– y los modos de prevenirlas, haciendo especial hincapié en el reconocimiento médico prenupcial, la pedagogía, la educación sexual, etc. Dedicó un capítulo completo a orientar a las familias en las que existan enfermos mentales sobre las posibilidades de tratamiento y sobre las instituciones destinadas a tal fin, abogando por la fundación de dispensarios psiquiátricos y clínicas

mentales adecuadamente instaladas, insistiendo, asimismo, en la conveniencia de crear y fomentar patronatos y ligas de higiene mental, encargadas de “instruir al pueblo sobre los peligros de toda clase que lleva consigo el no intentar tratar precozmente a los enfermos mentales”.

Las elaboraciones acerca de cómo debe orientarse la profilaxis mental en la España de los años veinte son abundantes y a veces muy prolijas, pero básicamente se centran en cuatro puntos fundamentales que son bien resumidos, ya en el año 23, por Oscar Torras en uno de sus trabajos sobre el dispositivo asistencial psiquiátrico. En primer lugar, la lucha contra la herencia morbosa y, consecuentemente, la aplicación de medidas eugénicas que impidan la perpetuación de las patologías hereditarias; labor ésta que aunque “incumbe principalmente a la higiene general, es deber del Psiquiatra procurar su más exacto cumplimiento en el terreno mental”.

En segundo lugar, cuando esta profilaxis hereditaria no haya sido factible, se hace necesario diagnosticar la predisposición a la enfermedad mental; diagnóstico que todavía pretende hacerse, siguiendo una tradición somaticista muy arraigada en psiquiatría desde el último tercio del siglo XIX, mediante la identificación de los estigmas de la herencia tanto físicos como morales. Esta búsqueda de estigmas, junto a más novedosos modos de diagnóstico basados en investigaciones y reacciones psico-fisiológicas, deberán ser llevados a cabo mediante la penetración de los técnicos en el medio social o, dicho de otro modo, mediante un tipo de actuación psiquiátrica que se limitaría a tratar patologías declaradas sino que tendría como objetivo “atacar al lobo en su misma guarida, e inclinar hacia la consulta médica las individualidades morbosas, sin esperar su acto de presencia, para asegurar posteriormente en cada caso la aplicación de medidas profilácticas”.

En tercer lugar, si estas medidas de detección y actuación sobre el “predispuesto” fallan y la enfer-

*La Liga de Higiene Mental organizó sistemáticamente Reuniones y Semanas de Higiene Mental destinadas a la divulgación de los problemas psiquiátricos con el objetivo de popularizar los conceptos y, sobre todo, la necesidad de una reforma psiquiátrica en profundidad.*

medad mental hace su aparición, el tratamiento adecuado y precoz en instituciones pertinentes se impone, para, finalmente, en último lugar y como elemento considerado de muy especial importancia en la profilaxis mental, se contempla la readaptación social del convaleciente, al que "hay que rodear (...) de ciertos cuidados higiénicos principalmente de índole mental y asegurarle la adopción de medidas profilácticas para evitar la recaída", concluyendo que "Nunca [fue] más interesante el papel del higienista que para impedir las repeticiones de accesos morbosos, tan frecuentes en la práctica psiquiátrica".

### **3. La profilaxis mental y la estructura asistencial.**

Este nuevo modelo de actuación precisaba una red de establecimientos que permitieran cumplir los mencionados objetivos preventivos. Prácticamente todos los autores de la época se muestran de acuerdo con estas premisas y coinciden en una organización de la asistencia en tres niveles diferentes: el hospital psiquiátrico, el asilo-colonia y el dispositivo extra-manicomial; de modo que, junto a la reorganización de los servicios manicomiales, se imponía la necesidad de crear organismos nuevos dirigidos a la profilaxis de los trastornos mentales; a saber: los servicios "libres", los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia. Revisemos, brevemente, el discurso los citados niveles asistenciales:

#### **3.1. La reorganización de la asistencia manicomial.**

José M<sup>a</sup> Sacristán, en su ya mencionado artículo, toma como modelo a seguir, la reforma propugnada en Alemania por Kolb, destacando no solo los cambios legislativos necesarios para que se facilite tanto el ingreso como la salida de

los pacientes de los establecimientos psiquiátricos, sino la total y absoluta medicalización de éstos, de manera que "el manicomio no debe diferenciarse en lo más mínimo de un hospital"; reclamando además, para los enfermos dados de alta, un sistema de "protección legal que les proporcione asistencia pública, aconseje, atienda sus reclamaciones y les socorra".

La diferenciación entre pacientes agudos y crónicos dio lugar a la propuesta de un desdoblamiento institucional: los hospitales o clínicas psiquiátricas, destinados a pacientes que presentaran una patología mental francamente curable, y los asilos-colonias, que albergarían a los enfermos crónicos y a los curables a muy largo plazo. Como se ve el concepto de curabilidad, tan controvertido en psiquiatría, se retoma con fuerza para justificar la vocación terapéutica de nuestros especialistas. Tomás Busquet, buen conocedor de la organización asistencial en Europa, llega a asegurar que "en las clínicas modernas se obtienen, corrientemente, el 40, 50 y 60 por 100 de curaciones de la masa total de enfermos ingresados. En cambio en nuestros manicomios actuales obtenemos solamente un 8 por 100 escaso de las curaciones".

En definitiva se trataba de despojar la práctica manicomial del carácter de "prestación especial" que mantuvo durante todo el XIX y aproximar al enfermo mental a la medicina ordinaria, creando para él hospitales similares a los destinados a las enfermedades "comunes". Tendencia que, aunque iniciada más precozmente, cristaliza en Francia en estos mismos años, siendo Edouard Toulouse uno de sus principales paladines, cuando manifiesta la necesidad de "transformar el asilo en un verdadero hospital, el Hospital Psiquiátrico, un centro médico equipado como los establecimientos hospitalarios modernos, donde las técnicas de laboratorio ayuden al esfuerzo del clínico". Idea que está presente también en la propuesta de Lafora sobre "lo que debe ser un manicomio provincial", en el que

*Se trataba de despojar la práctica manicomial del carácter de "prestación especial" y aproximar al enfermo mental a la medicina ordinaria, creando para él hospitales similares a los destinados a las enfermedades "comunes".*

prevé la existencia de un “departamento de laboratorios”.

En esta misma línea de pensamiento, son de destacar los trabajos de Oscar Torras, subdirector del Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona en los años veinte y uno de los principales teóricos del nuevo paradigma asistencial. Los artículos que sobre la organización de la asistencia a los enfermos mentales publicó en la revista *Psiquiatría* a lo largo de los años 1923 y 1924, constituyen un pequeño tratado en esta materia.

O. Torras coincide, una vez más, en que “el alienado es un enfermo que debe ser tratado como tal”, en instituciones especializadas y con vocación terapéutica; alerta sobre el peligro de las estancias prolongadas hasta el punto de afirmando que el aislamiento “necesario por su monotonía y efectos sedantes cuando la calma psíquica se impone, es perjudicial, precisamente por [los] mismo efectos, cuando se hacen otra vez indispensables los estimulantes del funcionamiento mental. La prolongación excesiva del reposo psíquico reduce definitivamente las energías mentales y vuelve al enfermo poco apto al trabajo y a la vida de relación; predispone a la demencia progresiva de forma apática”. Esta aceptación del manicomio, en sí mismo, como posible determinante de la cronificación del paciente mental le hace formular uno de los principios fundamentales de la nueva concepción asistencial: “El ambiente manicomial debe tener su empleo limitado al tiempo preciso de su acción peculiar psicoterápica”.

Limitar la estancia en el hospital psiquiátrico, dando las oportunas altas o derivando a los crónicos a un asilo-colonia, era un paso imprescindible para evitar el hacinamiento de los internados, rentabilizar mejor sus recursos y conseguir una mayor eficacia médica. De este modo, el hospital psiquiátrico adquiere una finalidad exclusivamente terapéutica, debiendo estar, según T. Busquet, “especialmente organizado para la curación del psicópata alienado o para proporcionar

a los psicópatas curables todos los recursos terapéuticos aconsejables por las ciencias”.

Por el contrario, el asilo-colonia “tiene como finalidad primordial la retención fuera de la sociedad, de los locos incurables o curables a largo plazo, para que no perjudiquen ni perturben con sus actos. No por esto han de descuidar estos establecimientos de crónicos ninguno de los recursos curativos; ya que crónicos no es, de ninguna manera, sinónimo de incurable”. Estas nuevas instituciones deberían ser construidas en el campo, disponer de grandes extensiones de terreno cultivable y carecer de muros, rejas, etc., porque “los individuos alienados estiman su libertad como cualquier individuo sano”.

### 3.2. Los Servicios “libres” o de “puertas abiertas”.

La vieja tradición del *open-door* escocés y, sobre todo, experiencias francesas como las del Hospital Henri Rouselle de París o la de Fleuryles-Aubres, son elogiadas por algunos autores españoles que ven en los servicios de “puertas abiertas” la manera de superar las estrictas formalidades legales exigidas para la admisión de pacientes en los manicomios. Así, para Oscar Torras, “Debe entenderse por servicios libres psiquiátricos los destinados al tratamiento y asistencia apropiados de los enfermos mentales, en locales o establecimientos especiales, donde el ingreso y salida no están supeditadas a normas legales, sino a la voluntad del paciente y a las necesidades terapéuticas”.

Hay que tener en cuenta que los servicios de alienados en España seguían sujetos, en los años veinte de este siglo, al Real Decreto de Mayo de 1885 que, al exigir que todos los ingresos psiquiátricos estuvieran precedidos de un expediente administrativo, no admitía ni la reclusión voluntaria, ni a instancia de parte, con el beneplácito del interesado, elementos éstos que venían a constituir el fundamento de los servicios libres.

*Limitar la estancia en el hospital psiquiátrico, dando las oportunas altas o derivando a los crónicos a un asilo-colonia, era un paso imprescindible para evitar el hacinamiento de los internados, rentabilizar mejor sus recursos y conseguir una mayor eficacia médica.*

Los Dispensarios psiquiátricos, secundados por una institución de asistencia social, no trabajarían ya "a la demanda", sino penetrando en el medio social individualmente (...)  
La figura clave de esta tarea, al igual que de otras labores preventiva, es la enfermedad visitadora.

Prácticamente todos los psiquiatras de la época con vocación reformadora insisten en los impedimentos legales con que han de enfrentarse y denuncian la unilateralidad de la ley española como uno de sus principales defectos, al concebirse desde "un punto de vista estrictamente jurídico y no médico". Se aboga, pues, por una reforma profunda de la legislación que permita al médico llevar a cabo su quehacer profesional sin demasiados encorsetamientos legales, esto es, ofrecían la posibilidad de ingresar o de dar de alta a sus pacientes de una manera ágil y en función de criterios médicos y no administrativos. Los servicios "libres", una vez aceptados por la normativa legal, permitirían evitar el internamiento, diagnosticando precozmente y tratando de manera ambulatoria o mediante hospitalización breve, a "casi todas las psicopatías en los comienzos de su evolución o en el curso de la misma, mientras no demuestren tendencias antisociales o se nieguen en absoluto y en forma violenta a toda intervención terapéutica". No se descarta, obviamente, que estos servicios libres puedan ser en algunos casos "antesala de los manicomios", pero se insiste en la viabilidad de la prevención del internamiento, evitando que muchos pacientes sean sometidos a procedimiento legal para poder ser tratados psiquiátricamente.

Los llamados servicios libres son entendidos, pues, como organismos receptivos a los que acudirían los enfermos en momentos de necesidad y siempre para evitar un mal mayor, el de la reclusión manicomial. Otras estructuras asistenciales de contenido profiláctico debían sumarse al esfuerzo por prestar una atención psiquiátrica integral.

### 3.3. El dispensario.

Los Dispensarios psiquiátricos, organizados a semejanza de los antituberculosos, y secundados por una institución de asistencia social, no trabajarían ya "a la demanda", sino penetrando en el

medio social individualmente "para hacer llegar hasta el mismo enfermo o predispuerto, en su mismo ambiente, los consejos médicos higiénico-terapéuticos, y viceversa, conducir a los necesitados hasta las dispensarios para establecer contacto con la ciencia médica". La figura clave de esta tarea, al igual que en otras labores preventivas, es la enfermera visitadora; la enfermera del servicio social de asistencia psiquiátrica -se insistirá- "penetra hábilmente en el seno de las colectividades y de la familia, para dictar normas higiénicas y vigilar su realización; en el ejercicio de su cometido le es fácil convertirse en guardiana de la salud que se ha recobrado afanosamente y que aun peligra; su especial preparación profesional da al médico absoluta garantía de éxito, proporcionándole su actuación, antes o en la aparición de los primeros síntomas morbosos de repetición".

En este mismo sentido se expresa Lafora cuando describe como una de las funciones primordiales del Dispensario psiquiátrico "organizar un servicio social de *visitadoras a domicilio* para investigar los datos sobre circunstancias ambientales, herencia, antecedentes personales de los enfermos psicópatas que consultan, como así también seguir después su curso y tratamiento y comprobar si atienden las indicaciones del médico psiquiatra, e incitarles a repetir las consultas, si es preciso. Facilitar la vuelta al trabajo o la colocación de los psicópatas e interesar por ellos a sus familias".

De este modo, el dispensario y el servicio social se plantean como estructuras coordinadas con los servicios libres e, incluso, con los establecimientos de reclusión, siendo su función primordial la "vigilancia especializada" y, sobre todo, el seguimiento y la atención post-cura de los pacientes dados de alta o, dicho con palabras del momento: "proteger a los enfermos recién curados o mejorados (...) guiándoles en su nuevo camino hacia la reintegración social, camino muchas veces lleno de peligros y escollos, que sin un solícito

consejero puede llevar inopinadamente en direcciones diametralmente opuestas a la de la busca-da rehabilitación"; reclamándose para todo ello, una vez más, medios económicos, mayor capaci-tación técnica de los profesionales y colaboración social para poder procurar ocupación o trabajo a los convalecientes, imprescindible, además del apoyo médico, moral y psicológico, para conse-guir la prevención de las recaídas.

Como se ve, propuestas de un nuevo modelo de atención al enfermo mental que exigía modi-ficaciones importantes de la organización sanita-ria pública. En este sentido, Lafora llega a afirmar categóricamente que "Corresponde (...) al Minis-terio de Gobernación, que está encargado ac-tualmente de la Sanidad general, o al futuro Mi-nisterio de Sanidad, la organización de los llama-dos Dispensarios psiquiátricos o Preventorios psiquiátricos urbanos".

El psiquiatra madrileño da, pues, un paso más con respecto a las formulaciones más teóricas de los catalanes al plantear no tanto los principios doctrinales de la profilaxis mental sino la forma de organización de la misma. Se ratifica en que los Dispensarios psiquiátricos deben funcionar de manera similar a los antituberculosos, antive-néreos o anticancerosos, delegando en las Di-putaciones o Ayuntamientos dicha organización pero conservando siempre "la tutela de alta Ins-pección sobre los mismos en toda la Nación". Habrá que esperar, una vez más, a la II República para que algunas de estas propuestas fuesen consideradas por el poder legislativo. Recogido en el Decreto del año 31, se pone en marcha en Madrid, con carácter de centro piloto, el primer Dispensario de Higiene Mental, al que más tarde -como complemento del mismo y mediante Orden del 16 de abril de 1932- se le añade el primer Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica. Su modo de funcionamiento, eminentemente preventivo, estaba inspirado en las premisas ya comentadas con anterioridad -no en vano los redactores del Anteproyecto del Decreto fueron

Lafora, Escala y Sacristán-, siendo su función específica "el estudio de los procesos iniciales, el tratamiento ambulatorio de los casos leves ini-ciales, el tratamiento ambulatorio de los casos leves y las curas de reposo en servicio abierto en los enfermos neuróticos pobres".

Una última aportación de interés al tema que nos ocupa es la comunicación que sobre "Nor-mas para la organización de Dispensarios de Hi-giene Mental en los centros terciarios de Sani-dad" presentó Juan Pedro Gutiérrez Higuera al Primer Congreso Nacional de Sanidad del año 34. Tomando como punto de partida algunos problemas surgidos en el proceso de puesta en funcionamiento del Dispensario de Higiene Mental de Jaén, el autor delimita lo que, a su juicio, deben ser las funciones de dichos estableci-mientos y termina proponiendo algunos criterios para la organización de los mismos. En conso-nancia con las ideas del momento, insiste en que "su objetivo genuino [el del Dispensario] es orga-nizar la profilaxis y asistencia extramural de las afecciones psíquicas; para conseguirlo tratará de crear o incrementar un ambiente de comprensión y de interés hacia estas cuestiones, procurando la elevación de la cultura médico-psiquiátrica, ela-borando una correcta estadística, actuando, con sus consejos, en la familia, la escuela, el taller; contribuyendo a la lucha contra los tóxicos y la sífilis; postulando la mejora de las condiciones higiénicas del trabajo; iniciando el consejo pre-matrimonial y realizando, en fin, una intensa labor clínica para el diagnóstico y tratamiento precoces de los procesos psíquicos, a cuyo objeto aconse-jará internamientos oportunos y los facilitará, con su intervención y relaciones, en los Centros hos-pitalarios".

Para tal labor, y teniendo en cuenta las dificul-tades de poner en práctica los principios de la Higiene Mental en el medio rural, Gutiérrez Higuera se muestra partidario de que sea la Sanidad Nacional el organismo responsable de la misma, ya que "los establecimientos psiquiá-

*La estructura técnico-administrativa encargada de las actuaciones psiquiátricas en el territorio nacional descansó sobre dos pilares básicos: el Consejo Superior Psiquiátrico, con funciones asesoras, de programación e inspección, y la Sección Central de Psiquiatría e Higiene Mental, con funciones de dirección y ejecución directa.*

*En el Real Decreto de 1885 por el que se rigió la asistencia psiquiátrica española hasta la época republicana, predominaba un talante burocrático-judicial que en la práctica traducía dos escollos fundamentales; por un lado, la existencia de trabas administrativas y legales que complicaban enormemente el ingreso de los pacientes en los manicomios, y, por otro, una vez aceptada la locura, las pocas posibilidades de que el internado pudiera ser dado de alta y salir de la institución.*

tricos, en los pocos sitios donde existen, en condiciones adecuadas para emprender una tarea de esta índole, necesitarían para irradiar hacia los núcleos rurales su influencia, organizar todo un montaje burocrático y de intercambio científico, del cual disponen ya los Institutos de Higiene merced a los centros primarios y secundarios; además de esta limitación de horizonte, de este aislamiento en que se encuentran los hospitales, hay que contar con la impopularidad, o por lo menos recelo, con que suelen ser mirados, y, últimamente, con la imposibilidad en que se encuentran, por motivos de personal, para establecer contacto con el exterior, realizando un servicio social digno de aquel nombre”.

Se insiste, además, en que “el Dispensario de Higiene mental debe ser uno más en la serie de los acoplados a los Centros terciarios de Sanidad, beneficiándose de las colaboraciones técnicas y burocráticas de estos Institutos”. Clara apuesta, como puede verse, de despojar la práctica psiquiátrica, al menos en su vertiente preventiva, del carácter de “prestación especial” que tradicionalmente había ostentado. Opción que no siempre resultó fácil de articular, pues, como ha demostrado Ricardo Campos, los psiquiatras de los años veinte y treinta siguieron teniendo serias dificultades teóricas y prácticas para prescindir del concepto de peligrosidad social a la hora de definir la enfermedad mental y su intervención sobre ella.

#### **4. La sanción legislativa del nuevo modelo.**

Como ya he indicado con anterioridad, en el Real Decreto de 1885 por el que se rigió la asistencia psiquiátrica española hasta la época republicana, predominaba un talante burocrático-judicial que en la práctica traducía dos escollos fundamentales; por un lado, la existencia de trabas administrativas y legales que complicaban enormemente el ingreso de los pacientes en los

manicomios, y, por otro, una vez aceptada la locura, las pocas posibilidades de que el internado pudiera ser dado de alta y salir de la institución. Antonio Espino ha señalado, en este sentido, la “sorprendente contradicción entre el carácter febrilmente ordenancista del camino del supuesto demente hacia el establecimiento de reclusión y la ausencia completa de cualquier disposición acerca del funcionamiento de dichos establecimientos respecto a los internados”.

Como ya sabemos, la parcial experiencia renovadora iniciada por la Mancomunitat de Diputaciones catalanas quedó frustrada por la Dictadura de Primo que no solo abolió la Mancomunitat sino que potenció el modelo manicomial propiciando la expansión y agrandamiento de establecimientos pertenecientes a órdenes religiosas (Ciempozuelos, Mondragón, Palencia, San Baudilio de Llobregat, etc.) financiados por donaciones particulares o por las aportaciones de la Diputaciones Provinciales.

Será, como ya he indicado, el Decreto de 3 de julio de 1931 el punto de partida de lo que pretendió ser una “transformación íntegra de la legislación vigente”. El objetivo fundamental de dicho decreto era regular tanto la admisión como la salida de enfermos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos. Se pretende con ello superar las dificultades que imponía la legislación anterior ofreciendo tres posibilidades de ingreso: por propia voluntad, por indicación médica y por orden gubernativa o judicial, dictándose normas precisas sobre cómo debía ser la actuación administrativa de los facultativos en cada caso (artículos 8º al 26º). De igual modo, se regulan las diversas formas de dar de alta a los pacientes, así como los permisos temporales y las formalidades del reingreso (artículos 27º al 34º).

En coherencia con esta mayor agilidad en los ingresos y en las altas, el Decreto establece, por primera vez en la historia de la psiquiatría española, la adopción de un nuevo modelo asistencial que incorpora, aunque con matices, las pre-

misas teóricas que venían formulándose desde hacía una década. El artículo 4º especifica textualmente que "Todo Establecimiento psiquiátrico público urbano, deberá, a ser posible, tener un carácter "mixto" con un servicio "abierto" y otro "cerrado".

a) Se entiende por 'servicio abierto' el dedicado a la existencia de los enfermos neuróticos o psíquicos que ingresen voluntariamente, con arreglo al artículo 9º del presente Decreto, y de los enfermos psíquicos ingresados por indicación médica, previas las formalidades que señala el artículo 10º, y que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad.

b) Se entiende por 'servicio cerrado' el dedicado a la asistencia de los enfermos ingresados contra su voluntad por indicación médica, o de orden gubernativa o judicial, en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales.

En casos especiales, el Ministerio de Gobernación, previo informe de la Dirección General de Sanidad, podrá autorizar el funcionamiento de Clínicas y Hospitales psiquiátricos oficiales, emplazados en centros urbanos con un carácter exclusivamente 'abierto'; es decir, no sujetos a la legislación especial para la asistencia del enfermo psíquico, sino al Reglamento general de asistencia hospitalaria".

De igual modo, en el artículo 5º se establece que "Las Diputaciones que cuenten con Hospital psiquiátrico fuera de los centros urbanos organizarán en las capitales un dispensario psiquiátrico (consultorio), que funcionará, por lo menos tres veces por semana".

No cabe duda de que este Decreto del 31 supuso un importantísimo avance no solo en cuanto a la regulación de los ingresos y las salidas de los enfermos de los establecimientos psiquiátricos, sino también en la aceptación de un nuevo modelo asistencial que rompía con la consideración del manicomio como único lugar de tratamiento para desplazar el eje de la atención psiquiátrica hacia los aspectos profilácticos. A

partir entonces, se irá constituyendo toda una estructura técnico-administrativa encargada de todas las actuaciones psiquiátricas llevada a cabo en el territorio nacional, dependientes de la Dirección General de Sanidad. Dicha estructura descansará sobre dos pilares básicos: el Consejo Superior Psiquiátrico, con funciones asesoras, de programación y de inspección, y la Sección Central de Psiquiatría e Higiene Mental que, con las respectivas Secciones Provinciales, tendrá una labor de dirección y ejecución directa.

Su labor se traducirá, en el plano legislativo, en el Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional, donde se regula la existencia de tres grupos de enfermos psíquicos: los sometidos a tratamiento ambulatorio en los dispensarios de higiene mental; los sometidos a tratamiento activo en los hospitales psiquiátricos y los pacientes crónicos tratados en las colonias agrícolas psiquiátricas (artículo 2º). Se prevé, asimismo, la existencia en cada capital de provincia de un dispensario de higiene mental, capaz de asegurar el diagnóstico y tratamiento precoces, la distribución hospitalaria y la vigilancia y asistencia post-manicomial; así como "difundir las normas de higiene mental, divulgando por cuantos medios estén a su alcance la profilaxis de las enfermedades de este grupo" (artículo 2º).

Vemos, pues, como la traducción legislativa de lo que fueron las concepciones teóricas de un nuevo modelo de atención psiquiátrica tuvo lugar en la España republicana en un espacio temporal muy corto y con la precocidad que caracterizó tantas iniciativas transformadoras en aquel momento tan fecundo como incierto. El Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional fue presentado al Congreso de los Diputados por Federico Salmón, Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, el 31 de Mayo de 1935, que el 15 de noviembre del mismo año dio su conformidad la Comisión permanente de Trabajo. Es de notar que en un artí-

*No cabe duda de que este Decreto del 31 supuso un importantísimo avance no solo en cuanto a la regulación de los ingresos y las salidas de los enfermos de los establecimientos psiquiátricos, sino también en la aceptación de un nuevo modelo asistencial que rompía con la consideración del manicomio como único lugar de tratamiento para desplazar el eje de la atención psiquiátrica hacia los aspectos profilácticos.*

*Es evidente que el 18 de julio de 1936 de echó encima sin que las reformas republicanas pudieran llevarse a cabo.*

culo transitorio se especificaba que "Esta ley comenzará a regir a los tres meses de su publicación en la 'Gaceta de Madrid', debiendo dos meses antes estar redactado el oportuno reglamento, para cuya elaboración se autoriza al Ministro del ramo a que designa una Comisión encargada de proponerle en dicho plazo". Es evidente que el 18 de julio de 1936 de echó encima sin que las reformas republicanas pudieran llevarse a cabo.

### **Bibliografía.**

Álvarez Peláez R. Introducción al estudio de la eugenesia española (1900-1936). *Quipu* 1985; 2 (1), 95-122.

Álvarez Paláez R. Herencia, sexo y eugenesia. En Huertas et al (eds.), *Perspectivas psiquiátricas*. CSIC. Madrid, 1987, pp. 205-218

Álvarez Peláez R. Eugenesia y control social. *Asclepio*, 1988; 40 (2), 29-80.

Bertolín JM. Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la España contemporánea del periodo de entresiglos. *Asclepio* 1993; 45 (1), 189-215.

Busquet T. Organización técnica de los servicios provinciales de dementes. *Psiquiatría* 1925; 4 (1), 1-19.

Busquet T. La asistencia a los psicópatas en Suiza, Alemania y Francia. Plan de organización de los servicios en la provincia de Barcelona. Diputación Provincial. Barcelona, 1927.

Busquet T. La lucha contra los trastornos del espíritu. *Higiene Mental Popular*. Librería Catalonia. Barcelona, 1928.

Campos R. Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936). *Asclepio* 1997; 49, 39-57.

Castel R. El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo. La Piqueta. Madrid, 1980.

Comelles JM. La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea. PPU. Barcelona, 1988.

Espino JA. La reforma de la legislación psiquiátri-

ca en la Segunda República: su influencia asistencial. *Estudios de Historia Social* 1980; 14, 59-106.

García R. El estado actual de la cuestión psiquiátrica en España. En: Fernando Álvarez.Uría (ed.), *Marginación e Inserción*. Los nuevos retos de las políticas sociales. Endymión. Madrid, 1992, pp. 173-190.

González Duro E. Historia reciente de la asistencia psiquiátrica en España. En: Manuel González Chavez (ed.), *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*, Mayoría. Madrid, 1980, pp. 117-129.

Gutierrez Higuera JP. Normas para la organización de Dispensarios de Higiene Mental en los Centros terciarios de Sanidad. Primer Congreso Nacional de Sanidad, Madrid 6-12 de mayo de 1934, Madrid, 1935. tomo II, pp. 124-128.

Gutiérrez D. Archivos de Neurobiología en su segunda época. En: Huertas R et al. (eds.), *Perspectivas psiquiátricas*, CSIC. Madrid, 1987, pp. 243-255.

Huertas R. Edouard Toulouse y el servicio psiquiátrico de "puertas abiertas". *Asclepio* 1989; 41 (1), 261-280.

Huertas R. Del Manicomio a la Salud Mental. Para una historia de la psiquiatría pública. FISs. Madrid, 1992.

Huertas R. El debate sobre la creación del Ministerio de Sanidad en la España del primer tercio del siglo XX. Discurso ideológico e iniciativas políticas. *Asclepio* 1993; 45 (1), 89-122.

Huertas R. El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España. *Dynamis* 1995; 15, 193-210.

Huertas R. Mental Health and psychiatric care in the Second Spanish Republic. *History of Psychiatry*. 1998; 9, 51-64.

Lafora GR. Organización del dispensario psiquiátrico para grandes y pequeñas urbes. *El Siglo Médico* 1928; 82, 373-376.

Lázaro J. La fundación de la Liga Española de Higiene Mental. En: Jesús Castellanos et al. (eds.), *La medicina en el siglo XX*. Estudios históricos sobre medicina, Sociedad y Estado, Málaga, Universidad de Málaga/Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1998, pp. 213-220.

Lázaro J. Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (19124-1999). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2000; 20, 397-515.

Monasterio F. Lafora y los Archivos de Neurobiología. En: Huertas R. et (eds.), Perspectivas psiquiátricas. CSIC. Madrid, 1987, pp. 231-242.

Renduelles G. La psiquiatría asilar española. En: Manuel González Chavez (ed.), La transformación de la Asistencia Psiquiátrica. Mayoría. Madrid, 1980, pp. 131-149.

Rodríguez Arias B. La cruzada pro-Higiene Mental en España. Revista Médica Barcelonesa 1929; 11, 193-195.

Rodríguez Arias B. La Higiene Mental en Catalunya. Revista Médica Barcelonesa 1932; 18,, 425-427.

Rosen G. Madness in Society. Routldge. Londres, 1968.

Sacristán JM. Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España. Archivos de Neurobiología 1921; 2, 1-15.

Sacristán JM, Garmain J, Rodríguez Arias B. Psiquiatría Práctica e Higiene Mental (Impresiones de un viaje a los Estados Unidos). Archivos de Neurobiología, 1929; 10, 327-415.

Saforcada M, Mira E. Rodríguez Arias B. Asociación Española de neuropsiquiatras.- Proyecto de creación de la Liga de Higiene Mental. Archivos de Neurobiología 1926; 6, 163-178.

Torras O. Las modernas orientaciones de la asistencia a los enfermos mentales. Psiquiatría 1923; 2 (1), 21-27.

Torras O. Los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia. Psiquiatría 1923; 2, (4), 22-29.

Torras O. Los servicios libres psiquiátricos. Psiquiatría 1923; 2 (3), 20-29.

Winters E. Adolf Meyer and Clifford Beers, 1907-1910. Bulletin History of Medicine 1969; 43, 414-443.