

29. A. ESPINO, B. OLABARRÍA (eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, 2003.
30. M. HERNÁNDEZ MONSALVE, R. HERRERA VALENCIA, *La atención a la salud mental de la población reclusa*, 2003.
31. J. M. ÁLVAREZ, R. ESTEBAN (eds.), *Crimen y locura*, 2005.
32. B. MORENO KÜSTNER, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, 2005.
33. A. REY, E. JORDÁ, F. DUALDE y J. M. BERTOLÍN (eds.), *Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975)*, 2006.
34. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA, *La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental*, 2005.
35. J. LEAL RUBIO, A. ESCUDERO NARS (eds.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*, 2006.
36. F. PÉREZ (ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, 2006.
37. A. DÍEZ PATRICIO, R. LUQUE LUQUE (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, 2006.
38. A. DÍEZ PATRICIO, *Análisis del discurso psicótico*, 2006.
39. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo*, 2007.
40. J. M. COMELLES, M. BERNAL (eds.), *Salud mental, diversidad y cultura*, 2008.
41. A. RETOLAZA (ed.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*, 2009.
42. I. MARKEZ ALONSO, A. FERNÁNDEZ LIRIA, P. PÉREZ-SALES (eds.), *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*, 2009.
43. J. CARMONA, F. DEL RÍO NORIEGA (eds.), *Gestión clínica en salud mental*, 2009.
44. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *El psicoanálisis en lo social y en lo político*, 2009.
45. Ó. MARTÍNEZ AZUMENDI, N. SAGASTI, O. VILLASANTE (eds.), *Del Pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, 2011.
47. M. DESVIAT, A. MORENO (eds.), *Acciones de Salud Mental Comunitaria*, 2012.
48. E. MOLLEJO APARICIO (coord.), *Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia*, 2012.
49. A. ESPINO GRANADO (coord.), *Vida laboral, estrés y salud mental*, 2012.
50. Ó. MARTÍNEZ AZUMENDI, I. GONZÁLEZ LLONA (comps.), *Escenarios*, 2013.
51. D. SIMÓN LORDA, C. GÓMEZ RODRÍGUEZ, A. CIBEIRA VÁZQUEZ, O. VILLASANTE (eds.), *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*, 2013.
52. J. SALOMÓN MARTÍNEZ, H. D. SIMOND, *Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?*, 2013.

ISBN: 978-84-95287-69-4



9 788495 287694



A. E. N. ESTUDIOS / 51

RAZÓN, LOCURA Y SOCIEDAD. UNA MIRADA A LA HISTORIA DESDE EL SIGLO XXI

A. E. N. / ESTUDIOS

51

DAVID SIMÓN LORDA, CHUS GÓMEZ RODRÍGUEZ,
ALCIRA CIBEIRA VÁZQUEZ y OLGA VILLASANTE
(Editores)

RAZÓN, LOCURA Y SOCIEDAD. UNA MIRADA A LA HISTORIA DESDE EL SIGLO XXI.



O home que chegou a ser feliz en vida (Castelao)

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS

Colección Estudios

1. M. GONZÁLEZ CHÁVEZ (ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds.), *Demencias*, 1980.
3. S. MASCARELL (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.
4. T. SUÁREZ, C. F. ROJERO (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983.
5. V. CORCÉS (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1986.
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1986.
9. R. INGLOTT (ed.), *El quehacer en salud mental*, 1989.
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed.), *Criterios de objetivación en psicopatología*, 1989.
11. A. BAULEO, J. C. DURO, R. VIGNALE (eds.), *La concepción operativa de grupo*, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M. A. GARCÍA CARBAJOSA, J. L. PEDREIRA MASSA (eds.), *La contención*, 1990.
13. M. DESVIAT (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.
14. A. INGALA, R. GÓMEZ, J. FRÈRE, A. GONZÁLEZ, *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis, «El malestar en la cultura»*, 1992.
15. P. SANROMÁN VILLALÓN (ed.), *Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios*, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds.), *Psicosis de la infancia y la adolescencia*, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed.), *Evaluación de servicios en salud mental*, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, 1997.
20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*, 1997.
21. J. LEAL RUBIO (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, 1997.
22. C. POLO, *Crónica del manicomio*, 1999.
23. F. SANTANDER (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, 2000.
24. F. RIVAS (ed.), *La psicosis en la comunidad*, 2000.
25. E. GONZÁLEZ, J. M. COMELLES (eds.), *Psiquiatría transcultural*, 2000.
26. F. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMÓN (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*, 2001.
28. C. GISBERT (ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental*, 2003.

RAZÓN, LOCURA Y SOCIEDAD.
UNA MIRADA A LA HISTORIA
DESDE EL SIGLO XXI

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS / 51

DAVID SIMÓN LORDA, CHUS GÓMEZ RODRÍGUEZ, ALCIRA
CIBEIRA VÁZQUEZ y OLGA VILLASANTE
(Editores)

RAZÓN, LOCURA Y SOCIEDAD.
UNA MIRADA A LA HISTORIA
DESDE EL SIGLO XXI

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2013

Actas IX Jornadas de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la AEN
Ourense, 4-6 de octubre de 2012

© Los autores

© Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013



Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid /
Tel. 636 725 599. www.aen.es

Derechos: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013

C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid / Tel. 636 725 599

ISBN: 978-84-95287-69-4

Depósito Legal: BI-1690-2013

Impreso en España. Unión Europea

Impresión: Imprenta Arenas, S.L. Ezequiel Aguirre, 15 bajo, 48930 Las Arenas

Distribución: LATORRE LITERARIA. Camino Boca Alta, 8-9. Polígono El Malvar.
28500 Arganda del Rey (Madrid)

Disponible a la venta en: www.tienda-aen.es

Ilustración de portada: Dibujo de Alfonso Daniel Rodríguez Castelao, "O home que chegou a ser feliz en vida" (1925), del libro "Cinquenta homes por dez réais".
Reproducido con permiso de ©HERDEIROS DE CASTELAO e EDITORIAL GALAXIA, S.A.

Director de la edición: Óscar Martínez Azumendi

ÍNDICE

Los autores
Prólogo/Introducción

Literatura y psiquiatría

La función paterna en el Quijote, *Valentín Corcés Pando*

El instinto de muerte de R Novoa Santos. Acerca de la muerte, el suicidio, la eutanasia y el derecho a decidir sobre la propia vida, *Federico Menéndez Osorio*

Enfermos y sanadores en la obra de Cunqueiro, *Ángel Vázquez de la Cruz*

Sustancias narcóticas y alucinógenas en los textos cervantinos, *Francisco López-Muñoz, Cristina Andrade-Rosa, Pilar García-García y Cecilio Álamo*

La psicología imaginal como herramienta de análisis de la obra narrativa de Gustavo Adolfo Bécquer, *Julio Zarco Rodríguez, Celia Rodríguez Varela y Ana Suela Martín*

El “ánima” en la obra narrativa de Gustavo Adolfo Bécquer, *Julio Zarco Rodríguez, Celia Rodríguez Varela y Ana Suela Martín*

Holocausto, memoria, medicina y psiquiatría en el nazismo

Holocausto: una reflexión desde la medicina, *Esteban González López*

El papel de la psiquiatría y la psicofarmacología en los abusos médicos cometidos durante el III Reich, *Francisco López-Muñoz*

Primo Levi, testimonio del holocausto y suicidio, *Adrián Gramary*

Razón, Locura y Ciencia psiquiátrica

«Las Tres Grandes» de Villalobos. Psicología médica en la corte del Rey Católico, *Paloma Alonso Quintanilla, Begoña Cantero Fernández, Ramón Esteban Arnáiz*

De la locura como exceso a la locura como enfermedad, *Josep M^a Comelles Esteban*

Un mundo degenerado: sucesos y miserias de los psiquiatras portugueses del siglo diecinueve, *Manuel Curado*

Pseudoalucinaciones de Victor Kandinsky, *Ekaterina Kokoulina y Tiburcio Angosto Saura*

La larga noche de la neurociencia soviética bajo el estalinismo, *Miguel Marco Igual*

La aportación de Jaime Vera I López al diccionario enciclopédico hispano-americano de Montaner y Simón (1887-1890), *Antonio Rey González y Enric Jordá Moscardó*

La feminización de la locura: aproximación histórica al concepto de distimia, *Celia García Díaz, Daniel Gutiérrez Castillo y Laura López Alonso*

Las dificultades para la investigación científica en la España de la primera mitad del siglo XX. El caso paradigmático de un psiquiatra de prestigio: Román Alberca Lorente (Alcázar de San Juan, 1903 - Murcia, 1967), *José Miguel Sáez Gómez, Pedro Marset Campos, Enrique Aguinaga Ontoso y Carlos López Fernández*

Marginación de los científicos en el franquismo: Luis Valenciano Gayá (Murcia, 1905 - 1985), *Cesáreo Cerón González, Pedro Marset Campos, José Miguel Sáez Gómez, Carlos López Fernández y Enrique Aguinaga Ontoso*

A psiquiatría forense no Chicago dos anos 20. O caso Leopold and Loeb, *María José Louzao Martínez, Miguel Angel Miguélez Silva y Tiburcio Angosto Saura*

La paranoia reformatoria y la «Névrose Révolutionnaire» en el siglo XIX. Estudio psiquiátrico de Olympe de Gouges, según el texto de Alfred Guillois, *José Luis Día Sahún y Laura Día Guillén*

First impressions of Haloperidol in Portugal (1959), *Rubén Gaio, João Rui Pita, y Ana Leonor Pereira*

Hipnosis, cocaína, electricidad y otros anestésicos en odontología. Su uso en Galicia en el siglo XIX y principios del XX, *María Carmen Leira Abella y María Ángeles Cano Leira*

Instituciones psiquiátricas, Razón, Locura y Sociedad

De visita por los manicomios con la prensa escrita y gráfica de finales del XIX y principios del XX, *Oscar Martínez Azumendi*

Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: de la Segunda República a la Posguerra Española, *Olga Villasante*

Comparativa entre “las mujeres” ingresadas en la beneficencia y “las señoras” del Hospital Privado Sagrado Corazón: nuevas terapéuticas a principios de s. XX en Málaga, *Celia García Díaz, Laura López Alonso y Daniel Gutiérrez Castillo*

El Centro Hospitalar Conde de Ferreira a través del trazo biográfico de sus pacientes: un fragmento de la historia de la psiquiatría en Portugal, *Bruno Ribeiro, Orlando von Doellinger, José Manuel Romero y Adrián Gramary*

Degeneracionismo y “escritura” en el manicomio de Leganés, *Ruth Candela Ramírez y Olga Villasante*

Locura escrita: cartas y dibujos de los alienados en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1939-1952), *Ana Conseglieri Gámez*

Manuel Peraita Peraita: Director Facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1944-1950), *Ana Conseglieri Gámez*

Sobre “baños tibios prolongados”, balnearios y locura en Galicia (finales del siglo XIX y primeros años del siglo XX), *Tatiana Bustos Cardona, David Simón Lorda, Xaqueline Estévez Gil y Claudia Ximena Muñoz*

Cultura, Razón, Locura y Sociedad

La Psiquis, periódico del Bello Sexo (Valencia, 1840). Una empresa profeminista llevada a cabo por hombres, *Cándido Polo Griñán*

Los demonios de Loudun, *Marta González Rodríguez, Elena Fernández Rodríguez y Laura López López*

La “Espiritada” de Moeche, *Miguel López López, Amirashkan Espandian, Luis Delgado Charro y David Simón Lorda*

Antón Moreda, *Jorge Luis Begazo Salas, Laura López López y Elena Gato Gómez*

Psiquiatría y cine en España durante la dictadura franquista (1939-1975), *María Herrera Giménez, Pedro Maset Campos, Carmen Llor Moreno, Isabel Muñoz González y Joaquín Cánovas Belchí*

Psiquiatría y cine en España durante la Transición (1975-1982), *María Herrera Giménez, Pedro Maset Campos, Carmen Llor Moreno, Isabel Muñoz González y Joaquín Cánovas Belchí*

Tras la pista del pintor Daniel Urrabieta Vierge (de Compostela y Conxo a La Salpêtrière pasando por El Quijote), *Xaqueline Estévez Gil, David Simón Lorda y Tatiana Bustos Cardona*

Guerra Civil, memoria histórica y salud mental

1937, Episodios nacionales: asesinatos en el psiquiátrico de Valdediós (Asturias), *Iñaki Markez*

La Guerra Civil en el Hospital Psiquiátrico de Leganés, *Paloma Vázquez de la Torre*

Guerra Civil y locura en Galicia (narrativas de Francisco y de su padre), *Emilio González Fernández y David Simón Lorda*

Reformas psiquiátricas en España: una mirada desde el siglo XXI

Tradición y cambio en la atención a la Salud Mental en Galicia y España (1970-2012), *Fernando Márquez Gallego*

Andalucía. “La Culminación de la Contrarreforma...entre polvos y lodos”, *Onésimo González Álvarez*

Galicia: del traslado a la reforma. Toén: la historia se repite...muchos años después, *Chus Gómez Rodríguez, Alcira Cibeira Vázquez, José Antonio Campos Pérez, Yolanda Castro Casanova, Luis Rodríguez Carmona*

El hospital psiquiátrico de Castro: particularidades de la reforma psiquiátrica en el s XXI, *Elena Gato Gómez*

La psiquiatría de Lugo: desde el hospital psiquiátrico hasta la actualidad, *Luis Cleto González Domínguez-Viguera, E. Fernández Rodríguez y Jorge Luis Begazo Salas*

15-F, *Beatriz Rodríguez Paz, Eva Álvarez Martínez y Luis Vila Pillado.*

Homenaje al Prof. Delfín García Guerra (historiador de la Medicina y de la psiquiatría española y gallega)

Delfín García Guerra: un encuentro con el Catedrático de Historia de la Medicina de Santiago, *Emilio González Fernández*

Una danza de la muerte al servicio de la vida. *Luis Montiel Llorente*

El Mal de la Rosa: una biografía, *José Luis Peset*

ANEXOS

- Programa y fotos de las jornadas.

LOS AUTORES

- Enrique Aguinaga Ontoso. Prof. Asociado, Departamento Ciencias Socio-sanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.
- Cecilio Álamo. Catedrático de Farmacología, Departamento de Ciencias Biomédicas II, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá, Madrid.
- Paloma Alonso Quintanilla. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.
- Eva Álvarez Martínez. PIR, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.
- Cristina Andrade-Rosa. Médico de familia. Centro de salud “Los Castillos”, Alcorcón, Madrid; Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid.
- Tiburcio Angosto Saura. Jefe de Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.
- Jorge Luis Begazo Salas. MIR Psiquiatría, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.
- Tatiana Bustos Cardona. MIR Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
- José Antonio Campos Pérez. Psiquiatra, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
- Ruth Candela Ramírez. Psiquiatra, CSM Fuenlabrada, Madrid.
- María Ángeles Cano Leira. MIR Traumatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.
- Joaquín Cánovas Belchí. Catedrático de Historia del Cine. Departamento de Historia del Arte. Facultad de Letras. Murcia.
- Begoña Cantero Fernández. Psiquiatra. Coordinadora del Centro de Salud Mental “Canterac”. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario. Valladolid.
- Yolanda Castro Casanova. Psicóloga Clínica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
- C. Cerón González. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.
- Alcira Cibeira Vázquez. Psiquiatra, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
- Josep M^a. Comelles Esteban. Psiquiatra. Profesor Antropología Social. Departamento d’Antropología, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Ana Consiglieri Gámez. Psiquiatra. Centro de Salud Mental Parla, Madrid.
- Valentín Corcés Pando. Psiquiatra, Madrid.
- Manuel Curado. Departamento de Filosofía, Instituto de Letras e Ciências Humanas Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Luis Delgado Charro. Psiquiatra, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
- Laura Día Guillén. Psicología, Univ. París VII Diderot.
- José Luis Día Sahún. Psiquiatra, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Orlando von Doellinger. Psiquiatra, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Unidade Padre Américo, Penafiel, Portugal.

Amirashkan Espandian. MIR Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Ramón Esteban Arnáiz. Psiquiatra. Centro de Salud Mental “Esperanto”. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Xaqueline Estévez Gil. MIR Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Elena Fernández Rodríguez. Psiquiatra, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Rubén Gaio. CEIS20, FLUC-FCT — University of Coimbra, Portugal.

Celia García Díaz. Psiquiatra. Hospital Clínico Universitario Málaga.

Pilar García-García. Profesor Honorífico, Investigador, Departamento de Ciencias Biomédicas II, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá, Madrid.

Elena Gato Gómez. Psiquiatra, Complejo Hospitalario Lucus Augusti Lugo.

Chus Gómez Rodríguez. Psiquiatra, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Onésimo González Álvarez. Psiquiatra, Huelva.

Luis Cleto González Domínguez-Viguera. Psiquiatra, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Emilio González Fernández. Psiquiatra, Santiago de Compostela.

Esteban González López. Médico. Profesor Asociado Departamento de Medicina. Unidad de Medicina de Familia. Centro de Salud Universitario Villanueva de la Cañada. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Marta González Rodríguez. Psicóloga Clínica, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Adrián Gramary. Psiquiatra, Director Clínico Centro Hospitalar Conde Ferreira-SCMP, Porto-Portugal.

Daniel Gutiérrez Castillo. Psiquiatra, Hospital Clínico Universitario, Málaga.

María Herrera Giménez. Psiquiatra, Hospital General Universitario Morales Mesguer, Murcia.

Enric Jordá Moscardó. Psiquiatra, Valencia.

Ekaterina Kokoulina. PIR, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

María Carmen Leira Abella. Odontóloga, Área sanitaria de Ferrol.

Carmen Llor Moreno. Psiquiatra, Centro de Salud Mental de San Andrés, Murcia.

Laura López Alonso. Psiquiatra, Hospital Sagrado Corazón, Málaga.

Carlos López Fernández. Prof Titular Departamento Ciencias Socio-sanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

Laura López López. PIR, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Miguel López López. Psicólogo PIR, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Francisco López-Muñoz. Profesor Titular de Farmacología, Facultad de Ciencias de la Salud. Director de la Escuela Internacional de Doctorado, Vicerrectorado de Investigación Universidad Camilo José Cela, Madrid; Departamento de Ciencias

Biomédicas II, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá, Madrid.

María José Louzao Martínez. Psiquiatra, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Miguel Marco Igual. Neurólogo, Hospital de Sabadell.

Iñaki Markez. Psiquiatra, Zubiok, Instituto Vasco de Psicoterapia, Bilbao.

Fernando Márquez Gallego. Psiquiatra, A Coruña.

Oscar Martínez Azumendi. Psiquiatra, Red de Salud Mental Bizkaia – Osakidetza, Bizkaia.

Pedro Maset Campos. Prof. Emérito Depart. Ciencias Socio-Sanitarias Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

Federico Menéndez Osorio. Psiquiatra, A Coruña.

Miguel Angel Miguélez Silva. Psiquiatra, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Luís Montiel Llorente. Presidente de la Sociedad española de Historia de la Medicina. Catedrático de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Claudia Ximena Muñoz Anduquia. Médico Residente de Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico de Cali, Colombia.

Isabel Muñoz González. Psicóloga Clínica, Murcia.

Ana Leonor Pereira. CEIS20; FLUC-University of Coimbra, Portugal.

José Luís Peset. Instituto de Historia, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.

João Rui Pita. CEIS20; FFUC-University of Coimbra, Portugal.

Cándido Polo Griñán. Psiquiatra, Valencia.

Antonio Rey González. Psiquiatra, Valencia.

Bruno Ribeiro. Médico Residente Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Unidade Padre Américo, Penafiel, Portugal.

Luis Rodríguez Carmona. Trabajador Social, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Beatriz Rodríguez Paz. MIR Psiquiatría, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Celia Rodríguez Varela. Departamento de museología de la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid.

José Manuel Romero. Psiquiatra, Centro Hospitalar Conde de Ferreira – SCMP, Porto, Portugal.

José Miguel Sáez Gómez. Prof. Titular Depart. Ciencias Sociosanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

David Simón Lorda. Psiquiatra, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Ana Suela Martín. Departamento de museología de la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid.

Ángel Vázquez de la Cruz. Médico. A Coruña.

Paloma Vázquez de la Torre. Psiquiatra, CSM Fuenlabrada, Madrid.

Luis Vila Pillado. Psiquiatra, Jefe Servicio Psiquiatría, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Olga Villasante Armas. Psiquiatra, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid.

Julio Zarco Rodríguez. Director del Departamento de museología de la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid.

A MODO DE PRÓLOGO-PRESENTACION.

*David Simón Lorda, Chus Gómez Rodríguez, Alcira Cibeira Vázquez y
Olga Villasante (editores)*

Tal y como ya se contaba en el Prólogo del libro de Actas de las anteriores Jornadas Nacionales de la Sección de Historia de la AEN (Bilbao, 2010), hay que celebrar una vez mas que estos encuentros sigan actuando como espacios capaces de atraer a investigadores, estudiosos y entusiastas de esta pequeña área del conocimiento (la historia de la psiquiatría).

En las IX Jornadas, celebradas en Ourense en octubre de 2012, volvió a producirse esa interacción dinámica investigadora en la que se imbrican los profesionales que trabajan en la atención a la salud mental con otros provenientes de campos como la sociología, la antropología, la historia, la literatura u otros campos del conocimiento que han enriquecido la discusión historiográfica y, por tanto, el conocimiento de nuestra profesión.

En torno al tema de las Jornadas, “RAZÓN, LOCURA Y SOCIEDAD. UNA MIRADA A LA HISTORIA DESDE EL SIGLO XXI”, se articuló un programa variado, interesante y ambicioso. Los diferentes trabajos y mesas organizadas hacen un barrido general sobre los diferentes aspectos que se cruzan en la compleja trama que tejen esas tres categorías entre las que inevitablemente nos movemos los dedicados a la tarea “Psi” de modo general. Mirada filtrada ya desde el nuevo siglo que habitamos.

La celebración de las Jornadas en Ourense, coorganizadas entre la AEN y la Asociación Galega de Saúde Mental (ASGM), no hubiera sido posible sin la incondicional colaboración de instituciones como la Diputación de Ourense, la Xerencia de Xestión Integrada de Ourense, Verín y Valdeorras (SERGAS), el Concello de Ourense, el Servicio de Saúde Mental del SERGAS, el Vicerrectorado del Campus de Ourense (Universidade de Vigo) y el apoyo de la industria farmacéutica. Agradecer también a los Herdeiros de Castelao y a la editorial Galaxia el permiso para poder ilustrar la portada del libro con el dibujo realizado, en 1925, por Alfonso Daniel Rodríguez Castelao (médico, dibujante y político republicano-galleguista), titulado “O home que chegou a ser feliz en vida” (El hombre que llegó a ser feliz en vida).

El entusiasmo de los Comités Organizador y Científico permitió que las Jornadas, una vez más, fueran el máximo reflejo de la vitalidad de la Sección de Historia ya que se consiguió una importante asistencia y participación con trabajos en forma de pósters (casi 30 pósters), que en-

riquecieron enormemente el interés científico y de debate de las jornadas. Destacar además la participación en forma de ponencias y pósters que vinieron desde el otro lado de la “raia” portuguesa, y que dieron una dimensión ibérica a las Jornadas. Hay grupos que están trabajando muy activamente en Coimbra, Porto y Lisboa en temas de Historia de la Medicina, de la Salud y de la Ciencia-Tecnología. Son grupos interdisciplinares, y de los que tenemos que aprender mucho desde España y desde la Sección de Historia de la AEN.

Este libro que presentamos reúne gran parte de las ponencias, trabajos o comunicaciones presentadas en las Jornadas en Ourense y se añade a la colección de otros similares de jornadas previas, ya editados en la colección AEN. El equipo editor/coordinador hemos decidido agrupar en bloques temáticos los textos de las ponencias y de los pósters enviados para ser publicados, tratando de respetar la estructura de las mesas de las jornadas.

Abre el primer bloque del libro con los trabajos sobre Literatura y psiquiatría -Nóvoa Santos, Cervantes y El Quijote, Bécquer y Álvaro Cunqueiro-, son analizados, escrutados y ensalzados por los autores (Valentín Corcés, Federico Menéndez, Ángel Vázquez de la Cruz, Francisco López-Muñoz, Cristina Andrade-Rosa, Pilar García-García y Cecilio Álamo, Julio Zarco, Celia Rodríguez y Ana Suela). Entroncando con lo anterior, la obra y biografía de Primo Levi como testimonio y símbolo del Holocausto, es analizada por Adrián Gramary. Este texto, junto con otros dos interesantes trabajos de Esteban González López y de Francisco López Muñoz, completan el apartado dedicado al tema “Holocausto, memoria, medicina y psiquiatría en el nazismo”. Se realizan aportaciones y reflexiones desde la Medicina actual y una interesante revisión y denuncia sobre el papel de la psiquiatría y la psicofarmacología en los abusos médicos cometidos durante el III Reich.

El siguiente bloque de trabajos, como podrá comprobar el lector abarca una variedad amplia y diversa de textos, que se han agrupado en torno al lema “Razón, Locura y Ciencia psiquiátrica”. Entre éstos, los avances y aportaciones en la psicopatología, la psicología médica, la clasificación de las enfermedades, el asociacionismo científico, las enciclopedias y empresas editoras y publicadoras, la psiquiatría forense, las concepciones y percepciones cambiantes de la locura, la feminización de la locura, la represión política de los científicos “psi”... Todos ellos se abordan en este apartado del libro y en períodos tan diversos y variados como los años de las Cortes del Rey Católico (Paloma Alonso, Begoña Cantero y Ramón Esteban), la España del siglo XX y del periodo franquista (José Miguel Sáez, Pedro Marset, Enrique Aguinaga, C. López, C. Cerón, Celia García, Daniel Gutiérrez y Laura López), la España de finales del XIX y primeros

años del XX (Josep M^a Comelles, Antonio Rey, Enric Jordá, María Carmen Leira y María Ángeles Cano)..... Pero también se recogen trabajos que se desarrollan y contextualizan fuera de nuestras fronteras: en la Francia de la primera mitad del siglo XIX (José Luis Día y Laura Día), o en el vecino Portugal en el siglo XIX (Manuel Curado) y siglo XX (Rubén Gaio, João Rui Pita, y Ana Leonor Pereira), la Rusia pre-revolucionaria y la del período stalinista (Ekaterina Kokoulina, Tiburcio Angosto, Miguel Marco), el Chicago de los años 20 (María José Louzao, Miguel Angel Miguélez y Tiburcio Angosto)...

Entre los trabajos que exploran las Instituciones psiquiátricas, uno de los temas “clásicos” de la Historia de la Psiquiatría (y de las Jornadas de Historia), podemos leer de nuevo variadas propuestas que exploran por ejemplo biografías de médicos de diferentes instituciones (Ana Consiglieri), o acerca del funcionamiento y situación de los enfermos de manicomios en España (Ruth Candela, Olga Villasante, Ana Consiglieri) y Portugal (Bruno Ribeiro, Orlando von Doellinger, José Manuel Romero y Adrián Gramary). Otras novedosas aportaciones son, por ejemplo, el trabajo sobre la mirada del periodismo gráfico y escrito a los manicomios españoles (Oscar Martínez), el interesante trabajo sobre la profesionalización de la enfermería psiquiátrica en España (Olga Villasante), o las terapéuticas utilizadas en diferentes centros españoles a finales del XIX y primera mitad del XX (Celia García, Laura López, Daniel Gutiérrez, Tatiana Bustos, David Simón, Xaqueline Estévez y Claudia Ximena Muñoz). Todos estos trabajos están agrupados en un capítulo o epígrafe denominado “Instituciones psiquiátricas, Razón, Locura y Sociedad”

Estrechamente vinculado a este grupo de trabajos sobre Instituciones y a la propia intrahistoria y devenir de la AEN, se presentan una serie de textos que desde el siglo XXI se asoman a la historia más reciente de las reformas psiquiátricas en España y en Galicia, iniciadas a finales del siglo XX.

Un extenso trabajo de Fernando Márquez sirve de marco de recopilación, de análisis de un largo período (1970-2012) y de propuestas de futuro para la atención a la salud mental en España y en Galicia. El trabajo de Márquez se completa con análisis, unos más críticos, otros más descriptivos, de iniciativas de reformas (o contrarreformas) en diferentes puntos de la geografía española (Andalucía, Ourense, Lugo). Algunas de estas transformaciones o procesos vienen ya de antiguo, otras están aún muy recientes. Los autores de estos trabajos son Onésimo González, Chus Gómez, Alcira Cibeira, José Antonio Campos, Yolanda Castro, Luis Rodríguez, Elena Gato, Luis Cleto González, E. Fernández, Jorge Luis Begazo, Beatriz Rodríguez, Eva Álvarez y Luis Vila Pillado.

La reflexión sobre la relación e influencia mutua entre la psiquiatría, la psicología y la cultura es otro de los temas clave que se abordan de nuevo en el libro, tal y como ya se hizo en ediciones anteriores de otras jornadas de Historia de la Psiquiatría de la AEN. En esta ocasión y agrupados bajo el título “Cultura, Razón, Locura y Sociedad”, se incluyen aportaciones que van desde revistas valencianas feministas de mediados del siglo XIX (Cándido Polo), al cine y la psiquiatría en la España de la Dictadura franquista y en la Transición (María Herrera, Pedro Maset, Carmen Llor, Isabel Muñoz y Joaquín Cánovas),... pasando por acercamientos a biografías de políticos nacionalistas gallegos (el caso Antón Moreda) (Jorge Luis Begazo, Laura López y Elena Gato) o de pintores e ilustradores como Daniel Urrabieta Vierge y su relación con la locura (Xaqueline Estévez, David Simón y Tatiana Bustos). También hay trabajos sobre análisis de casos en el que posesión, histeria, religión y cultura van estrechamente relacionados, algunos ya famosos como los de Loudun (Marta González, Elena Fernández y Laura López) pero también se presentan otros menos conocidos, como por ejemplo el de la “Espiritada de Moeche” (Miguel López, Amirashkan Espandian, Luis Delgado y David Simón)

La Guerra Civil española, la represión franquista, la Memoria Histórica (o posmemoria como otros la denominan) y sus vínculos y relaciones con la psiquiatría y la salud mental, es otro de los bloques temáticos del libro. Tres trabajos muy diferentes en su contenido, su enfoque investigador y expositivo cubren este período. Se analiza la represión franquista sobre el personal de un hospital psiquiátrico asturiano y la memoria recuperada acerca de este terrible episodio de 1937 (Iñaki Márkez). Otro tipo de recuperación de la memoria es el que se propone a través del trabajo de análisis y reconstrucción sobre narrativas de un paciente del Hospital Psiquiátrico de Conxo, en las cuales se evidencian su biografía en los años de la Guerra y posguerra y las consecuencias devenidas para él (Emilio González y David Simón). La Guerra Civil trajo muchos avatares y repercusiones asistenciales en la vida y actividad de los hospitales psiquiátricos, y el caso del de Leganés es analizado con detalle en el magnífico trabajo de Paloma Vázquez.

Señalar además que la celebración de estas IX Jornadas Nacionales en Ourense incluyó pequeños homenajes a ilustres de la historia de la psiquiatría. Uno de ellos fue el profesor Delfín García Guerra, una importante y simbólica figura de la historia de la medicina (y de la psiquiatría) gallega ya fallecido hace unos años. Tres profesores, amigos que fueron de García Guerra, y a su vez todos ellos personas de enorme prestigio científico y personal exponen su particular homenaje y recuerdo a este médico historiador: Emilio González Fernández, José Luis Peset y Luis Montiel.

También hubo oportunidad en las jornadas para escuchar la interesantísima aportación acerca de la biografía de Egas Moniz que el profesor

lisboeta Joao Lobo Antunes hizo en su magistral conferencia de clausura de las Jornadas. No podemos ofrecer el texto de Lobo Antunes, pero recomendamos desde aquí la lectura de su libro sobre Egas Moniz (“Egas Moniz - Uma biografia”, 2010).

Merece cerrarse esta presentación con el agradecimiento no sólo a aquellos que han hecho el esfuerzo de redactar sus aportaciones científicas, sino también a los que las presentaron como ponencias o como pósters pero que, por diversas razones, no han conseguido escribirlas, a los moderadores de mesa que posibilitaron el más fluido discurrir de las conferencias y al comité organizador (en anexos), a otros colaboradores puntuales, a las directivas de la AEN y de la AGSM, y por supuesto, a los que asistieron. Destacar aquí el trabajo de Oscar Martínez Azumendi en las fases finales de la edición del libro que hoy tiene el lector en sus manos, y que pensamos representa una novedosa y variada aportación en la reflexión historiográfica de nuestra profesión.

LITERATURA Y PSIQUIATRÍA

LA FUNCIÓN PATERNA EN EL QUIJOTE*

Valentín Corcés

1. Cervantes en el entorno gallego

El texto cervantino ofrece múltiples posibilidades de investigación. La lectura de sus páginas ha nutrido durante siglos una multiplicidad de estudios que tienen su origen en todas las disciplinas. Sobre Cervantes y sus textos –no sólo el Quijote– han dirigido la mirada filólogos, médicos, historiadores, antropólogos y un sinnúmero de eruditos locales. Éstos se han mostrado ávidos de encontrar confirmación a las más diversas teorías o han puesto su empeño en abrir ilusionadas hipótesis, algunas de ellas efímeras o de difícil confirmación.

Galicia y sus estudiosos no son una excepción. Por ejemplo, un trabajo reciente de Brandariz (1) sostiene la galleguidad de Cervantes, negándole la gloria de su nacimiento a la ciudad de Alcalá de Henares. Igualmente, y en un intento de mayor precisión, identifica el colegio de Monterrey de Orense como lugar donde Cervantes realizó sus primeros estudios y que muchos de los modismos que circulan por el Quijote se deben a la modificación que puede producir el habla gallega, al interferir en el castellano de la época.

Estas tesis de Brandariz y otros autores, tienen su origen en la mantenida en la segunda mitad del siglo XVIII por el erudito fraile benedictino Martín Sarmiento, que defendió el lugar de nacimiento de Miguel de Cervantes en Galicia. Debemos señalar que no tienen mucho eco estas opiniones en el ámbito cervantino, si bien es cierto, que el libro de Sarmiento está repleto de observaciones de gran utilidad y desde luego, como toda su obra, son un pilar indiscutible de la identidad cultural gallega.

Está claro, en una primera aproximación, que Galicia, en cualquiera de sus formas, no está muy presente en la obra cervantina. Sin embargo, esta afirmación lleva consigo unas obligadas precisiones. Por un lado, si nos atenemos a los toponímicos, parece fuera de dudas, el origen remoto de Cervantes; tanto por este apellido como por el de Saavedra. Existe un municipio en Lugo, en la comarca de los Ancares, que lleva el nombre de Cervantes y Saavedra es una parroquia de O Irixo, en Ourense. Estos an-

* Las citas de Cervantes pertenecen a la edición de Francisco Rico (1998), *Don Quijote de la Mancha*, V. C., Instituto Cervantes, Crítica, Barcelona y *Los trabajos de Persiles y Sigismunda* (1970), Editorial Castilla, Madrid.

tecedentes gallegos cervantinos, no parecen que fueran aliciente suficiente para activar la curiosidad genealógica del escritor de Alcalá que, al menos según sus biógrafos más importantes, nunca visitó Galicia.

Más interesante nos parece la precisión histórica que da cuenta de cambios en la identidad de algunos personajes, gallegos en el texto original y su mutación por otros que provienen de diferentes regiones. Por ejemplo, el muchacho del borrador de Rinconete y Cortadillo pasa de gallego a asturiano; los arrieros que apalean a Don Quijote y Rocinante, dejan de ser de gallegos y cobran la identidad de yangüeses. En cualquier caso es significativo que algunas mozas de mesón conservan su identidad gallega hermanándose con la famosa Mari Tornes de origen asturiano. Estos cambios, que tienen indudable valor dentro de la historiografía cervantina, se deben -como hipótesis puesta en circulación por Astrana Marin, el insigne autor de *Vida ejemplar y heroica de Miguel de Cervantes Saavedra* (3), al temor de Cervantes de ofender a su protector el Conde de Lemos. Esta hipótesis parece plausible ya que debemos recordar la total dependencia económica de Cervantes con el conde, y que tiene su más cumplida expresión en la Dedicatoria de la Segunda Parte del Quijote.

El humor de Cervantes, puede que gallego, queda explícito cuando con divertido ingenio escribe a su mentor diciéndole, que se le ha presentado un mensajero solicitándole que sea rector de un colegio que se abrirá en China y donde se estudiará castellano a través de la lectura del Quijote. Nuestro autor le pregunta si le ha enviado dineros para el viaje y al responderle el enviado chino, que “ni por pensamiento”, el gran Cervantes se manifiesta así:

“en Nápoles tengo al grande conde de Lemos, que, sin tantos titulos de colegios ni rectorías, me sustenta, me ampara y hace más merced que la que yo acierto a desear” (Qj, II, Dedicatoria: 623).

Es comprensible que con estos datos, Cervantes trate de evitar en todo momento, ofender a los habitantes de esta región de España, de parte de la cual es señor el conde.

Esto es todo lo que puedo decir en estas jornadas de la implicación cervantina en la literatura gallega. No obstante, no debe olvidarse, que la intemporalidad del Quijote lo es, no tanto por la cercanía a uno u otro territorio español, ni por su adscripción a un determinado género literario, sino por la capacidad de producir un texto del cual podemos extraer estructuras conceptuales que están muy cerca de alcanzar el grado de universales.

Mi intervención está encaminada a buscar, en la Segunda Parte del Quijote, uno de los elementos fundamentales del concepto de paternidad -“función de corte”- contrastarlo con la ausencia de figuras que denotan

esa misma función y dejar abierta, mediante la posibilidad de un diálogo, la diferencia entre una visión antropológica de la paternidad y una lectura más connotativa, hermenéutica, del texto cervantino. Todo ello en busca de elementos configuradores de estructuras paternas.

2. *Presencia y ausencia de una paternidad en el Quijote*

Si procedemos a una lectura meditada de las dos partes que constituyen la obra *Del ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha*, nos llama la atención la parquedad de datos biográficos con los que Cervantes adorna a su personaje. A esta escasez de información se añade la peculiaridad de la misma; de tal manera, que si pretendemos elaborar un perfil genealógico de este hidalgo pueblerino y aventurero, a veces discreto y en otras ocasiones atolondrado e incluso delirante, obtenemos un nivel de conocimiento sobre su persona no del todo homogéneo. Es difícil concluir el grado de la elaboración biográfica que se propuso Cervantes para construir su novela. Es probable que el autor no sintiera esa necesidad de concreción dada la peculiaridad del texto cervantino, lleno de meandros y quiebros, de niveles de connotación diferentes que le dan un aspecto de discurso abierto y escasamente concluyente y, por lo tanto, idóneo para la interpretación.

En cualquier caso, no debemos olvidar que la novela comienza con un capítulo que lleva el expresivo título que “Trata de la condición y ejercicio del famoso y valiente hidalgo Don Quijote de la Mancha”. En él, nos informa Cervantes del origen aldeano de su personaje, de su pequeña hidalguía, de su necesidad de racionar comidas y gastos y de su afición a la caza y a una desbordada lectura de las aventuras caballerescas. Este apego a los libros de caballería es lo que en definitiva le lleva a tratar de imitarlos con el fin de obtener gloria en las batallas y promoción en el orden social. Su afición a este tipo de literatura que para “*él no había otra historia más cierta en el mundo*” (Qj, I, 1: 39) le aliena en tal extremo que:

“...le pareció conveniente y necesario, así para el aumento de su honra como para el servicio de su república, hacerse caballero andante e irse por el mundo con sus armas y caballo a buscar las aventuras” (Qj, I, 1: 40).

Estos datos, que podemos denominar sociales, pueden ser suficientes para mantener la tesis que Quijote es un hidalgo pobre y desclasado al que le toca vivir en unos “calamitosos tiempos” y que tiene la osadía de desafiar a su propio destino soñando aventuras para finalmente morir, convertido de nuevo en Alonso Quijano, de acuerdo con el orden social y, por su-

puesto, en el seno de la Santa Iglesia Romana. Igualmente, desde el punto de vista psicoanalítico (Freud, 1914) (4), esta estructura con que se inicia la obra de Cervantes, formada por el Quijote y un “yo ideal” omnipotente y grandioso, al cual no es ajena la forja de la paternidad, constituye un eje fundamental de nuestra intervención, al que más adelante volveremos.

Retomando el tema de los datos, y desde otra perspectiva, se nos presentan como insuficientes cuando nos referimos a las relaciones personales, y más concretamente, a la configuración del entorno familiar. Sabemos que Don Quijote vive con “*una ama, que pasaba de los cuarenta y una sobrina que no llegaba a los veinte*” (Qj, I, 1: 36); ésta última hija de una hermana. Además, nos dice Cervantes, que hereda las armas –viejas y llenas de hollín– de sus bisabuelos, y que es amigo del cura y el barbero de su aldea y, en la Segunda Parte, de un bachiller que no alcanzó del todo graduarse en Salamanca. Nada sabemos de sus padres, ni de sus vicisitudes biográficas previas a sus aventuras. Por el contrario, el autor nos hace llegar numerosos datos sobre sus aficiones que conforman un amplio abanico que incluye la caza, el teatro y muchas otras, entre ellas, la sorprendente de construir jaulas para pájaros.

Es interesante hacer notar que estos aspectos se nos ofrecen mediante dos vías. De un lado, están reflejados en el texto teniendo a Cervantes –o si se prefiere a Cide Hamete– como narrador; de otro lado, están expresados por el propio Quijote en sus múltiples diálogos con Sancho u otros personajes de la novela. En qué medida el conjunto de estos datos constituye fundamento de las opiniones del propio Cervantes como persona, es debatible. Nos llevaría muy lejos y se sale del ámbito de nuestra intervención entrar en esta cuestión, pero me parece interesante llamar la atención sobre las teorías de Torrente Ballester, autor cercano a estas tierras gallegas que mantiene la opinión de tomarse muy en serio la urdimbre social, histórica e incluso psicológica de Cervantes con su entorno (5). Por nuestra parte, estamos de acuerdo con la idea de este autor, que confiere a ambas vías el mismo estatuto de fiabilidad discursiva y mediante ellas, procedan de Cervantes narrador o de sus personajes, construiremos nuestra hipótesis que explicitamos más adelante.

Si nos atenemos al contexto familiar de Don Quijote y concretamente a su padre y a su madre, nos vemos obligados a precisar que si bien ambos no tienen una presencia física definida, no ocurre igual con los personajes que pueden servir de sustento a la función materna o paterna. Dejando de lado, por el momento, este aspecto de la función, es fácil detectar en una lectura medianamente atenta del Quijote, que una figura como el ama y en cierta medida la sobrina, constituyen el sustrato sobre el cual se apoya la función de una “madre suficientemente buena” (Winnicott, 1974) (6). Por lo tanto, el hidalgo manchego se ampara y cobija en estas figuras, pero

también se rebela contra ellas. Son innumerables las pruebas que avalan esta hipótesis de la función de acogida de ambas mujeres. Nos sirven como muestra las palabras de Don Quijote, en su regreso a casa, finalmente derrotado, cuando dicen casi al unísono el Quijote y Cervantes:

“Callad hijas... Llevadme al lecho... Y las buenas hijas -léase madres- le llevaron a la cama, donde le dieron de comer y regalaron lo posible” (Qj, II, 74:1215).

La paternidad, por el contrario, parece ausente como tal, no sólo por el hecho de que carece de un personaje físico -de fácil identificación en la novela, como ocurre en el caso anterior de ama y sobrina- sino que también su función tiene un nivel perceptivo en el relato mucho más difícil de vislumbrar. En otras palabras, podemos afirmar que no sólo hay ausencia de personajes paternos, sino una cierta asimetría en sus funciones; de tal forma, que Don Quijote vive en este lugar de la Mancha, que nunca identificó Cervantes, en un matriarcado al cual acude derrotado cuando finalizan las sucesivas salidas en busca de aventuras. Nos referimos a que es un matriarcado porque ama y sobrina -además de cumplir la función de acogida materna- mandan mucho, porque imponen normas y prohibiciones y porque desde el principio, sin estar sujetas a ningún tipo de ambivalencia, no facilitan el proyecto aventurero de Alonso Quijano y se enfrentan a él con firme decisión no exenta de cierta virulencia. A ella se someten cura y barbero, que se toman las aventuras con mayor distancia, como prueba el episodio del expurgo de la biblioteca de nuestro personaje.

Si Alonso Quijano se nos presenta como huérfano, no quiere esto decir que la preocupación por la paternidad sea inexistente; son numerosos los ejemplos sobre las actitudes y el comportamiento del padre. Ateniéndonos al Quijote, podemos recordar algunos casos presentes en las historias intercaladas en el texto que ilustran estas inquietudes y de las cuales podemos extraer diversos patrones de la dinámica de la función paterna. Naturalmente que estos casos no tienen el mismo grado de desarrollo y la implicación de Cervantes en ellos se nos muestra desigual; en ocasiones, se nos presenta como más identificado con determinadas actitudes, y en otras, acotando el relato con comentarios y sugerencias que traducen un cierto distanciamiento. Para nuestra nuestro análisis hemos elegido dos casos de la primera parte del Quijote. El primero de ellos remite a la historia conocida como “el cautivo” y el segundo el caso de Cardenio.

El cautivo es un personaje que da cuenta de sus orígenes de la siguiente manera: *“En un lugar de las montañas de León tuvo principio mi linaje, con quien fue más agradecida y liberal la naturaleza que la fortuna”* (Qj, I, 38: 450). A partir de allí, el relato se despliega teniendo como eje en los

primeros momentos la relación con su padre, que según él “...*alcanzaba... fama de rico, y verdaderamente lo fuera si así se diera maña a conservar su hacienda como se la daba en gastalla*” (Qj, I, 38: 450); y siendo más explícito explica con contundencia, no exenta de severidad filial, la forma de comportarse de su progenitor:

“Pasaba mi padre los términos de la liberalidad y rayaba en los de ser pródigo, cosa que no le es de ningún provecho al hombre casado y que tiene hijos que le han de suceder en el nombre y en el ser” (Qj, I, 38: 450).

Como se deduce de las palabras anteriores, el progenitor del cautivo está atrapado, a los ojos de su hijo, en una dualidad antagonica: de un lado, su condición de padre le obliga a preocuparse por su prole, y del otro, es esclavo de la gratificación de su deseo de liberalidad. En consecuencia, trata de resolver este antagonismo y reubicarse de forma hegemónica como padre responsable y definidor de un orden social. Para ello se sobrepone al goce de la gratificación inmediata de su deseo procediendo, como padre, a elaborar un proyecto de futuro para el cautivo y sus dos hermanos.

Nos interesa llamar la atención sobre este punto que ejemplariza, con bastante fidelidad, las relaciones no coincidentes entre una estructura, que se fundamenta en una pulsión parcial, y otra estructura, más adulta y saludable, que denominamos pulsión genital. Ésta última engloba, por su propia naturaleza al estar situada en el estado superior, a las pulsiones parciales (FREUD, 1911) (7). El proyecto que el padre del cautivo propone a sus hijos pivota sobre un reparto en cuatro partes de su fortuna, poniéndola a salvo de sus propios deseos, y acompañando esta decisión de una sugerencia. Ésta no es otra cosa que un mandato sobre su futuro profesional.

Es interesante observar cómo Cervantes nos obliga a considerar el razonamiento que subyace en estas dos condiciones, el reparto de su fortuna y la elección de su profesión, que en palabras del cautivo se explica así:

“Viendo, pues, mi padre que, según él decía, no podía irse a la mano contra su condición, quiso privarse del instrumento y causa que le hacía gastador y dádioso, que fue privarse de la hacienda” (Qj, I, 38: 450).

Y más adelante:

“Hay un refrán en nuestra España, a mi parecer muy verdadero... “Iglesia o mar o casa real” (Qj, I, 38: 451).

Y, siendo más explícito, continúa:

“Digo esto porque querría y es mi voluntad que uno de vosotros siguiese las letras, el otro la mercancia, y el otro sirviese al rey en la guerra” (Qj, I, 38: 451).

En el modelo de paternidad que Cervantes nos ofrece en la historia del cautivo nos llama la atención la presencia de un elemento de corte, que tiene las características de ser ordenado, que parte de un conocimiento que el padre tiene de sí mismo y de la aceptación que hacen los hijos del mandato sin excesiva resistencia. Éste nuevo reordenamiento de la relación paterno-filial permite definir el proyecto vital que seguirán sus vástagos y que se inscribe, sin excesiva violencia, en el orden social de la época y, por supuesto, en la biografía personal; es decir, sirviendo al rey, a la iglesia y al dinero y sintiéndose, con el paso del tiempo, agradecidos al padre, independientemente de cuales hayan sido los avatares de sus vidas.

Cervantes nos ofrece en esta historia un subtexto que viene a decir: os protejo de mis propios deseos como sujeto, de mi extrema liberalidad, y por lo tanto, asumiendo la condición de padre, os dejo mi herencia en vida, pero tenéis que ser lo que yo, como padre, os pido y ordeno. Este ordenamiento para que cumpla su función remite a un doble significado: definir adecuadamente los elementos que componen de forma jerárquica la estructura paterno-filial, y mandar un mensaje que tiene la obligación de cumplirse. De esta manera, como consecuencia de la puesta en acto de la ley paterna, el padre del cautivo inscribe a sus hijos -que han renunciado parte de sus propios deseos- en un orden social más amplio, posibilitándoles un campo vital donde puedan desarrollarse.

Una segunda historia es la del joven Cardenio donde la relación entre padre e hijo se nos muestra menos esquemática que en el caso del cautivo; de tal manera, que la autoridad del padre es vista a través de una óptica que parte de las vacilaciones del hijo frente a la posición, voluntad y, por supuesto, deseo del padre. La complejidad de esta historia es manifiesta y trasciende el comentario que aquí hacemos, pero es importante, llamar la atención sobre el papel que juega el padre en el funesto destino de este joven prometedor.

El contexto de la historia da cuenta de muchas de las acciones que emprende Cardenio y que conforma su experiencia vital, terminando buscando refugio en la soledad de Sierra Morena. Luscinda y Cardenio se aman desde niños, y en un momento de sus vidas superada ya la adolescencia, deciden contraer matrimonio con finalidad de culminar su amor. Al mismo tiempo, con este acto tratan de tapar la maledicencia que sospechan que viene de sus conciudadanos ante las frecuentes visitas de Cardenio al

hogar de su prometida. En un ataque de ingenua omnipotencia Cardenio, sintiéndose libre de la sujeción paterna, decide, por su cuenta, pedir la mano de Luscinda al padre de ésta. Éste último le devuelve a la realidad social, a sus usos y normas, y le pide que para dar su conformidad le traiga el aval de su propio progenitor. Accede Cardenio, pero al llegar a la casa de su padre, éste antes de “*que yo le dijese palabra...*” le comunica “*Por esta carta veras Cardenio, la voluntad que el duque Ricardo tiene de hacerte merced*” (Qj, I, 24: 264).

Al igual que en la historia del cautivo, el padre de Cardenio, esgrimiendo la carta en la mano, le transmite su deseo y trata de ordenar su futuro. En otras palabras, viene a pedirle, ordenarle, que proyecte su vida al servicio del duque; de tal manera, que se inscriba sin ambigüedades en las reglas de su estamento social.

En este punto, el relato cervantino transcribe, con extrema lucidez, la posición de Cardenio ante un dilema: satisfacer su propio deseo, culminar con el matrimonio su amor adolescente a Luscinda, o seguir la sugerencia paterna -que recordemos son normas, órdenes que ordenan- de medrar amparado por el poderoso duque Ricardo. Esta segunda opción cierra, al menos momentáneamente, la primera posibilidad. Debe tenerse en cuenta que esta última permisa viene avalada por la autoridad paterna que Cardenio había tratado de soslayar cuando en un primer momento, por su cuenta y riesgo, solicita la mano de Luscinda. Cardenio es muy consciente de este último aspecto y respalda así la autoridad de su padre: “*que a mi mismo me parecía mal si mi padre dejaba de cumplir lo que en ella -refiriéndose a la petición del duque- se le pedía*” (Qj, I, 24: 264). Debemos llamar la atención, por otra parte, que esta afirmación del joven refleja con exactitud la estamentación y jerarquización social de la España del Siglo de Oro.

Esta oscilante vinculación a la autoridad paterna viene ya anunciada desde el principio de la historia cuando, refiriéndose a la negativa del padre de Luscinda de concederle su mano sin el aval de su propio progenitor, señala: “*Yo le agradecí su buen intento, pareciéndome que llevaba razón en lo que decía*” (Qj, I, 24: 264). En cualquier caso, Cardenio se nos presenta, a pesar de su ambivalencia, prisionero en cierta medida de la voluntad de los otros. Incluso podría afirmarse que su ambivalencia tiene aspectos más contrafóbicos que de confrontación al padre. Este fenómeno se pone en manifiesto en muchos episodios de su historia que aquí no vamos a analizar; pero puede servir como muestra la agresión a Don Quijote cuando éste le lleva la contraria en su primer encuentro en Sierra Morena. En otras palabras, los rasgos contrafóbicos con que se presenta la ambivalencia de Cardenio no son otra cosa que un intento de salida liberadora a una fantasía de cautividad en el deseo del padre.

Cardenio es muy consciente de esta situación de ambivalencia y en algunos momentos de su relato su descripción de los hechos traduce la puesta en funcionamiento de mecanismos tendentes a recomponer sus deseos, buscando una negociación al deseo paterno. Es decir, trata de moverse en un espacio intermedio donde es posible salvar esta escisión entre la posibilidad de casarse en el aquí y ahora, culminando su deseo y el de Luscinda, o seguir incondicionalmente el mandato del padre que le empuja a prosperar a la sombra del duque. Así, en un acto de prudencia y sabiduría filial trata de negociar con el padre de Luscinda, pidiéndole que posponga el cercano casamiento hasta que regrese de su estancia con casa de su protector. Este momento de negociación, esta necesaria jerarquización y renuncia a determinados aspectos del propio deseo –que más adelante repetirá Cardenio– no es baladí y cuenta con el adecuado desarrollo literario; mediante un despliegue literario que apoya un fecundo análisis psicológico, Cervantes nos ofrece una nítida visión de un hijo que trata voluntariosa pero infructuosamente de soslayar los mandatos paternos o de figuras equivalentes cuando éstos se presentan como dificultad o barrera al propio deseo.

Estas vacilaciones, este ir atrás y adelante en sus propuestas y estas falsas soluciones de compromiso que encuentra Cardenio, abren en su proyecto vital unas fisuras a través de las cuales se va a introducir la figura conquistadora del libertino Don Fernando, uno de los hijos del poderoso duque. Luscinda, seducida por Don Fernando, da pie a la locura de Cardenio y éste será el Roto que encuentran Sancho y Don Quijote en Sierra Morena. Llega a esta abrupta serranía después de que Luscinda, el amor de su vida, a la que abandonó para servir, según el deseo de su padre, al duque, se haya casado con Don Fernando. Sólo más tarde, en el episodio de la venta, que se constituye como un remanso en el texto, en el cuál se entrecruzan las historias de Cardenio, Don Fernando, Luscinda, Dorotea, el cautivo y otros personajes, volverá Cervantes, como narrador omnisciente, a restablecer el orden lógico de los deseos. Ciñéndonos a Cardenio sólo decir que, mediante una rebuscada solución, recuperará al amor de Luscinda convirtiéndose en el legítimo marido de ella, elevando a público las promesas que ambos jóvenes se ofertaron en la intimidad, soslayando contextos y los intrincados destinos de los deseos sociales.

A estos dos ejemplos sobre la paternidad se podrían añadir otros muchos, sin olvidar reflexiones, comentarios, tanto de Don Quijote como de Sancho, que nos dan una idea de la importancia que confiere Cervantes en su discurso literario a la función del padre, sus rasgos esenciales y sus consecuencias. De las historias del cautivo y Cardenio podemos aprender diversas formas o maneras de enfrentarse a la función de corte en la relación padre-hijo, y a la manera de cómo éstos la ejercen y la sufren. Sin

embargo, no nos parecería oportuno limitarnos a este conjunto de ejemplos de paternidad tan descriptivos y, en cierta forma, lineales. Consideramos enriquecedor afrentar la historia misma de Don Quijote, sus aspectos medulares, con unos criterios en los que prevalezca la función paterna de castración que juega, a nuestro juicio, un papel decisivo en el desenlace de la historia. Debiendo advertir que esta función paterna no tiene que necesariamente estar apoyada rígida y unívocamente en un personaje objetivizado bajo el término de la palabra padre. Es decir, trataremos de buscar en la conducta, opiniones y funcionalidad de un personaje –Sansón Carrasco– los elementos que determinan la esencia misma de la paternidad en relación al propio Don Quijote.

3. Estructura y función del padre

El recorrido que proponemos conlleva una necesaria aclaración sobre la diferencia entre los elementos biológicos o, si se quiere, antropológicos y sustancialistas de la figura del padre y aquellos otros, que podemos denominar funcionales. Las disciplinas que estudian la cultura, incluidas aquellas que estudian la conducta, han quedado atrapadas, a nuestro parecer, en un cierto formalismo que se resume en identificar la palabra padre, sus atributos y evocaciones, con una persona determinada en unas coordenadas espacio-temporales precisas y perteneciente al género masculino. Desde esta posición, desde este empirismo perceptivo, pretenden estas disciplinas que del que se supone padre biológico se derivan necesariamente los atributos y funciones paternas. Es decir, asumen sin vacilación alguna que por el hecho de ser padre se ejerce o se debe ejercer de padre.

Una posición de partida radicalmente diferente, un enfoque más fecundo de la cuestión, se sigue de un planteamiento teórico en el que se separa el progenitor, la persona física, la palabra Padre, de sus funciones a las que denominamos paternas. Este planteamiento que separa el sujeto antropológico de su función, en oposición a anteriormente reseñado, está presente en muchos bosquejos teóricos de los trabajos de los autores estructuralistas y tiene sus máximos exponentes en algunos textos de Levi-Strauss (8) y Foucault (9, 10). En este sentido, debemos recordar que este punto de partida ha sido empleado con éxito por muchos estudios feministas al separar el sexo del género e inscribirlos, mediante un desligue teórico, en ámbitos doctrinales y culturales diferenciados, y en cuanto a la paternidad nos estamos refiriendo a aquello que Lacan denomina el Nombre del Padre; concepto que está presenta a lo largo de su obra, pero en especial en dos artículos memorables: *El estadio del espejo en* (11) y *La significación del falo* (12).

Al llegar a este punto y al tratar de fundamentar con cierto rigor teórico este problema, creemos exigible traer a colación la noción de obstáculo epistemológico, llevado a la teoría de la ciencia por el filósofo francés Gastón Bachelard (13). En síntesis, se trata de desenmascarar el impedimento que constituye para las disciplinas científicas una abusiva apelación a lo sensible y lo físico, al hipostasiar un empirismo radical como determinante de la constitución del discurso de la ciencia. Por el contrario, como nos enseña esta nueva epistemología, la esencia de una disciplina verdaderamente científica radica, entre otras cuestiones, en su capacidad de abstracción; es decir, en su capacidad de proponer conceptos que al tiempo que se alejan de la realidad empírica, pueden constituirse en constructos para su explicación. Identificar estos elementos esenciales que explican una realidad “fundamental” -utilizando este término de “fundamento” -GRUND- como diferenciado de la “apelación” (Heidegger, 1975) (14)- es la tarea de la teoría. De tal manera esto es así que un concepto será más verdadero cuando más fundamental es en el cuerpo teórico de una disciplina científica.

Volviendo a nuestro tema, el fundamento de la paternidad no radica por tanto en lo físico y biológico, en lo empírico de un sujeto concreto de carne y hueso que pretende encarnar atributos o valores a partir de su realidad histórica. Por el contrario, lo esencial de la paternidad, su verdadero “fundamento”, es producir unos efectos en la relación madre-hijo, ensimismados especular y por lo tanto imaginariamente y cautivos en una estructura narcisista. La estructura a la que nos referimos es aquella, como nos enseñó Lacan, en la cual el hijo se cree el falo omnipotente de la madre y ésta, por otro lado, reivindica en él sus dolorosas fantasías de castración. Este momento es el que podemos denominar primera fase de la estructura edípica y sobre ella se ejercerá la función paterna -el Nombre del Padre- que produce entre sus efectos el de abrirla al orden simbólico y a lo real.

¿Qué entendemos por función? ¿Qué elementos de su definición pueden incorporarse a nuestra reflexión? Función remite, ateniéndonos al diccionario de la lengua, en primer lugar al concepto matemático de relación entre conjuntos. En este sentido es una transmisión de algunos elementos de un conjunto a otro; por lo tanto, lleva implícita la producción de unos efectos y entre ellos la de traslación. Aplicando esta reflexión al campo psicoanalítico, quiere decir que fantasías y elementos constitutivos del deseo circulante en la relación madre-hijo, se trasladan, como efecto de esta relación, a un conjunto más amplio que está abierto a lo real y lleno de simbolismo.

Nos quedaríamos cortos si la función paterna -la actuación el Nombre del Padre- la acotáramos simple y llanamente en su expresión o definición matemática. A nuestro juicio, prevaleciendo este aspecto transmisor y articulador en un nuevo conjunto u ordenamiento, la función paterna remite a

otros significados que conviene detallar. Es por lo tanto obligado mencionar que función remite también, como nos enseña la Real Academia de la Lengua, a teatralidad, espectáculo y solemnidad. Tres registros ubicados en lo meramente imaginario, en lo especular, con los cuales el sujeto, el elemento filial de la estructura edípica, se siente identificado y por lo tanto, de alguna manera “sujetado”. Esta identificación, que en verdad es una sujeción, predispone a que en el hijo se produzcan los efectos de la función paterna en el sentido de transmisión, desubicación de su posición especular con la madre y encaje, mediante la castración, en el orden simbólico y la realidad social. Esta teatralidad, este espectáculo, esta solemnidad contextual, o si se prefiere imaginaria, en la cual se produce la transmisión simbólica de lo real, está al límite de otro significado del término función que es el de alboroto.

La teatralidad, el espectáculo y la solemnidad se oponen, paradójicamente, como efecto significante en el desarrollo del sujeto al concepto fronterizo de alboroto que devalúa la transmisión en la estructura paterno-filial. La clínica nos enseña que una función, como hemos visto en los casos anteriores del texto cervantino, tiene valor, significa algo para el hijo, si conlleva una solemnidad de la actuación paterna investida a su vez de la teatralidad y espectáculo. Lejos y cerca está esta posición de aquella otra en la que el alboroto histérico del padre devalúa la función y sus efectos o la hace totalmente inaudible al sujeto. El padre del cautivo haciendo sus planteamientos solemnes en la teatralidad de la división de la herencia y proponiendo un futuro para sus hijos, produce un efecto de función paterna. Igualmente cumple estos requisitos el padre del Roto, esgrimiendo en la mano con la solemnidad debida la carta del duque e indicándole al hijo el camino a seguir en la corte ducal.

Avanzando en nuestra reflexión y en un afán de ser más precisos, debemos llamar la atención que esta función paterna, la esencia de la misma, radica en sus presupuestos de castración y corte. Este concepto de corte trae consigo elementos de prohibición y de introducción de la ley. No se trata de aplastar y anular al sujeto, sino de un corte en el deseo mediante la prohibición y la introducción de la ley que da origen a una nueva realidad y donde es posible el desarrollo de una nueva cadena de significantes. Esta estructura fundacional, estos efectos del Nombre del Padre, no deben entenderse como algo apegado a lo histórico y lo real, sino como un hecho inscrito en el orden del sujeto y, por lo tanto, en la conjunción del llamado por Lacan núcleo borromeo que no es otra cosa que la intercesión de lo real, lo imaginario y lo simbólico.

Por otra parte, debe trascender, a nuestro juicio, al hecho mismo, mítico, del complejo de Edipo. No debe considerarse tanto como una realidad concreta, sino como una relación del sujeto con el propio mito de la

paternidad y la maternidad. La clínica analítica nos ha enseñado que esta realidad se encuentra a veces, en el relato del sujeto, alejada de la existencia misma del padre y de la madre, encontrando su huella, desplazada y desfigurada, en el relato de sus propias vivencias.

Debemos añadir, antes de dar paso al análisis de la estructura paterna en el Quijote, que la función de corte, que lleva inherente elementos castradores, debe diferenciarse del aplastamiento del deseo del hijo. La introducción del Nombre del Padre en la estructura narcisista imaginaria que configura la relación madre-hijo debe significar una desubicación, una readaptación del deseo y nunca un aplastamiento del mismo. En este sentido, , hemos mencionado los casos del cautivo y el Roto como efectos del Nombre del Padre, a continuación, expondremos el caso de Don Quijote sintiéndose el falo imaginario de Dulcinea y aplastado por el Caballero de la Media Luna en la playa de Barcelona que lleva, como veremos, la depresión estructural y la muerte.

4. La metamorfosis de Sansón Carrasco: de contrahéroe a padre castrador totalitario

El Quijote, su línea argumental, el espinazo de su novela, ha tenido a lo largo de los cuatrocientos años numerosas exégesis. Ello a pesar de la advertencia cervantina, por pluma de Cide Hamete, de dejar “*reposar en la sepultura los cansados y ya podridos huesos*” (Qj, II, 74: 1223) de Don Quijote. Está claro que Cervantes pedía demasiado y no han faltado en España autores que han buscado sentido cuando no guía para la acción a la idea central sobre la cual se articula la inmortal novela. Es obligado pensar en el moralismo de Unamuno, en su idea del héroe verdadero, que con la identificación con un lector afín, está llamado a aclarar los males de nuestra patria (15). Lejos de Unamuno, el sociologismo de Ortega y Gasset (16) que pretende buscar en la utilidad de la novela una muestra de sus principios filosóficos sobre el yo y las circunstancias que le rodean; pre-textos que también se dan en Maeztu (17) cuando las ideas de la novela como elementos esenciales del pensamiento nos ayudan a identificar el modelo del Quijote para ponerle al servicio de su rancio regeneracionismo católico.

El Quijote, si consideramos la obra en su conjunto, es el viaje de Alonso Quijote el Bueno -convertido en Don Quijote de la Mancha- repleto de experiencias y aventuras y que termina en una derrota, volviendo al ser primero de Alonso Quijano. Es obvio, como hemos señalado, que el Quijote permite numerosas lecturas, incluida la que en un principio hizo Avellaneda, que termina encerrando a Don Quijote en el hospital de Ora-

tes. Para Cervantes, sin embargo, a mi juicio, se trata de un viaje frustrado con una finalidad precisa: adquirir gloria, prestigio y poder, y también la mano de una princesa. Por lo tanto, nos encontramos en la aparente paradoja de un libro que quiere ser sátira y mofa de los libros de caballería, se convierte, posiblemente muy a su pesar, en un peculiar libro de caballerías. Este ciclo del Quijote, en su estructura cerrada de aventura y experiencia vital, lo encontramos también en el Persiles, aunque la naturaleza de sus propósitos no sean coincidentes. A nuestro entender, no debe pasarse por alto, la diferencia con que terminan uno y otro libro redactados casi simultáneamente.

Persiles y su compañera de viaje Sigismunda inician su viaje en las tierras bárbaras para dirigirse en un largo periplo al centro de la cristiandad, Roma. Mediante este viaje consiguen, después de muchos avatares, lo que se proponen:

“Y habiendo besado los pies al Pontífice, sosegó su espíritu y cumplió su voto, y vivió en compañía de su esposo Persiles hasta que biznietos le alargaron los días, pues los vio e su larga y feliz posteridad” (CERVANTES, 1979, p. 475).

Destino muy diferente, reserva nuestro autor para el hidalgo manchego. Humillado en las Playas de Barcelona a manos de caballero de la Blanca Luna, vuelve derrotado a casa para morir renegando de los libros de caballería, de sus hazañas y de los fines que con ellas perseguía. Esta forma de acabar la novela no debe sorprender al lector en la medida que Cervantes va perfilando la derrota del proyecto de hidalgo manchego al acercarse el final de la historia en la Segunda Parte del Quijote.

A los días de felicidad en el castillo de los duques, en los que pudo soñar con la posibilidad de alcanzar sus ideales de ascenso social, sucede al ilusionante discurso con las pastoras, sus promesas de gloria y de espectaculares aventuras que terminan con el humillante episodio en la que es arrollado y pisoteado por la manada de toros. A partir de allí, una secuencia de escenas irá configurando un rosario de penalidades que culminan con la derrota a manos del caballero de la Blanca Luna que, como es sabido, encubre la figura del bachiller Sansón Carrasco.

Nos parece enriquecedor llamar la atención sobre la idea de considerar las hazañas de Don Quijote -su desarrollo desde que abandona su aldea hasta que vuelve a ella derrotado- bajo el prisma de una relación con la figura paterna. Es decir, como una estructura dinámica formada por Don Quijote, deseoso de ganar gloria y prestigio para ofrecerlo a la sin par Dulcinea de Toboso y una función castradora, un intento de romper este binomio imaginario, por parte de la figura paterna. Bien entendido que,

esta figura no se destaca como tal en el Quijote. En cierto modo, a pesar de la alusión a sus abuelos, puede parecer que el hidalgo Alonso Quijano carece de genealogía y que irrumpe, como Adán en el paraíso, libre de ataduras, deudas y servidumbres, en los campos de la Mancha y Montiel.

Todo lo anterior está muy alejado de la evidencia que se desprende de una lectura profunda del texto. Don Quijote, a nuestro juicio, es como todos, un hijo de Edipo y como tal debe abrirse paso en relación y oposición al deseo del padre. Qué estas afirmaciones no están muy lejos de la verdad del texto, puede comprobarse en uno de los diálogos que Don Quijote tiene con Sancho, cuando ofrece, en un monólogo que tiene como escuchante a Sancho, el ideario de sus aventuras: ganar gloria con sus hazañas, presentarse ante un emperador, tener amores furtivos con la hija, ser finalmente aceptado, a pesar de sus orígenes, y muerto su suegro, dirigir un reino. En estas “sabrosas” conversaciones se encuentran numerosos retazos que nos sitúan a Don Quijote frente a las figuras paternas del Emperador y la Emperatriz.

Si retomamos la idea de atribuir a Sansón Carrasco la hipótesis que sustenta en muchas de sus actitudes la función de “corte”, es decir, que pone en funcionamiento los efectos del Nombre-del-Padre, es importante señalar en qué tiempo y manera se introduce este personaje en la novela y su evolución. Sansón aparece como personaje real en el capítulo tercero de la Segunda Parte y se nos ofrece como complemento al binomio formado por cura y barbero, que tanta importancia tienen en la primera parte de las aventuras quijotescas. El bachiller despliega su actividad y evoluciona en dos bloques de episodios sucesivos en forma de Caballero de los Espejos y, posteriormente, de la Blanca Luna. Seguir esta trayectoria, rastrear esta evolución, nos parece imprescindible y por lo tanto vamos a detenernos con cierto detalle en los diversos acontecimientos, su trasfondo y el desarrollo del personaje.

Postrado en cama Don Quijote, maltrecho y deprimido, viene a visitarle el bachiller salmantino al cual Cervantes presenta de esta guisa:

“Era el bachiller, aunque se llamaba Sansón, no muy grande de cuerpo, aunque muy gran socarrón; de color macilenta, pero de muy buen entendimiento; tendría hasta veinte y cuatro años, carrredondo, de nariz chata y de boca grande, señales todas de ser de condición maliciosa y amigo de donaires y de burlas” (Qj, II, 3: 647)

Vamos constando al adentrarnos en la lectura del capítulo que Carrasco ocupa un papel cada vez más importante en el imaginario de Don Quijote; sus opiniones van adquiriendo cada vez mayor valoración y son

el pre-texto de discusiones con Sancho Panza. El respeto que Don Quijote tiene a las opiniones de Carrasco pasa a ser explícito y se manifiesta con estas palabras en las que amonesta a su escudero cuando éste pone en duda algunas de las sentencias del socarrón bachiller:

“ —*Callad, Sancho —dijo don Quijote—, y no interrumpáis al señor bachiller, a quien suplico pase adelante en decirme lo que se dice de mí en la referida historia*” (Qj, II, 3: 650)

El desarrollo narrativo del burlesco personaje conduce a un punto en el que el lector observa con claridad que Cervantes le atribuye un papel decisivo en la construcción, desarrollo y, sobre todo, desenlace de la historia. Por lo tanto, no nos extraña que su figura esté llena de matices que a su vez vienen a expresar ideas y opiniones probablemente presentes en el discurso extraliterario de Cervantes. En sus diversas identidades, bien sea como Carrasco, como caballero de los Espejos, denominación que toma en el primer enfrenamiento con Don Quijote, o como el caballero de la Blanca Luna, una idea, que podemos tildar de obsesiva, articula y da sentido a las actuaciones del bachiller: poner coto a las ambiciones de Don Quijote.

En boca de un personaje, aparentemente secundario, como Teresa Panza se resume esta obsesión cuando en una carta a su marido escribe: “...y dice Sansón que ha de ir a buscarte y a sacarte el gobierno de la cabeza, y a don Quijote la locura de los cascos” (Qj, II, 52: 1059). Esta afirmación de la mujer de Sancho viene a confirmar que Sansón Carrasco no es sólo el personaje socarrón, aparentemente inofensivo y pletórico de bionomía que en ocasiones dan a entender sus afirmaciones. Por el contrario, adentrándonos en la lectura, a mitad de la novela, Cervantes nos dice que las actuaciones del bachiller responden a un proyecto explícito. Proyecto tramado y respaldado por el cura, el barbero y que Cervantes nos describe así:

“*Dice, pues, la historia que cuando el bachiller Sansón Carrasco aconsejó a don Quijote que volviese a proseguir sus dejadas caballerías, fue por haber entrado primero en bureo con el cura y el barbero sobre qué medio se podría tomar para reducir a don Quijote a que se estuviese en su casa quieto y sosegado, sin que le alborotasen sus mal buscadas aventuras*” (Qj, II, 15: 747)

Esta confabulación se resuelve en el traspaso del liderazgo para acometer el proyecto de cura y barbero a Sansón Carrasco. En consecuencia acuerdan:

“...que Sansón le saliese al camino como caballero andante y trabase batalla con él, pues no faltaría sobre qué, y le venciese, teniéndolo por cosa fácil, y que fuese pacto y concierto que el vencido quedase a merced del vencedor, y así vencido don Quijote, le había de mandar el bachiller caballero se volviese a su pueblo...” (Qj, II, 15: 747)

Esta función castradora, que tiende a aplastar el deseo de Don Quijote, como hemos señalado más arriba, la asumen en la primera parte el cura y el barbero. Si bien nos parece necesario llamar la atención que, frente a las ideas de grandeza y las descabelladas aventuras de Don Quijote, cura y barbero ofrecen en su conducta matices de contención y acogida que liman sus propuestas castradoras. Incluso, y esto nos parece más sorprendente, en muchos episodios ambos personajes trastocan sus papeles, en un juego de espejos, se alían con Don Quijote y entran en contradicción con la posición de ama y sobrina. En otras palabras, cura y barbero, personas de orden, se sienten amenazados por las pretensiones del hidalgo, que no son otras que medrar y salirse del estrato social establecido, es decir, desarrollar de alguna manera, aunque sea parcialmente, una aspiración de pulsión adulta. Estos mismos personajes muestran su desazón cuando Don Quijote, vuelto ya a la razón, se encamina hacia la muerte.

Las mutaciones que se producen en la historia, las posiciones funcionales que va adquiriendo Sansón Carrasco en el desarrollo de la novela, y sobre todo algunas observaciones de Cervantes, nos indican que pueden adjudicársele, sin mucha dificultad, los atributos de una función paterna. El capítulo XIII de la Segunda Parte es muy ilustrativo a este respecto. Bajo la forma del Caballero del Bosque o Caballero de los Espejos, Sansón Carrasco se encuentra con Don Quijote, sin que pueda ser identificado en la oscuridad de la noche. El diálogo entre los dos caballeros, la grandiosa relación de sus aventuras y la buscada rivalidad, ofrecen una estructura claramente especular. Frente a Dulcinea del Toboso se alza la figura de Casildea de Vandalia y cuando el caballero del Bosque echa mano a la espada, ante la desconfianza de Don Quijote, éste hace lo mismo ante lo que interpreta como inexactitudes y falsedades de su interlocutor.

Frente a frente y, en esta ocasión, a la luz del día, Cervantes nos ofrece esta figura del Caballero de los Espejos, repleta de símbolos fálicos:

“Don Quijote miró a su contendor y hallóle ya puesta y calada la celada, de modo que no le pudo ver el rostro, pero notó que era hombre membrudo y no muy alto de cuerpo. Sobre las armas traía una sobrevista o casaca de una tela al parecer de oro finísimo, sembradas por ella muchas lunas pequeñas de resplandecientes

espejos, que le hacían en grandísima manera galán y vistoso; volábanle sobre la celada grande cantidad de plumas verdes, amarillas y blancas; la lanza, que tenía arrimada a un árbol, era grandísima y gruesa, y de un hierro acerado de más de un palmo”

Y continúa así:

“Todo lo miró y todo lo notó don Quijote, y juzgó de lo visto y mirado que el ya dicho caballero debía de ser de grandes fuerzas” (Qj, II, 14: 741)

El resultado de esta primera contienda es favorable a Don Quijote. Bloqueado el caballo de bachiller no puede resistir el empuje de la lanza del Quijote y cae al suelo y allí, al levantarle la celada, con sorpresa y espanto, observa el hidalgo manchego, el rostro de Sansón Carrasco. Como es de rigor, atribuye su transformación a los espíritus malignos y encantadores que le persiguen. El consejo de Sancho ante la duda y sorpresa es una muestra clara, a mí juicio, de sadismo y sodomía:

“...por sí o por no, vuesa merced hinque y meta la espada por la boca a este que parece el bachiller Sansón Carrasco...” (Qj, II, 14: 744)

Esta victoria de Don Quijote produce en ambos contendientes efectos diferentes. Don Quijote camina ufano saboreando su triunfo, mientras el bachiller se lamenta en conversación con su escudero. Esta derrota de Sansón Carrasco da un giro en su evolución y pasa de ser una figura adversa pero en cierto modo complaciente, a la manera de cura y barbero que busca la derrota de Don Quijote, a otra claramente vengadora que le niega de plano su deseo. Cervantes expresa en el texto esta mutación cuando en el diálogo entre el Caballero de los Espejos y su escudero, que quiere volver a casa, escribe:

“-Eso os cumple -respondió Sansón-, porque pensar que yo he de volver a la mía, hasta haber molido a palos a don Quijote, es pensar en lo escusado; y no me llevará ahora a buscarle el deseo de que cobre su juicio, sino el de la venganza; que el dolor grande de mis costillas no me deja hacer más piadosos discursos” (Qj, II, 15: 748).

Esta mezcla de sentimientos, por un lado, frenar y poner límites los desvaríos de Don Quijote y por el otro, vengarse de la afrenta recibida

acompañan a Sansón Carrasco, siguiendo la ruta de Don Quijote, hasta Barcelona. Es allí, en Barcelona, donde culmina la aventura quijotil y donde el deseo de hidalgo manchego de conseguir gloria e incluso un reino, termina aplastada por la lanza vengadora de Sansón Carrasco, convertido esta vez en el caballero de la Blanca Luna. Cervantes nos presenta el episodio y su contexto de tal manera que expresa la estructura mítica del complejo de Edipo y la determinación inequívoca de aplastar el deseo filial:

“Y una mañana, saliendo don Quijote a pasearse por la playa armado de todas sus armas, porque, como muchas veces decía, ellas eran sus arreos, y su descanso el pelear, y no se hallaba sin ellas un punto, vio venir hacia él un caballero, armado asimismo de punta en blanco, que en el escudo traía pintada una luna resplandeciente; el cual, llegándose a trecho que podía ser oído, en altas voces, encaminando sus razones a don Quijote, dijo:

—Insigne caballero y jamás como se debe alabado don Quijote de la Mancha, yo soy el Caballero de la Blanca Luna, cuyas inauditas hazañas quizá te le habrán traído a la memoria. Vengo a contender contigo y a probar la fuerza de tus brazos, en razón de hacerte conocer y confesar que mi dama, sea quien fuere, es sin comparación más hermosa que tu Dulcinea del Toboso: la cual verdad si tú la confiesas de llano en llano, escusarás tu muerte y el trabajo que yo he de tomar en dártela;” (Qj, II, 64: 1157)

La historia es conocida. Don Quijote no puede resistir la lanza del caballero de la Blanca Luna y cae derrotado y humillada en la playa de Barcelona. Capítulos más adelante, vuelve Cervantes al episodio de la derrota y escribe este párrafo memorable:

“Al salir de Barcelona, volvió don Quijote a mirar el sitio donde había caído y dijo:

—¡Aquí fue Troya! ¡Aquí mi desdicha, y no mi cobardía, se llevó mis alcanzadas glorias, aquí usó la fortuna conmigo de sus vueltas y revueltas, aquí se escurecieron mis hazañas, aquí finalmente cayó mi ventura para jamás levantarse!” (Qj, II, 66: 1167)

La novela se prolonga diez capítulos más, con quiebros y meandros que salpican la vuelta a casa. En este largo peregrinaje, lleno de pesadumbre, sentimientos de humillación y alguna que otra fantasía de poder sobrevivir, no como caballero aventurero, sino en la plácida vida pastoril, traerá consigo un inexorable destino que es su propia muerte. Muerte no sólo como caballero, como soñador de extraordinarias aventuras para

ofrecer y obtener el aprecio de su dama Dulcinea del Toboso, sino como el personaje real de Alonso Quijano. No nos interesa tanto este último aspecto, aunque conviene recordar, que la muerte física del protagonista Alonso Quijano es independiente y posterior a la muerte de Don Quijote de la Mancha. Éste último, muere al ser defenestrado en las playas de Barcelona por la función castradora de alguien que se puso en su camino. Sin embargo es necesario advertir que se trata de alguien que es reconocido como autoridad; en otras palabras, la historia va de caballero a caballero y en esta derrota se deshace la estructura imaginaria entre Don Quijote y Dulcinea. El Caballero de los Espejos aplasta el deseo de Don Quijote, haciéndole vivir una fantasía de castración total.

Esta vivencia de Don Quijote queda reflejada con exactitud en el siguiente párrafo, en que el mismo se da respuesta a las tibias ilusiones de un derrotado:

“Pero ¿qué digo, miserable? ¿No soy yo el vencido? ¿No soy yo el derribado? ¿No soy yo el que no puede tomar arma en un año?”

Para continuar con estas contundentes palabras en la expresión inequívoca de un efecto de una castración totalitaria:

“Pues ¿qué prometo? ¿De qué me alabo, si antes me conviene usar de la rueca que de la espada?” (Qj, II, 65: 1164)

5. Coda

El Quijote pertenece, como una pieza fundamental, al discurso cervantino. La grandeza de Cervantes responde a su capacidad de elaborar un discurso, es decir, un texto literario complejo de gran densidad, lleno recovecos y meandros y por lo tanto, susceptible a un análisis de la connotación. Más allá de lo que expresa, sugiere e insinúa, la obra de Cervantes esta recorrida por un subtexto que posibilita su exploración sistemática. Desde una metodología filológica, social, histórica, teológica y cultural, pueden extraerse frutos de las lecturas de las obras de Cervantes. A estas herramientas interpretativas debe añadirse la psicológica y psicoanalítica.

En este trabajo, hemos tratado, desde una perceptiva psicoanalítica, acercarnos a la paternidad en el Quijote. Nuestro punto de partida remite a una diferencia entre la paternidad biológica y la función paterna. Esta diferencia de registros permite no sólo enriquecer la comprensión de la obra de Cervantes, sino también la concreción del propio concepto de la función paterna; considerado ésta, en su necesaria abstracción conceptual,

como un elemento fundamental de la teoría psicoanalítica. Entendemos la función paterna como un proceso de corte en la relación en el binomio materno-filial que pone en juego el destino del deseo; deseo que en un primer momento del mito edípico, está encapsulado y prisionero, como nos enseñó Lacan, en ser el falo de la madre. Este acercamiento a la función paterna debe entenderse como un aspecto particular y concreto del concepto del complejo de Edipo y que tiene consecuencias determinantes en las experiencias y vivencias filiales.

Hemos elegido algunos ejemplos del Quijote; de una parte, la función paterna sostenida en la supuesta paternidad biológica, ejercida en momentos memorables, aunque parciales, de su representación y que reconducen el deseo filial. Estos ejemplos están descritos tomando como materiales la historia del cautivo y la de Cardenio. De otra parte, hemos elegido la historia medular de Don Quijote, la esencia misma de la novela, en la medida en que la paternidad biológica está ausente en el texto. Hemos identificado como sujeto “sometido” a la función paterna a un personaje que emerge desde una lateralidad del relato y lo trasladamos al centro mismo del desarrollo y destino final de la historia. Este personaje no es otro que el bachiller Sansón Carrasco, luego Caballero de los Espejos y, finalmente, Caballero de la Blanca Luna. Siendo más precisos en nuestras apreciaciones podemos afirmar que Sansón Carrasco se introduce en el imaginario de Don Quijote como figura paterna; primero como elemento normativo y, posteriormente, como padre castrador; advirtiendo que realiza esta función de la castración de forma totalitaria, aplastando el deseo y destruyendo el vínculo mediante su función castradora.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rico F. Don Quijote de la Mancha, V. C. Barcelona: Instituto Cervantes, Crítica, 1998
- (2) Brandariz C. El hombre que “hablaba difícil”. Madrid: Ezaro ediciones, 2011
- (3) Astrana Marin L. Vida ejemplar y heroica de Miguel de Cervantes Saavedra. Madrid: Instituto Editorial Reus, 1948-1958
- (4) Freud S. Introducción al narcisismo. En: Obras Completas (1978). Madrid: Biblioteca Nueva, 1914
- (5) Torrente Ballester G. El Quijote como juego y otros ensayos críticos. Barcelona: Destino, 2004
- (6) Winnicott D. Mirror-role of Mother and Family in Child Development. En: Winnicott D. Playing and Reality. Londres: Pelican Books, 1974
- (7) Freud S. Formulations on the Two Principles of Mental Functioning. En: The Standard edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud (1986). vol. XII. Londres: The Hogarth Press, 1911

- (8) Levi-Strauss C. Antropología estructural. Barcelona: Ediciones Paidós, 1992
- (9) Foucault M. El orden del discurso. Barcelona: Tusquets Editor, 1973
- (10) Winnicot D. Les Mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines. Paris :Gallimard, 1966
- (11) Lacan J. The Works of Jacques Lacan. Londres: Free Association Books, 1986
- (12) Lacan J. Escrito. Madrid: Siglo Veintiuno, 1972
- (13) Bachelard G. El nuevo espíritu científico. Mexico: Editorial Nueva Imagen, 1981
- (14) Heidegger M. Ser, verdad y fundamento. Caracas: Monte Ávila Editores. C. A., 1975
- (15) Unamuno M. Vida de Don Quijote y Sancho. Madrid: Alianza, 2000
- (16) Ortega y Gasset J. (1984), Meditaciones del Quijote, Madrid: Cátedra, 1984
- (17) Maeztu R. Don Quijote, Don Juan y La Celestina. Madrid: Visor, 2004

EL INSTINTO DE MUERTE DE R. NÓVOA SANTOS. ACERCA DE LA MUERTE, EL SUICIDIO, LA EUTANASIA Y EL DERECHO A DECIDIR SOBRE LA PROPIA VIDA.

Federico Menéndez Osorio

Introducción

Médico y ensayista. Nace Nóvoa Santos en A Coruña en 1885, de familia humilde y muere en 1933, -joven aún- a los 48 años. Catedrático de Patología General en Santiago de Compostela y posteriormente en Madrid.

En su *Manual de Patología General* –escrito en 1916-, según afirma el Dr. Fernández Teijeiro, uno de los estudiosos de la obra de Nóvoa, “... se introduce por primera vez en un manual de Patología, la vida mental como un conjunto de procesos más de la fisiopatología, dándonos un visión unitaria y funcional del hombre” (1).

Escribe asimismo otras obras donde muestra su interés por los temas del campo psíquico, entre las cuales sólo cito algunas: *Phisis y Psiquis; El problema del mundo interior; La biopatología de los místicos y estigmatizados; Psicopatología del dolor*; etc.

Escribió también en su juventud artículos de diversa temática, entre otros, en revistas anarquistas de la época (*Natura; Tierra y Libertad; La Revista Blanca*, etc.) (2).

Se acercó a la obra de Freud tomando en consideración las nociones del inconsciente y preconscious, siendo crítico respecto a lo que él llamaba el pansexualismo freudiano.

El instinto de muerte

Se publicó este libro en 1927 (3). Es un lúcido ensayo, que sorprende por su riqueza teórica, la belleza de su prosa poética y las reflexiones acerca de la muerte, del alma humana, del imaginario gallego, del final de vida digno..., adelantándose en más de ochenta años a los actuales debates sobre la eutanasia, el derecho a decidir sobre la propia vida, etc. desde una posición racionalista y progresista.

Se divide el libro en ocho capítulos. Voy a citar sus títulos porque nos resumen y nos dan idea de su contenido y temática: 1º) El temor a la muerte; 2º) El instinto de muerte; 3º) La saudade; 4º) El deseo de morir en los místicos; 5º) El deseo de morir en los amantes; 6º) El derecho a morir

y a disponer de la vida; 7º) Dolor y eutanasia; 8º) A la sombra del árbol de la muerte.

Voy a recoger literalmente varios fragmentos de su ensayo, con el fin de que no pierdan su riqueza y belleza expresiva, además de que plasmen rigurosamente su pensamiento.

La muerte como hecho fisiológico

En los primeros capítulos va de desarrollar lo que para él significa la muerte y perfilar lo que entiende como instinto de muerte más específicamente.

Entiende Nóvoa la muerte como un hecho natural consustancial con la vida y la existencia (encontramos ya aquí resonancias de Heidegger cuando éste afirma “la existencia del hombre como ser para la muerte”). La muerte como un hecho fisiológico más del ser humano. Para Nóvoa, en el puro fisiologismo, “el alma es química y la muerte un fenómeno propio del mundo orgánico” (4).

Este encuentro natural con la muerte, nos lo va a describir en textos muy bellos: “trágica en la forma, en el gesto, pero suave, mansa y dulce como una novia nos recoge la muerte” (p.25). Y continúa esta reflexión: “no son sólo los mártires y filósofos o enamorados y guerreros los que ofrendan voluntariamente sus vidas [...] hay también una espléndida nebulosa insoluble de gente humilde, desconocida y olvidada, por lo común miserable, que marcha sin protesta, ni disgusto, camino de la muerte, o que va hacia ella, con el contentamiento del que realiza su destino” (p.29).

Contrasta esta visión con la actual negación de la muerte y su medicalización, la cual no tiene cabida en un mundo que enferma de eterna juventud.

A esta negación de la muerte hace referencia F. Colina cuando dice “... una época como la presente, tan esquinadamente equivocada con la muerte, ha hecho del saber morir, un ideal de mastuerzo...” (5).

O bien lo que va a significar para la Dra. Iona Heath, “... la sociedad contemporánea parece haber perdido todo sentido del valor de la muerte, del vínculo indisoluble de la muerte con la vida, de la muerte como componente de la vida [...] morir es parte de la vida, no de la muerte...”. Y continúa su reflexión recogiendo de J. Berger “... con los avances de la medicina científica se abandona el papel del médico como compañero y testigo de nuestra muerte y ante el desafío tecnológico, el prolongar la vida fue adquiriendo primacía sobre la calidad de la vida...” (6).

Deseo de morir – Saciedad de vida

Va a diferenciar NÓVOA en páginas posteriores lo que es el temor a la muerte, del deseo y placer de morir: “Hay pues, además, del temor a la muerte, otro sentimiento antagónico que se define como deseo y placer de morir y para algunos casos, como absoluta indiferencia ante la muerte... -y continúa- ... Amar la vida y cuando llegue el momento saber amar la muerte [...] Hemos de pensar que la alegría del desvanecimiento postrero, sólo está a nuestro alcance, cuando sepamos sentir a tiempo la saciedad de la vida...” (p.30).

El término saciedad de vida es para NÓVOA un concepto que lo relaciona y da sentido con el deseo de muerte, en tanto define una manera necesaria y propia de lo que sería el derecho a vivir dignamente: “Sólo muere a tiempo quien sucumbe saciado de vida, aunque se diga que unos mueren demasiado pronto y que otros se abaten demasiado tarde, consideramos que sólo sabe morir dignamente quien muere a su tiempo... (p.39) [...] si algún día hace emersión el instinto de muerte deberá revelarse a la consciencia como sentimiento de saciedad de vida” (p.35).

Vemos esta idea en Joseph Conrad que va a hacer grabar en su tumba, “El sueño tras el esfuerzo; tras la tormenta el puerto; el reposo tras la guerra; tras la vida hartó complace la muerte”.

Prosigue NÓVOA haciendo hincapié acerca de la muerte como un acto natural, “si fuese la muerte un acontecimiento natural y no un accidente desgraciado e irremediable, el hombre debería salir al encuentro de ella como quien espera la visita del amigo largamente ausente. Cuando el médico y el enfermo –cita a Meterlink- hayan aprendido lo que deben aprender, no habrá razón alguna filosófica, ni metafísica para que la visita de la muerte no sea tan bienhechora como la del sueño...” (p.31).

Vamos a encontrarnos en esto resonancias del estoicismo. Es el estoico Epícteto quien refiere, “... queramos lo que en cualquier caso suceda [...] si presumiese el hombre bueno y honrado lo porvenir, cooperaría con la enfermedad y la muerte...” (7). Aunque NÓVOA va a trascender la simple aceptación estoica y va a darle una dimensión y un sentido distintos.

Asimismo Montaigne (8) va a referir en sus ensayos como “toda sabiduría y discernimiento del mundo, se reduce a este punto, a “enseñar a no temer la muerte (p.125). [...] el que enseñare a los hombres a morir, los enseña a vivir (p.136) [...] la utilidad de la vida no está en su duración, sino en su uso...” (p.124).

Siguiendo en esta reflexión NÓVOA va a hacer un símil de la muerte con los procesos fisiológicos y naturales: “... hay que pensar que la muerte natural es una necesidad fisiológica y sobre esta necesidad debe erigirse el instinto de muerte ya que si la satisfacción de nuestras necesidades fi-

siológicas se asocian a un sentimiento de placer, también será por tanto agradable la postrera necesidad de la vida... “(p.34). (es decir, la muerte, valga la paradoja).

En relación con esta idea ya Nietzsche (9) había escrito en *Moral para médicos*: “... restablecer ante todo la apreciación correcta, es decir, fisiológica, de la llamada muerte natural [...] no la muerte en las condiciones más despreciables, no libre, no natural; por amor a la vida se deberá querer la muerte de otra manera, libre, consciente, sin azar ni sorpresa...” (p.110). El poeta orensano J.A. Valente, en este sentido de la aceptación de la muerte, escribió un bello poema, la víspera de entrar en el sanatorio para ser intervenido de una grave operación: “Me cruzas muerte, con tu enorme manto/ de enredaderas amarillas/ me miras fijamente/ desde antiguo/ me conoces y yo a ti/lenta muy lenta, muerte, en la belleza/tan lenta del otoño/ si ésta fuese tu hora/dame la mano, muerte, para entrar contigo/en el dorado reino de las sombras” (10).

Y otro poeta, Gamoneda, en *Canción errónea* escribe: “Definitivamente me he sentado/ a esperar a la muerte/ como quien espera noticias ya sabidas” (11).

Se va a referir Nôvoa a la relación goce–muerte y de la muerte como liberación ante el dolor y el sufrimiento: “reconocemos entonces que es la muerte, la única senda abierta para dominar en absoluto la infelicidad, o para continuar disfrutando del sosiego que tememos nos sea arrebatado...” (p.33).

Hará una distinción entre instinto de muerte y voluntad de morir, así como una relación entre saudade y muerte: “enciéndese la voluntad de morir en los amantes, en los místicos, en los héroes y en los desesperados, pero esta voluntad de morir no es el propio instinto de muerte, que también es voluntad de morir, de la misma manera que el instinto nutritivo es alcanzar el alimento y el sexual el objeto afrodisíaco. Es voluntad de morir, pero no para adueñarse de un ideal (los héroes), ni para abrasarse en amor (los místicos), ni para sustraerse a la infelicidad, sino para reposar sin que el reposo sea nunca turbado...” (p.41).

Saudade e instinto de muerte

Pasa a referirse a la saudade, así como a otros temas del imaginario gallego, como la terra-nai; la regresión a la tierra, etc. todo ello expresado con una bella prosa poética: “La Saudade es un complejo misterioso, una constelación, en la que entran la melancolía y la añoranza, la ternura y la desilusión y el abandono de sí mismo y a veces el ansia de desvaírse en el remanso de la muerte...” (p.51).

Va a hacer a continuación una distinción entre saudade y morriña: “hay un anhelo, una aspiración que en la morriña se resuelve en voluntad de retornar a la tierra, pero que en la Saudade se intensifica y culmina en el instinto de muerte, que significa la forma suprema de reversión a la tierra...” (p.70).

Recorre Nóvoa a la poesía galaico-portuguesa para plasmar sus reflexiones:

“... unha sede
d-un non sei qué, que me mata”
Rosalía

“Yo soy aquel gallego enfermo de tristeza,
de una tristeza vaga, que mata sin saber...,
de esa bruja dolencia que llaman la Saudade,
que es sentirse triste, y no saber por qué.

.....
Esa tristeza vaga, sutil e imprecisa,
que llaman la Saudade, de fuerza misteriosa...
esa tristeza rara, que mata sin saber.”

Mesejo Campos

“Eu non sei que teño...
Morro de soedades e penas,
sin atopar un consolo,
ni quen conmigo padeza.

.....
Como unha luz que s’apaga
vou morrendo de tristeza.”

Lamas Carvajal”

Y continúa desgranando los temas de la saudade, reversión a la tierra-nai y a la muerte, “... el deseo de anihilarse, de derramarse en la tierra que nos ofreció el nutrimento para el cuerpo y la esencia de la luz para el alma...” (p.67).

“Campanas de Bastabales
cando vos oyo tocar
mórrome de soedades.”
Rosalía

*“Que morrer de puro triste
Que maior contentamento...”*
Camões

Y culmina en esta fusión de saudade, tierra, nai, muerte “Pensemos por último que la fuerza creadora de la esperanza, la saudade de lo porvenir, no es otra cosa que la misma intención creadora de la muerte, que nos invita a devolver a la tierra, todo lo que de ella hemos recibido. Ansia de recogerse al abrigo y fecundo cariño de la tierra nuestra, de la madre de todos, del agro nuestro, como el místico aspira a recogerse en Dios...” (p.71).

Derecho a disponer de la propia vida

En los últimos capítulos da un giro a sus reflexiones, dejando una cierta metafísica para posicionarse sin ambigüedades en temas que, a día de hoy, son de plena actualidad y debate, utilizando un racionalismo y una argumentación directa, clara, contundente y militante, que no hace perder un ápice la riqueza expresiva y literaria del texto.

En el capítulo VI, “El deber de morir y el derecho a disponer de la vida”, se reafirma en el derecho y libertad para disponer de algo “tan nuestro” como es la propia vida. Reflexiones que irá desgranando en la línea que ya otros filósofos y pensadores señalaron igualmente desde muy diversos campos: “... no sólo tenemos derecho a vivir, sino que también tenemos derecho a disponer de nuestra propia vida ¿pero cuando podemos disponer de ella? [...] quien tiene derecho a vivir también tiene derecho a disponer de su vida como le plazca. Se nos concede el derecho a disponer de nuestras prendas y propiedades que forman una prolongación jurídica de nuestra personalidad y en cambio, todavía no se ha declarado solemnemente, en nombre de un sistema, el derecho a disponer de la única prenda que nos pertenece por entero [...] ¿en nombre de qué o de quién nos van a cercenar ese derecho? [...] en nombre del creador, o en nombre de la humanidad que nos tiene a su servicio...” (p.132-133).

En relación con esta misma idea vamos a encontrarnos en Nietzsche algunas reflexiones en *Moral para médicos* cuando afirma: “... la muerte elegida libremente, la muerte realizada a tiempo, con lucidez y alegría, entre hijos y testigos; de modo que aún resulte posible una despedida real, a la que asiste todavía aquel que se despide; así como una tasación real de lo conseguido y querido, una suma de la vida...” (p.109).

O lo que el teólogo Hans Kung afirma “El derecho a la vida no es una imposición de la vida...” (12).

Sigue insistiendo Nóvoa en el tema señalando las contradicciones y la doble moral existentes; arremetiendo contra la pena de muerte, la guerra, la pobreza, etc. “niégasenos el derecho a disponer de lo único verdaderamente nuestro y no obstante la sociedad cree tener derecho, y lo ejerce muchas veces violentamente, a disponer de nuestra vida, ejerciendo ese derecho de muy variadas maneras, si no es la pena capital para los criminales y los enemigos políticos, es el imperativo que nos violenta a disponer de nuestra vida, enviándonos a la conquista de territorios o a combatir contra hermanos de otra religión, o de otra lengua, o de ideales políticos que no son los nuestros, o por último, la indiferencia ante ese ejército de hombre y de niños que sucumben de inedia, de frío o de morbos evitables...” (p.133).

Sigue oponiéndose a los prejuicios morales e ideológicos que niegan el derecho a decidir sobre la vida, “... también se glorifica la renunciación a la vida en determinadas circunstancias, el martirologio cristiano o los héroes innominados, ¿por qué se puede morir por un ideal más vigoroso que la misma vida y en cambio no se debe morir a impulso de otros móviles? [...] desprenderse de la vida por tedio o por dolor no es menos gallardo que producirse bajo la presión de otros resortes. No será más delicado disponer de la vida por móviles personales, que por motivos colectivos o gregarios, pero no es menos justo [...] esa enorme legión de gente oscura, anónima, que renuncia a la vida por móviles estrictamente personales, si no son héroes de un ideal son héroes de sí mismos y por ello son acreedores al respeto y a nuestra devoción...” (p.140-141).

En esta línea anterior, recoge Colina el análisis de Foucault, “... el poder siempre se ejerce sobre el cuerpo, donde se pasa del viejo derecho de soberanía que consistía en hacer morir o dejar vivir, al nuevo que se convirtió en el hacer vivir y dejar morir [...] A partir del S. XIX lo que prima es hacer vivir a una población o a un particular todo lo que se pueda, hasta empleando la fuerza si viene al caso, llegando a esa forma de tortura moderna que conocemos como encarnizamiento terapéutico [...] Así tenemos la virulencia y el despropósito que pueden alcanzar las condenas al aborto, el suicidio, el control de natalidad, el uso de células madre, los cuidados paliativos, la sedación terminal y en último extremos la eutanasia. Equivalentes todas ellas de una vida obligatoria, que obtienen su justificación desde este rasgo irracional del poder que se legitima ideológicamente a expensas de defender el principio de la vida a cualquier precio...” (13).

La eutanasia

En el capítulo VII aborda el tema de la eutanasia, a la que llama “el homicidio misericordioso”. Destaca este texto por lo clarividente y vanguard

disto de su reflexión que se adelanta en más de ochenta años a las actuales reivindicaciones y debates al respecto: “Otro aspecto del problema está en discriminar si es lícita la práctica del homicidio misericordioso, siempre que un enfermo incurable o un herido letalmente mutilado, soliciten les sea abreviada la existencia para librarse del dolor ¡¡Claman les rematen por misericordia!! ...” (p.141).

En este sentido, recientemente, la novelista Michela Murgia, -que en su novela *La Acabadora* aborda el tema de la eutanasia-, hacía unas declaraciones en *El País* en donde expresaba: “Hay que reglamentar el final de la vida con justicia y dignidad. No se trata de un homicidio a escondidas, sino de un pacto entre seres que se aman...” (14).

Continúa Nóvoa argumentando en esta línea sin concesiones: “quienes condenan este sagrado derecho a disponer de la propia existencia, echan en cara la falta de valor personal que representa la voluntaria renunciación a la vida. Si renuncia a vivir para sustraerse al dolor físico o a la ruina moral; o al castigo merecido; o al tedio de la vida, es porque les falta valor para soportar estas cargas. Tanto el suicidio como el homicidio misericordioso son pecados de cobardía ¿hemos de ser todos igualmente valerosos? Además, quien haya oído expresarse a algún enfermo o amigo infeliz con estas o parecidas palabras: “me falta valor para privarme de la vida” están en lo cierto, pues no se trata de un acto de valor ni de cobardía, sino de una anticipación, que tiene siempre una sólida base endospectiva...” (p.142). [sería muy útil tener esta reflexión en cuenta para quienes ‘tratan’ el suicidio].

Y continúa “... paralelamente a la ‘eubasia’, a la vida placentera, hemos de considerar la ‘eutanasia’, la buena muerte, la dulce despedida. No son sólo motivos piadosos, sino también móviles biológicos los que nos mueve a ello. Cada uno es dueño de escoger el método moral o el procedimiento físico que crea más conveniente para aislarse del dolor, pues es seguro que la vía más eficaz para elevarnos, es decir, para purificarnos y superarnos, consiste, no en sufrir, sino en procurar que no nos alcance el sufrimiento (p.157) [...] Además ‘ayudar a bien morir’ fue siempre una obra misericordiosa” (p.159).

La decisión que tomará Ramón Sampedro y que va a dejar reflejada en su testamento, nos muestran reflexiones contenidas en Nóvoa: “... vivir es un derecho –dirá R.Sampedro- no una obligación [...] a mi lado tengo un vaso de cianuro, cuando lo beba habré renunciado –voluntariamente- a la propiedad más legítima y privada que poseo, es decir, mi cuerpo. También me habré liberado de una humillante esclavitud –la tetraplejia- lo hago para ser dueño y soberano de lo único que el ser humano puede llamar realmente “mío”, es decir, el cuerpo y lo que con él es –o está- la vida y su conciencia...”.

Hay en Nóvoa una alusión al amor y a la muerte "... el dolor físico, la pavora moral, la infelicidad, justifican la renunciación a la vida y sobre todo el amor, que es juntamente con la muerte las dos bellas cosas que tiene el mundo..." (p.143).

Va a terminar su ensayo mostrando las contradicciones y la doble moral existentes: "... dicen que el combatiente que marcha seguro de entregar su vida en el campo de batalla es un héroe, voluntario o forzado, convencido o sin fe en la causa que defiende; pero el hombre que la rinde a su propia voluntad es un cobarde, o un miserable, o un impío, ¡oh lenguaje engañoso y falacia humana! ..." (p.144). [...] ¡Consolémonos amigos! Porque la única verdad que todos alcanzamos, aun los más humildes e indoctos, a despecho de las contiendas que sostienen doctores y filósofos, es que todos tenemos el sentimiento del deber de morir y que todos igualmente, sentimos en la profundidad de nuestro corazón, el derecho que tenemos a disponer de nuestra vida, prenda siempre nuestra, hasta el momento de recogernos en el sosiego de la muerte" (p.144).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fernández Teijeiro JJ. Entre Bechterew y Teresa de Jesús. En: R. Nóvoa Santos: Psicopatología General. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Servizo Galego de Saúde, 2002 .
- (2) Ponte Fernando FJ, Valle-Inclán Alsina del J. Roberto Nóvoa Santos. Las primeras páginas. Santiago de Compostela: Auga editorial y Univ. Santiago de Compostela, 2011.
- (3) Nóvoa Santos R. El Instinto de muerte. Madrid: Morata. 1927.
- (4) Lizancos P. La Opinión. 1-XI-2006.
- (5) Colina F. Cinismo, discreción y desconfianza. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Cultura, 1991. p.16.
- (6) Heath I. Ayudar a morir. Madrid: Katz, 2008. p.31.
- (7) Arendt H. La vida del espíritu. Barcelona: Paidós, 2002. p. 313.
- (8) Montaigne M. Ensayos I. Madrid: Cátedra, 2010.
- (9) Nietzsche F. El crepúsculo de los ídolos. Madrid: Alianza, 1975.
- (10) Valente JA. Palabra y materia. Madrid: Círculo de Bellas Artes, 2006. p.52.
- (11) Gamonedá R. Canción errónea. Madrid: Tusquets, 2012.
- (12) Kung H. Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad. 3ª ed. Madrid: Trotta, 2010. p.63.
- (13) Colina F. Los escaparates del cuerpo. Átopos 2009; 8: p. 68.
- (14) Murgía M. El País, 26-VI-2011.

ENFERMOS Y SANADORES EN LA OBRA DE CUNQUEIRO.*

Ánxel Vázquez de la Cruz

Ben habería de contar don Álvaro a emoción e gratitude que sinte agora- xa incluído no xénero das clases pasivas- aquel que, rapaz de dez ou doce anos, agardaba ansiosamente nos anos 60 polo Faro de Vigo, para ler o *Envés*: a foto iluminada polas palabras máis fermosas; e xa, para o resto da súa vida, quedarse coa aquela fúlgura, e sempre atento á melodía que ía fluíndo en relatos, artigos, novelas, obras teatrais...: todo o longo poema da obra cunqueiriana, onde o noso idioma- “*conservalo é a nosa máis importante misión*”- vai coma un río.

A min paréceme cousa de milagre. Aínda que debo dicir que tamén lle mandei unhas nécoras aos organizadores para cumprir este soño: o de falar en Mondoñedo de Cunqueiro que é como facelo en Macondo de García Márquez, ou en Santa María, de Onetti. Pero, sen menosprezar o poder das nécoras- que tamén recibiu Axeitos por axudarme na bibliografía e na conversas, mentres tomábamnos coma el di unhas *jaseosas*-, creo que hai unha certa razón, algo esotérica pero de peso, para terme invitado. E debe ser, digo eu, pola miña pertenza xa veterana a seita dos cunqueirianos da que falaba Cesar nun reportaxe da televisión. E nesa irmandade creo estar a un bo nivel. Porque, se ben todos os membros desta sorte de relixión acaban falando de Cunqueiro, a menor oportunidade e sen contactos previos, os máis iniciados chegamos incluso a coñecermos uns a outros desde lonxe, como os de certas tendencias sexuais, ou os da mafia xaponesa, ou, sen ir mais lonxe, os da provincia de Ourense. E iso pese a que na secta a tipoloxía e procedencias son moi variadas. Eu, por exemplo, coñecín a moitos en Cataluña: nada raro, tan lido desde moi novo don Álvaro dos poetas cataláns e tan *estimat* el mesmo en Cataluña. O máis importante dos alí detectados foi se dúbida Eduardo Galeano. E de un gran mérito tamén porque, como el explicaba, foi durante moitos anos un cunqueiriano clandestino. Ate ese punto de envilecemento e mesquindade colectiva nos levou a ditadura, incluso aos seus inimigos e vítimas: non estaba ben visto ler a cunqueiro en certos ambientes de esquerdas.

Debo afirmar en primeiro termo que é imposible que un médico non considere a don Álvaro colega- “*fillo de bo boticario, zoólogo e gran botánico*”- e menos despois de ler Escola de Menciñeiros, que debería estar entre os libros oficiais da carreira de medicina. Tamén no que respecta en xeral a súa obra está presente esa afinidade súa por a actividade sandadora.

* Texto publicado en revista Siso/Saude AGSM, nº 51. Invierno 2011.

Tanto en Escola de Menciñeiros coma en Xente de Aquí e Acolá, se nos mostran estes paisanos tan nosos- “de prima doutrina, humoristas se cadra, psicólogos sempre que teñen o poder para sandar”, di García Sabell. O propio don Álvaro di que curaban;

“tal vez porque puñan un gran coidado no trato humano, amén dunha sutileza que lles viría digo eu do coñecemento das ordes secretas da Natureza, da cal o home non e máis que unha parcela cuxas lindeiras non se saben”.

De identificación tan plena tal vez lle viñan certos poderes que don Álvaro non se atreve a definir, pero que sen dubida concilian a maxia coa racionalidade. En palabras de García Sabell topan a solución de compromiso entre o pulo da fantasía e o tirón da realidade. *En todo caso-* afirma Cunqueiro- *trátase de xente de nos, e neste espello teñen ficado rostros do que chamamos ser galego, da insondable profundidade de ser galego. Ao que el consideraba á vez “racionalista e supersticioso: un intelectual”*. E tamén afirmaba: *a miña ultima pretensión será mostrar a esplendidez da vida cotiá*.

Da vida cotiá espléndida, coa súa parte alícuota- isto de alícuota gustaríalle a don Álvaro- de maxia, humor, perspicacia, melancolía e compasión, están compostos estes personaxes. Neles, como en Simbad, en Orestes, en Merlín e en tantos outros está o propio autor que en palabras de Del Riego *“coñecía como poucos este noso país, ledamente, bondadosamente, con naturalidade. E coñecía aos que vivían nel e non necesitaban outro: cazadores, pescantíns, menciñeiros, labregos, emigrantes e mareantes”*.

Como non todos os curandeiros tiñan a suficiente cualificación, os poderes precisos, algún que intentou entrar no libro foi rexeitado polo autor: *“ti non tes a arte”*. Ao parecer, non todos aprobaban o particular MIR de don Álvaro.

Eu, que non son crítico literario, nin antropólogo, nin sequera notario, centrareime nos propios menciñeiros por ser, ao fin e ao cabo, colegas meus. E utilizarei a propia voz de Cunqueiro para destacar os aspectos que coído mais esclarecedores sobre o carácter deles: tan paisano, tan noso.

Os seus nomes xa compoñen unha melodía salutar: Perrón de Braña, Borrallo da Lagoa, Xil da Ribeira, Lamas Vello, Pardo das Pontes, Silva da Posta, O señor Cordal, Cabo de Lonxe, O Licho de Vilamor, Loureiro de Pazos, Liñas de Eiris, Novo de Parmuide, Souto de Lires, Penedo de Oiran...

E común neles todos unha certa parsimonia na aproximación ao enfermo, un amigable escoitar, *un ir falando das cousa de ir e vir...*

Unha das cualidades máis importantes do menciñeiro, e a un tempo unha das bases da confianza que inspira, é a sabenza dos seus propios límites, do catálogo das técnicas que pode empregar.

Dito xa que hai neles un certo poder de creación, o cal os colocaría no campo artístico, iste refórzase con certos ritos máis ou menos racionais, ou liturxias misteriosas ou enigmáticas, sempre na idea de que a enfermidade vai mais alá dun trastorno nunha función corporal: é o mundo enteiro do enfermo o que está trastornado.

Ás veces, creo eu, a enfermidade é unha sorte de identificación social, non tanto estigma como *distinción*, un punto de prestixio: un elemento de atracción cara a unha persoa se cadra anódina ou anónima para a que a enfermidade é o máis importante que lle ocorreu na vida en relación cos demais. De aí esa demanda de atención moi ben reflecta nese chiste de Xesucristo, que é enviado de novo ao mundo polo Deus pai, para ver de arraxar o *cristo ese* dos ambulatorios. Ponse o bo Xesús de médico nunha consulta, e pasa o primeiro enfermo, parapléxico na súa silla de rodas. En dous minutos xa está de volta na sala de espera, a paso apresurado e empurrando a silla. “¿ E o novo que tal?”, é a pregunta unánime? “ Nada,- contesta irado o paciente- coma todos: nin mirou para min, nin sequera me preguntou cómo me chamo: ¡levántate e anda, e ao carallo!.

Iso non lle pasaría nunca ao pobre paralítico cun menciñeiro.

As técnicas deles varían duns a outros e tamén, ata certo punto- porque todos atenden a corpo e alma- as especialidades: compoñen osos, eliminan verrugas, empregan fórmulas de psicoterapia tales como cambiarlle o nome ao enfermo, inventarlle outra identidade, ou ao usureiro receitalle unha tempada de mendicidade nunha sorte de laborterapia conductista. Pero tamén empregan sangrías, réximes de comidas, sinapismos etc.

As veces dan longos paseos co enfermo, pernocta incluída nun palleiro ou nunha fonda, ou ensinan a respirar con técnicas tipo ioga. Aconsellan comidas, baños quentes e, as veces, a ociosidade: *para certos enfermos a mellor medicina e a vaguidade*.

Outros botan man de poderes máis potentes e desenvolven capacidades adiviñatorias. Tamén de extirpación ou expulsión de ánimas, o que xa pertencería máis ben ao campo dos trasplantes.

Moi brevemente recordo agora algúns deles, dos menciñeiros e dos enfermos, que me parecen máis arquetípicos e a forma en que se entregaron á súa propia morte.

Perrón de Braña:

Viña moito pola botica de meu pai”.

É un dos mais xeneralistas: sangraba, diagnosticaba pola voz: *hai nove tonos*. Dáballe moita importancia ao ben durmir, incluso ata deitarse a veira do doente, fora muller ou crego, e compasaba a súa respiración. Contáballes historias e os enfermos devecían por elas. Púñalles adiviñanzas. Ninguén llas sacaba aínda que as veces participaba toda a familia,

toda aldea. O Grilo de Abeledo sacáralle unha e o crego de Labrada nunca puido con ela: “foise o Grilo -dicía medio cabreado o crego no enterro- sen darme a correcta das sete zocas que calzaban catro homes e ningún era coxo”.

Perrón era da *casca amarga* ou sexa republicano, coma varios outros que Cunheiro non se priva de sinalar con certa compracencia.

Borrallo de Lagoa:

Movíase preferentemente no campo psiquiátrico. Podían deixalo so, no monte cun tolo irado, e non lle facía nada: *obedecíano e quedábase*. Cambiáballo o nome aos tolos e inventáballo unha biografía. A un que se chamaba Secundino decíalle: “ti es Pepito e nada máis. Contesta so por Pepito”. Dicíalle que estivera na Habana e tivera unha carbonería en santa Clara 21...

Estaba algo especializado nos *afrixoados*: xente que se entrisca, cánsase, enfraca desavece a comida. El mesmo fora un *afrixoadado* e curouse a base de aprender a ler e porque vendeu unha leira en foi pasar un mes a Ourense. Volveu novo. Contaba e non paraba dos cafés cantantes. Aos *afrixoados* convencíalos de que non o estaban: dicíalle que tiñan en realidade algo orgánico: unha pedra na illada ou unha flema crónica. A un tal Listeiro, deprimido e que se deixaba morrer, déralle por blasfemar e díxolle á Borrallo que “a vida era unha merda, e que el non se colgaba por non darlle gusto a unha nora que tiña”. Acabou levando ao propio Borrallo as costas tal como lle profetizara o sandador no máis cru da loucura, a unha romaría de San Cosme. Para completar o prodixio a nora marchou a servir para Barcelona.

Valía máis que Conxo, dicía a xente

Apareceu nunha cuneta no 36 cun tiro na cabeza.

“Parece que o estou vendo na botica de meu pai”.

Lamas Vello:

Empregaba o amigable escoitar pra facer unha historia clínica exhaustiva.

Teorizaba sobre a etiloxía e a patoxenia: *a enfermidade non cha botou ninguén. Están en un: un mal soño, unha anguria, unha envexa, unha teima contra dalgún, pódese volver unha enfermidade. Unha persoa humildosa, calada, amiga, esmoleira, está inmunizada contra moitas doenzas. Os soberbios, avaros, irados, sobressaltan o sangue e adoitan o corpo para que lles veña unha doenza*.

As veces a enfermidade hai que pórle un nome humano. Moitos nin sequera están realmente enfermos. E que se anoxan. Contaba moi ben as historias, incluso chistes. A mellor cura e a vaguidade acostumaba a dicir.

Ao Folgo de Vilamea, sumamente grave diagnosticouno *de ansia, de ansia e nada mais que ansia*, e mandouno a pedir esmola unha tempada. Volveu san e fíxose dadivoso e ata derrochón.

Pardo de Montes:

Moi lido e gran compoñedor de osos. Viñeira de Cuba. Trataba de vos-tede aos enfermos durante a consulta, e distinguía 13 pulsos.

A súa teoría patoxénica basábase nos ventos. Temos no corpo nordés, xistral ou vendaval e o de dentro abanease nunha ou outra parte onde estea soprando.

Puña na receita entre o nome e a dose a palabra vervigracia- "*laúdano, vervigracia, 3 gotas*"- e sempre a luz dunha vela.

Cando o 36 pasou moito medo dun médico. Del dicía en cubano: *este me va a mandar a coger postalitas.*

Silva da Posta:

Enfermeiro de manicomio e músico en Bos Aires. Tocaba o armonio de valixa. Trataba moito con asuntos de ánimas.

A Cachizas, un enfermo xa do manicomio en Arxentina, onde se fixeran amigos, que teimara seguido con quedarse viaxando pola aldea despois de morto, díxolle que bastaba con levar un espertador a tumba e ter algo que facer por aquí. Decidiu Cachizas deixar uns cartos enterrados e saír a controlar que á muller porque non volvese casar. Empeorou rapidamente Cachizas e en pouco tempo xa estaba enterrado co espertador. Houbo gran expectación e medo cando soou na hora programada, pero non volveu soar porque Cachizas non volveu darlle corda.

- Ultimamente andaba algo xordo e quizais non oíu o espertador - dixo Silva

De todos modos un tal Vizoso deixou testemuña dos poderes de Silva cando no alto da xesta foi apremado por el para coller una ánima perniciososa que había que *chocar*. Quere dicir enganala e darlle terra. Atraeu a anima a unha pelica de ovella e cando a tivo dentro díxolle en arxentino:

-Amigo Victoriano-soubos que o nome era Victoriano despois de chamarlle un innúmero de nomes ao azar, ata que ao oír o apropiado remexeu-se a ánima dentro da pelica - ¡qué alegría!. Cuanto tiempo sin verlo a usted y la familia...E así,

despois de moitas zalamerías, cravou a navalla no medio da pelica que se remexía ata que parou; atáronlle, entón, unhas correas, e despois mexáronlle enriba. Quedou a ánima coa navalla cravada.

Lamentábase Silva de deixala alí: *unha Soligen marca "Los dos macacos"*

E marchábase, despois de semellante intervención, teimando naquela navalla Soligen.

A Cabo de Lonxe- *habitual da botica do pai*- preguntoulle Cunqueiro onde era lonxe

-Ai ¿quen llo sabe?. Xa ao meu avó llo chamaban.

Tiña uns principios deontolóxicos moi firmes. Cando o acusaron de andar en abortos dícialle a don Álvaro: deso nada. “*Cousa ben distinta e darlle as rapazas unhas herbas para que non empreñen. Iso non lle fai mal a ninguén*”.

Braulio de Labrada:

Salvárase dun raio porque alguén, luminoso e redondo tirou del amarrándoo dun brazo e levouno a moita distancia do castiñeiro onde se refuxiara, que quedou carbonizado. Para demostrar o tirón do brazo ensinába un certificado dun xastre de Lugo, coas medidas anteriores ao suceso, mentres estendía os dous brazos, un deles moito máis longo.

Cando lle dicían que a figura luminosa podía ser a fúlgura do raio, el sinalaba o brazo.

-*E non sería o anxo da garda?*, díxolle Cunqueiro

-*Ou un encanto compasivo, ou san Cosme, ou un defunto que pasaba por alí...*- replicou, moito máis aberto a etiología, Braulio de Labrada.

Enfermidades e taras

Monteiro de Rubias foi tomar os baños a Covas por prescrición de Pita de Sancobade. Tomounos en minguante e sentáronlle mal. Adelgazou, saíronlle tirizós, e, o peor de todo, púxoselle unha sombra onda el. Saíra do mar con ela. Talvez era dalgún afogado. A sombra era pequena, frioleira e daba mal durmir. A noite enteira dando voltas. A sombra non comía. Monteiro, sempre doente, canso, sen mais compañía ca da sombra. Apoiábase nela como nun bastón cando ía pasear. Cando chegou o verán Pita mandouno outra vez a Covas

-*A ver si te rectificas. Ou te reinicias, diría hoxe*

Cando saíu da auga, a sombra quedárase no mar. Monteiro berrou por ela e chorou un día enteiro no areal. A sombra non volveu e Monteiro foise so para Rubias. Pouco despois finou, *aborrecido, inapetente, canso, canso*.

O fillo- que traballaba na Seat en Barcelona- deulle esta explicación a Cunqueiro ante a súa muller albaceteña:

- Es como si a uno le hubiesen quitado el cuerpo de afuera y quedase suelto en el mundo el cuerpo de adentro.

A albaceteña choraba.

-Ten medo de que lle pase o mesmo ao noso Antonciño- dixo,entón, o fillo de Monteiro.

Souto de Lires, Manueliño, naceu ca cachola algo ladeada, o brazo dereito máis curto que o esquerdo e o pe esquerdo medio volto. Para o da cabeza mercou un sombreiro e arranxouno para poñelo de fronte, de modo que disimulaba a cousa; a curtidade do brazo ata podía ser vantaxe para a escopeta ou o legón. Pero o que o traía moi desgustado era o do pe.

-¡*Non mo merezo, coño!*

Rexeitado no servicio militar, tamén en cabalería ou artillería- onde el consideraba que podía facer un bo papel-, comezou a andar so polo monte a amurriarse e a deitarse á nugalla. Un día sentiuse morrer e dispúxose moi calado e quentiño no seu leito. Morreu a tardiña.

Ao pouco tempo ía o crego de Seixo, don Perfecto Illade, cara a Teixeiro, e veu un corvo a dous varas del, que lle recordou a alguén: tiña a cabeza ladeada, un ala máis curta que a outra e a pata esquerda volta:

-¿Que fas aquí, home?- preguntoulle o crego

-Voando non hai coxos- berrou o corvo

Don Perfecto Illade explicaba o asunto:

-En primer lugar, hemanos, los caminos del señor son imprevisibles.

En segundo lugar, el que la sigue la consigue.

Secundino Prieto, doente moi lúcido da súa condición:

- Dóche algo?

- Non me doe nada, home. Pasa que estou doente. Paréceche pouco?

Dixo que el chegara a ver o seu corpo por dentro e veu como funcionaba. *Igualito que un reló*, e que algo se lle soltara a el. Un botón. E cando volvía de ver a súa moza Rosiña.

Enfraqueceu, entristou, quedou sen apetito, tratando en vano de cuspir o botón solto.

Resignado ao asunto ocorréuselle pasarlle a enfermidade a outro. Non por mal. Pasarlla a un amigo que lle fixera compañía e fora con el aos baños. Era un mal bo de levar. Incluso ofreceulle o traspaso ao propio don Álvaro. Repartirían todo o capital, e respecto a Rosiña: *o que se tratara*.

Os médicos dicíanlle que non tiña nada e que traballara.

Un día calquera ergueuse de cedo, mandou que lle mudasen a cama e lle puxeran as mellores sabas, deitouse e morreu.

As Mortes

Perrón de Braña: despois de axudar no vareo das castañas meteuse na cama e díxolle á muller que lle dera conversación. Seguindo os seus propios métodos díxo a muller:

-Unha mosca, catro medias moscas e mosca en media ¿ cantas moscas son?

E xa ía a dicir Perrón catro moscas e media, cando cun toxico de nada entregou a alma.

Xil da Ribeira: menciñeiro que xa lle viña de estirpe moi dado a teorizar. Estaba en contra do leite por razóns ben naturais

Ao final fíxose xastre de doentes. Díciálle a familia cando un ía morrer, para facerlle o traxe e que estivera decente...

Finou un día que para iso saíu da casa da súa irma. Sentouse nun cómaro, abriu o paraugas e morreu.

Ídeme buscar dentro dunha hora e traédeme sentado nunha silla.

O Coxo de Entrebo: envidiado coas cabareteras e cazador empedernido. Volveuse curandeiro e adiviño despois dunha expedición golfa a Madrid. Apareceu morto no monte coa cara comesta por unha animalia:

-Un lobo non foi- díxo un que o vira falar cunha loba e a loba dicía que non coa cabeza.

Mel de Vincios: botaba os demos do corpo a patadas e, non obstante, era moi ilustrado e experto en leis ata o punto de pasarse da medicina aos pleitos.

Os ferreiros de Taramundi que ían ao mercado da Veiga vírono morto pasear polos montes recollendo herbas. Coa mesma gorra de visera, coa mesma zamarra e o seu can Nei, tamén defunto, parando unhas perdices nas brañas de Prior.

Os indios americanos chamábanlle aos ríos camiños que andan. Cunqueiro é o gran río da nosa tribo, o gran río da nosa lingua que é tanto como dicir do noso ser.

É, tamén, o menciñeiro de todos: calquera que abra unha páxina, calquera páxina súa, sentirá o bálsamo da música de ese río.

SUSTANCIAS NARCÓTICAS Y ALUCINÓGENAS EN LOS TEXTOS CERVANTINOS.

*Francisco López-Muñoz, Cristina Andrade-Rosa,
Pilar García-García y Cecilio Álamo*

1. Introducción

Las obras cervantinas han sido analizadas desde todas las disciplinas del saber. Entre sus muchas aportaciones se encuentra la de darnos a conocer los entramados sociales, los usos y las costumbres de la España de su época (1). Esto incluye el conocimiento y tratamiento de enfermedades, así como el manejo de productos herbales por parte de colectivos marginales, en concreto el uso extraterapéutico de agentes alucinógenos y narcóticos en la práctica de la brujería y la hechicería.

Miguel de Cervantes (1547-1616) manifiesta en sus obras (2) ciertos conocimientos de los preparados de botica (tal vez porque procedía de una familia de profesionales sanitarios), pero también de preparados herbales elaborados por brujas o hechiceras. La fuente técnica en la que probablemente se documentara Cervantes fue el *Dioscórides* comentado por Andrés Laguna (1494-1560), aunque existe controversia entre los que defendemos que el dominio que tenía sobre la terapéutica de la época fue por su lectura (3-5) y los que opinan que, aunque tuviera textos de medicina en su biblioteca personal, jamás lo leyese (6).

2. Las sustancias psicotrópicas durante el periodo cervantino: entre la terapéutica y la magia

En la España tardorrenacentista la medicina experimentó un gran avance, destacando los autores que se ocupaban de los trastornos mentales. Entre éstos cabe destacar a Juan Huarte de San Juan (1529-1588), Oliva Sabuco de Nantes Barrera (1562-?), Antonio Gómez Pereira (1500-1558) o Juan Luis Vives (1492-1540). Por otra parte, algunos textos clásicos fueron notoriamente enriquecidos, como el vulgarmente llamado *Dioscórides* (tratado *Sobre la Materia Médica*, del médico griego Pedacio Dioscórides Anazarbeo, c. 40 – c. 90). Este tratado fue reeditado desde el siglo XV, destacando las versiones de Pietro Andrea Mattioli (1500-1577) o Andrés Laguna. La pervivencia de esta obra alcanzó hasta el siglo XVIII. La versión comentada de Andrés Laguna, citada expresamente en *El Quijote (El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha, 1605)*, podría haber jugado

un papel importante en la elaboración de los pasajes de tinte terapéutico de los textos cervantinos (4-5). Podríamos pensar que a este abanico de autores y obras se asociaría una excelente asistencia médica, pero esto no era así. La práctica real de la medicina en nuestro país estaba inmersa en la ola de conservadurismo científico iniciada por Felipe II por un lado, en la escasez de profesionales titulados por otro, en la ineffectividad de la medicina oficial para el tratamiento de muchas enfermedades y en la credulidad de una posible intervención sobrehumana en la génesis de muchas dolencias. La práctica médica estaba en manos de personas con muy diferente formación: médicos (muy pocos titulados), cirujanos, barberos-sangradores, empíricos y los que practicaban la medicina hechicera (7).

Por tanto, a pesar de los avances que hubo durante el siglo XVI, la forma de entender la locura tampoco cambió mucho en relación a la época medieval. Muchos de los síntomas de la enfermedad mental siguieron considerándose como un signo de intervención diabólica, derivándose los que los sufrían a los tribunales religiosos en vez de a instituciones asilares. Locura y brujería siguieron manteniéndose unidas durante el Renacimiento y el Barroco.

La terapéutica de los trastornos mentales también está ligada en esta época al entorno mágico-demoníaco. Entre los remedios terapéuticos de los siglos XVI y XVII se encontraban las mismas plantas psicotrópicas utilizadas en las prácticas de brujería, como el beleño, la belladona, la mandrágora, el estramonio y la valeriana. Tampoco hay que olvidar el opio como sedante, que por otra parte no dejó de utilizarse hasta finales del siglo XIX (8).

3. La terapéutica oficial: el *Dioscórides* de Andrés Laguna

El *Dioscórides* antes citado fue el texto de referencia en el campo de la terapéutica durante la época cervantina. Este tratado consta de 5 partes o “libros” y describe las propiedades medicinales de unas 600 plantas, unos 90 minerales y alrededor de 30 sustancias de origen animal.

La versión de Andrés Laguna (9), citada expresamente por Cervantes en *El Quijote*, fue impresa en Amberes en 1555 con el título *Pedacio Dioscórides Anazarbeo, acerca de la materia medicinal y de los venenos mortíferos*. Esta obra es la primera realizada en lengua castellana y prueba de su gran aportación al *Dioscórides* clásico es que sus comentarios, fruto de la amplia experiencia del autor como botánico y farmacólogo, duplican en extensión el texto original. Laguna incorporó un sexto libro en el que se describían los diferentes agentes tóxicos y venenosos, junto a sus antídotos y forma de tratar los envenenamientos.

4. Brujería y hechicería: las plantas al “servicio del mal”

Se ha comentado que las mismas sustancias psicotrópicas de origen vegetal usadas terapéuticamente se empleaban como venenos o agentes recreativos en las prácticas de hechicería y brujería, como por ejemplo en los famosos “ungüentos de brujas”. La proliferación de brujas por toda Europa desde el siglo XII impregnó la cultura popular de toda una serie de leyendas combatidas por las autoridades eclesiásticas y civiles: vuelos en escobas, transformación en animales, relaciones carnales con el demonio... (10). La Inquisición, fundada en 1184 en el Languedoc francés, se ocupó de perseguir duramente cualquier desviación de la ortodoxia católica, incluyendo las prácticas de brujería.

La época en que vivió Cervantes fue la más dura de la Inquisición. En España, la herejía se vinculó frecuentemente a mujeres pertenecientes a minorías religiosas, como judías y moriscas, como queda patente en los textos cervantinos. Se distinguía entre brujería y hechicería (10): las brujas elaboraban pócimas y ungüentos, realizaban rituales satánicos y solían ser de ascendencia cristiana y vinculadas al mundo rural del norte del país, mientras que las hechiceras eran generalmente de origen judío o morisco, se desarrollaban en medios urbanos de zonas más meridionales y elaboraban remedios y curas relacionados con la salud o con el amor. Las brujas utilizaban plantas alucinógenas como la dulcamara o hierba mora, la mandrágora, el beleño, la belladona o el estramonio, cociéndolas con grasas y otras sustancias. Estas unturas se aplicaban en la región genital y sus efectos eran casi inmediatos, produciendo alucinaciones en estado de vigilia, seguidas por un profundo sueño en el que lo soñado, al despertar, se confundía con la realidad. El beleño, por ejemplo, induce una extraña sensación de ingravidez que puede explicar la certeza de estar volando, como las brujas en sus escobas.

Laguna pudo ser, en opinión de Rothman (11), el primer científico que demostró la relación entre el consumo de sustancias psicotrópicas y la práctica de la brujería. En sus anotaciones del *Dioscórides* describe sus efectos, que además demostró experimentalmente, induciendo una especie de trastorno mental transitorio al aplicárselos a sujetos normales. Estas anotaciones cambiaron la visión social de las brujas y hechiceras, que comenzaron a dejar de considerarse como poseídas y ser evaluadas como sujetos enajenados.

5. Las sustancias psicotrópicas en las obras de Cervantes

El amplio conocimiento de las plantas que exhibe Cervantes en sus obras posiblemente proceda de la lectura de obras técnicas. En su bibliote-

ca se han encontrado diversos tratados de medicina, como el *Dioscórides*, tal vez heredados de su padre u otros familiares relacionados con el arte de la medicina. Laguna comentó el *Dioscórides* en lengua castellana con un estilo llano, alejado de tecnicismos, lo que propició su consulta por parte de personas no especialistas, como Cervantes.

Morales (12), en un minucioso estudio botánico sobre las plantas mencionadas en las obras completas de Cervantes, obtiene 835 referencias, correspondientes a 150 especies distintas, de las que sólo 9 son clasificadas por el autor como de carácter medicinal. Nuestro grupo de trabajo ha encontrado en los textos de Cervantes 10 plantas mencionadas por sus hipotéticas propiedades terapéuticas o nocivas para la salud, de las que 7 se mencionan en relación a sus propiedades psicotrópicas (13), destacando las recogidas en la Tabla I.

La hipótesis de que el *Dioscórides* de Laguna fuese la fuente técnica utilizada por Cervantes se justifica en el empleo por parte del escritor alcalaíno, de descripciones similares a las aportadas en esta obra e incluso a citas literales de Andrés Laguna en sus novelas (4-5) (véase Tabla II).

El autor de *El Quijote* no sólo conocía las propias plantas, sino los preparados de botica que se elaboraban con ellas (14). La farmacopea de la época se basaba en la aplicación de aceites, ungüentos, bálsamos, raíces, cortezas y jarabes, muchos de los cuales se reflejan en las obras cervantinas, como por ejemplo el bálsamo de Fierabrás.

En relación a los agentes puramente psicotrópicos (15), Cervantes evita mencionarlos específicamente, sobre todo en el caso del opio, posiblemente por temor a la Inquisición, que perseguía los usos no terapéuticos de estos agentes. Por ello, se limita a comentar las propiedades de los preparados herbales, sin incidir en su composición.

A continuación se describen los preparados elaborados con sustancias psicotrópicas y empleados, al margen de sus indicaciones clínicas, a nivel recreativo o con otros fines no terapéuticos. La trascendencia literaria de algunos de ellos es tal que constituyen el eje central del discurso narrativo de varias de las *Novelas Ejemplares* (1613). La Tabla III recoge las citas literales de Cervantes sobre cada uno de estos preparados psicotrópicos.

5.1. Agentes narcóticos

Los remedios narcóticos y sedantes son poco mencionados por Cervantes. De hecho, el opio no es citado expresamente en ninguna de sus obras, salvo en *El celoso extremeño* (1613), cuando la joven esposa aplica un preparado narcótico a su anciano marido, que Cervantes califica de “alopiado”, es decir, elaborado con opio. Parece la forma cervantina de esquivar al Tribunal del Santo Oficio.

Tabla I:
Plantas medicinales mencionadas en las obras de Cervantes en relación a sus propiedades narcóticas y alucinógenas.

Planta	Nombre científico	Familia	Propiedades terapéuticas tradicionales	Propiedades descritas en los textos cervantinos	Obra de Cervantes	Cita
Beleño	<i>Hyoscyamus albus/ niger L.</i>	Solanaceae	Hipnóticas Analgésicas	Narcóticas	<i>La Galatea</i> <i>Viaje del Parnaso</i>	“Tu has quitado las fuerzas al beleño, / con que el amor ingrato / adormecía a mi virtud doliente” “Morfeo, el dios del sueño, por encanto / allí se apareció, cuya corona / era de ramos de beleño santo”
Opio	<i>Papaver somniferum L.</i>	Papaveraceae	Hipnóticas Analgésicas Antitusivas	Narcóticas	<i>El celoso extremeño</i>	“Poco espacio tardó el alopiado unguento en dar manifiestas señales de su virtud, porque luego comenzó a dar el viejo tan grandes ronquidos”
Tabaco	<i>Nicotiana tabacum L.</i>	Solanaceae	Purgantes Estimulantes	Psicoestimulantes	<i>Viaje del Parnaso</i>	“Esto que se recoge es el tabaco / que a los váguidos sirve de cabeza / de algún poeta de cerebro flaco”
Romero	<i>Rosmarinus officinalis L.</i>	Laminaceae	Coléricas Diuréticas Espasmolíticas Vulneraria	Remedio universal Propiedades mágicas	<i>El Quijote</i>	“Y tomando algunas hojas de romero..., las mascó y las mezcló con un poco de sal, y aplicándoselas a la oreja, se la vendó muy bien, asegurándole que no había menester otra medicina que se recoge es el tabaco / que a los váguidos sirve de cabeza / de algún poeta de cerebro flaco”
Verbena	<i>Verbena officinalis L.</i>	Verbenaceae	Espasmolíticas Tónicas Antipiréticas Antiinflamatorias	Propiedades mágicas	<i>Pedro de Urdemalas</i>	“Aquí verás la verbena, / de raras virtudes llena”

Tabla II:

Comparación y concordancia entre diferentes pasajes de los textos literarios de Cervantes y párrafos extraídos de las anotaciones previas de Laguna a su Dioscórides.

Planta o preparado	Cita de Cervantes	Obra	Cita de Laguna	Capítulo del Dioscórides
Ruibarbo	“tiene necesidad de un poco de ruibarbo para purgar la demasiada cólera suya”	<i>El Quijote (Parte I, capítulo VI)</i>	“por donde cuando decimos que el reobárbaro purga la cólera”,	II (Libro III)
Romero	“Y tomando algunas hojas de romero..., las mascó y las mezcló con un poco de sal, y aplicándoselas a la oreja, se la vendó muy bien, asegurándole que no había menester otra medicina”	<i>El Quijote (Parte I, capítulo XI)</i>	“majadas las hojas [de romero] y aplicadas en forma de emplasto... mitigan las inflamaciones”	LXXXIII (Libro III)
Ungüentos de brujas	“jugos de yerbas en todo extremo fríos”	<i>El coloquio de los perros</i>	“compuesto de yerbas en último grado frías”	LXXV (Libro IV)
	“nos privan de todos los sentidos”		“priva del entendimiento y sentido”	
	“en la fantasía pasamos todo aquello que nos parece pasar verdaderamente”		“creen haber hecho despiertas todo cuanto soñaron durmiendo”	
	“gozamos de los deleites que te dejo de decir”		“estaba rodeada de todos los placeres y deleites del mundo”	
	“llegaron a hincarle alfileres... ni por eso recordaba la dormilona”		“fue difícil despertarla, aun utilizando diversos medios”	
Unturas alopiadas	“tenía tal virtud que, fuera de quitar la vida, ponía a un hombre como muerto”	<i>El celoso extremeño</i>	“le hará dormir in aeternum... adormece de un tan profundo sueño que no despierta jamás”	LXVI (Libro IV) XVII (Libro VI)
Tósigos	“se le comenzó a hinchar la lengua y la garganta, y a ponérsele denegridos los labios, y a enronquecésele la voz, turbársele los ojos y apretársele el pecho”	<i>La española inglesa</i>	“apostémaseles la lengua, hínchaseles la boca, inflámaseles y paréceles turbios los ojos, estréchaseles el aliento... y una comezón de las encías, y en todo el cuerpo”	XV (Libro VI)

Tabla III:

Preparados elaborados con plantas medicinales u otras sustancias naturales, pero cuya composición o ingredientes no especifica Cervantes en sus obras.

Preparado	Posible planta o sustancia responsable del efecto	Obra de Cervantes	Cita
Filtros de amor	<i>Solanáceas (mandrágora)</i>	<i>El licenciado Vidriera</i>	“... aconsejada de una morisca, en un membrillo toledano dio a Tomás unos de estos que llaman hechizos, creyendo que le daba cosa que le forzase la voluntad a quererla... al momento comenzó a herir de pie y de mano como si tuviera alfe-recía, y sin volver en sí estuvo muchas horas, al cabo de las cuales volvió como atontado”
Tósigos	<i>Acónito / beleño</i>	<i>La española inglesa</i>	“... aquella misma tarde atosigó a Isabela en una conserva que le dio... a Isabela se le comenzó a hinchar la lengua y la garganta, y a ponerse denegridos los labios, y a enronquecerse la voz, turbársele los ojos y apretársele el pecho: todas conocidas señales de haberle dado veneno”
Ungüento blanco	<i>Albayalde</i>	<i>El Quijote (I-X)</i>	“Lo que le ruego a vuesa merced es que se cure, que le va mucha sangre de esa oreja; que aquí traigo hilas y un poco de unguento blanco en las alforjas”
Ungüentos de brujas	<i>Solanáceas (beleño / solano)</i>	<i>El coloquio de los perros</i>	“Este unguento con que las brujas nos untamos es compuesto de jugos de yerbas en todo extremo fríos... que nos privan de todos los sentidos en untándonos con ellas, y quedamos tendidas y desnudas en el suelo, y entonces dicen que en la fantasía pasamos todo aquello que nos parece pasar verdaderamente”
Unturas alopiadas	<i>Papaveráceas (opio)</i>	<i>El celoso extremeño</i>	“... un unguento, de tal virtud que, untados los pulsos y las sienas con él, causaba un sueño profundo, sin que de él se pudiese despertar en dos días... Poco espacio tardó el alopiado unguento en dar manifiestas señales de su virtud, porque luego comenzó a dar el viejo tan grandes ronquidos”

El único narcótico mencionado es el beleño, que aparece en *La Galatea* (1585) y *Viaje del Parnaso* (1614). El beleño, utilizado como analgésico en Egipto y Babilonia y conocido a nivel popular como ‘hierba loca’ y ‘flor de la muerte’, es una planta, como el resto de las solanáceas (belladona, mandrágora, estramonio, etc.), rica en alcaloides dotados de una gran actividad sedante, como la hiosciamina y la escopolamina. Asimismo, el aceite de beleño, denominado usualmente “bálsamo tranquilo”, y elaborado a base de hojas secas de beleño, belladona, estramonio y adormidera, se usaba como preparado analgésico tópico. Se utilizó desde la Edad Media por brujas y hechiceros por sus propiedades alucinógenas (10), y por médicos desde el siglo XV por sus propiedades como anestésico en intervenciones quirúrgicas. En el siglo XIX se aislaron los alcaloides del beleño, sobre todo la hioscina o escopolamina, que se usó como componente de los cócteles psiquiátricos de la época (16).

En el contexto de la “medicina mágica”, el remedio terapéutico por excelencia de Cervantes lo constituyen los bálsamos, destacando entre ellos el “bálsamo de Fierabrás” El salútífero y eficaz bálsamo al que hace referencia Don Quijote estaría compuesto por aceite, vino, sal y romero, hierba con propiedades mágicas, que durante el siglo XVI entró a formar parte de la composición de numerosos preparados. Cervantes describe los efectos del bálsamo, como vómito intenso seguido de sudor y fatiga, y posteriormente un profundo sueño. Al despertar, el efecto reparador era muy marcado. Es posible que el verdadero efecto farmacológico estribara en inducir un profundo sueño que conducía al posterior efecto reparador. Las curas de sueño prolongado han constituido una práctica muy utilizada en psiquiatría durante el siglo XX (16).

5.2. Sustancias alucinógenas: los unguentos de brujas

Los unguentos eran formulaciones para administración tópica elaborados a base de grasas, ceras o resinas. También fueron elaborados por parte de curanderos y hechiceros desde la Edad Media, siendo los más conocidos los “unguentos de brujas”, para usos recreativos y lúdicos.

Cervantes describe minuciosamente en un pasaje de la Novela Ejemplar *El coloquio de los perros* (1613) los efectos psicotrópicos de las mezclas de agentes alucinógenos administrados tópicamente (viajes extracorpóreos, alucinaciones visuales, sensaciones placenteras...). Algunos de los párrafos de esta novela parecen extraídos casi literalmente del *Dioscórides* de Laguna, aunque también pudo inspirarse en la obra de Pedro Ciruelo (1470-1548) (13).

5.3. Agentes psicodislépticos: los filtros de amor

La elaboración de pócimas y filtros de amor por parte de hechiceras de ascendencia morisca, para modificar los sentimientos y libre albedrío

de quien los consume, también están recogidas en las obras de nuestro literato, como se describe en la novela *El licenciado Vidriera* (1613). El preparado a base de hierbas que ingiere Tomás pudiera llevar en su composición mandrágora (de la familia de las Solanáceas) y por tanto con efectos narcóticos. Este episodio nos pone de manifiesto el conocimiento popular de la botánica en la España cervantina.

5.4. *Las pócimas venenosas*

En *La española inglesa* (1613) se describe como matar con “tósigo” a Isabela. El término “tósigo” es definido en el *Dioscórides* como un veneno que inflama la lengua y los labios e induce locura, los mismos efectos que padecía Isabela al ser atosigada por la camarera protestante en la obra de Cervantes. Estos efectos pudieron ser causados por diferentes sustancias, como el acónito o el beleño blanco, cuyos efectos sintomáticos describe Laguna en su libro y son muy semejantes a los descritos por el escritor alcaláño en su novela.

Así mismo en esta Novela Ejemplar se hace mención al tratamiento del envenenamiento con “polvos de unicornio”, conocida su virtud desde la época medieval pero aún vigente en la España renacentista en la que vivió Cervantes. Laguna refiere en su obra que al cuerno del unicornio se le da la gloria primera como medicina preservativa contra el veneno y la pestilencia, pero prefiere el polvo de esmeralda, que en el lapidario español se recomienda contra tósigos mortales y heridas o mordeduras de bestias venenosas.

5.5. *Otros agentes psicotrópicos*

La planta del tabaco, como muchísimas otras especies botánicas americanas, apenas acababan de introducirse en España en el momento en que Cervantes publicó sus obras, apareciendo únicamente en *Viaje del Parnaso* (1614). Uno de los primeros usos del tabaco fue como agente capaz de estimular el cerebro y la imaginación, sobre todo en casos de fatiga intelectual

Por último, mencionar la verbena, conocida como hierba sagrada, a la que se adjudicaban propiedades mágicas, que aparece en la comedia teatral *Pedro de Urdemalas* (1615).

6. *Conclusiones*

Cervantes no se limita a describir los cuadros sintomatológicos de los enfermos de sus obras, sino que, en un paso más allá, nos muestra muchos de los remedios terapéuticos disponibles en su momento para el tratamiento de estos pacientes, así como de otras sustancias y preparados, utilizados

extraterapéuticamente en el marco de la superchería popular. Aunque es preciso remarcar que los textos cervantinos no son tratados científicos, sino meras creaciones literarias, parece evidente, en cualquier caso, que los conocimientos de la materia medicinal por parte de Cervantes no eran superficiales. Del mismo modo, parece también evidente que Cervantes leyó a Laguna y lo “usó” como herramienta documental.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) López-Muñoz F, Rubio G, Alamo C, García-García P. A propósito de la locura del hidalgo Alonso Quijano en el marco de la medicina española tardorrenacentista. *An Psiquiatr.* 2006; 22:133-45.
- (2) Cervantes M. *Obras completas*. Madrid: M. Aguilar Editor, 1940.
- (3) López-Muñoz F, Alamo C, García-García P. Locos y dementes en la literatura cervantina: a propósito de las fuentes médicas de Cervantes en materia neuropsiquiátrica. *Rev Neurol.* 2008; 46:489-505.
- (4) López-Muñoz F, Alamo C, García-García P. “Than all the herbs described by Dioscorides...”: The trace of Andrés Laguna in the works of Cervantes. *Pharm History.* 2007; 49:87-108.
- (5) López-Muñoz F, Alamo C. El Dioscórides de Andrés Laguna en los textos de Cervantes: De la materia medicinal al universo literario. *Anales Cervantinos.* 2007; 39:193-217.
- (6) Puerto J. El bálsamo de Fierabrás. La terapéutica en El Quijote. En: *Historia, Medicina y Ciencia en tiempos de El Quijote*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud de la Residencia de Estudiantes, 2006; p. 75-92.
- (7) Gutiérrez BM. La medicina, sus textos y sus lenguas en la España de Cervantes. *Panace@.* 2005; 6 (21-22):299-306.
- (8) López-Muñoz F, Alamo C, Cuenca E. Historia de la psicofarmacología. En: Vallejo J, Leal C (dirs.). *Tratado de Psiquiatría*, Tomo II. Barcelona: Ars Medica, 2005; p. 1709-36.
- (9) Laguna A. *Pedacio Dioscórides Anazarbeo, acerca de la materia medicinal, y de los venenos mortíferos*. Salamanca: Mathias Gast, 1563.
- (10) Caro Baroja J. *Las brujas y su mundo*, 13ª edición. Madrid: Alianza Editorial, 2003.
- (11) Rothman T. The Laguna’s commentaries on hallucinogenic drugs and witchcraft in Dioscorides’ *Materia Medica*. *Bull Hist Med.* 1972; 46: 562-7.
- (12) Morales R. *Flora literaria del Quijote. Alusiones al mundo vegetal en las obras completas de Cervantes*. Albacete: Instituto de estudios Albacetenses “Don Juan Manuel”, 2005.
- (13) López-Muñoz F, Alamo C, García-García P. The herbs that have the property of healing...: The phytotherapy in Don Quixote. *J Ethnopharmacol.* 2006; 106:429-41.
- (14) Valle A. Botica y farmacia en el Quijote. *An Real Acad Nac Farm.* 2002; 68:693-734.
- (15) López-Muñoz F, Alamo C, García-García P. Psychotropic drugs in the Cervantine texts. *J Royal Soc Med.* 2008; 101:226-34.
- (16) López-Muñoz F, Alamo C, Ucha-Udabe R, Cuenca E. El papel histórico de los barbitúricos en las “curas de sueño” de los trastornos psicóticos y maníacos. *Psiquiatr Biol.* 2004; 11: 242-51.
- (17) Ciruelo P. *Reprobación de las supersticiones y hechicerías (1530)*. Ebersole AV, ed. Valencia: Albatros, 1978.

LA PSICOLOGÍA IMAGINAL COMO HERRAMIENTA DE ANÁLISIS DE LA OBRA NARRATIVA DE GUSTAVO ADOLFO BÉCQUER.

Julio Zarco Rodríguez, Celia Rodríguez Varela y Ana Suela Martín

Para situarnos, diremos que este trabajo, se enmarca en el contexto de la disciplina de Medicina y Literatura (1, 2), centrándose en la antropología del enfermar.

El objetivo de este trabajo es analizar la obra narrativa de Gustavo Adolfo Bécquer, desde una perspectiva de la psicología arquetipal o imaginal. Es decir, confirmar que ésta puede utilizarse como una herramienta interpretativa de textos literarios: “Hermenéutica imaginal”, poniendo de manifiesto su estructura interna y haciendo emerger del texto el mundo imaginal y arquetípico del autor. De este modo, llegamos a la demostración de que su mundo interno, tanto individual como colectivo, impregna toda su obra de manera involuntaria.

Se comprueba así, que las narraciones de género fantástico abren una puerta al inconsciente del autor, descubriendo las imágenes arquetipales universales: El Ánima, El Viejo Sabio, la Gran Madre, los mitos de la Creación, etc.

Las fuentes consultadas para este estudio han sido principalmente: la obra narrativa de Gustavo Adolfo Bécquer (3, 4), y la bibliografía crítica sobre el autor y el género fantástico, entre los que destacan las obras de Todorov y Risco. Sobre la Psicología imaginal se han consultado entre otros a Cirlot, Bachelard y Guénon. Para la mitología general y religión se consulta a J. Campbell y M. Eliade; para la mitología asiática, a Zimmer y Coomarasawamy, para la islámica y judía, Corbín y Schölem; para la occidental, a Zimmer, Graves y Gómez de Liaño y para la psicología analítica y arquetipal, a Jung (5, 6, 7) y Hillman (8, 9, 10, 11).

En el análisis de la obra, la metodología utilizada es la “hermenéutica imaginal”, que consiste en una aproximación fenomenológica de los textos literarios, tratando de buscar las resonancias internas con las figuras arquetipales que resaltan la psicología analítica de Jung y la psicología arquetipal de Hillman. Todo ello se lleva a cabo en dos fases: trabajo imaginal (se asocia la imagen con motivos mitológicos, religiosos y literarios) y trabajo onírico (estudio fenomenológico de las imágenes)

Como resultado, tras analizar la obra narrativa de Bécquer, podemos destacar los siguientes aspectos: con el análisis mitosimbólico y analítico surgen 50 imágenes, que se agrupan en 10 grandes temas; apareciendo 57 imágenes arquetipales. Se descartan 7 por carecer de relevancia. Las 5 fi-

guras arquetipales más importantes por su recurrencia e intensidad son: el *Ánima*, la *Gran Madre*, el *Viejo Sabio*, el *Centro del Universo* y la *Cueva*.

Todas las imágenes tienen un aspecto común: están impregnadas de una atmósfera de irrealidad y de misterio, existiendo un plano mágico y maravilloso, donde se incluye lo sobrenatural y tienen lugar las transformaciones. Su tema básico y recurrente es la *transgresión*.

Como conclusión, diremos que Bécquer, impregnó de poesía todo su ser y toda su obra. Su metodología es fenomenológica, y por lo tanto, similar a la metodología de trabajo con la imagen de los psicólogos arquetipales. Posee el "ojo de la imaginación" que recoge cualquier imagen, la fermenta y la desarrolla. Focaliza su atención hacia pequeños detalles que pasan inadvertidos y les otorga importancia, es decir, arquetipaliza la realidad.

Con este análisis, aparecen contenidos ocultos y latentes, aproximándonos al conocimiento de procesos dinámicos profundos de la psique universal. Y que emergen del texto, el mundo imaginal y arquetípico del autor. Creando así una conexión directa con el mundo interno del él y con el Imaginario Universal. Las imágenes que utiliza Bécquer, se plasman de una manera no intencionada en el texto y conectan con su propio material inconsciente.

Los estudios de medicina y literatura son de gran importancia, no permiten observar, mediante el análisis de textos literarios, realidades humanas y del enfermar, desde ópticas diferentes a las clínico-médicas; así, la imagen del ser humano y del ser humano enfermo, nos aparece más rica en matices y dimensiones.



LA PSICOLOGÍA IMAGINAL COMO HERRAMIENTA DE ANÁLISIS DE LA OBRA NARRATIVA DE GUSTAVO ADOLFO BÉCQUER.

Zarco Rodríguez, Julio¹, Rodríguez Varela, Colita², Suela Martín, Ana³
¹Visceral del Departamento de metodología de la Facultad de Medicina Nacional de México.
²Departamento de metodología de la Facultad de Medicina Nacional de México.
³Investigadora en etno-antropología.



OBJETIVOS

- Analizar la obra narrativa de Gustavo Adolfo Bécquer, desde la perspectiva de la Psicología Imaginal y arquetipal.
- Descubrir que la Psicología Imaginal y arquetipal puede utilizarse como una herramienta terapéutica de alto impacto "Hermenéutica Imaginal".
- Demostrar que las narraciones de género fantástico bécqueriano abren una puerta al conocimiento de un "inconsciente" "arquetipal" revelando imágenes arquetípicas universales.

METODOLOGÍA

- **FUENTES:**
 - Obra narrativa de Gustavo Adolfo Bécquer: Cuentos, Poés y Biblioteca Cántica, 2005.
 - **Metodología** crítica de la obra de autores CRIC, Arquetipal y Cuentos, Cuentos II, Ebooks, Seminars, Simposios, Conferencias, libros, tesis y artículos.
- **METODO:** Aplicación de la "Hermenéutica Imaginal" a la obra narrativa de Bécquer.
 - Trabajo Imaginal: Acorde con imágenes arquetípicas (con métodos, reglas, reglas).
 - Trabajo analítico: Estructura fenomenológica de las imágenes.

RESULTADOS



ANÁLISIS MITODRÁMICO Y ANALÍTICO DE LA OBRA DE BÉCQUER:

- 50 imágenes.
- Se agrupan en 20 temas.
- Ejemplo arquetípico preanalítico: el *Ánima*, *El viejo sabio*, *la Gran Madre*.

INTERPRECIÓN IMAGINAL

- Todas las imágenes tienen un aspecto mágico y misterioso.
- Estas imágenes poseen un aspecto de irrealidad y misterio.
- Existen un plano mágico donde se incluye lo sobrenatural.
- Tema básico recurrente: "la Transgresión".



IMÁGENES ARQUETIPALES EN LA OBRA DE BÉCQUER

- En la obra existen imágenes arquetípicas del *Ánima*.
- correspondencia a la estructura del *Cáncer*.
- Imágenes arquetípicas significativas:
 - *La canción del ave* y *El templo*.
 - Imágenes arquetípicas de la naturaleza: *El viejo sabio*.
 - Arquetipos arquetípicos y simbólicos: *El rey*, *el barbero*, *el pastor* y *el médico*.
 - *Arquetipos* de la familia.
 - Imágenes arquetípicas de los elementos: imágenes arquetípicas de la naturaleza: *la cueva*, *el árbol del mundo*, *el bosque*, *la fuente*, *el lago*, *la luna y el sol*.
 - Imágenes simbólicas de los animales: *la serpiente*, *los aves*, *el fideo*, *el ciervo*, *el jabalí* y *el caballo*.
 - Otras imágenes arquetípicas: *el niño de Genoa*, *los jueces*, *los campesinos*, *los gemelos*, *el rey y el pastor*.

CONCLUSIONES

- En la obra narrativa de Bécquer existieron su fenomenología.
- Su metodología es fenomenológica similar a trabajo con la imagen de los psicólogos arquetipales.
- Focalizó su atención hacia pequeños detalles que pasan inadvertidos y les otorga importancia, arquetipaliza la realidad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Montiel L. La literatura de ficción en la formación del médico práctico. *Jano* 1991, XL (número extraordinario: Avances en humanidades médicas).
- (2) Montiel L. Medicina del alma en el romanticismo alemán. En: Barcia D. editor. *Historia de la Psicofarmacología*. Madrid: You&Us, 1998.
- (3) Bécquer GA. *Obras completas*. Vol. I y II. Madrid: Biblioteca Castro, Turner, 1995.
- (4) Bécquer GA. *Leyendas*. Madrid: Cátedra. Letras Hispánicas, 1998.
- (5) Jung CG. *Psicología y simbología del arquetipo*. Barcelona: Editorial Paidós, 1982
- (6) Jung CG. *Símbolos de transformación*. Barcelona: Editorial Paidós, 1998.
- (7) Jung CG. *Formaciones de lo inconsciente*. Barcelona: Editorial Paidós, 1982.
- (8) Hillman J. Von Franz ML. *Lectures on Jung's typology*. New York: Springs Publications, 1971.
- (9) Hillman J. *An inquiry into image*. New York: Spring Publications, 1977
- (10) Hillman J. *Archetypal psychology: A brief account*. Dallas: Spring Publications, 1985.
- (11) Hillman J. *El mito del análisis*. Editorial Siruela, 2000.

EL ÁNIMA EN LA OBRA NARRATIVA DE GUSTAVO ADOLFO BÉCQUER.

Julio Zarco Rodríguez, Celia Rodríguez Varela y Ana Suela Martín

Este trabajo supone un análisis más avanzado del estudio sobre la perspectiva de la psicología arquetipal o imaginal en la obra de Gustavo Adolfo Bécquer. Su objetivo consiste en profundizar en la imagen arquetipal del *Ánima*, para demostrar que se trata de la imagen más prevalente en toda la obra narrativa del autor y que dicha imagen es el eje fundamental en el que se estructura toda la vida literaria del poeta.

Las fuentes consultadas para este estudio han sido principalmente: la obra narrativa de Gustavo Adolfo Bécquer (1, 2) y la bibliografía crítica sobre el autor y el género fantástico, entre los que destacan las obras de Todorov y Risco. Para la psicología analítica y arquetipal, se estudia la obra de Jung (3-5) y Hillman (6-8).

La metodología utilizada es la “hermenéutica imaginal”, que consiste en una aproximación fenomenológica de los textos literarios, tratando de buscar las resonancias internas con las figuras arquetipales que resaltan la psicología analítica de Jung y la psicología arquetipal de Hillman (9-13). Todo ello se lleva a cabo en dos fases: trabajo imaginal (se asocia la imagen con motivos mitológicos, religiosos y literarios) y trabajo onírico (estudio fenomenológico de las imágenes)

Tras la investigación de las imágenes arquetipales de Bécquer, encontramos que uno de los 10 grandes temas es “la Bella misteriosa”, que se corresponde con la imagen arquetipal del *Ánima*. Su interpretación arquetipal, tras profundizar en dicha imagen es: El *ánima* es el arquetipo femenino presente en el hombre. El encuentro con ella genera un cambio cualitativo y un “movimiento del corazón”. Las mujeres-*ánima* son atraerentes y peligrosas y aparecen en lugares misteriosos. El hombre no es consciente de que ha sido él el que hace aparecer a la dama. La entrega al *ánima* viene dada por la ejecución de pruebas y retos, que induce al protagonista a cometer una transgresión, por la que éste es castigado con la muerte física o psíquica.

Las principales obras de Bécquer en las que aparece el *Ánima* como imagen arquetipal son: “La ajorca de oro”, “El monte de las *ánimas*”, “Los ojos verdes”, “La corza blanca” y “El beso”, entre otras.

Como conclusión, la imagen arquetipal más frecuente en la obra de Bécquer es el *Ánima*. Debido a la pérdida temprana de su madre, su gran sensibilidad, que le lleva a protegerse de las mujeres como mecanismo de defensa y la hiperproyección de su parte femenina.

Un meticuloso y riguroso análisis de la narrativa becqueriana nos pone de manifiesto que la imagen arquetipal más recurrente del autor es la imagen del *Ánima*. Así mismo, otras imágenes de gran importancia que aparecen en los textos son: la Gran Madre, el Viejo Sabio, el Bosque, la Cueva y el Mundo Lunar.

Bécquer sabe que no puede ser un hombre completo si no se une con su *Ánima*, por ello ésta le somete a pruebas y retos que debe superar.

Bécquer es un héroe lunar y por ello es incapaz de superar los retos que el *Ánima* le propone y fracasa.

Aparece una dinámica interna recurrente: Mujer hermosa, misteriosa y enigmática propone a su amado un reto o trasgresión para poder entregarle su amor; suele ser una prueba de difícil superación, terminando el protagonista sucumbiendo en el intento, produciéndose su muerte física o psíquica.

El complejo tentación – trasgresión – castigo, se genera por proyección del *Ánima* del autor sobre el personaje femenino de su ficción. Esta proyección del *Ánima* se hipertrofia hasta tal punto que el personaje masculino sufre un proceso de posesión de *Ánima* que lo lleva a su muerte.

Las metodologías de James Hillman en su análisis imaginal y la creativa de G.A. Bécquer son coincidentes, pudiendo afirmar que ambos son fenomenólogos de la imagen.

EL ÁNIMA EN LA OBRA NARRATIVA DE GUSTAVO ADOLFO BÉCQUER.

Zarco Rodríguez, Julio; Rodríguez Varela, Collar, Susela Martín, Ana

Centro de Desarrollo de la Investigación de la Universidad Internacional de Andalucía
Departamento de Investigación en Humanidades Facultad de Educación
Cádiz (España) 2013. 100 páginas.



OBJETIVOS

- Análisis de las imágenes arquetipales del *Ánima*.
- Indicar que la trama de la imagen más prevalente en toda la obra narrativa de Gustavo Adolfo Bécquer.
- Demostrar que la imagen del *Ánima* es el eje fundamental vital que estructura toda la vida literaria del poeta.

FUENTES:

- Obra narrativa de Gustavo Adolfo Bécquer (Edición Gredos, 1990 y Biblioteca Castro, 1995).
- Bibliografía crítica de la obra del autor: Zoraco Albert, Arnt y Hillman.

METODO: Aplicación de la "Hermenéutica Imaginal" a la obra narrativa de Bécquer.

- Trabajo imaginal. Asociar una imagen arquetipal a un contexto religioso, mitológico.
- Trabajo onírico. Estudio fenomenológico de los sueños.

El *ánima* protagonista en la obra de Bécquer

"Ella era hermosa, hermosa con esa hermosura que inspira el sueño, hermosa con esa hermosura que no se parece en nada a la que solemos en los ángulos y que, sin embargo, es sobrenatural; hermosa alcohólica, que tal vez presta el demonio a algunos seres para hacerlos sus instrumentos en la tierra". María Antón. La ajeta de oro.

"Ella era hermosa, hermosa y pálida como una estatua de alabastro; uno de sus rizos caía sobre sus hombros, deslizándose entre los pliegues del velo, como un rayo de sol que atravesara las nubes, y en el cuerpo de sus profundos rubios, brillaban sus pupilas como dos cristalinas esferas en una joya de oro". La santa del lago. Los ojos verdes.

EL ÁNIMA EN LAS OBRAS DE BÉCQUER

*El *Ánima* aparece como imagen arquetipal en muchas obras de Bécquer, algunas de ellas:*

- » La ajeta de oro.
- » El monte de las ánimas.
- » Los ojos verdes.
- » La corsa blanca.
- » El beso.

*Tipos de trasgresión que induce el *Ánima* es el hombre:*

- » El adulterio: "El asunto de las ruinas rojas".
- » La crucifixión: "La crucifixión".
- » La profanación del recinto sagrado: "La ajeta de oro", "El monte de las ánimas", "Los ojos verdes", "El genio", "La corsa blanca", "El beso", "La caverna de la mar", "La rosa de picazón".

RESULTADOS

- Uno de los 10 grandes temas de la obra de Gustavo A. Bécquer, "El Soño Misterioso", se corresponde con la imagen arquetipal del *Ánima*.
- El *ánima* es el arquetipo femenino presente en el hombre. El encuentro con ella genera un cambio cualitativo y un "movimiento del cósmos".
- Las mujeres-*ánima* son atrayentes y peligrosas y aparecen en lugares misteriosos.
- El hombre no es consciente de que ha sido el que ha provocado a la *dama*.
- La entrega al *ánima* viene dada por la ejecución de pruebas y retos, que induce al protagonista a cometer una trasgresión, por la que éste es castigado con la muerte física o psíquica.

CONCLUSIONES

- La imagen arquetipal más frecuente en la obra de Bécquer es el *Ánima*.
- Bécquer sabe que no puede ser un hombre completo si no se une con su *ánima*, por ello ésta le somete a pruebas y retos que debe superar.
- Bécquer es un héroe lunar incapaz de superar los retos del *Ánima*.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bécquer GA. Obras completas. Vol. I y II. Madrid: Biblioteca Castro, Turner, 1995.
- (2) Bécquer GA. Leyendas. Madrid: Cátedra. Letras Hispánicas, 1998.
- (3) Jung CG. Psicología y simbología del arquetipo. Barcelona: Editorial Paidós, 1982.
- (4) Jung CG. Los complejos y el inconsciente. Madrid: Alianza Editorial; 1986
- (5) Jung CG. Símbolos de transformación. Barcelona: Editorial Paidós; 1998
- (6) Hillman J. Von Franz ML. Lectures on Jung's typology. New York: Springs Publications, 1971.
- (7) Hillman J. An inquiry into image. New York: Spring Publications, 1977.
- (8) Hillman J. The dream and the underworld. New York: Harper and Row, 1979.
- (9) Hillman J. Archetypal psychology: A brief account. Dallas: Spring Publications, 1985.
- (10) Hillman J. El código del alma. Editorial Martínez Roca, 1998.
- (11) Hillman J. El pensamiento del corazón. Editorial Siruela, 1999.
- (12) Hillman J. Re-imaginar la psicología. Editorial Siruela, 1999.
- (13) Hillman J. El mito del análisis. Editorial Siruela, 2000.

HOLOCAUSTO, MEMORIA, MEDICINA
Y PSIQUIATRÍA EN EL NAZISMO

HOLOCAUSTO. UNA REFLEXIÓN DESDE LA MEDICINA.

Esteban González López

“Durante el período del siglo pasado que yo llamo La Noche, en ciertos lugares se practicó la medicina no para sanar sino para infligir dolor, no para combatir la muerte sino para administrarla”

ELIE WIESEL, PREMIO NOBEL DE LA PAZ.
MEDICINE WITHOUT CONSCIENCE. NEJM 2005;352:1151-1153

1.-Introducción

Entre 1933 y 1945 en Alemania miles de discapacitados físicos o mentales, personas con enfermedades avanzadas y niños nacidos con defectos congénitos fueron esterilizados o eliminados (1, 2). Médicos y enfermeras participaron de forma activa y entusiasta en éstos hechos, que fueron el prelude del exterminio conocido como Holocausto o *Shoah*.

2.-Eugenesia e Higiene Racial

El evolucionismo de Darwin fue llevado al terreno social, lo cual sirvió para justificar la primacía de unas razas sobre otras.

La doctrina eugenésica nació en los países anglosajones aunque encontró en la Alemania nazi su lugar de mayor desarrollo. Es Galton en 1883 quién acuña el término Eugenesia, definido como: *la reproducción selectiva de la raza humana con el fin de mejorarla*. En 1907 se promulga en Indiana (Estados Unidos) la primera ley de esterilización de enfermos mentales y delincuentes. Otros países adoptan normativas semejantes: Reino Unido, Suiza, Suecia, Noruega, Finlandia, y Japón, entre otros.

En Estados Unidos se crean sociedades científicas eugenésicas destacando sobre todo el Centro de Estudios de Cold Spring Harbour dirigido por Harry H. Laughlin y Charles Davenport. Se considera que las ideas de Laughlin inspiraron las leyes nazis de esterilización. Su papel fue reconocido mediante la concesión de un grado académico honorario otorgado por la Universidad de Heildelberg en su 550 aniversario.

En 1920 se publica en Alemania una obra clave: *“La autorización para el exterminio de las vidas carentes de valor”*. Sus autores Binding y Hoche, uno jurista y otro médico y ambos de reconocido prestigio, plan-

tean lo absurdo de mantener a seres que no tienen vidas productivas y que no merecen seguir viviendo. En ciertos lugares de la obra dicen: “*Si uno piensa en un campo de batalla cubierto con miles de cuerpos jóvenes,..., y se compara con nuestros hogares para idiotas, con el cuidado que se presta a sus internos, se le remueve la conciencia entre, por un lado, el sacrificio del recurso más precioso del hombre, y por el otro, el tremendo esfuerzo de cuidado hacia criaturas ... son completamente inútiles y con valor negativo...hay gente para la que la muerte sería una liberación, y para la sociedad y el estado una liberación de una carga ...Yo no encuentro razón ni legal, ni social ni moral ni religiosa para no dar permiso para matar a estas personas que representan la imagen más horrible de los seres humanos reales ...*” Estas ideas aparecen recogidas en la obra de Hitler, *Mein Kampf*.

Gran parte de las actuaciones que se llevaron a cabo durante el nazismo tenían un componente biológico. Los considerados por los nazis como elementos *contaminantes* de la sociedad (judíos, gitanos, enfermos, disidentes políticos, homosexuales) se comparan a agentes patógenos que dañan a la sociedad alemana y que la degeneran. Por tanto, en el caso de los enfermos, para purificar la raza había que evitar que se reprodujeran los inútiles, y deshacerse de las vidas que no sólo “*no merecían la pena ser vividas*”, sino que además suponían un gasto para la nación. Los avances médicos habrían permitido la vida en casos en los que la selección natural no lo hubiera hecho posible. El léxico “médico” impregnaba la ideología nazi, llegando a decir sus adeptos que “*el Nacional Socialismo no era sino biología aplicada*”. La Eugenesia, el darwinismo social y las teorías de higiene racial se imbrican en una pseudociencia dirigida a lograr la superioridad de la nación alemana, identificada con la raza aria (3).

3.-Identificación de los médicos con el nazismo

Se estima que el 45% de todos los médicos alemanes se afiliaron al Partido Nazi, siendo siete veces más frecuente encontrar un médico dentro de las SS que a otro profesional (1). Otros colectivos sanitarios con tasas elevadas de afiliación al Partido nazi fueron las matronas (35%) y las enfermeras (25%), superando a los abogados (25%) y profesores (24%). ¿Cuáles pudieron ser las razones para que los médicos abrazaran de forma tan entusiasta el ideario nazi?

En primer lugar hay que señalar que la Eugenesia (denominación anglosajona) o la Higiene Racial (denominación alemana) era una doctrina moderna, que intentaba romper con una supuesta decadencia social. Por otro lado la puesta en marcha de las acciones eugenésicas suponía la posi-

bilidad de más puestos de trabajo para los nuevos médicos, en un período de desempleo. La expulsión de médicos y profesores judíos de hospitales, consultas y universidades, supuso una mejora de oportunidades para el resto de los médicos (4).

4.- *El Programa de Esterilización*

El estado nazi delegará en los médicos la responsabilidad de cumplimentar infinidad de cuestionarios y fichas sobre el estado de salud física y mental de las personas, comenzando por los ingresados en instituciones. En julio de 1933 se promulgó la Ley de esterilización forzosa. Se esterilizó a ciudadanos alemanes con taras físicas o psíquicas de posible origen hereditario (esquizofrenia, trastorno maniaco depresivo, epilepsia, corea hereditaria, alcoholismo, sordera y ceguera hereditaria, incapacidad intelectual y deformidades físicas severas). Se establecieron 300 tribunales especiales formados por dos médicos y un abogado para determinar quién debía ser esterilizado. Se estima que el 25% de los médicos colaboró en el proceso de identificación y esterilización masiva, y que 350-400.000 alemanes fueron esterilizados entre 1934 y 1939 (0,5% de la población total y el 1% en algunas zonas). Se utilizaron métodos quirúrgicos y exposición a radiaciones. Los médicos y las comadronas estaban obligados a registrar y a comunicar el nacimiento de cualquier niño con una anomalía genética.

En 1935, las leyes de Nuremberg prohíben los matrimonios entre “arios y no arios” (judíos). El aborto y la homosexualidad se consideraban conductas impropias de un “ario” por no favorecer la procreación. Se fomentó la natalidad con premios a las mujeres “arias” que tuvieran hijos. Se requería que las parejas previo a su matrimonio aportaran un examen médico que demostrara la inexistencia de enfermedades transmisibles genéticamente.

5.- *El mal llamado “Programa de Eutanasia” (T4 Aktion)*

La T4 Aktion (nombre en clave de *Tiergarten Strasse 4*, dirección donde se ubicaba en Berlín, la sede central de dicho organismo) era una acción que contemplaba la identificación, clasificación, traslado y exterminio de ciertos enfermos. Se crearon tribunales formados por médicos que dictaminaban sobre los pacientes (retraso mental, síndrome de Down, malformaciones, microcefalia, parálisis) a partir de la documentación enviada desde las instituciones donde residían y eran atendidos. Previamente unos 5.000 niños (portadores de enfermedades congénitas u otros defec-

tos) fueron asesinados mediante la inducción de un estado de coma con barbitúricos, ayudado por unas deficientes condiciones de alimentación e higiene.

Coincidiendo con el inicio de la 2ª Guerra Mundial Hitler autoriza en un documento privado a su médico personal, Karl Brandt, y a su secretario, Philip Bouhler para: “... *que bajo su responsabilidad, autoricen a determinados médicos a garantizar, según criterios humanitarios y después de valorar el estado de su enfermedad, una muerte de gracia a todos aquellos enfermos incurables*” (2, 5) (Fig. 1). Esto permitió la eliminación de adultos con diferentes discapacidades (esquizofrenia, demencia, corea, ceguera y sordera congénita, y retraso mental) y a cualquier persona con defecto físico o enfermedad avanzada incapaz de trabajar, extendiéndose después la iniciativa a personas con teóricas conductas antisociales (alcohólicos, inadaptados sociales, prostitutas, y sifilíticos). Los asesinatos fueron llevados a cabo en seis centros de exterminio, cinco en Alemania (Graefeneck, Hadamar, Pirna Sonnenstein, Brandenburg y Bernburg, y uno de ellos en la Austria anexionada al Reich (Hartheim) (Fig. 2). El traslado se realizaba en autobuses con los cristales pintados de negro. Se informaba a la familia de la necesidad y obligatoriedad del cambio de centro para un mejor tratamiento, así como de la prohibición de las visitas. Una vez allí, los pacientes eran conducidos a unas habitaciones dónde desembocaban unas tuberías que llevaban monóxido de Carbono procedente

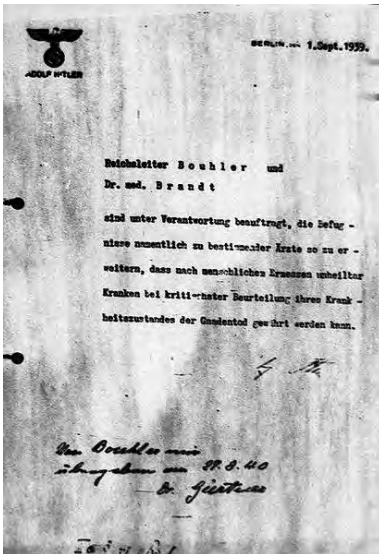


Figura 1. Carta firmada por Hitler y fechada el 1 de septiembre de 1939. Dice: “Delego en el director de la Cancillería, Philip Bouhler y en el doctor en Medicina Karl Brandt para que bajo su responsabilidad, autoricen a determinados médicos a garantizar, según criterios humanitarios y después de valorar el estado de su enfermedad, una muerte de gracia a todos aquellos enfermos incurables”. Fuente: United States Holocaust Memorial Museum (Photograph #67072, free domain).



Figura 2. Cámara de gas. Centro de Eutanasia de Bernburg (Alemania). Fotografía del autor.



Figura 3. Centro de exterminio de enfermos mentales en Hartheim (Austria).
Fotografía del autor.

de bombonas o motores de combustión (Fig. 3). Los médicos se encargaban de revisar los datos de los internos, administrar el gas letal, y certificar falsamente las causas de muerte (a las familias siempre se les comunicaba que el fallecimiento había sido por causa natural: neumonía, otras infecciones o patología cerebrovascular). En caso de que uno de los enfermos tuviera alguna enfermedad interesante para investigaciones médicas, era señalado para la extracción de sus órganos y su posterior estudio histológico. Los cadáveres se incineraban por “*necesidades de salud pública propias de tiempo de guerra*”. Hasta 1.941 se exterminaron a 70.273 personas, alcanzando un total de 200.000 entre 1.939-1.945. Estos asesinatos se interrumpieron temporalmente en Agosto de 1.941 por las homilias del Obispo de Münster.

Algunos autores, como Götz Aly (6), han planteado que el cese de la operación Eutanasia no se debió únicamente a la presión de algunos sectores religiosos, sino simplemente a que se habían alcanzado los objetivos previstos para ese período.

El exterminio se reanudó pronto debido a las necesidades de la guerra. En esta nueva fase ya no existía un proceso centralizado sino que los propios médicos, en hospitales psiquiátricos localizados en zonas apartadas indicaban de forma discrecional el destino de los discapacitados. Así se eliminó a 110.000 personas. Los métodos utilizados fueron la administración forzada de barbitúricos, e inyecciones letales de escopolamina, morfina, y aire. La administración de los medicamentos se llevó a cabo por parte de enfermeras (7) bajo dirección médica. Esto lleva a plantearse un dilema ético: ¿hay que seguir siempre las órdenes de un superior jérárquico? ¿es la obediencia debida un principio inmutable? ¿es posible negarse? ¿hay que negarse? (8)

Asimismo se pone en marcha otra iniciativa conocida como la *Aktion 14f13*. Consistía en el asesinato de prisioneros de los campos de concentración que tenían un gran deterioro físico y psíquico utilizando el mismo sistema que con los discapacitados: monóxido de Carbono. Los médicos de la T4 inspeccionaban los campos y los seleccionados eran llevados a los centros de Eutanasia dónde corrían la misma suerte que aquellos alemanes “*cuyas vidas no merecían la pena ser vividas*”.

En Junio de 1941 con la invasión de la Unión Soviética se produjo el exterminio de más de 1 millón de judíos a cargo de pelotones de fusilamiento, los así denominados *Einsatzgruppen* (9-11). Estos escuadrones de la muerte habían comenzado sus acciones eliminando a los miembros de la intelligentsia polaca (políticos, abogados, médicos, profesores). Posteriormente la misma táctica se trasladará a los judíos de la Unión Soviética y de los Países Bálticos. Los judíos de pueblos y aldeas, identificados generalmente por sus propios vecinos eran conducidos a las zonas de bosque dónde eran obligados a cavar sus propias fosas. Una vez despojados de sus ropas y efectos personales eran fusilados. Las labores de estos pelotones formados por SS y policías o gendarmes alemanes eran a veces apoyadas por la policía local de cada país e incluso por los propios habitantes de las comunidades locales (Fig. 4).



Figura 4. Fusilamiento a cargo de los Einsatzgruppen. Fuente. National Archives and Records Administration, College Park. United States Holocaust Memorial Museum (Photograph #89063, free domain).

Este sistema de eliminación era poco eficiente, caro y lento. Se unía además el desgaste psicológico que, en la opinión de los propios oficiales, se producía en los pelotones de soldados. Hacían falta métodos sencillos, rápidos y baratos que pusieran distancia entre víctima y verdugo, a fin de que éste último no resultara afectado psicológicamente. Este hecho pudo contribuir en la búsqueda de soluciones de asesinato masivo más eficientes, más sencillas y que mantuvieran distancia entre las víctimas y los perpetradores, caso de las cámaras de gas ya utilizadas en la T4.

La experiencia alcanzada en la *T4 Aktion* fue clave para la posterior puesta en marcha de los asesinatos masivos con gas en los campos de exterminio de Polonia. Es llamativo el caso del Dr. Irmfried Eberl (12), que trabajó en el Centro de Eutanasia de Brandenburg y que posteriormente dirigió el campo de Treblinka cercano a Varsovia.

6.-Los médicos nazis en los campos de exterminio

La conferencia celebrada en enero de 1.942 Wannsee (Berlín) supuso la puesta en marcha de un planificado programa de exterminio que dio lugar "*Solución Final al Problema Judío*". Este tendría lugar en los campos de Auschwitz, Sobibor, Treblinka, Maidanek, Belzec y Chelmno donde encontrarán la muerte en las cámaras de gas judíos procedentes de toda Europa.

Los médicos de las SS tuvieron encomendado el papel de seleccionar a la llegada los campos a aquellas personas capaces de trabajar en las fábricas anejas (Fig. 5). Los que no eran considerados aptos para el trabajo iban directamente a las cámaras de gas.



Figura 5.

Selección en la rampa de Auschwitz-Birkenau. 27 de mayo de 1944. Fuente. The Martyrs' and Heroes' Remembrance Authority. Yad Vashem. Jerusalén. Israel (Archive. N° 4522).

Los médicos nazis dispusieron en los campos de concentración y exterminio de miles de personas privadas de libertad que fueron utilizadas como sujetos de experimentación (Fig. 6 y 7). Los experimentos realizados en los campos tenían como rasgos comunes la perversidad y el desprecio de la voluntad de los sujetos. Se realizaron esterilizaciones masivas, exposición a situaciones ambientales extremas (presión, temperatura, rayos ultravioleta, alimentación con agua salada), (Fig. 8) a tóxicos, gases, bombas incendiarias y explosivas, investigándose armas químicas y biológicas. Se experimentó con medicamentos, sueros, vacunas, inoculación de enfermedades, heridas artificialmente infectadas y métodos acientíficos de cirugía. Se realizaron cirugías innecesarias, y los cadáveres se utilizaron no sólo para estudiar cerebros, esqueletos y cráneos sino posiblemente también para ilustrar un atlas anatómico (13).



Figura 6.

El Bloque 10 (Auschwitz-Birkenau), lugar donde se realizaron experimentos médicos. Fotografía del autor.



Figura 7.

El Bloque 30 (Auschwitz-Birkenau), lugar donde se realizaron experimentos médicos de esterilización. Fotografía del autor.



Figura 8.

Experimento de hipotermia en el campo de Dachau. Fuente. The Martyrs' and Heroes' Remembrance Authority. Yad Vashem. Jerusalén. Israel (Archive 4613/1105).

7.- ¿Qué se puede aprender utilizando el ejemplo de la colaboración de los médicos con el nazismo? ¿Qué se debe enseñar?

Los avances científicos actuales enfrentan al médico con situaciones que ya pudieron estar presentes en el período nazi (14-15). El conocimiento del genoma humano, la clonación, y la investigación con células madre, tienen usos beneficiosos pero también puede tenerlos perversos. Sí los mejores médicos del siglo XX pudieron llegar a cometer aquellos hechos, ¿que no podremos llegar a hacer hoy en día disponiendo de mayores avances tecnológicos?

Una búsqueda excesiva de la eficiencia en los sistemas sanitarios, puede llegar a limitar el acceso a tratamientos, recursos o medios diagnósticos en función de la edad, o estado del paciente. Los médicos pueden ser requeridos para utilizar sus conocimientos en beneficio del estado para la experimentación con armas químicas, biológicas, confesión por medios psicológicos o farmacológicos (16) o incluso participar en ejecuciones mediante inyección letal. En un intento de mejorar sus aspiraciones económicas, académicas, o de otro tipo los médicos pueden verse tentados en colaborar en investigaciones o acciones no éticas (17). No hay que olvidar el respeto, dignidad e intimidad que merecen los enfermos en entornos sanitarios y docentes.

Desgraciadamente y con cierta frecuencia se conocen muchos abusos llevados a cabo o con la ayuda de los médicos. La colaboración de los médicos en torturas o el encubrimiento de los resultados de las mismas se ha conocido a partir de diferentes investigaciones llevadas a cabo en los centros de detención norteamericanos de Abu Grahیب y Guantánamo (18-19). La relación y sometimiento de los médicos al poder se realiza en regímenes tanto totalitarios como no totalitarios (20). También se conoce la esterilización forzada de mujeres gitanas (21), así como los experimentos de inoculación de enfermedades de transmisión sexual llevados a cabo por Estados Unidos en Guatemala (22) Recientemente se ha sabido que el Gobierno de la República Democrática Alemana cedió personas a empresas farmacéuticas de la República Federal Alemana para ser usadas en investigaciones farmacológicas (23).

El Gobierno de Estados Unidos ha pedido perdón sobre los experimentos llevados a cabo en Tuskegee (24). Estos consistieron en la observación y sin ningún tipo de tratamiento de pacientes negros y enfermos de sífilis. Se han establecido muchos paralelismos entre lo realizado en Tuskegee y algunas de las actuaciones de los médicos durante el nazismo (25) (Fig. 9). No sólo era un problema de ocultación de información, no respeto a las personas y no tratarlas a pesar de disponer a partir de los años 40 del pasado siglo de antibióticos con eficacia probada. El problema radi-



Figura 9.

Juicio de Nüremberg de los médicos. Fuente. United States Holocaust Memorial Museum (Photograph ##43056, free domain).

caba además en un mal uso del poder y en una discriminación añadida ya que los pacientes procedían de zonas muy pobres.

También es imprescindible un gran ejercicio de autocrítica acerca lo realizado por los médicos en diferentes momentos de la Historia con el fin de no repetir los mismos errores. Recientemente la Asociación Médica Alemana (26) ha reconocido el papel que jugaron los médicos en muchos de los crímenes del nazismo. No obstante es necesario un mayor reconocimiento no sólo de lo realizado por los médicos en la “Operación Eutanasia” sino del uso que se hizo de la misma. La experiencia alcanzada en dicha operación fue clave en el exterminio masivo de los judíos europeos. Los mismos médicos que habían dirigido la “Operación Eutanasia” dirigieron el asesinato en los campos de la muerte. Se echa de menos en la Declaración de la Asociación Alemana una mayor mención a este hecho (27).

El estudio y análisis del papel jugado por médicos y otros profesionales en el Holocausto, puede poner “*rostro humano*” a muchos dilemas bioéticos de la asistencia diaria actual y comprobar como desgraciadamente se siguen produciendo hechos vergonzosos. La reflexión sobre Medicina y Holocausto puede llegar a convertirse en un nuevo paradigma en la enseñanza de valores profesionales en la Medicina (28) y constituirse así en un referente bioético obligado.

Ellie Wiesel nos dice que siempre es posible en las peores situaciones hacer el bien.

“*Cuándo pienso en los Médicos Nazis, los médicos verdugos, pierdo la esperanza. Para volverla a encontrar, pienso en los otros: los médicos víctimas y veo nuevamente sus miradas ardientes y sus caras color ceniza*”.

Elie Wiesel, Premio Nobel de la Paz. *Medicine Without Conscience*. New Eng. J. Med 2005;352: 1151-1153.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Lifton RJ. *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide.* New York. Basic Books. 1986.
- (2) Platen-Hallermund, A. *Exterminio de enfermos mentales en la Alemania nazi.* Buenos Aires: Nueva Visión. 2007.
- (3) Bachrach S. In the Name of Public Health-Nazi Racial Hygiene. *N. Eng. J. Med.* 2004; 351: 417-420.
- (4) Hanuske-Abel HM. Not a slippery slope or sudden subversion: German medicine and National Socialism in 1933. *BMJ* 1996; 313: 1453-1463.
- (5) García Marcos JA. *La medicina sin rostro humano. Eutanasia y experimentos médicos durante el Tercer Reich.* XXXV Premio Fundación Uriach de Historia de la Medicina. 2005.
- (6) Aly G, Chroust P, Pross C. *Cleansing the Fatherland: Nazi Medicine and Racial Hygiene.* Baltimore: John Hopkins University Press; 1994.
- (7) Benedict S, Caplan A, Lafrenz Page T. Duty and "Euthanasia": the Nurses of Meseritz-Obrawalde. *Nursing Ethics* 2007; 14: 781-794.
- (8) García Marcos JA. *Psiquiatría y eutanasia en la Alemania Nazi. Claves de Razón Práctica* 2002; 120: 70-76.
- (9) Browning Ch. *Aquellos hombres grises. El Batallón 101 y la Solución Final en Polonia.* Madrid: Edhasa. 2002.
- (10) Desbois P. *The Holocaust by Bullets.* Palgrave Mc Millan, 2009.
- (11) Rhodes R. *Masters of Death: The SS Einsatzgruppen and the Invention of Holocaust.* Oxford: Perseus Press, 2002.
- (12) Strous RD. Dr. Irmfried Eberl (1919-1948): Mass Murdering MD. *IMAJ* 2009; 11: 216-218.
- (13) González López E, Cuerda Galindo E. La utilización de cadáveres y órganos en la investigación y docencia medica. *Lecciones de la historia. Medicina Clínica* 2012; 138: 441-444.
- (14) González López E. Medicina y nazismo. Aprender de la Historia. *Revista Clínica Española.* 2011; 211: 199-203.
- (15) Geiderman JM. *Ethics Seminars: Physician Complicity in the Holocaust: Historical Review and Reflections on Emergency Medicine in the 21st Century, Part I-II.* *Acad. Emerg. Med* 2002; 9: 223-231, 232-240.
- (16) Seidelman WE. Nuremberg lamentation: for the forgotten victims of medical science. *BMJ.* 1996; 313:1463-7.
- (17) López Muñoz F, Dudley M, Molina JD, García-García P, Guerra JA, Rubio G, Álamo C. Los abusos psiquiátricos y farmacológicos durante el régimen nacional-socialista y el Código de Nuremberg. *Archivos de Psiquiatría.* 2006; 69: 245-277.
- (18) Iacopino V, Xenakis SN. Neglect of Medical Evidence of Torture in Guantánamo Bay: A Case Series. *PLoS Med* 2011; 8(4): e1001027. doi:10.1371/journal.pmed.1001027.
- (19) Physicians for Human Rights. *Broken Laws, Broken lives. Medical Evidence of Torture by US Personnel and Its Impact.* Consultado el 14 de marzo de 2013. Disponible en <http://physiciansforhumanrights.org/library/reports/broken-laws-torture-report-2008.html>.
- (20) Bonnie RJ. *Political Abuse of Psychiatry in the Soviet Union and in China: Complexities and Controversies.* *J Am Acad Psychiatry Law* 2002; 30:136-44.
- (21) Center for Reproductive Rights. *BODY AND SOUL Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia.* Consultado el 14 de marzo de 2013. Disponible en <http://reproductiverights.org/en/document/body-and-soul-forced-sterilization-and-other-assaults-on-roma-reproductive-freedom>.
- (22) Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. *Ethically Impossible. STD Research in Guatemala from 1946 to 1948.* Washington DC. September 2011.

(23) East Germany's secret police sold citizens to western pharmaceutical companies to use as human guinea pigs in drug trials. Consultado el 14 de marzo de 2013. Disponible en: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2242825/East-Germanys-Stasi-secret-police-sold-citizens-western-pharmaceutical-companies-use-human-guinea-pigs-drug-trials.html#ixzz2NVRfR5kl>.

(24) Mays VM. The Legacy of the U. S. Public Health Service Study of Untreated Syphilis in African American Men at Tuskegee on the Affordable Care Act and Health Care Reform Fifteen Years after President Clinton's Apology, *Ethics & Behavior*, 2012; 22: 411-418.

(25) Pressel DM. Nuremberg and Tuskegee: Lessons for the Contemporary American Medicine. *J Natl Med Assoc.* 2003; 95:1216-1225.

(26) Declaration of the German Medical Assembly. In remembrance of the victims of Nazi medicine (Petition), and Nuremberg. 2012. *IMAJ Isr Med Assoc J* 2012;14: 529-530.

(27) Reis S. Reflections on the Nuremberg Declaration of the German Medical Assembly. *IMAJ* 2012; 14: 532-534.

(28) Reis S. Holocaust and Medicine – A Medical Education Agenda. *IMAJ* 2007; 9:189–191.

EL PAPEL DE LA PSIQUIATRÍA Y LA PSICOFARMACOLOGÍA EN LOS ABUSOS MÉDICOS COMETIDOS DURANTE EL III REICH.

Francisco López-Muñoz

1. Introducción

En líneas generales, la medicina alemana, durante el primer tercio del siglo XX, gozaba de un enorme prestigio internacional. En este marco, tanto la psiquiatría como la farmacología no constituían una excepción. De hecho, ambas disciplinas estaban lideradas, en sus diferentes escuelas y corrientes, por científicos y clínicos alemanes. Sin embargo, este periodo de esplendor se vio bruscamente truncado en 1933 con la ascensión al poder del Partido Nacionalsocialista Alemán de los Trabajadores (*Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei*, NSDAP). Los sucesivos gobiernos del Partido Nazi fueron generando un perverso sistema de destrucción de la conciencia social, que, en su vertiente sanitaria, supuso la institucionalización de conductas criminales en materia de salud pública, higiene racial e investigación humana. En esta red se vieron involucrados una considerable cantidad de profesionales de la medicina (médicos generalistas, ginecólogos, cirujanos, pediatras y también especialistas en psiquiatría) y de otras disciplinas científicas afines, como los farmacólogos. Algunos de estos especialistas, entre otros actos, no dudaron en hacer uso de los agentes psicotrópicos disponibles durante aquella época en sus actividades delictivas y en sus violaciones reiteradas de los derechos fundamentales del ser humano. El resto de agentes relacionados con la asistencia sanitaria (enfermería, industria farmacéutica, Universidad, etc.) tampoco fue ajeno a estas actividades. De hecho, es preciso comentar que durante el régimen nacionalsocialista, la ciencia académica, el poder militar, la medicina clínica y la industria farmacéutica tejieron unas redes de interconexión tan tupidas que resultaría difícil aislar la implicación real y específica de algunos de sus integrantes en los abusos cometidos durante el III Reich, en tanto que uno de sus principales objetivos fue conseguir un sistema de mutuo beneficio adicional.

Muchas de estas actividades, posiblemente una parte pequeña de las que tuvieron lugar, pues mucha documentación fue destruida justo antes de finalizar la II Guerra Mundial, fueron conocidas gracias a la celebración, entre 1945 y 1949, en la ciudad alemana de Núremberg, de los famosos juicios contra los dirigentes del régimen nacionalsocialista alemán y otros criminales de guerra nazis por parte de un Tribunal Militar Internacional.

2. Antecedentes históricos: La psiquiatría y la psicofarmacología alemanas como vanguardia internacional

Durante la segunda mitad del siglo XIX, la psiquiatría alemana fue adquiriendo un papel internacional cada vez más relevante y prestigioso, tomando paulatinamente el relevo a la preponderante escuela psiquiátrica francesa, cuyos postulados sobre el tratamiento moral eran cada vez menos aceptados, y dotando a la misma de una orientación somaticista, que se fue imponiendo entre las diferentes corrientes europeas. La somatización de la psiquiatría también se vio favorecida por el auge de otras corrientes, como el positivismo criminológico de la escuela italiana y los defensores de la teoría de la degeneración de la escuela francesa (1), así como por el progreso de la mentalidad anatomoclínica, reflejado magistralmente en los excelentes neurohistólogos y neuropatólogos alemanes. Entre las figuras claves de este cambio de orientación, que contemplaba el trastorno mental como una consecuencia directa de determinadas lesiones orgánicas, hay que destacar a Wilhelm Griesinger (1817-1868), Emil Kraepelin (1856-1926), que realizó la primera descripción de la esquizofrenia en 1899, o Carl Wernicke (1848-1905). Finalmente, en 1933, Oswald Bumke (1877-1950) publicó su *Handbuch der Psychiatrie*, obra de absoluta referencia en su momento y que supuso la culminación de la psiquiatría post-kraepeliniana y el absoluto predominio de la psiquiatría alemana durante la época de entreguerras.

Desde la perspectiva asistencial, durante el periodo de entresiglos los manicomios alemanes también eran posiblemente los que mejor funcionaban del mundo, pues los Estados Alemanes los sufragaban generosamente y, lo que es más importante, incorporaron a profesionales del ámbito universitario, cuya mentalidad científica suponía un valor añadido. Además, estos profesionales estaban imbuidos, desde su formación académica, por el *Her Geheimrat*, esto es, el interés por destacar y obtener honores en su actividad profesional, algo prácticamente desconocido en otros países de su entorno (2). De hecho, en 1911, Alemania contaba con 16 clínicas psiquiátricas universitarias (además de 187 manicomios públicos y 225 privados). El prestigio de estas instituciones se incrementó, además, por las grandes aportaciones en materia diagnóstica (electroencefalografía) y terapéutica, conocidas, estas últimas, como tratamientos biológicos (piretoterapia mediante paludización, choques insulínicos, terapia convulsiva con cardiazol, etc.).

Asimismo, en el descubrimiento de los primeros psicofármacos disponibles a nivel internacional durante la primera mitad del siglo XX, o de sus aplicaciones terapéuticas, participaron de forma importante los científicos alemanes, líderes de la farmacología mundial, bien en el ámbito de los

laboratorios académicos de las universidades, incluidas las facultades de medicina y sus institutos de investigación, o bien en los laboratorios industriales pertenecientes a compañías farmacéuticas (3). Prueba de ello fue el aislamiento, por ejemplo, de la mescalina, una potente droga psicodélica (Louis Lewin, 1850-1929, y Arthur Heffter, 1859-1925), o la síntesis de los barbitúricos (Adolf von Baeyer, 1835-1917), la familia de psicofármacos por excelencia durante la primera mitad del siglo XX (4). El grupo de Emil Fischer (1852-1919) (Premio Nobel de Química en 1902) sintetizó, en la primera década del siglo XX unos 18 agentes de este grupo, destacando entre ellos el fenobarbital, comercializado en 1912 por la compañía F. Bayer and Co., con el nombre de Luminal® (2). En los años siguientes continuaron introduciéndose nuevos barbitúricos en el mercado. Uno de éstos, el hexobarbital sódico inyectable (Evipan®), introducido por Helmut Weese (1897-1954), revolucionaría el campo de la anestesiología y sería uno de los agentes de los que más se abusó, desde la perspectiva ilícita y criminal, durante el régimen nazi, como después se comentará.

Así pues, podemos concluir afirmando que la psiquiatría y la farmacología germanas (además de la medicina, en general) gozaban de una excelente reputación internacional antes de la llegada al poder del Partido Nacionalsocialista en 1933, fecha considerada por algunos autores como “el año de quiebra de la psiquiatría alemana” (5).

2.1. El camino hacia la tragedia y el rol de la psiquiatría

Durante la segunda mitad del siglo XIX fue adquiriendo cada vez más popularidad en el ámbito de la psiquiatría la pesimista hipótesis de la degeneración de Benedict Auguste Morel (1809-1873), que postulaba que los trastornos mentales eran alteraciones morbosas degenerativas transmitidas hereditariamente y carentes de intervención terapéutica beneficiosa (6). Simultáneamente, los integrantes de la escuela positivista italiana (“*Nuova Scuola*”), liderados por Cesare Lombroso (1836-1909), vincularon los conceptos de degeneración y locura al de criminalidad (7), lo que hacía aún más peligroso este explosivo cóctel de cara al posible uso ilegítimo por parte de regímenes políticos autoritarios, como posteriormente sucedió en la Alemania nazi.

Estos planteamientos de incurabilidad de los trastornos mentales, y el importante papel etiopatogénico concedido a la herencia y a la acción sobre el organismo de determinados agentes tóxicos, como el alcohol, hizo derivar la posibilidad de su control sanitario al campo de la prevención, lo que supuso el inicio de la socialización de la psiquiatría y su posible empleo como herramienta de control social por parte de determinados gobiernos. La consecuencia final de este proceso sería el triunfo de las teorías eugenésicas. El papel del psiquiatra, en este punto, sería capital, pues era el consejero idóneo

para implementar las reglas de higiene mental, a través de las denominadas Ligas de Higiene Mental, y aportar los pertinentes consejos eugenésicos. Además, algunos psiquiatras verían con especial interés estos postulados, pues los podría sacar de las sórdidas paredes de los manicomios, transformándolos en agentes sociales con un enorme peso específico en el ámbito de la política de la época (incluido el control de la criminalidad) (8-9).

Los planteamientos eugenésicos, amparados en las corrientes darwinistas sobre la selección de las especies, y con la idea de que la especie más apta es la que sobrevive, fueron ampliamente expuestos desde los albores del siglo XX por destacados científicos, como Ernst Rüdin (1874-1952), profesor de Psiquiatría de la Universidad de Basilea y posteriormente director del Departamento de Genealogía y Demografía del Kaiser-Wilhelm Institut (KWI) de Munich y profesor de Psiquiatría de esta Universidad. En 1916, Rüdin pretendió haber demostrado el carácter hereditario de la esquizofrenia (*dementia praecox*), lo que suponía, de facto, que los trastornos mentales eran refractarios a cualquier intervención terapéutica. La solución propuesta por Rüdin y otros genetistas fue “la limpieza de los genes de la raza”, esto es, la eliminación de la “grey putrefacta del cuerpo social”. Otro prestigioso psiquiatra, Alfred Hoche (1865-1943), profesor de la Universidad de Freiburg, defendía en un libro publicado conjuntamente con el jurista Karl Binding (1841-1920) en 1920 (*Die Freigabe der Vernichtung Lebensumwertern Lebens -El permiso para destruir la vida indigna-*), la eutanasia activa de algunos de estos pacientes: “... los médicos deberían comprometerse algunas veces con la idea de quitar la vida de ciertos enfermos mentales, que son seres humanos vacíos, en interés de lograr una comunidad mucho mejor”.

Sobre estas bases pseudocientíficas, el gobierno nazi iniciaría posteriormente en Alemania una política de “higiene racial” de nefastas consecuencias políticas, sociales y científicas (10-13). Racismo antropológico, somaticismo médico, persecución del anormal o del extraño, etc., son algunos de los elementos amalgamados en el programa político-social del Partido Nacionalsozialista, que encontró un terreno abonado para la potenciación de estas ideas en la situación de crisis económica de finales de la década de 1920, en la sensación de opresión y victimismo del pueblo alemán tras la firma del Tratado de Versalles (1919).

En la primavera de 1933, Adolf Hitler (1889-1945) alcanzó la presidencia en Alemania y comenzó a poner en marcha, siguiendo las promesas electorales que le llevaron al poder, políticas racistas en defensa de una “raza superior” (14). Así, pronto se promulgaron una serie de leyes referentes a la segregación racial y a la protección de la raza, en cuya confección, determinados sectores de la medicina alemana estuvieron presentes. Entre las primeras de estas leyes se encontraba la *Gesetz zur Verhütung*

Erkrankung Nachwuchses o Ley para la Prevención de las Enfermedades Hereditarias de la Descendencia (más conocida como *Acta de Esterilización*), promulgada el 14 de julio de 1933. Esta normativa permitía, a instancias de un tribunal compuesto por dos médicos y un juez, la esterilización involuntaria de sujetos que eran diagnosticados de debilidad mental congénita, esquizofrenia, “locura circular” (psicosis maníaco-depresiva), epilepsia hereditaria, baile de “San Vito” hereditario (corea de Huntington), ceguera y sordera congénitas, pronunciadas malformaciones corporales de carácter hereditario, alcoholismo crónico grave, etc. (14-16) Esta ley fue aplicada junto con la *Gesetz Gegen Gefährliche Gewohnheits Verbrecher* o *Acta contra Criminales Peligrosos*, la cual tenía el mismo fin y utilizaba los mismos medios (15,17).

El propósito final de estas leyes era eliminar a una generación completa de sujetos con deficiencias genéticas, a fin de “depurar” el banco de genes y mejorar la “raza germana”. Uno de los principales promotores del *Acta de Esterilización* fue el Presidente de la Asociación para la Higiene Mental y Racial, profesor Rüdin, quien, bajo el auspicio del Ministerio del Interior del Reich, organizó una serie de cursos y seminarios dirigidos a psiquiatras, con el objetivo de prepararlos e implicarlos en la aplicación de las leyes que el gobierno estaba promulgando para el “tratamiento” de las enfermedades hereditarias y la “higiene racial”. Algunos sectores de la medicina alemana aceptaron de buen grado esta ley, que dejaba en manos de los especialistas en psiquiatría un inmenso poder, pues eran quienes tenían que diagnosticar si el paciente era, por ejemplo, esquizofrénico, y por lo tanto debía ser esterilizado, o no padecía trastorno mental alguno. Además, la esterilización forzada se llevaba a cabo en las clínicas para pacientes mentales o discapacitados. Las esterilizaciones comenzaron en 1934 y terminaron en la práctica con el comienzo de la II Guerra Mundial, con un saldo final de unas 350.000 personas esterilizadas (0,5% de la población total) y una incidencia de fallecidos durante las intervenciones quirúrgicas del 1-5%. Como algunos autores han señalado, “de la esterilización forzada al Holocausto sólo había un paso” (5). En el marco de un cierto entusiasmo generalizado durante los primeros años del III Reich, los médicos implicados en la aplicación de estas leyes se acogían a la invocación de conceptos de naturaleza tan engañosa y coercitiva como los de “causa mayor” o “misión sagrada” (17-18). Desvincularse completamente de esta maquinaria podía llegar a ser bastante difícil para el colectivo sanitario, en general, y para el psiquiátrico, en particular. De hecho, la Asociación Médica Alemana, en su revista oficial, no sólo no se opuso al desarrollo de estas leyes, sino que las alabó abiertamente (19).

Tras la aplicación del *Acta de Esterilidad*, se promulgaron durante 1934 y 1935 una serie de leyes, denominadas genéricamente Leyes de

Nüremberg, que incidían en la noción terapéutica de la “depuración de la sangre del pueblo germano”, mediante la prohibición, por ejemplo, de las relaciones sexuales y del matrimonio entre judíos y “arios”, y el sometimiento de las parejas a exámenes médicos premaritales para, presuntamente, prevenir la propagación de “enfermedades racialmente dañinas” (11, 20). La implicación del colectivo médico en el desarrollo y la implementación de estas leyes era forzosamente necesaria. Algunos autores, incluso, postulan que las Leyes de Nüremberg sirvieron para posicionar firmemente a la comunidad médica generalista como instrumento de algunas políticas racistas del gobierno nacionalsocialista. De hecho, con el establecimiento de estas leyes, los ingresos económicos de los médicos alemanes se incrementaron de forma notoria, incentivos que podrían haber favorecido una cierta relajación de los principios éticos inherentes a la práctica médica (21). En este sentido, hay que tener presente que durante un determinado periodo del III Reich, hasta el 45% de los médicos alemanes llegaron a ingresar en el Partido Nazi (16), incluyendo un significativo número de psiquiatras (17). Ninguna otra profesión alcanzó estas cifras de afiliación política (19).

3. La psiquiatría y los abusos de poder cometidos durante el III Reich

En una reciente publicación, nuestro grupo de trabajo ha identificado 5 tipos diferentes de actividades de abuso de poder cometidas por profesionales de la psiquiatría durante el III Reich, en las que el uso ilegítimo de las herramientas psicofarmacológicas fue una constante (22). Entre estos agentes farmacológicos disponibles durante el periodo nazi cabe destacar la morfina, usada terapéuticamente para controlar la agitación y la agresividad de los pacientes psiquiátricos, el bromuro de potasio, para aliviar la inquietud y la ansiedad, el hidrato de cloral, para controlar el insomnio, la hioscina (escopolamina) y el paraldehído, los barbitúricos, empleados como hipnóticos y sedantes, el ácido nicotínico (vitamina B3), y las anfetaminas y sus derivados (2, 23). De todos ellos, fundamentalmente los barbitúricos, y en menor medida los derivados opiáceos, la escopolamina y algunos psicoestimulantes de tipo anfetamínico, constituyeron el eje nuclear del uso de psicofármacos con fines ilícitos por parte de médicos y científicos de adscripción filonazi.

3.1. Los Programas para la Eutanasia

Con el antecedente previo que supuso el establecimiento de las Leyes de Nüremberg y ante la inminencia del inicio de la guerra (que precisaría liberar miles de camas hospitalarias para atender a los soldados heridos),

Adolf Hitler firmó, el 1 de septiembre de 1939 (precisamente la fecha de inicio de la II Guerra Mundial), un Decreto en el que se especificaba que “a pacientes incurables, después de una valoración crítica del estado de su enfermedad, les fuera permitida una muerte eutanásica” (5, 24). Este Decreto constituyó la base del Programa para la Eutanasia, *Gnadentod* (“muerte caritativa”), conocido popularmente como Operación T4 o Acción T4, debido a la localización de su oficina administrativa en el número 4 de la Tiergartenstrasse de Berlín (13, 15, 16), y supuso el inicio del exterminio en masa de pacientes con “deficiencias” o patologías mentales (25). Hay que tener presente, en este sentido, que los enfermos mentales eran considerados, incluso en textos científicos de la época, como seres inferiores (*minderwertig*), llegando a ser calificados en algunos círculos médicos como “conchas humanas vacías” (*Leere Menschenhülsen*) o “vidas que no merecen la pena vivirse” (*Lebesunwertes Lebn*) (18, 26).

Para llevar a cabo este proyecto, bajo la dirección operativa a Karl Brandt (1904-1948), médico personal de Hitler, fueron convocados en Berlín todos los directores de los hospitales psiquiátricos de Alemania, donde se les informó sobre los procedimientos relativos al funcionamiento de este Programa, que se iniciaba con el envío, por parte del Destacamento de Fuerzas del Reich para Sanatorios y Clínicas de Reposo (*Reichsarbeitsgemeinschaft Heil-und Pflegeanstalten*, RAG), de cuestionarios a todas las instituciones psiquiátricas, que debían ser cumplimentados para cada enfermo y devueltos para su estudio por un comité de expertos, integrado por 54 prestigiosos psiquiatras, quienes revisaban y valoraban los cuestionarios remitidos. Una vez decidida la muerte de un paciente, se le trasladaba a uno de los seis centros regionales de exterminio (Brandenburg, Bernburg, Hartheim, Grafeneck, Sonnenstein y Hadamar) distribuidos por todo el Reich (15, 25), algunos de ellos integrado dentro de instituciones psiquiátricas, donde eran asesinados rutinariamente mediante diversos métodos, incluyendo la intoxicación con monóxido de carbono, incinerándose rápidamente los cuerpos en hornos crematorios (5, 27). Esta práctica sirvió de modelo para la posterior puesta en marcha de la denominada “Solución Final” del caso judío (*Endlösung der Judenfrage*) (10). Posteriormente, los médicos responsables de la asistencia de estos pacientes firmaban una carta de condolencia para los familiares (*Trostbrief*), elaborada en un departamento específico para ello, y falsificaban los certificados de fallecimiento, atribuyendo la muerte a causas naturales (18), como accidentes cerebro-vasculares o distintos tipos de infecciones (28). En total, se estima que la Operación T4, que acabó ampliándose a otros colectivos (disidentes políticos, delincuentes comunes, vagabundos, etc.), acabó con la vida de más de 200.000 personas (5, 17, 27), entre los que se contabilizaron 73.000 pacientes con enfermedades psiquiátricas (29). El programa

se expandió también, eventualmente, a prisioneros de los campos de concentración y de los países ocupados (Operación 14f13).

Dos años después de su inicio, el 24 de agosto de 1941, la Acción T4 fue suspendida, debido a las protestas populares y a la concentración de esfuerzos en la guerra contra la Unión Soviética, aunque esto no supusiese un cese de los asesinatos, que continuaron de forma furtiva, lejos de la vista de la opinión pública, utilizando habitualmente métodos menos violentos (30). Estos procedimientos, llevados a cabo en las mismas instituciones sanitarias donde los pacientes estaban ingresados, han sido calificados como “Eutanasia Discreta o Salvaje”. Los pacientes eran asesinados mediante la reducción al mínimo de las raciones alimenticias, que quedaron prácticamente limitadas a verduras cocidas (dieta E) o cancelando la calefacción de los hospitales en invierno (15, 25). En algunos centros, los médicos, psiquiatras y enfermeros aceleraban la muerte de los pacientes mediante la administración prolongada de dosis bajas de barbitúricos, con lo que se conseguía una neumonía terminal (30), mientras en otros centros se efectuaron asesinatos menos discretos, mediante la inyección intravenosa de aire o la inyección letal de varios fármacos, como opiáceos y escopolamina (22, 28). En esta segunda fase de eutanasia discreta, se ha estimado que pudieron haber sido asesinados unos 110.000 pacientes (29).

3.2. *Los proyectos de investigación con enfermos mentales*

Exceptuando las implicaciones del colectivo médico en los programas de esterilización y eutanasia anteriormente comentados, la más preocupante expresión de la conexión entre la comunidad médica y la tragedia nazi fue el empleo forzado de seres humanos, enfermos o no, como material de investigación y de laboratorio, no sólo en los nefastos campos de exterminio, sino en los propios hospitales y universidades (31), situación que contrasta abiertamente con la avanzada posición y el gran interés por parte del colectivo médico en materia de ética en investigación biomédica en la Alemania pre-nazi, que culminó con las promulgación de las *Directrices para Nuevas Terapias y Experimentación en Humanos* en 1931. Este texto recogía los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía del paciente e incluso la doctrina legal del consentimiento informado, prohibiéndose la experimentación con moribundos y con necesitados económicos o sociales (32). Sin embargo, con el triunfo de las teorías científicas eugenésicas y raciales, la bioética perdió su razón de ser, máxime en el ámbito de la investigación, cuyos objetivos dejaron de centrarse en el “beneficio para el paciente” y se focalizaron en el “beneficio para el Estado”, favoreciendo, de esta forma, el triunfo del “principio de maleficencia” (33). Así pues, la experimentación médica se constituyó como una herramienta más de poder político y control social, con conno-

taciones, cada vez más evidentes, de instrumento de naturaleza militar. En este marco, los discapacitados físicos y psíquicos concernidos por los programas de eutanasia se posicionaron como las víctimas propiciatorias para ser reclutados en los proyectos de experimentación médica, selección que algunos de los responsables de estos actos justificaban de la siguiente forma: “Si los enfermos tienen que morir en cualquier caso, a causa de la valoración pericial de uno de mis colegas, ¿por qué no utilizarlos en vida o tras su ejecución para investigar?” (34).

Aunque menos conocidos que otros proyectos de investigación realizados en otros ámbitos de la medicina, algunas investigaciones neuropsiquiátricas han podido ser documentadas (22). Entre ellas cabe reseñar un amplio proyecto de investigación sobre diversas formas de retraso mental y epilepsia realizado bajo la dirección de Carl Schneider (1891-1946), catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Heidelberg. El desarrollo de este proyecto pasaba por la evaluación y el estudio exhaustivo, a largo plazo, de los pacientes en vida, tanto desde la perspectiva neuropsicológica como fisiológica y terapéutica, y la coronación de la investigación, posteriormente, mediante el estudio anatomopatológico de sus cerebros, después de someterlos al Programa de Eutanasia en uno de los centros específicos comentados previamente. La correspondencia de Schneider ha permitido mostrar su gran interés por obtener el visto bueno de los evaluadores de estos programas, y hay constancia de que, al menos, se analizaron 194 cerebros en su departamento (35). El propio Schneider llegó incluso a fundar, en 1940, un Instituto de Investigación en Wiesloch (*Forschungsanstalt des Reichsausschusses*), en el que, además del estudio histopatológico de los cerebros de enfermos mentales procedentes de los centros de exterminio, se experimentó con supuestos agentes farmacológicos y técnicas de electroshock (13), aunque toda la documentación de este centro fue destruida justo antes de finalizar la guerra

Otro proyecto parecido fue conducido por el profesor Julius Hallervorden (1882-1965), subdirector del KWI para Investigación Cerebral de Berlín-Buch y patólogo senior de los hospitales del Estado de Brandenburg, quien seleccionaba para sus investigaciones los cerebros más interesantes de los pacientes de los centros de eutanasia, puesto que conocía los diagnósticos de los enfermos antes de su ejecución (26, 27). En un informe del *Combined Intelligence Operative Subcommittee* (CIOS), documento catalogado como L-170, aportado en el Juicio de Nüremberg contra los médicos nazis, se especifica que el “Dr. Hallervorden obtuvo 500 cerebros de los centros de exterminio de pacientes mentales. Estos pacientes fueron asesinados en varias instituciones mediante la inhalación de monóxido de carbono”. En sus declaraciones, Hallervorden comentó que “los cerebros constituían un material maravilloso; preciosos defectos mentales, malformaciones y enferme-

dades infantiles tempranas”. Sin embargo, siguiendo una forma de proceder habitual entre gran parte de la clase médica alemana, apuntaba, en relación con el material utilizado: “... de donde ellos procedían [los cerebros] y como llegaban a mi, no era realmente un asunto de mi incumbencia” (36). No obstante, existe constancia de que Hallervorden estaba informado del programa de eutanasia y de los asesinatos cometidos en su centro, según confirmó su asistente de laboratorio, Werner-Joachim Eicke (1911-1988), en una entrevista tras finalizar la guerra (12).

Afortunadamente, muchos de estos proyectos hubieron de suspenderse, ya que tras la derrota alemana de Stalingrado, la mayor parte de los médicos que participaban en los mismos fueron llamados a filas. Sin embargo, quedó patente que muchos médicos alemanes habían abandonado sus deberes para con sus pacientes y habían renunciado al juramento ético inherente a su profesión sanitaria. Incluso algunos de los responsables de estos proyectos no pudieron asimilar su culpa, como el propio Schneider, que acabó suicidándose tras finalizar la guerra.

3.3. Los experimentos con prisioneros forzados

No solamente existe constancia de proyectos de investigación en sujetos enfermos y en pacientes con trastornos mentales, sin su correspondiente conformidad, durante el régimen nacionalsocialista, sino también, en lo que supone la máxima perversión desde la perspectiva ética, proyectos de experimentación realizados con sujetos sanos procedentes de los campos de concentración. Aunque estos reprobables experimentos humanos realizados por los nazis fueron prácticas mucho más habituales en otros ámbitos de la medicina (genética, ginecología, cirugía, traumatología, etc.), y mejor documentados y conocidos actualmente, como experimentos de congelación, inoculación de bacilos de la tuberculosis, amputación de miembros, esterilizaciones quirúrgicas sin anestesia, etc., también tuvieron lugar en el campo específico de la neuropsicofarmacología. Los prisioneros de los campos de concentración constituyeron, asimismo, la principal fuente de reclutamiento para los estudios farmacológicos y en ellos jugaron un destacado papel otros sectores del sistema sanitario del régimen nazi alemán, fundamentalmente la industria químico-farmacéutica (3), que ha sido vinculada también a los programas de investigación médica y de exterminio sistemático en dichos campos de la muerte, donde pudo ensayar prácticamente sin trabas sus agentes farmacológicos (37-38). El imperio químico-farmacéutico I.G. Farben llegó a crear una filial en el campo de concentración de Auschwitz (denominada IG Auschwitz Industries) (37), en la que ensayó distintas sustancias farmacológicas.

Entre los responsables de estos proyectos farmacológicos se encontraban ex-científicos de I.G. Farben, como el comandante médico de las

Schutzstaffel (SS) Helmuth Vetter (1910-1949), o médicos de los campos de exterminio, como el célebre e infame Joseph Mengele (1911-1979) (18, 38), aunque el ideólogo y máximo responsable de la mayor parte de los experimentos médicos realizados en los diferentes campos de concentración fue Joachim Mrugowsky (1905-1948), coronel-director del Instituto Central de Higiene de las Waffen SS y profesor asociado de la Universidad de Berlín. En el ámbito específico de la psicofarmacología, en el campo de Buchenwald se estudiaron los efectos de la administración conjunta de metanfetamina (Pervitin®) y fenobarbital (Luminal®) (39), las propiedades anestésicas de la administración de hexobarbital sódico e hidrato de cloral en intervenciones quirúrgicas a sujetos sanos (40), y se recurrió a las inyecciones letales de aconitina y apomorfina (18). En el campo de Dachau, cuya dirección médica ocupaba Sigmund Rascher (1909-1945), se administró la mesalina para evaluar la conducta esquizofrénica oculta de los sujetos ingresados o para inducirla directamente (41). Otro ejemplo de experimentación de esta naturaleza fue puesto en marcha por el psiquiatra Hans-Wilhelm König (1912-?) en el campo de Auschwitz-Birkenau, quien investigó los efectos de la aplicación de electroshock de alto voltaje, no sólo en pacientes esquizoides, sino también en prisioneros sanos. Posteriormente, tras el fallecimiento de los reclusos, sus cerebros eran extraídos y se efectuaba un estudio anatomopatológico (18).

Una prueba del nivel de amoralidad y degradación ética del entorno sanitario del régimen nazi, y en el que se encuentran involucrados los fármacos psicotrópicos, se puede obtener de una carta encontrada en los archivos del campo de Auschwitz, que reflejaba la correspondencia entre el comandante de dicho campo y determinados departamentos de la compañía I.G. Farben. Estos últimos solicitaban la compra de prisioneras para un proyecto de investigación con un fármaco hipnótico: “Nosotros necesitamos unas 150 mujeres en el mejor estado de salud posible... Confirmamos su respuesta positiva, pero consideramos que el precio de 200 marcos por mujer es demasiado alto. Nosotros proponemos pagar no más de 170 marcos por mujer... Los experimentos fueron realizados. Todas las personas murieron. Necesitamos lo más pronto posible un nuevo envío...” (38). Con respecto a este tipo de investigaciones farmacológicas, algunos médicos procesados en el Juicio de Núremberg, como el director médico del campo de concentración de Buchenwald, Waldemar Hoven (1903-1948), afirmaron que el interés por la constatación de la eficacia de estos preparados no procedía de los círculos médicos oficiales, sino que era específico de las compañías químicas (3).

Las aportaciones reales para el avance de la ciencia médica de todos estos programas de investigación basados en el crimen de Estado y en la práctica de la tortura fueron prácticamente nulas, o como diría Leo T.

Alexander (1905-1985), uno de los asesores médicos norteamericanos de la acusación contra los responsables de estas prácticas e inspirador del Código de Nüremberg: “el resultado fue un significativo avance para la ciencia del asesinato o ktenología” (10).

3.4. El uso de psicofármacos como herramienta homicida

El máximo nivel de perversión en el uso de agentes psicofarmacológicos hay que circunscribirlo al empleo de estos fármacos como herramientas puramente homicidas en personas sanas e inocentes, circunstancia que adquiere sus más altas cotas de horror y amoralidad cuando se trata, además, de población infantil. Ejemplos, en este sentido, también tuvieron lugar en el trasfondo más oscuro de la medicina del III Reich (22). Tras finalizar la II Guerra Mundial, y en la causa abierta por los tribunales aliados contra el oficial médico del campo de concentración de Auschwitz, Josef Mengele, uno de los reclusos, el médico Miklos Nyiszli (1901-1956), empleado forzoso como asistente de dicho oficial SS, apodado “El Ángel de la Muerte”, describió como el propio Mengele asesinó a catorce niños gemelos de raza gitana y cual fue el procedimiento utilizado: “... En la habitación anexa a la sala de disección esperaban catorce gemelos gitanos dando unos horribles gritos. Sin decir una sola palabra, el Dr. Mengele preparó sendas jeringas de 10 cc y 5 cc. De una caja tomó Evipal y de otra cloroformo, que estaba almacenado en envases de cristal de 20 cc, y lo dispuso todo en la mesita de instrumentos quirúrgicos. Después de traer al primer gemelo, una niña de catorce años, me ordenó que la desvistiera y la colocase en la mesa de disección. Luego él inyectó el Evipal, vía intravenosa, en el brazo derecho de la niña y cuando ella estaba adormilada marcó el ventrículo izquierdo del corazón e inyectó 10 cc de cloroformo. Tras una pequeña contracción, la niña murió, tras lo cual el Dr. Mengele trasladó el cuerpo a la cámara de cadáveres. De esta forma, todos los catorce gemelos fueron asesinados durante la noche” (42).

Según el relato de Nyiszli, Mengele ya había utilizado previamente en Auschwitz este método para asesinar a cuatro parejas de gemelos, todos de edad inferior a los diez años, en el marco de sus investigaciones genéticas, empleando el hexobarbital (Evipan® o Evipal®), un barbitúrico de acción ultracorta. “El Ángel de la Muerte” se interesó por ellos cuando observó que presentaban, a pesar de ser gemelos, diferentes colores de ojos. Tras su asesinato, sus ojos, así como otros órganos, eran extirpados y enviados, para su estudio, al KWI de Berlín. La etiqueta del envase contenedor especificaba “Material de Guerra – Urgente” (43).

Otro ejemplo documentado de este tipo de prácticas tuvo lugar en el campo de exterminio de Buchenwald, donde su director médico, Waldemar Hoven, asesinó a un número indeterminado de prisioneros soviéticos

mediante la administración de aconitina (10), el principal alcaloide de las plantas del género *Aconitum*. Esta sustancia, altamente tóxica, posee la capacidad de abrir los canales de sodio de las células nerviosas y musculares, ocasionando rápidamente un cuadro de parálisis respiratoria y fallo cardíaco. Por su intervención en estos hechos, Hoven fue juzgado al finalizar la guerra y ejecutado en la horca, en 1948.

3.5. Las sesiones de tortura de detenidos policiales

Posiblemente, los experimentos más relevantes realizados por los médicos y psiquiatras nazis con agentes psicofarmacológicos fuesen los relacionados con las técnicas de control mental, cuyos antecedentes inmediatos hay que buscarlos en las denominadas “curas de sueño” con barbitúricos a pacientes esquizofrénicos y maníacos agitados desarrolladas durante la década de 1920 por el psiquiatra alemán Jakob Klaesi (1883-1980) (44). Estas “curas de sueño” o “narcosis continua” (*Dauerschlaf, Dauernarkose*) gozaron de gran predicamento en su época, sobre todo entre psiquiatras del área de influencia germana, e involucraban directamente al Somnifen®, una mezcla de ácido dietil y dipropenil-barbitúrico y dietilamina comercializada en 1920 por la compañía farmacéutica suiza Hoffmann-La Roche. El método introducido por Klaesi se basaba en una premedicación a base de morfina (0,01 cc) y escopolamina (0,001 cc) por vía subcutánea, y la administración posterior (30 a 60 minutos), por vía intravenosa o subcutánea, durante al menos 6-7 días, del Somnifen® (2-4 cc). Sin embargo, las tasas de mortalidad del método eran muy elevadas, destacando los fallecimientos por bronconeumonía, hecho que fue aprovechado desde la perspectiva criminal, tal como se ha relatado con anterioridad, para llevar a cabo los programas de eutanasia discreta del régimen nacionalsocialista.

William J. Bleckwenn (1895-1965), en 1930, ya apuntó que los barbitúricos, merced a la disminución del nivel de conciencia que ocasionaban, permitían al terapeuta acceder a una información inconsciente del paciente, que podría, así, liberarse de las ansiedades ligadas a sus acontecimientos traumáticos (45). Este fue precisamente el nacimiento de los denominados métodos de “narcoanálisis”, cuya derivación a ambientes extraterapéuticos no tardaría en acontecer.

Lifton relata que los agentes de la policía política alemana (Gestapo) mostraron su insatisfacción con el nivel de información sobre la resistencia obtenida tras las sesiones de tortura de prisioneros polacos, y encargaron al psiquiatra Bruno Weber (1915-1956), director del Instituto de Higiene de Auschwitz, antiguo empleado, como Vetter, de I.G. Farben, y estrecho colaborador de Mrugowsky, que iniciara estudios de “lavado de cerebro” con agentes farmacológicos, como estimaban que hacían sus

homólogos rusos. En colaboración con Victor Capesius (1907-1985), responsable del Servicio de Farmacia de las SS, administraron compuestos químicos a base de diferentes barbitúricos y derivados morfínicos a sujetos experimentales (al modo de las curas barbitúricas de Klaesi), con unas elevadas tasas de mortalidad (18). Investigaciones parecidas se efectuaron en el campo de Dachau, mediante la administración de dosis elevadas de mescalina, según puso de manifiesto un informe de la Misión Técnica de la Armada de Estados Unidos. Tras administrar la sustancia alucinógena a 30 prisioneros, los investigadores concluyeron que los resultados no eran nada satisfactorios (18, 46). Lamentablemente, la documentación existente sobre estas investigaciones es muy exigua, pues su naturaleza secreta exigía que fuese destruida ante cualquier contingencia adversa, como el avance de las tropas aliadas en las fases finales de la II Guerra Mundial.

Tras la finalización del conflicto, estas técnicas adquirieron su mayor apogeo, precisamente entre los vencedores del mismo. En este sentido, destacó el pentotal sódico, conocido vulgarmente como “suero de la verdad”.

4. Conclusiones

Tras el final de la II Guerra Mundial, un Tribunal Militar Internacional, integrado por jueces de los 4 países aliados, Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia y la Unión Soviética, juzgó en la ciudad de Nüremberg, entre 1945 y 1949, a antiguos líderes nazis, que fueron acusados de crímenes de guerra. En uno de estos juicios se imputaron a 3 oficiales y 20 médicos, ninguno de ellos psiquiatra, bajo la acusación, entre otros cargos, de “crímenes contra la humanidad” (*United States of America vs. Karl Brandt, et al.*); el Tribunal condenó a muerte, el 20 de agosto de 1947, a 7 de los acusados (incluidos Karl Brandt, Joachim Mrugowsky y Waldemar Hoven), 9 fueron sentenciados a penas de prisión y los otros 7 fueron absueltos. No obstante, en relación con los programas de eutanasia y salud mental, a pesar de que 3 de los condenados estaban relacionados directamente con ellos, los máximos responsables de los mismos se suicidaron previamente (como Philip Bouhler, Leonardo Conti, Carl Schneider, Irmfried Eberl o Maximilian de Crinis), otros fueron ejecutados por la tropas soviéticas (Paul Nitsche), otros murieron durante el transcurso de la guerra, y otros lograron evadir la acción de la justicia, incluido el propio Rüdín, eje fundamental en el que se basó la política eugenésica del régimen nazi. El mismo año que finalizó el juicio a los médicos, se inició otro juicio (en agosto de 1947) en la misma sede (*United States of America vs. Carl Krauch, et al.*), popularmente conocido como IG Farben Trial, en el que se procesó a 24 directivos y científicos de dicha corporación químico-

farmacéutica, también por “crímenes contra la humanidad” (experimentos con prisioneros, uso de trabajadores esclavos, etc.), entre otros delitos. Las condenas, en este caso, fueron bastante más benévolas (13 fueron declarados inocentes y el resto condenados a penas comprendidas entre 6 meses y 8 años de prisión).

En respuesta a las atrocidades cometidas por los médicos y científicos nazis en materia de investigación humana, surgió el primer código internacional de ética para la investigación con seres humanos, el Código de Núremberg, bajo el precepto hipocrático *primum non nocere* (19 de agosto de 1947), que sirvió de base para los primeros códigos específicos en materia de ética, primero en el ámbito de la medicina general (Código de Núremberg, 1947; Declaración de Ginebra, 1948; Código Internacional de Ética Médica, 1949; Declaración de Helsinki, 1964), y posteriormente en el de la psiquiatría (Declaración de Hawaii, 1977; Declaración de Madrid, 1996) (47-48).

Sin embargo, a pesar de estos extraordinarios avances, las prácticas abusivas e ilegales en el marco de la psiquiatría, aunque evidentemente en mucha menor magnitud, han continuado durante la segunda mitad del pasado siglo, fundamentalmente en países sometidos a regímenes totalitarios, como la extinta Unión Soviética y China, básicamente en el marco de la represión política y religiosa, aunque también en países con una dilatada trayectoria democrática, como Estados Unidos, Gran Bretaña o Australia. Así pues, aunque mediante la promoción de medidas, reglas y recomendaciones como las comentadas previamente muchas desviaciones éticas en la práctica de la psiquiatría y del uso y la investigación psicofarmacológica podrían ser evitadas, estos “enunciados” deberían adquirir un rango legal de mayor relevancia. De no ser así, no podremos asegurar que la “caja de Pandora” que se abrió durante el III Reich vuelva de nuevo a ser abierta.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Huertas R. El saber psiquiátrico en la segunda mitad del siglo XIX: la somatización de la enfermedad mental. *Historia* 16 1993; 18(211):66-73.
- (2) Shorter E. A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac. Nueva York: John Wiley & Son Inc., 1997.
- (3) López-Muñoz F, García-García P, Alamo C. The pharmaceutical industry and the German National Socialist regime: I.G. Farben and pharmacological research. *J Clin Pharm Ther* 2009; 34:67-77.
- (4) López-Muñoz F, Ucha-Udabe R, Alamo C. The history of barbiturates a century after their clinical introduction. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2005; 1:329-43.
- (5) Peters UH. Un siglo de psiquiatría alemana. *Rev Neuro-Psiquiatr* 2004; 3-4:127-62.
- (6) Huertas R. *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid: C.S.I.C., 1987.

- (7) Peset JL, Peset M. Lombroso y la Escuela Positivista Italiana. Madrid: C.S.I.C., 1975.
- (8) Peset JL. Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales. Barcelona: Crítica, 1983.
- (9) Pick D. Faces of Degeneration. A European Disorder, c. 1848-c.1918. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- (10) Alexander L. Medical science under dictatorship. *New Eng J Med* 1949; 241:39-47.
- (11) Proctor RN. Racial hygiene: Medicine under the Nazis. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
- (12) Muller-Hill B. Psychiatry in the Nazi Era. En: Bloch S, Chodoff P, editors. *Psychiatric Ethics*, 2ª Edición. Oxford: Oxford University Press, 1991; p. 461-73.
- (13) Aly G, Chroust P, Pross C. *Cleaving the Fatherland: Nazi medicine and racial hygiene*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1994.
- (14) Bachrach S. In the Name of Public Health - Nazi Racial Hygiene. *New Eng J Med* 2004; 351:417-9.
- (15) Meusch M. Hadamar: A German psychiatric treatment center in WWII. *Biomol Engineer* 2001; 17:65-9.
- (16) Seeman MV. Psychiatry in the Nazi Era. *Can J Psychiatry* 2005; 50:218-25.
- (17) Dudley M, Gale F. Psychiatrist as a moral community?. *Psychiatry under the Nazis and its contemporary relevance*. *Aust NZ J Psychiatr* 2002; 36:585-94.
- (18) Lifton R. *The Nazi doctors: medical killing and the psychology of genocide*. New York: Basic Books, 1986.
- (19) Franzblau MJ. Ethical Values in Health Care in 1995: Lessons from the Nazi Period. *J Med Assoc Georg* 1995; 84:161-4.
- (20) Weindling P. *Cambridge history of medicine: health, race and German politics between national unification and Nazism 1870-1945*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- (21) Hanauske-Abel HM. Not a slippery slope or sudden subversion: German medicine and National Socialism in 1933. *Br Med J* 1996; 313:1453-63.
- (22) López-Muñoz F, Alamo C, García-García P, Molina JD, Rubio G. The role of psychopharmacology in the medical abuses of the Third Reich: from euthanasia programmes to human experimentation. *Brain Res Bull* 2008; 77:388-403.
- (23) Ban TA. Pharmacotherapy of mental illness. A historical analysis. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatr* 2001; 25:709-27.
- (24) Singer L. Ideology and ethics. The perversion of German psychiatrists' ethics by the ideology of National Socialism. *Eur Psychiatr* 1998; 13 (Suppl 3):S87-S92.
- (25) Strous ED. Nazi Euthanasia of the Mentally ill at Hadamar. *Am J Psychiatr* 2006; 163:27.
- (26) Friedlander H. *The origins of Nazi genocide: from euthanasia to the Final Solution*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1995.
- (27) Goldhagen D. *Hitler's willing executioners: ordinary Germans and the Holocaust*. New York: Knopf, 1996.
- (28) Benedict S, Chelouche T. Meseritz-Obrawalde: a 'wild euthanasia' hospital of Nazi Germany. *Hist Psychiatry* 2008; 19:68-76.
- (29) Von Cranach M. The killing of psychiatric patients in Nazi Germany between 1939-1945. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2003; 40:8-28.
- (30) Madden JS. Euthanasia in Nazi Germany. *Psychiatr Bull* 2000; 24:347.
- (31) Weyers W. *Death of medicine in Nazi Germany: dermatology and dermatopathology under the Swastika*. Philadelphia: Ardor Scribendi Ltd., 1998.
- (32) Vollman J, Winau R. Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code. *Br Med J* 1996; 313:1445-7.

- (33) López-Muñoz F, Alamo C. Psychotropic drugs research in Nazi Germany: the triumph of the principle of malleability (editorial). *Acta Neuropsychiatr* 2009; 21:50-3.
- (34) Seidelman WE. Nuremberg lamentation: for the forgotten victims of medical science. *Br Med J* 1996; 313:1463-7.
- (35) Weigmann K. In the name of science. The role of biologists in Nazi atrocities: lessons for today's scientists. *EMBO Reports* 2001; 2:871-5.
- (36) Harvard Law School Library. Nuremberg Trials Project. A Digital Document Collection. Item No. 170 [consultado 27-05-2006]. Disponible en: http://www.law.harvard.edu/library/collections/digital/war_crime_trials_nuremberg.php.
- (37) Borkin J. *The Crime and Punishment of I.G. Farben*. New York: Free Press, 1978.
- (38) *Coordination gegen Bayer-Gefahren* (red.). IG-Farben; Von Anilin bis Zwangsarbeit. Stuttgart: Schmetterling Verlag, 1995.
- (39) Sofsky W. *The order of terror: The concentration camp*. Princeton: Princeton University Press, 1997.
- (40) Hackett DA. *The Buchenwald Report*. San Francisco: Westview Press, 1995.
- (41) Klee E. *Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer*. Frankfurt: Fischer (S), 1997.
- (42) Annas GJ. Mengele's birthmark: The Nuremberg Code in United States Courts. *J Contemp Health Law Policy* 1991; 7:17-45.
- (43) Posner GL, Ware J. *Mengele: The complete story*. New York: McGraw-Hill Book Company, 1986.
- (44) López-Muñoz F, Alamo C, Ucha-Udabe R, Cuenca E. El papel histórico de los barbitúricos en las "curas de sueño" de los trastornos psicóticos y maníacos. *Psiquiatr Biol* 2004; 11:242-51.
- (45) Bleckwenn WJ. Narcosis as therapy in neuropsychiatric conditions. *JAMA* 1930; 95:1168-71.
- (46) Lee M, Shlain B. *Acid Dreams: The Complete Social History of LSD: The CIA, the Sixties, and Beyond*. New York: Grove Press, 1985
- (47) López-Muñoz F, Alamo C, Dudley M, Rubio G, García-García P, Molina JD, Okasha A. Psychiatry and political-institutional abuse from the historical perspective: The ethical lessons of the Nuremberg Trial on their 60th anniversary. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatr* 2007; 31:791-806.
- (48) Von Cranach M. Ethics in Psychiatry: The lessons we learn from Nazi Psychiatry. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2010; 260 (Suppl. 2):S152-6.

PRIMO LEVI: TESTIMONIO DEL HOLOCAUSTO Y SUICIDIO.

Adrián Gramary

El sábado día 11 de abril de 1987, los italianos fueron sorprendidos con la noticia imprevista de la muerte del escritor Primo Levi. A las diez de la mañana, la portera del número 75 de Corso Re Umberto había tocado el timbre del tercer piso, donde Levi vivía, para entregarle la correspondencia. El escritor, que estaba solo con su madre, le abrió la puerta y recibió las cartas. Inmediatamente después, la portera bajó por las escaleras, cuyo espacio central ocupaba la caja del ascensor; aún no había llegado a la portería cuando se detuvo sobresaltada con el estruendo provocado por el cuerpo de Levi al golpear contra las escaleras. La autopsia concluyó que la causa de la muerte había sido aplastamiento cerebral, lo que permitía excluir otras causas y confirmaba la sospecha inicial del suicidio. La explicación para lo ocurrido era la siguiente: Levi, pocos minutos después de recibir con su amabilidad habitual la correspondencia de manos de la portera, salió del apartamento y saltó por la barandilla para lanzarse al vacío.

La muerte de Levi, superviviente del campo de exterminio de Auschwitz, aunque inesperada para las personas más próximas, parecía fácilmente explicable a posteriori como consecuencia del peso insoportable del paso por el campo. Sin embargo, al mismo tiempo, su suicidio contradecía y cuestionaba el mensaje básico de la obra del escritor italiano: el testimonio positivo de un superviviente que había consagrado su vida a mantener vivo el recuerdo de los campos. Estamos ante una paradoja que, pasadas más de dos décadas, nos sigue interpelando, razón por la cual nos proponemos analizarla e interpretarla.

Primo Levi era miembro de una familia judía sefardí de origen español, instalada en Italia desde su expulsión de la península ibérica en el Siglo XVI. En 1943, cuando integraba un grupo de la resistencia antifascista del Piamonte, Levi fue capturado por las milicias fascistas, que lo entregaron al ejército nazi. Los nazis, a su vez, tras verificar su origen judío, procedieron a su deportación al campo de Auschwitz. Durante su permanencia en el campo, sus estudios universitarios de química fueron determinantes para que fuese seleccionado para trabajar en la fábrica que el imperio industrial IG Farben había construido en el campo de Auschwitz-Monowitz, dedicada a la fabricación de goma sintética, un hecho que facilitaría su supervivencia. Tras la liberación del campo en 1945 por el ejército soviético, Levi se vio obligado a realizar el viaje de regreso a

casa por sus propios medios, un periplo accidentado que le obligó a cruzar varios países de una Europa devastada, y que describirá más tarde en su libro *La tregua*, segunda parte de la llamada *Trilogía de Auschwitz*.

De vuelta en Turín, Levi retomó la profesión de químico industrial que desempeñaba antes de la guerra, aunque los recuerdos del campo y la exigencia ética de escribir para testimoniar por aquellos que ya no podían hablar empiezan a tornarse una obsesión para él. De hecho, en una fase inicial, Levi sufrió los síntomas habituales del llamado *síndrome del superviviente*, (1) una forma específica de estrés postraumático caracterizada por pesadillas nocturnas, pensamientos e imágenes intrusivas durante el día y sentimientos de culpabilidad por haber sobrevivido.

Impelido por un mandato interior que, como refiere Mesnard, procedía de las voces de los desaparecidos, (2) comienza a escribir de forma compulsiva el que será su primer libro de testimonio, *Si esto es un hombre*, publicado en 1947. A este primero siguieron las otras dos obras testimoniales que forman la *Trilogía de Auschwitz*: *La tregua*, publicada en 1963, y *Los hundidos y los salvados*, en 1986.

Los biógrafos más conocidos de Levi, Myriam Anissimov (3) e Ian Thompson (4), e intelectuales como Traverso (5), Kertész (6) y Todorov (7), aceptan tácitamente la existencia de un vínculo entre la depresión, el suicidio y la experiencia de Auschwitz. Frente a este aparente consenso, se alzó una voz discordante: la de Diego Gambetta, que en 1999 publicó en la revista *Boston Review* el controvertido artículo «Los últimos momentos de Primo Levi», (8) un texto que encendió la polémica, al cuestionar las causas de la depresión y la hipótesis del suicidio.

Este artículo parte de la asunción de un hecho evidente: Levi, en el período que antecedió a su muerte, se vio inmerso en un grave episodio depresivo, que motivó que meses antes iniciase, por indicación de su primo, el médico Giorgio Luzzati, tratamiento con antidepresivos (inicialmente tranilcipromina, (9) posteriormente substituida, por falta de eficacia, por trazodone (10)). También contamos con varias referencias de primera mano sobre este cuadro depresivo, como la carta que Levi envió a su amigo el cardiólogo David Mendel dos meses antes de su muerte, donde le hacía la siguiente confesión: «Estoy pasando por una depresión bastante seria; perdí el interés por la escritura y hasta por la lectura. Me siento hundido y no quiero ver a nadie» (11).

Este episodio era el último de una serie de depresiones recurrentes que a lo largo de su vida habían interferido de modo significativo en su actividad creativa y profesional. Los biógrafos describen al menos dos o tres episodios depresivos previos graves, para los cuales no hay referencia a acontecimientos desencadenantes. Sabemos que el episodio anterior se había prolongado desde 1982 hasta finales de 1983 y que mejoró con

la introducción de tranilcipromina. (12) Debemos considerar también el antecedente familiar del abuelo paterno, que se suicidó usando el mismo método que Levi, debido, al parecer, a la incapacidad para soportar los celos patológicos que sentía.

Gambetta, sin embargo, intenta demostrar que esta depresión no fue un efecto retardado de Auschwitz, sino la consecuencia de diversos factores independientes de la experiencia vivida en los campos, a la vez que expone sus dudas sobre la teoría del suicidio. Para el sociólogo italiano, el factor principal para la depresión fue la crisis creativa que Levi atravesaba y, como consecuencia, el miedo a no recuperar la capacidad para escribir, un temor que había confesado antes de morir en una entrevista a un periódico italiano. A esto se sumaron las dificultades para afrontar la sobrecarga que suponía cuidar de su madre y de su suegra, dos mujeres nonagenarias, enfermas y seniles, que vivían con el matrimonio Levi. Otro factor que Gambetta considera es el impacto provocado por las controversias revisionistas protagonizadas por algunos historiadores que, a comienzos de los años ochenta, habían empezado a cuestionar, al menos en parte, la experiencia de los campos. Por último, nos revela un factor médico importante: Levi había sido operado de la próstata veinte días antes de su muerte y aún se sentía físicamente debilitado.

Con respecto a la hipótesis del suicidio, Gambetta inicia su argumentación interpelándonos con una cuestión que considera pertinente: «¿Cabría esperar que un químico como Levi hubiese elegido para suicidarse un método que tenía bastantes probabilidades de conducir a una agonía interminable en la cama de un hospital?». Una duda que se suma al hecho de que Levi no dejase ningún escrito explicando la decisión tomada, ni hiciese testamento, lo que no parece coherente con la fama que tenía de hombre ordenado y precavido. Después de dejarnos llevar por su brillante análisis, Gambetta, sin embargo, nos sorprende con un inesperado *tour de force* especulativo, que le lleva a concluir que la muerte pudo ser la consecuencia de una caída accidental posiblemente provocada por los efectos hipotensores de los antidepresivos. No cierra definitivamente la puerta a la hipótesis del suicidio, aunque en su opinión se trataría, en todo caso, de un suicidio no planeado, fruto de un impulso repentino.

Este inteligente artículo, al margen de sus conclusiones, nos aporta elementos útiles para la reconstrucción de la constelación de factores que puede haber influido en la depresión de Levi. Sin embargo, al contrario de lo que defiende Gambetta, los datos parecen apoyar, cada vez con mayor claridad, la teoría del suicidio.

Para comenzar, es necesario recordar que, aunque admitamos, con Todorov, (13) que no todos los suicidios de los supervivientes tienen el mismo significado, ya contamos con un sólido cuerpo de estudios publi-

cados (14-18) que confirman una mayor frecuencia de suicidios entre los supervivientes del Holocausto. Una conclusión que se ve reforzada por la conocida lista de intelectuales supervivientes que se suicidaron, entre los cuales están Bruno Bettelheim, Paul Celan, Tadeusz Torowsky y Jean Amery.

En el caso de Levi, encontramos además innumerables datos que obligan a considerar el factor de la experiencia del campo para comprender la decisión del suicidio. En primer lugar, tenemos la llamada que Levi hizo al rabino de Roma, diez minutos antes de su muerte, durante la cual habría confesado: «No comprendo cómo puedo seguir adelante. Mi madre tiene cáncer; y cada vez que la miro recuerdo los rostros de aquellos hombres tendidos en las literas en Auschwitz». (19) Una confesión que parece traducir la reactivación del sentimiento de culpabilidad del superviviente, un tema que Levi ya había abordado en su famoso poema *El sobreviviente*, escrito en 1984, donde describe las imágenes de los prisioneros que le asaltaban continuamente, los rostros de los compañeros «Lívidos en la primera luz, / Grises de polvo de cemento, / Imperceptibles en la bruma», que «Por la noche aprietan sus mandíbulas / Y bajo el peso largo de los sueños / Rumian invisibles nabos». (20) Unos fantasmas a los que ahuyenta y obliga a desaparecer para exorcizar así su propia culpabilidad de superviviente.

Por otro lado, en el libro *Si esto es un hombre* encontramos unas líneas a las que el tiempo se ha encargado de añadir un insólito valor premonitorio, donde Levi afirma que, tras la huida de los SS del campo de Auschwitz, enfermar de difteria «era sin duda más mortal que tirarse de un tercer piso», un comentario que nos permite adivinar que el método que utilizó para morir, cuando menos, había sido objeto de sus reflexiones en algún momento de su vida, lo que no nos sorprende si tenemos en cuenta que este ya había sido el sistema escogido por su abuelo para suicidarse.

El vínculo entre la experiencia del campo, la depresión y el suicidio nos obliga a reflexionar sobre las vivencias del testigo del genocidio y nos remite a lo que Moreno Feliu denomina «el conocimiento venenoso» (21) adquirido por Levi en Auschwitz, un conocimiento que podemos cifrar en el doble descubrimiento de la *zona gris* y del *musulmán*.

Levi dedicó a este descubrimiento la tercera parte de su trilogía, *Los salvados y los hundidos*, publicada dos años antes del suicidio, una sombría obra de madurez que constituye un ejercicio de honestidad intelectual implacable, donde, entre otras cosas, el autor explora un territorio que bautizó como la *zona gris*, un siniestro y ambiguo espacio de los campos donde los nazis consiguieron imponer una suspensión de la moralidad, (22) donde víctimas y verdugos se confundían, o donde, en palabras de Todorov, las víctimas se transformaron en esclavos de los que estaban

arriba y tiranos de los que estaban abajo. (23) Era el territorio habitado por los *kapos* y los policías judíos de los guetos, que actuaban al servicio de los nazis. Un *locus ethico* cuya expresión máxima son los judíos del *sonderkommando* o *comando especial*, que, a cambio de una alimentación abundante y de prolongar su supervivencia algún tiempo más, eran obligados a mantener en funcionamiento las cámaras de gas y los crematorios. A ellos correspondía conducir a los judíos recién llegados a las cámaras de gas, engañándoles con la explicación de las duchas. Eran ellos los que, tras sacar los cadáveres de las cámaras, comprobaban que no hubiera objetos preciosos escondidos en los orificios corporales, los que se encargaban de extraerles los dientes de oro, de cortarles el pelo a las mujeres, y finalmente quemaban los cuerpos en los crematorios y hacían desaparecer posteriormente las cenizas. Los miembros del *sonderkommando* sobrevivían bajo los efectos de grandes cantidades de alcohol y tranquilizantes, (24) hasta que la lógica macabra del campo determinaba que ellos mismos, testigos del corazón del infierno, fuesen cremados y posteriormente substituidos por otros, de modo que el rito iniciático de cada nuevo *sonderkommando* consistía en quemar los cuerpos de aquellos que les habían precedido. (25) Levi afirmaba que la creación de la zona gris era sin duda el «delito más demoníaco» (26) del nacionalsocialismo y la mejor demostración del refinamiento de la estrategia genocida de los nazis, que de esta forma intentaban transferir la culpa a las propias víctimas, al mismo tiempo que creían demostrar así la naturaleza inhumana de los judíos, una raza que participaba incluso en su propia destrucción. Una de las obsesiones de Levi, tal vez expresión de su culpabilidad por haber sobrevivido, era la convicción de que en los campos habían desaparecido los mejores, de que básicamente habían sobrevivido los más aptos, es decir, los peores, «los egoístas, los violentos, los insensibles, los colaboradores de la zona gris». (27) Este fue, por lo tanto, el primer elemento del «conocimiento venenoso» que Levi adquirió en Auschwitz: el descubrimiento de la zona gris, un infierno que él consideraba indiscifrable, (28) refractario a cualquier intento de determinación de la responsabilidad ética. (29)

El segundo elemento del «conocimiento venenoso» adquirido por Levi en Auschwitz está condensado en la figura del *musulmán*. Con este término eran conocidos en la jerga de los campos los prisioneros que habían desistido de luchar por su supervivencia, aquellos que, enfermos y demacrados, arrastraban sus esqueléticos cuerpos y parecían incapaces ya de sentir o comunicar sentimientos. Aunque hay varias teorías para explicar el término *musulmán*, la más probable remite al significado literal del término árabe *muslim*, que designa al que se somete incondicionalmente a la voluntad de Dios. (30) También se les conocía como «cadáveres ambulantes», «hombres momia», «muertos vivos», «presencias sin rostro». (31) Eran seres sin

posibilidad ni voluntad de seguir viviendo, que habían perdido la esperanza, a los que todo les daba igual. En estas condiciones, se apoderaba de ellos la desnutrición, y temblaban continuamente de frío al bajar la temperatura corporal por debajo de los treinta y seis grados. En otras palabras, en el musulmán el hombre se desvanecía y era substituido por un conjunto de funciones biológicas ya agonizantes. Viktor Frankl nos recuerda que los musulmanes, antes o después, acababan en la cámara de gas. (33) Para Agamben, que ha elaborado una teoría antropológica y política sobre su figura, el musulmán es un ser indefinido situado en el umbral extremo entre la vida y la muerte, entre lo humano y lo no humano. (34) Por ello, para el filósofo italiano, es la cifra perfecta del campo de exterminio, (35) y Auschwitz el lugar de un experimento impensado, más turbador que cualquiera de las perversas experiencias médicas realizadas con los prisioneros, en el que, más allá de la vida y la muerte, el judío se transforma en musulmán y, por lo tanto, el hombre se convierte en no-hombre. (36) Porque el musulmán, a pesar de mantener su apariencia humana, ya había dejado de ser hombre, no reaccionaba y se había convertido en objeto, carente de cualquier resto de vida afectiva o humanidad. Los otros prisioneros, que intuían que el musulmán había atravesado un punto de no retorno, evitaban cualquier contacto con él porque representaba la imagen de lo que no se quería ser. (37) Por ello, Agamben concluye que el horror que el musulmán introduce en el mundo es que con él la muerte de un ser humano ya no puede ser llamada con propiedad «muerte», sino «fabricación de cadáveres», (38) y no duda en considerar a Levi el cartógrafo de esta nueva *terra ethica* habitada por el musulmán. (39)

Este constituye, a su vez, el elemento central de la *paradoja* o *aporía de Levi*, aquella que enunció al afirmar que el testimonio de los supervivientes de Auschwitz tenía un valor limitado, pues los verdaderos testigos integrales (40) del infierno, aquellos que tocaron fondo, los que realmente vivieron el horror, es decir, los musulmanes, no podían testificar, pues no habían vuelto para contarlo. De hecho, Levi nos explica que, «aunque hubiesen tenido papel y pluma, no hubieran escrito su testimonio, porque su verdadera muerte había empezado ya antes de la muerte corporal. Semanas y meses antes de extinguirse habían perdido ya el poder de observar, de recordar, de apreciar y de expresarse». (41) Con todo, Levi resuelve su aporía invocando el valor del testimonio del superviviente como relato por delegación, «una narración por cuenta de terceros, el relato de cosas vistas de cerca pero no experimentadas por uno mismo». (42) Es la misma idea que encontramos en la obra memorialista de Semprún, quien afirma que «no hay supervivientes de las cámaras de gas nazis. Nadie jamás podrá decir yo estuve allí», porque «se podía estar alrededor, o antes o al lado, como los individuos del *sonderkommando*», (43) pero nadie volvió para

contar la experiencia del horror. La aporía de Levi se inscribe en aquel tópico de la literatura sobre los campos que enuncia el carácter indecible, inconcebible, indescifrable o inenarrable de la experiencia de Auschwitz, (44, 45) condensado en las palabras pronunciadas por un superviviente en el film Shoah, de Claude Lanzmann: «Es algo que no se puede contar. Nadie puede imaginarse lo que ocurrió aquí. Es imposible. Y nadie puede comprender esto. Incluso yo mismo, hoy en día». (46)

Por todo lo dicho, resulta evidente que la obra de Levi no se limita a un simple ejercicio testimonial o memorialista, sino que constituye una reflexión ontológica sobre la condición del hombre en Auschwitz. (47) Frente a ella, la obra de aquellos testigos, como Frankl y Bettelheim, que escriben desde la perspectiva profesional del psiquiatra o del psicólogo se nos antoja muchas veces cargada de un exceso de psicologismo. (48, 49) Para estos dos autores, la preocupación principal es demostrar la coherencia interna de una tesis psicológica. En el caso de Frankl, dotando el paso por el campo de un sentido o propósito, a través del valor madurativo del sufrimiento aceptado, que será el germen de la logoterapia. En el de Bettelheim, a través de la interpretación del infierno de los campos como una demostración del triunfo del impulso de muerte y de fenómenos de regresión. Demasiado preocupados en el ejercicio de demostrar sus tesis, acotan en exceso el ámbito de su reflexión y apenas se detienen a explorar aspectos éticos más ambiguos, como la zona gris. (50)

Finalmente, en el capítulo titulado «La vergüenza», del libro *Los hundidos y los salvados*, Levi aborda la proporción de suicidios anormalmente elevada que existe entre los supervivientes, un hecho que interpreta como la consecuencia del sentimiento de vergüenza, otro tópico de la literatura sobre los campos de exterminio. Todorov distingue varios componentes en ese sentimiento de vergüenza: (51) la *vergüenza del recuerdo*, asociada a la vergüenza sentida por todos los actos abyectos que el superviviente se vio obligado a hacer; la *vergüenza de sobrevivir*, de la que ya hablamos; y, por último, la *vergüenza de ser humano*, inevitable consecuencia de saberse miembro de la misma especie que los verdugos.

Coincidimos con Traverso cuando sentenciamos que la decisión de Levi de darse muerte también tuvo entre sus raíces la profunda herida abierta en el campo de exterminio cuarenta años antes, una experiencia que le privó de los recursos necesarios para superar su última crisis depresiva. (52)

Hemos comprobado que la paradoja inscrita en el suicidio de Levi nos remite inexorablemente a otras paradojas irresolubles que constituyen el núcleo del «conocimiento venenoso» adquirido en Auschwitz. Una paradoja, la del suicidio, que nos impone la reflexión sobre los efectos del trauma de la vivencia en los campos de exterminio, que, asociado a la diátesis afectiva del escritor y a una constelación de acontecimientos vitales (como la crisis

creativa, la sobrecarga del cuidador, la enfermedad grave de la madre, el impacto de las teorías revisionistas y la enfermedad orgánica), pueden estar en el origen de la decisión del suicidio.

Sin embargo, más allá de la reflexión surgida de esta paradoja y al margen de sus eventuales conclusiones, el mensaje de Levi se mantiene inalterado en su defensa radical del valor insustituible del testimonio del superviviente.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Valent P. Stress effects of Holocaust. En: Fink G, editors. *Encyclopedia of Stress*. New York: Academic Press, 2000.
- (2) Levi P. Informe sobre Auschwitz. Barcelona: Reverso, 2005; p. 11.
- (3) Anissimov M. Primo Levi o la tragedia de un optimista. Madrid: Editorial Complutense, 2001.
- (4) Thompson I. Primo Levi. Barcelona: Belacqua, 2007.
- (5) Traverso E. La historia desgarrada. Ensayo sobre Auschwitz y los intelectuales. Barcelona: Herder, 2001; p. 182.
- (6) Kertész I. Un instante de silencio en el paredón. El Holocausto como cultura. 2.^a ed. Barcelona: Herder, 2002; p. 81.
- (7) Todorov T. Frente al límite. México: Siglo XXI, 2009.
- (8) Gambetta D. Los últimos momentos de Primo Levi. *Revista de Occidente* (Madrid) 2004; No. 277. Junio.
- (9) Thompson I. Op. cit., p. 635.
- (10) Ibídem, p. 646.
- (11) Anissimov M. Op. cit., p. 523.
- (12) Thompson I. Op. cit., pp. 545-546.
- (13) Todorov T. Op. cit., p. 267.
- (14) Barel E, Sagi-Schwartz A, Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Surviving the Holocaust: A Meta-Analysis of the Long-Term Sequelae of a Genocide. *Psychological Bulletin* 2010; Vol. 136, No. 5: 677-698.
- (15) Clarke DE, Colantonio A, Rhodes A, Conn D, Heslegrave R, Links P, Van Reekum R. Differential Experiences During the Holocaust and Suicidal Ideation in Older Adults in Treatment for Depression. *Journal of Traumatic Stress* 2006; Vol. 19, No. 3, June: 417-423 (C_2006).
- (16) Barak Y, Aizenberg D, Szor H, Swartz M, Maor R, Knobler HY. Increased suicidal risk amongst aging holocaust survivors. *Annals of General Hospital Psychiatr* 2003; 2 (Suppl 1): S151.
- (17) Barak Y. The Aging of Holocaust Survivors. Myth and Reality Concerning Suicide. *The Israel Medical Association Journal* 2007; Vol. 9, March: pp. 196-198.
- (18) Clarke DE, Colantonio A, Heslegrave R, Rhodes A, Links P, Conn D. Holocaust Experience and Suicidal Ideation in High-Risk Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatr* 2004; 12:65-74.
- (19) Thompson. I. Op. cit., p. 658.
- (20) Levi P. A una hora incierta. Barcelona: La Poesía, Señor Hidalgo, 2005; p. 143.
- (21) Moreno Feliu P. En el corazón de la zona gris. Una lectura etnográfica de los campos de Auschwitz. Madrid: Trotta, 2010; p. 12.
- (22) Ibídem, p. 81.
- (23) Todorov T. Op. cit., p. 210.

- (24) Moreno Feliu P. Op. cit., p. 155.
- (25) Venezia S. Sonderkommando. O depoimento único de um judeu a trabalhar nas câmaras de gás. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2008.
- (26) Levi P. Trilogía de Auschwitz. Barcelona: El Aleph, 2005; p. 513.
- (27) *Ibidem*, p. 540.
- (28) *Ibidem*, p. 519.
- (29) Agamben, G. Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer III. Valencia: Pre-textos, 2009; p. 20.
- (30) *Ibidem*, p. 45.
- (31) Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 2004; p. 46.
- (32) *Ibidem*.
- (33) *Ibidem*.
- (34) Agamben G. Op. cit., p. 48.
- (35) *Ibidem*, p. 49.
- (36) *Ibidem*, pp. 53-54.
- (37) Moreno Feliu P. Op. cit., p. 127.
- (38) *Ibidem*, p. 74.
- (39) *Ibidem*, p. 71.
- (40) Agamben G. Op. cit., p. 85.
- (41) Levi P. Trilogía de Auschwitz. 2005; p. 542.
- (42) *Ibidem*.
- (43) Semprún J. La escritura o la vida. Barcelona: Tusquets, 1995; p. 64.
- (44) Grass G. Escrever depois de Auschwitz. Lisboa: Dom Quixote, 2008; p. 14.
- (45) Mate R. Tratado de la injusticia. Barcelona: Anthropos, 2011; p. 169.
- (46) Lanzmann C. Shoah. Madrid: Arena Libros, 2003; p. 18.
- (47) Traverso E. Op. cit., p. 184.
- (48) Frankl V. Op. cit.
- (49) Bettelheim B. Viena de Freud e outros ensaios. Venda Nova: Bertrand Editora, 1991.
- (50) Moreno Feliu P. Op. cit., pp. 80-81.
- (51) Todorov T. Op. cit., p. 210.
- (52) Traverso E. Op. cit., p. 182.

RAZÓN, LOCURA Y
CIENCIA PSIQUIÁTRICA

«LAS TRES GRANDES» DE VILLALOBOS. PSICOLOGÍA MÉDICA EN LA CORTE DEL REY CATÓLICO.

Paloma Alonso, Begoña Cantero, Ramón Esteban

1— Presentación

Hace ya algunos años tropezamos casi por casualidad con una reedición^a de *El Libro intitulado Los problemas de Villalobos, que tracta de cuerpos naturales y morales* (1), a cuyo autor, Francisco López de Villalobos, recordábamos nebulosamente de las clases de Historia de la Medicina como médico de Fernando el Católico y uno de los pioneros en utilizar en sus obras el castellano en vez del latín. Bajo ese título, fechado en 1544, se compendian varios escritos suyos entre los que había uno de nombre intrigante: *Tratado de las Tres Grandes, conviene saber: de la gran parlería, de la gran porfía y de la gran risa* (3). Así que, «*Tres Grandes*». Pero, ¿«tres grandes» qué? El propio autor confesaba no saberlo:

«Tienen parte de enfermedad, y parte de locura, y parte con necesidad, y parte de liviandad, y de otras sabandijas y cojijos participan; de tal manera, que nombre apropiado que fuese común á todas tres no se hallaba; porque si las llamasen enfermedades, cierto es que se agraviaría totalmente la locura; si locuras, quejaríase la necesidad; y si necesidades, haríase injuria á la liviandad; y si liviandades, enojaríanse las otras» (p. 449).

Llamó nuestra atención el que un autor limítrofe entre la Edad Media y el Renacimiento plantease esa dialéctica entre enfermedad y locura que evoca un debate siempre tan actual —y más aún ligado al par necesidad-liviandad^b, tan eterno—, y nos movía a la sospecha de que no fuese sólo ironía, de que no estuviésemos ante una obra sólo satírica o sólo humorística, sensación que aumentó al seguir leyendo. Las «*Tres Grandes*» eran

^a Nos referimos a la edición de *Los problemas de Villalobos* hecha por Manuel Rivadeneira (Cádiz, 1855) a partir de la original (Zaragoza, Jorge Coci, 1543), reeditada por la Real Academia Española en su *Biblioteca de Autores Españoles. Tomo XXXVI, Curiosidades bibliográficas*, Madrid, Ediciones Atlas, 1950. En la Bibliografía que figura al final referenciamos esta tercera, por la cual citamos en el texto con n° de página entre paréntesis.

^b Necio era en la época «el ignorante que sabe poco», incluso de sí mismo, pero ese «no-saber» (*ne scio*, en latín) se concebía como algo en parte voluntario y sujeto a la responsabilidad del individuo. En cuanto a la liviandad, era la acción irreflexiva propia del «hombre inconstante y que fácilmente se muda». Ver: Sebastián de Covarrubias Orozco, *Tesoro de la lengua castellana o española* (26); pp. 774-775 y p. 718.

descritas como tres grandes «pasiones». La primera, «la gran parlería», es decir, la locuacidad sin freno, la verborrea sin contenido que pueda interesar al abrumado interlocutor. La segunda, «la gran porfía», o sea, la tendencia a insistir tozudamente a favor de una opinión subjetiva o un deseo personal, a discrepar sin fin, casi más por el vicioso placer de discutir antes que por el resultado que con ello se consiga. La tercera era «la gran risa», risa fingida que no expresa alegría, perversa pues por apartarse de su naturaleza espontánea. Villalobos describe la fenomenología de estos complejos rasgos de carácter, analiza sus causas «naturales y morales», es decir, físico y psicopatológicas, enmarcadas en el ambiente cortesano, y da ciertos remedios más o menos eficaces para dominarlas, todo ello desde la óptica del galenismo medieval y la «filosofía moral» de corte racionalista. Y eso, setenta y cinco años antes de la publicación de esa psicología embrionaria pero fundacional que se atribuye al *Examen de Ingenios* de Juan Huarte de San Juan (3).

Intentamos contextualizar al autor y la obra en su propia época, y al empezar a documentarnos se hizo enseguida evidente que la expresión «erudición e ingenio» era el lema que mejor podía abarcar tanto la peculiar obra del Dr. Don Francisco López de Villalobos como su no menos peculiar idiosincrasia. En este trabajo nos proponemos iniciar el estudio de los aspectos psicológicos y psicopatológicos contenidos en algunas de sus obras, ofreciendo como muestra una selección de su *Tractado de las Tres Grandes*.

2- *Cosmos intelectual: el humanismo judeo-converso*

Según ha estudiado con detalle José Luis Villacañas (4), López de Villalobos pertenece a la «tercera generación» de judíos conversos, ya escéptica respecto al «pacto de razas» establecido por sus antecesores tras las matanzas de judíos en 1391.

Los rasgos de la primera generación son muy precisos: cristianismo bíblico, recepción de las fuentes clásicas compatible con la tradición judeo-cristiana (Platón y Aristóteles cristianizados; servicio a la *res publica* siguiendo algunas ideas de Cicerón; sobriedad y estoicismo basado en Séneca), defensa de la idea de cuerpo místico castellano y propuesta de un pacto de razas que permita la tolerancia entre la cultura hidalga y la cultura judía. Es decir, los rasgos de ese movimiento que se ha llamado «humanismo vernacular», pero que en realidad es el humanismo judeo-converso, según Villacañas el único que ha conocido Castilla y el único que llevó a la conexión con el humanismo europeo.

La paradójica fundación del Tribunal de la Inquisición por Isabel y Fernando amargó la vida madura de los miembros de la segunda gene-

ración (Pulgar, Lucena, Talavera, Osma, Nebrija, por ejemplo) y tuvo profundas repercusiones sobre la mentalidad de la tercera, la de los que morirán hacia 1550. Los conversos de esta generación sufren una profunda decepción al ver que la histórica decisión existencial de sus padres pierde su eficacia social. Pero, aun desplazados por los servidores cristianos de Fernando el Católico y con empleos menores, todavía tuvieron sus oportunidades como agentes cortesanos (5, 6) y permitieron al emperador Carlos V rodearse de un cuerpo de humanistas capaces de establecer contactos con los reformadores moderados.

Los miembros de esta tercera generación se consideraban cristianos y exigieron ser tratados como tales. Al no ocurrir así, dieron expresión a su decepcionada inquietud mediante la recepción de otro legado cultural, es decir, se abrieron a los autores clásicos «en edición original» y a otros no bien vistos por el catolicismo romano (como Erasmo), pero sobre todo tomaron una actitud crítica frente a los residuos de la cultura hidalga, ahora transformada en comportamientos más sofisticados y «cortesanos».

3- Francisco López de Villalobos (1473-1549)

Nació en 1473 en Villalobos (Zamora), hijo y nieto de médicos judíos conversos al servicio de la familia de los Marqueses de Astorga, a su vez Señores del lugar (7-10). Eso le facilitó desde su juventud el acceso a la biblioteca de los Marqueses, que además costearon sus estudios de Medicina, cursados en Salamanca entre 1495 y 1490. De 1506 a 1510 sirve como médico a D. Fadrique Álvarez de Toledo, segundo Duque de Alba y Almirante de Castilla, y al Conde de Benavente, en el marco de una sociedad señorial, cristiana, xenófoba y antisemita, pero sus habilidades médicas y literarias y su divertida conversación le valdrán de por vida la protección de esos dos poderosos.

Seleccionado como médico del Rey Fernando el Católico en junio de 1510, es encausado de improviso por el Tribunal de la Inquisición de Córdoba y pasa ochenta días en prisión. Ya libre, asiste al monarca hasta su fallecimiento en 1516 y continúa al servicio de su segunda esposa, la reina Germana de Foix. Las tensiones y enemistades con otros médicos del séquito real le desengañan de la vida de la corte, pero el mecenazgo del Conde de Benavente y del Almirante de Castilla hace posible su permanencia vinculado al servicio del Emperador Carlos V. En esta segunda etapa cortesana goza Villalobos de la protección de Isabel de Portugal, esposa de Carlos, de cuyo séquito formó parte. Al morir la Emperatriz en 1539, y ya anciano, se establece en el pueblo de Valderas (León), donde fallece en el mes de mayo de 1549.

4- La «agudeza de ingenio»: el humor como vía y herramienta de conocimiento

En opinión de Villacañas, hasta el siglo XIX era Villalobos sin duda un escritor celebrado, mas «tras la aventura intelectual de Menéndez Pelayo, [...] no tenía sitio en el relato oficial sobre la historia intelectual hispana. Ni cristiano, ni escolástico, hombre menor y ligero, bullicioso y extraño, no gozaba del contexto de la recepción» (4). Pero para Caro Baroja, por ejemplo, «sobre lo festivo de Villalobos, como acerca de lo festivo de Quevedo y otros humoristas españoles», hay mucho que matizar (11) .

En efecto: Según Casas Rigall (12) el debate acerca de la agudeza o *sotileza de ingenio* como vía de conocimiento está abierto desde la Antigüedad clásica: para Aristóteles (*Retórica*), la agudeza es un método gnosológico válido; Séneca (*Epistulae ad Lucilium*), en cambio, identifica las sutilezas verbales con los sofismas. Por su parte, Cicerón (*De oratore*) y Quintiliano (*Institutio oratoria*), vinculan abiertamente lo agudo (etimológicamente, lo ‘penetrante’) con lo chistoso. Cicerón, además, recalca constantemente que la sutileza no es algo privativo del humor: toda agudeza ridícula tiene su correlato en el terreno de lo serio. Emparentada con las peculiaridades que tuvo en la España tardomedieval la «literatura del loco» (13, 14) ya en la época de Villalobos la agudeza es una «potencia intelectual» que permite penetrar en la raíz de cualquier disciplina filosófica, científica o artística; una cualidad básica del creador que se plasma en sus obras. Por otra parte, la sutileza es una muy apreciable virtud docente: la comprensión cabal de una materia es requisito previo de su enseñanza. «En el plano literario, la agudeza constituye un instrumento para sojuzgar el lenguaje y, moldeándolo, acomodarlo a la expresión de realidades difícilmente expresables» (12).

5- Filosofía moral y psicoterapia renacentista: otra aportación del médico al funcionamiento social

Como ha señalado Rafael Huertas (15), en el ámbito de la terapia psíquica ya desde Cornelio Celso (siglo I d. C.) en su *De Re Medica* se defendía como elemento sanador «la buena relación entre el médico y el paciente, así como el empleo terapéutico del lenguaje y la música. Asimismo, Galeno llegó a describir una actividad «psicoterapéutica» que consistía en un señalamiento por parte del médico de los defectos del cliente, apuntando también de rondón los modos de aplicación de una rudimentaria terapia verbal destinada a restablecer el equilibrio emocional, ya que el temperamento «equilibrado» que puede tenerse en el momento del nacimiento

difícilmente se conservará a lo largo de la vida a causa de la influencia de los factores externos sobre la complexión humoral, máxime si la acción de dichos factores se ve facilitada por el descontrol de las «pasiones». Se trata, en suma, de una argumentación mixta en la que, junto a la idea biológica de la complexión, se añaden elementos que intentan preservar la noción cristiana de libre albedrío, orientado por la templanza estoica y la vieja idea cristiano-aristotélica del «justo medio», es decir, un modelo de la conducta humana que combina la tradición galenista con las nuevas ideas de la «filosofía moral», y que concuerda perfectamente con la formación avicenista de Villalobos, según la cual la ciencia médica debería tener un doble aspecto: curativa de la enfermedad y preservadora de la salud.

Esos nexos entre la medicina y la «filosofía moral» de corte laico por la que optan muchos médicos renacentistas les permiten legitimar su posición en la corte haciendo una oferta de colaboración para el buen funcionamiento social, pues las enormes imperfecciones del hombre gravitan sobre las sociedades y los Estados, idea que también nucleará el *Examen...* de Huarte de San Juan (16). Villalobos se enfrenta con el hecho no sólo como médico y filósofo, sino también en cierto modo como pedagogo galénico y patriota; así lo explicita en la dedicatoria del *Tractado de las tres grandes* al Infante de Portugal (p.449). Pero como preventivista no abriga muchas esperanzas: sus ideas respecto a la desigualdad básica de los hombres y el predominio del temperamento sobre las facultades del Alma, que limita el poder del libre albedrío, le hacen ser más bien pesimista respecto a la capacidad de superación. Aun así no renuncia al objetivo –por asintótico que sea– de fomentar el autocontrol del hombre y el poder de la sociedad para perfeccionarse y remodelarse a través del conocimiento.

6– Obras de López de Villalobos: clasificación habitual (7, 8)

A) Médicas:

A.1- *Sumario de la Medicina con un tratado sobre las pestíferas bubas* (Salamanca, Antonio de Barreda, 1498) (8, 17, 18). Basado en la traducción del Canon de Avicena al latín hecha casi dos siglos antes por la Escuela de Traductores de Toledo, que se estudiaba en la Facultad salmantina. Escrito en castellano, en romance trovado. Además de su importancia por ser la primera descripción de las lesiones dermatológicas y la clínica general de la sífilis, el *Sumario* ha suscitado el interés de los historiadores de la Urología y la Ginecología.

A.2- *Congressiones vel duodecim principiorum liber* (Salamanca, Lorenzo de Liondedeis, 1514) (19, 20). Sobre cuestiones filosóficas que afec-

taban a la Medicina, y sobre fisiopatología general. (Seguido de *Eiusdem doctoris epistole*, o sea, sus cartas en latín (7)).

A.3- *Diálogo sobre las fiebres interpoladas* (1510? 1516?; editado con *Los Problemas* a partir de 1543), *Diálogo de Villalobos con su criado* (muy semejante al anterior; ídem), *Diálogo sobre el calor natural*, y otros.

A.4- *De potentia vitali* (Inédito y perdido).

B) *Filosófico-literarias:*

B.1- *Libro intitulado los Problemas de Villalobos, que tracta de cuerpos naturales y morales*. (Entre 1501 y 1574, varias ediciones en las que se fueron añadiendo otros escritos).

B.2- *Tratado de las Tres Grandes* (Escrito antes de 1515, inédito hasta 1543) (6).

B.3- *Glossa litteralis in Primum et Secundum Naturalis Historiae libros*. Alcalá de Henares, M. de Guía, 1524. (En latín. *Glosas a La Historia Natural* de Plinio).

B.4- *Las Sentencias* (epílogo a su traducción de *La comedia de Anfitríón*) (1543) (21).

C) Traducciones: *Anfitríón* de Plauto (1543) (22).

D) Epistolario (7) (cartas en latín y en castellano: crónicas, divertimentos y polémicas).

E) Poesía: *La Canción de Villalobos* (1543) (23), y otras.

7- Aspectos psicológicos y psicopatológicos en la obra de López de Villalobos

Reflejado pues esquemáticamente cómo se ha venido estudiando hasta hoy la obra de Villalobos, nosotros propondríamos una mirada más «focal» sobre dicha clasificación centrándonos en los aspectos psicológicos y psicopatológicos de su obra, pues creemos que en varios de sus escritos, y en concreto en algunos *Problemas morales*, en las *Sentencias* y en *Las Tres Grandes*, está haciendo una psicología e incluso, algo más específicamente, una caracterología, y eso, aunque con otros alcances, setenta años antes del *Examen de ingenios...* de Huarte de San Juan. La habilidad de Villalobos como descriptor detallista de la conducta observable se potencia con una aptitud más que sobresaliente para dar cuenta del «diálogo interior» de algunas personas, componiendo arquetipos. Parte de ese diálogo interior proviene —él mismo lo dice— de su propio yo, es introspectivo.

Desde ese enfoque psico/pato/lógico, poco o nada estudiado, los temas de interés serían:

1– Los trastornos mentales en *El Sumario de la Medicina*.– Alteraciones de la complejión y el carácter; señales del cerebro caliente y frío; *sirsen o frenesis*; litargia; congelación (otra letargia); *subeth sahari* (mixto de frenesis y letargia); *vigilia* (un tipo de insomnio); *memoria corrupta*; manía y melancolía; *amor hereos*; *íncubo*; *tremor de corazón* (la ansiedad); *flaqueza del estómago y apetito* (anorexia), *hambre sincopal* (otra forma clínica de la anorexia); geofagia y similares; apetito canino (bulimia), bolismo (otra variedad clínica: no percibe que se ha llenado); *falta de coito* y otras *passiones de los genitivos*, como priapismo y poluciones nocturnas; *prefocación de la matriz* (genera desmayos histéricos), etc.

2– La descripciones de contenido psicológico de alguno de los *Problemas morales*.– Los metros VII a XLI del Segundo Libro, que son los de «filosoffa moral», se refieren a las contradicciones típicas de la vida del hombre que se encuentran en todos los estados, en todas las edades y ante todas las pasiones. Los *Problemas* los plantea la misma condición loca del hombre. Los personajes que desfilan en este libro son tópicos, pero no por eso dejan de ser reales: grandes de la tierra que provocan guerras absurdas; aristócratas de comportamiento ignominioso; damas requeridas de amores que pierden su libertad; caballeros que hacen esclavizantes matrimonios de interés; prelados ambiciosos; glotones insaciables; orgullosos, avaros, ignorantes presuntuosos, etc.

3– La psicología patológica del amor y de los celos en las *Sentencias*. – Presenta el amor libidinal del hombre por la mujer como arquetipo de los demás deseos (hacia la riqueza, los honores, la comida, etc.), pasionales o no, explicando después «cómo el amador es loco de atar», cómo se aliena al entregar su voluntad al amado. Su descripción de los celos como «locura de arte mayor» constituye un ancestro de los delirios «radiales» decimonónicos: el celoso enloquece primero de amor, luego, de miedo a los demás, que le pueden disputar la amada, y finalmente de rabia agresiva contra todo el mundo.

4– Los rasgos de carácter o síndromes caracteropáticos de *El Tratado de las Tres Grandes* (que desarrollaremos a continuación), que ya tuvieron un antecedente en la *Carta sobre la enfermedad de los cortesanos* (24).

8– *El Tratado de Las Tres Grandes*

En el *Tratado de las tres grandes* el autor intenta dar cuenta de las cosas que ha visto en la corte de Castilla para hacer con ellas «un espejo

en que se pudieran mirar todos los cortesanos, y conocer cada uno por él sus fealdades y defectos», más frecuentes en la corte, y tan contagiosos «que con sola la habla se pegan de unos en otros, y no perdonan edades, ni hábitos, ni hombres, ni mujeres». Las «mundanas costumbres» le han hecho adquirir esos errores a él mismo, así que si ese autoanálisis lo ven también los demás quizá se corrijan y curen de ello, y no lleguen «hasta la vejez con las ignorancias y delictos de la juventud» (p.449).

Es decir, el autor se proponía observar la conducta de los otros hablando de la suya propia (25), conocida estrategia de algunos ironistas, pero interpretando sus observaciones y esa especie de público autoanálisis mediante instrumentos propios de la «filosofía moral» y del humorismo médico, como ya dijimos.

«Llámase *Tractado de las tres grandes*, [...] no supe darles nombre apropiado, porque tienen parte de enfermedad, y parte de locura, y parte de necesidad, y parte de liviandad, y de otras sabandijas y cojijos participan; de tal manera, que nombre apropiado que fuese común a todas tres no se hallaba; porque si las llamasen enfermedad, cierto es que se agraviaría totalmente la locura; si locura, quejaríase la necesidad; y si necesidades, haríase injuria a la liviandad; y si liviandades, enojaríanse las otras».

Señalada la dificultad de adscribir a esas *Tres grandes* una naturaleza simple y única, comienza con la descripción general de la primera.

LA GRAN PARLERÍA

Pasión de los grandes parleros, «unos hombres que nunca se hartan de hablar importunísimamente; y es tan grande su hervor y su pasión en ello [que a quien les está escuchando] no le dan espacio para que responda siquiera un sí o un no, y [...] prenden una habla con otra, y otra de otra; de tal manera, que son mayores pendencias las que comienzan cuando acaban, que las que se proponen al principio. [...] Es] enfermedad que participa de la mala complexión del cuerpo y de perversas costumbres en el alma, por tanto la determinación y remedios della tan bien pertenecen a los consejos de la filosofía moral como a las recetas de la medicina» (pp. 449-450).

Considera pues Villalobos que el espíritu y el cuerpo y sus mutuas relaciones originan este defecto como casi todos los del hombre, pues el estado físico en que nos encontremos «influye de un modo notable en nuestra facundia ó en nuestra taciturnidad, sin que la voluntad baste siempre a dominar esa influencia» (Fabié (7), p. 176).

Causas de esta pasión, naturales y morales

Así pues, las causas de esta locuacidad patológica son de dos clases, «naturales y morales», y se manifiestan combinadas: de modo que para «pesquisar» esta pasión hay que estudiar a los parleros contestando a cuatro interrogantes: 1º) Qué les está estimulando para que nunca callen». 2º) Qué placer sienten en hablar tanto (el sentido o finalidad del síntoma, diríamos hoy). 3º) Qué pena sienten cuando callan, «porque en todos los vicios es cosa muy cierta dar con su presencia algún deleite ó provecho aparente y con su ausencia dar pena». 4º) «Cómo nunca se desengañan viendo que toda la gente anda huyendo dellos»^c (p. 450).

[1º] «el estímulo y aguijón que les está picando dentro del corazón es una locura mezclada con sutileza de ingenio, y hay en esta mezcla diversos grados, porque unas veces vence la locura y otras vence el agudeza». Es curiosa la dialéctica que establece Villalobos entre un elemento negativo, la locura («a la locura es cosa muy propia el hablar mucho y nunca tener freno en la boca»), y uno positivo, la agudeza de ingenio, cimentando el rasgo de carácter. La *sotileza de ingenio* se consideraba una cualidad relacionada a la vez con la *acuitas* (cualidad retórica que permite desentrañar lo intrincado y oscuro) y con la *imitatio* que practicaban los poetas de cancionero recreando los mismos motivos hasta la saciedad sin que se agoten las fuentes, pues una aproximación aguda permite seguir sacando partido a temas en apariencia manidos (12, 14). La sotileza dará pues al parlero un rosario interminable de temas, pero la locura le hará exponerlos a través de un incansable desvarío que no tiene en cuenta al interlocutor.

Acto seguido da la explicación «natural», el mecanismo material según las ideas fisiopatológicas de la época: «El humor que hace este des concierto es melancólico, hecho por adustión de sangre colérica dentro de las venas, y como llega al corazón, con su turbieza ofusca el espíritu vital que está dentro de él, y con este destemple apasionase la *virtus irascible* y sale fuera de los términos de su concierto et armonía».

Las consecuencias se reflejarán en la conducta, tanto en la observable como en el discurso interior que Villalobos les atribuye, de características disfóricas, como corresponde a la excitación de la *virtus irascible*: «enójase de las cosas que no se debe de enojar, y ha miedo a las cosas que no debe de temer, y sospecha las cosas que no debe de sospechar». Paranoides, o sea, susceptibles pero autosatisfechos, los grandes parleros «précianse de lo que hablan, y tienen por punto de honra que sólo ellos hablen, y que

^c Como si, *avant la lettre*, López de Villalobos se plantease la noción de compulsión a la repetición o incluso de goce.

todos los otros escuchen». Y cuando esto no pueden alcanzar diciendo verdades, lo hacen mintiendo y murmurando para hacer que se les preste la mayor atención.

Aconseja la «auto-observación»: «Y cada uno verá por sí cuando está enojado, cuánto más habla y menos acierta; y cuando está vanaglorioso [...] Y por eso, cuando el hombre está con algún defecto destes debe callar ó mirar mucho lo que habla». Por supuesto, los parleros serán incapaces de guardar un secreto, «pues que es tanto el apetito que tienen de ser escuchados, que cuando por otra vía no lo pueden alcanzar, descubrirán los secretos capitales con que se hagan los sacrificios del animal que se los confió».

[2º] El placer y descanso que sienten al hablar tanto «es, porque lanzan fuera de su concepto [de su intelecto] aquello que tanta congoja les da dentro dél, y esta es una pena espiritual que se puede comparar a otras penas corporales [...]. Como los que tienen gran puncción y gana de urinar» (p.450), lo que, aun dicho en forma humorística, viene a ser un símil psicológico de la retención de los humores y su evacuación o purgación, e incluso nos evoca los modelos termodinámicos tensión/liberación (o placer/displacer) del primer Freud.

[3º] La respuesta a la tercera pesquisa («qué pena sienten cuando callan») se superpone a la anterior, aunque añade algo así como la ineficacia del síntoma, pues «los parleros siempre quedan con pujo y apetito de vaciar otros y otros conceptos que siempre engendran de nuevo y les baten en el corazón como las ondas del mar tempestuoso». Así pues, tratándose de afectos que acaban siendo penosos no es raro que tengan «gran descanso cuando lo echan fuera»... si es que pueden.

[4º] A por qué nunca se desengañan viendo que la gente les rehúye, Villalobos responde: «No es gran maravilla no desengañarse los hombres de los vicios que tienen, antes nunca vemos otra cosa, especialmente si la cualidad de sus humores les ayuda a su mala inclinación y costumbre. [...] pasan por los castigos y vuélvense a la costumbre; [...]. Porque en todas las cosas que tenemos mucha pasión, aunque algunas veces sea recibida y consentida la razón, luego la olvidamos». El deseo suele ser más poderoso que la razón: «Por esto debemos con gran vigilancia huir de las grandes pasiones y de las perversas costumbres, porque no tomen tan gran posesión en el corazón, que con grandes títulos hagan a la razón perder la propiedad que allí tiene» (pp. 450-451). Es decir, si los humores ligados al desbordamiento pasional calentasen el *pneuma* del corazón^d, éste se mez-

^d Villalobos, avicennista, creía en tres clases de *pneuma* o *spiritu*: el del corazón, el del cerebro y otros menores en los órganos, como refiere en las *Congresiones* y, de modo más resumido, en las *Sentencias*.

claría con la sangre y acabaría afectando al cerebro y, por tanto, a la razón. Con otro referente teórico, por supuesto, esta elaboración organicista de conductas muy complejas no deja de recordarnos al discurso de los actuales *neuroéticos*, investigadores que trabajan sobre las bases cerebrales de la moralidad, a quienes Adela Cortina (27) ponía delicadamente en evidencia no hace mucho.

Cura de la parlería

El tratamiento de la gran parlería, según Villalobos, debe hacerse precisamente por medio de la palabra, proponiendo primero una prevención infantil de corte psicopedagógico «duro»: «El remedio desta enfermedad no se debe procurar con jarabes ni purgas, ni otros artificios de yerbas ni de piedras, sino con industrias e ingenios, puestos en razón y consejo, desta manera que si fuere niño le quiten de todo punto el vino y el regalo y la mucha libertad, y le amenacen y pongan temores sobre los excesos del hablar y el mentir». No descarta el castigo físico, ni el ponerle a «rezar más horas de las que sufre su tierna edad». En los niños aún puede haber esperanza de salud, porque forzarles buenas costumbres puede atenuar la naturaleza de su complexión y dominar en parte los perversos humores, «para que no se dejen así de ligero estimular y vencer de cualquier concepto que les venga» (p. 451). Respecto a los adultos manifiesta un claro pesimismo terapéutico: «pocas veces se pueden curar, especialmente si es algún rey ó gran príncipe, [...] porque no quieren obedecer a los consejos de la filosofía y medicina, que si los quisiesen obedecer, mandaríamos que rezasen cada día un salterio, porque se hartasen de hablar y escarmentasen de hablar. [...] o mandaríamos a la llana que no fuesen parleros, poniéndolos en razón y mostrándoles la fealdad del vicio». Pero los pacientes tienen en este caso grandes resistencias, diríamos hoy, y «todo no está en mano de la filosofal disciplina».

Aún así, relata un largo ejemplo de una especial psicoterapia ideada para la cura de un estudiante de Valladolid^e, quien, acompañado durante el trayecto a «una huerta solitaria que estaba en el campo, [...] tomó la habla a las diez horas de la mañana y habló sin parar hasta las tres horas de la tarde». Villalobos y dos compañeros se lo ponen de manifiesto bajo palabra de honor, y le hacen ver cómo se ríen de él en la ciudad y por qué todos le rehúyen: «Aunque vos decís que es conversación, no lo es, porque la buena conversación es que [...] cada uno esté atento y guste de lo que el otro dijere». Pero un gran parlero piensa que el tiempo que otros hablan

^e Tratamiento, curación y personaje que pasaron como arquetipo a la literatura y el teatro de los siglos XVI y XVII; ver: Fabié (10), p. 176.

se lo roban a él: «Si a esta vos llamáis comunicación llámola yo descomuniación. Y si la llamáis conferencia, llámola yo pestilencia, porque todos se apartan de hablar con vos como con un descomulgado, y huyen de vos como de pestilencia» (p. 451). A base de seguir desmenuzando la conducta del estudiante parlanchín mediante esta peculiar psicoeducación, consiguieron vencer sus resistencias y hasta se enmendó en demasía: «fue tanto su callar, que ya pensaba la gente que andaba loco, y que era otra vena peor que la pasada». Pero, avisado de esto por Villalobos y sus amigos, preparó el examen para hacerse licenciado en derecho civil y lo ganó con facilidad por su facundia, «porque se vea cómo la gran necesidad hace buen corazón y aviva mucho los ingenios que con el descuido estaban amortiguados». Gracias a eso «es hoy uno de los principales hombres de su profesión, y con su licencia se publica esta historia para edificación de los que tuvieren semejantes vicios» (p.452).

LA GRAN PORFÍA

La segunda de las *Tres Grandes* «es la pasión de los grandes porfiados [...] que ninguna buena compañía ni conversación se puede tener con ellos, porque en todo lo que se habla ellos han de defender la parte contraria [...] no lo hacen con fundamentos de razón ni por el celo y patrocinio de la verdad; porfían hoy una cosa y mañana la contraria della, con tantas voces y con tanta turbación de los que están presentes, que a las veces nascen grandes escándalos de cosas muy pequeñas» (p.453).

Causas naturales

La causa natural es el «humor melancólico quemado [bilis negra sobrecalentada] con mixtión de cólera quemada [bilis amarilla]». Este humor los hace primeramente «mal condicionados», expresión con la que el diccionario de Covarrubias (26), de 1611, define a quienes son «enemigos de toda benevolencia y concordia, y paréceles mal todo lo que los otros dicen y hacen». Tienden además a la pasión de porfiar los que convalecen de graves enfermedades, más aún si ya tenían la predisposición a discutir: «si estos en su sanidad ya eran porfiados, quedan incompotables, y no hay carnero topador que se les pare delante».

Una vez desencadenada, esta pasión se retroalimenta: «cuanto más van entrando adentro en la porfía, tanto más se encienden en ella, y van siempre pujando y haciendo mayores ventajas al otro porque no deje la empresa, y enójanse dél porque porfía, y pésales de muerte si deja de porfiar». Algunos casos revisten cierta especialización: provocar al interlocutor «es una mala burla de que se aprovechan los teólogos cabezudos en sus disputaciones, y por eso nunca he gana de altercar con ellos. Así que, ellos andan hurgando al que se deja de la porfía de tal manera que le hacen

darse al diablo y salir otra vez a la tela para defender su causa». No pasa desapercibido el subrayado irónico de Villalobos: los teólogos cabezudos hacen al otro «darse al diablo», así que su prudencia de converso le desaconseja discutir con ellos los asuntos de la fe, no termine la disputa en manos de la Inquisición.

Refiere a continuación un caso cuya identidad ha despertado «natural curiosidad»(10): en cierta ocasión consiguió que «un señor muy porfiado» escribiese y firmase las contradicciones en que fue incurriendo a lo largo de varios días, al cabo de los cuales le dijo: «Porque veáis, Señor, que estas vuestras porfías es enfermedad de que habéis menester curaros, y que no tenéis siempre tanta razón como vos pensáis, quiero que veáis cómo en diversos días habéis porfiado cosas muy contrarias unas de otras [...] De manera que no podemos escapar ni defendernos de ser vuestros contrarios». Puesto ante los papeles firmados por él mismo, la desconfianza paranoide y la irritabilidad aparecieron enseguida, vinculadas a esa su querulancia de corto alcance: rompió los folios en mil pedazos, «hízose después mas incomfortable que lo era antes», y acusó a Villalobos de propagar «las mentiras que poníades por escrito y me las hacíades a mí firmar» (p. 453), actitud que recuerda hoy en día lo que ocurre cuando los periodistas «aplican la moviola» a algunos políticos.

Causas morales de la porfía

Apuntada así también en este caso la poca esperanza de cura, describe a continuación los mecanismos psicológicos, es decir, las causas morales, «las cuales comúnmente son dos: la una es necedad, la otra es confianza que tienen de sí mismos. Los necios abrázanse mucho con lo que ellos alcanzan, porque si lo sueltan no les queda nada. [...] Mucho mayor torpeza es la del entendimiento que la de los ojos corporales, porque un hombre corto de vista conoce que lo es, y no traba porfía sobre los colores [...], antes se rindrá luego a la primera contienda; y un necio nunca se rinde, porque el entendimiento que ha de conocer que es necio, es él mismo necio» (p. 453). Como reza el Covarrubias (26), «[es] el porfiar cosa muy reprobada y contra las leyes de la prudencia, que es sal de las demás virtudes». Pero, en efecto, «un necio nunca se rinde», frase que evoca, ya en nuestra época, un aforismo de Alain, que tomamos de Ortega Spottorno (28): «Nada es tan peligroso como una idea cuando sólo se tiene una»^f.

El segundo factor que aumenta la adherencia a esas escasas ideas es la gran confianza que los porfiados tienen en sí mismos, que Villalobos cualifica

^f Emile CHARTIER, conocido como ALAIN, filósofo francés (1868-1951), de pensamiento orientado hacia el humanismo cartesiano. Tomamos la cita de José ORTEGA SPOTTORNO, «Talento, gracia y *esprit*», *El País*, 8-11-1993, p. 11.

como «una labor de jactancia bordada sobre campo de necedad, [...] porque piensan que no se puede más saber de lo que ellos saben». Si sólo fuesen necios quizá tuviesen remedio, «mas la gran presunción que estos tienen les hace que no vean lo que dejan de saber, y que no conozcan a los otros la ventaja que les tienen. Y por eso porfían con mucha soberbia» (p. 453).

Pasión o vicio tal no iba a ser desaprovechado por Villalobos para zaherir a los pretenciosos médicos cortesanos: «En la profesión de la medicina se pasa también gran trabajo con este género de monstruos, porque hay hombres en ella que tienen en tanto precio lo que ellos saben, que piensan [...] que la novedad está en la cosa, y que nunca fue vista hasta que ellos la hallaron». Debido a la mezcla necedad-fatuidad, su propia ignorancia les hace ver cada novedad subjetiva como maravilloso descubrimiento propio, así que «lo que éstos entienden, guárdanlo mucho y han celos dello, porque no se lo alcance otro ninguno». Y cuando la fatuidad llega a soberbia, si entonces «topan con otros de su manera, hácese carne los unos a los otros sobre si serán veinte ó veinte et dos las lentejas» (pp. 453-454), burla punzante acerca de las inacabables porfías médicas sobre las dietas.

Profilaxis de porfiados

Como ya se adelantó, casi no hay cura ni remedio para los porfiados, más bien un sólo procedimiento preventivo para que no hagan sufrir a los demás: no hacerles caso ni porfiar con ellos, «porque es un cáncer muy arraigado y endurecido, que es peor andarle hurgando. E por eso cuando todos dejaren de porfiar con ellos, ellos dejarán de porfiar, mal que les pese». Salvo eso, el pesimismo terapéutico es aquí radical: «cúrelos Dios, que los hizo. E si fueren incapaces, y no merecieren la cura de tan buena mano, cúrelos el diablo, que los lleve» (p. 454).

LA GRAN RISA

El estudio de la tercera de las *Grandes*, la gran risa, se inicia con una división clasificatoria propia del método escolástico: «La risa se divide en dos partes, porque hay risa verdadera y risa falsa. La verdadera es una propiedad que tiene el hombre en cuanto es hombre, diferente de todos los otros animales». No entrará ahora en las causas naturales de la risa, porque tendría que explicar —dice— materias muy extensas y complicadas, tales como la anatomía del corazón, la fisiología del «espíritu vital» que está aposentado en el ventrículo y que «con el súbito gozo» sale a hacer «cosquillas en los miembros espirituales, etc. [...] En otra parte tengo escrito lo que yo desto alcanzo» (p. 454).

⁸ Probablemente, en *De potentia vitali*, inédito y perdido. También en las *Congresiones*: el capítulo tercero se centra en la «esclencia de los espíritus», en especial el que reside en el corazón. En las *Sentencias* sobre el amor habla asimismo de la fisiología de las emociones.

Se centrará sólo en la risa falsa, la cual «es una simulación de risa y de gozo que fingen unos hombres para engañar a otros y para darles a entender lo que no es»^h. Villalobos aborrece tanto este vicio que lo acerca a lo animal: «Esta risa es pasión y propiedad de una alimaña que se llama la corte. Este es un animal que siempre se anda riendo, sin haber ganas de reír; tiene dos ó tres mil bocas, todas muertas de risa, unas desdentadas como bocas de máscara, otras colmilludas como de perros, [...] otras masculinas y otras femeninas [...], no considerando que son muchos hombres, sino muchos miembros de un animal».

No tiene causas naturales «ni procede de humor ninguno, antes es puramente pasión moral». Se debe a una actitud voluntaria de los cortesanos, «más conversables y más ociosos que la otra gente, [...] y es lisonja entre ellos reírse los unos de lo que dicen los otros, con condición de se lo paguen en lo mismo. Y algunos hay que cuando no hallan quien acuda con la risa a lo que ellos dijeron, riénselo ellos. Otros hay que antes que comiencen a contar el donaire se ríen antemano, y otros que en tanto que lo dicen se caen de risa». Curiosamente, es pasión muy insatisfactoria: «la mayor parte quedan después del donaire tristes y fríos, salvo si son príncipes o grandes privados; porque éstos en comenzando a reír, hacen a todos los otros caerse de risa». Describe burlona y detalladamente los diversos recursos teatrales con que exageran su risa estos pelotilleros hasta dolerles las quijadas, «porque les baten por fuerza y contra su voluntad».

Termina el capítulo describiendo otras risas no estrictamente clasificables como «risa falsa», como sería la de los sordos, que «ríense para disimular el defecto del oír», y la de los negros (habría que saber de dónde procede la reduccionista observación de Villalobos): «también se ríen mucho unos con otros, mas esta no es falsa risa, sino de corazón, porque son inocentes y riense como niños». Mención especial le merece finalmente la risa de los viejos, quienes «cuando se juntan unos con otros nunca están sino riendo, aunque esta risa es de su natío falsa y contrahecha, porque no tienen ya tiempo de reír, sino de llorar; pero en alguna manera se ríen de placer, porque traen a la memoria los actos de la juventud, que les parece que fue ayer, y en verse tan súbitamente desviados y trocados de todo aquello, riense, como si les hubiesen hecho una gran burla. [...] También se podrían reír de las vanidades que ven hacer a los mozos y del engaño que traen, y cuán presto se hallarán burlados; que para quien está sin pasión todas son cosas para reír» (pp. 454-455).

^h Sobre la «enfermedad de los cortesanos» en general, ver la carta «El doctor Villalobos á un grande del Reino [Calatayud, 6 de octubre de 1515]», en la edición de Fabié (27); y sobre su falsedad y su risa en particular, también la parte final de las *Sentencias* (24), p. 493.

Con esta aforística frase termina López de Villalobos su *Tratado de las tres grandes*, y sólo añade una breve alusión a «nuestro Señor Jesucristo [que] vino a pagar las liviandades y placeres de los otros hombres, y le dolían sus engaños y sus perdiciones, y no era lisonjero ni admitía palabras ociosas, por tanto ninguna especie de risa cupo en su benditísima boca ni en su santísimo pecho. A él sea dado honor y gloria para siempre jamás. Amén».

BIBLIOGRAFÍA

(1) López de Villalobos F. Libro intitulado los Problemas de Villalobos, que tracta de cuerpos naturales y morales; y Dos diálogos de Medicina, y El Tratado de las Tres Grandes, y una canción y la comedia de Anfitrión. En: Real Academia Española. Biblioteca de Autores Españoles. Tomo XXXVI, Curiosidades bibliográficas, Madrid: Ediciones Atlas, 1950: 403-493.

(2) López de Villalobos F. Tratado de las Tres Grandes. En: Real Academia Española. Biblioteca de Autores Españoles. Tomo XXXVI, Curiosidades bibliográficas. Madrid, Ediciones Atlas, 1950: 449-455.

(3) Huarte de San Juan J. Examen de ingenios para las ciencias [1575]. Ed. de Esteban Torre, Madrid: Editora Nacional, 1977.

(4) Villacañas Berlanga. JL, El cosmos intelectual de Villalobos. Sobre el carácter de la primera modernidad hispana. Biblioteca Saavedra Fajardo de Pensamiento Político Hispano, Universidad de Murcia [Consultado 19-8-2012]: Disponible en: <http://saavedrafajardo.um.es/WEB/archivos/NOTAS/RES0119.pdf>

(5) Friedenwald H. Francisco López de Villalobos, Spanish court physician and poet. En: *The Jews and medicine. Essays*. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press, 1944, 2 vols., 1: 280-89.

(6) Riera Palmero J, Francisco López de Villalobos. Del avicenisismo al humanismo médico renacentista. *Médicos de Castilla y León*, 2005, 4: 33-37.

(7) Fabié AM. Vida y Escritos de Francisco López de Villalobos. Madrid: Sociedad de Bibliófilos Españoles, 1886: 1-106.

(8) García del Real E, editor. El Sumario de la Medicina, con un tratado sobre las pestíferas buvas, por el Dr. Francico López de Villalobos, con un estudio preliminar acerca del autor y sus obras. Madrid: Cosano, 1948.: 7-141.

(9) Arrizabalaga J. Francisco López de Villalobos (c.1473-c.1549), médico cortesano. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus* 2002, 22: 29-58.

(10) Sánchez Granjel L. Vida y obra de López de Villalobos. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1979.

(11) Caro Baroja J. Un perfil renacentista: El doctor Francisco López de Villalobos. *Tiempo de Historia*, 1980; 70: 108-121.

(12) Casas Rigall J. La idea de agudeza en el siglo XV hispano: para una caracterización de la sutileza cancioneril. *Revista de Literatura Medieval* 1994: 79-103.

(13) Márquez Villanueva F. Al lector, *Nueva Revista de Filología Hispánica*, XXXIV, 2, pp. 497-500.

(14) Márquez Villanueva F. Literatura bufonesca o del “loco”, *Nueva Revista de Filología Hispánica*, 1985-86, XXXIV, 2: 501-528.

(15) Huertas R. Historia de la Psicopatología: fundamentos, conceptos, doctrinas y tendencias. En: Álvarez JM^a, Esteban R, Sauvagnat F. *Fundamentos de Psicopatología Psicoanalítica*. Madrid: Síntesis, 2004: 29-117.

- (16) Caro Baroja J. Examen de ingenios. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2008, 101: 87-90.
- (17) López de Villalobos F. El Sumario de la Medicina con un Tratado de las Pestíferas Bubas. Edición de María Teresa Herrera. Universidad de Salamanca: Cuadernos de Historia de la Medicina, 1973.
- (18) Sánchez Granjel L, coordinador. Francisco López de Villalobos. Sumario de la medicina (1498), Salamanca: Universidad de Salamanca-Real Academia de Medicina de Salamanca, 1998.
- (19) Martínez y Fernández I. Literatura Médica Española.- Rareza literaria [Sobre las Congressiones y otras obras de Francisco López de Villalobos. 1]. Boletín de medicina, cirugía y farmacia 14-3-1852: 81-83.
- (20) Martínez y Fernández I, Literatura Médica Española.- Rareza literaria. Conclusión [Sobre las Congressiones y otras obras de Francisco López de Villalobos; y 2]. Boletín de medicina, cirugía y farmacia 21-3-1852: 89-90.
- (21) López de Villalobos F. Sobre ciertas sentencias del autor. En: Real Academia Española. Biblioteca de Autores Españoles. Tomo XXXVI, Curiosidades bibliográficas, Madrid: Ediciones Atlas, 1950: 487-493.
- (22) López de Villalobos F. Anfitrión, comedia de Plauto que traducía el Doctor Villalobos. En: Real Academia Española. Biblioteca de Autores Españoles. Tomo XXXVI, Curiosidades bibliográficas, Madrid: Ediciones Atlas, 1950: 461-487.
- (23) López de Villalobos F. Canción de Villalobos, con su Glosa. En: Real Academia Española. Biblioteca de Autores Españoles. Tomo XXXVI, Curiosidades bibliográficas, Madrid: Ediciones Atlas, 1950: 455-458.
- (24) López de Villalobos F. Carta del doctor Villalobos á un grande del Reino [Catalayud, 6 de octubre de 1515]. Cartas castellanas: 5-8. En: Fabié AM, Vida y Escritos de Francisco López de Villalobos. Madrid: Sociedad de Bibliófilos Españoles, 1886.
- (25) Tremallo BS. Irony and Self-Knowledge in Francisco López de Villalobos. Nueva York-Londres, Garland, 1991.
- (26) Covarrubias Orozco S. Tesoro de la lengua castellana o española [1611], edición de Felipe C. R. Maldonado revisada por Manuel Camarero, Móstoles (Madrid), Castalia, 1995 (2ª ed.)
- (27) Cortina A. ¿El fracaso de la educación? El País 1-9-2012: 25.
- (28) Ortega Spottorno J. Talento, gracia y esprit. El País 8-11-1993: 11.

DE LA LOCURA COMO EXCESO A LA LOCURA COMO ENFERMEDAD¹

Josep M. Comelles

Excesos, jaulas y argollas²

El *Reglamento* de 1757³ del Hospital General de la Santa Creu de Barcelona exigía del *Pare* y la *Mare dels boigs* que “*may los maltractaran [a los locos] per ninguna cosa que fassan, y quan sia necessari castigar a algun, que sia de modo que ni haja d’entrar lo cirurgià, ni los fia de dany a la salut. Tindran molt present que Deu los pot enviar igual treball y tractenlos eb tot com voldriam ser tractats*”.⁴ El *Reglament* asume los principios constitucionales dels *Costums de Tortosa*:

“*Tothom pot prendre son parent que sia furiós o orat⁵ per sa propia autoritat; e aquel retenir pres en ferres o en altra presó tro haja cobrat lo sen o sia mort per ço que no do mal ne don a nullla persona, ne a coses; e per mal que faça no deu ser punit l’orat o el furiós; ne pujat a turment*”(Llibre de les costums generals escrites de la insigne ciutat de Tortosa, 1912).⁶

La protección al loco, reflejada en ambos documentos pone de relieve las garantías jurídicas en relación a la protección de su persona pero no hace referencia a cualesquiera diagnóstico médico, lo cual me lleva a considerar, en este texto las dimensiones jurídicas, sociales y culturales en

¹ Este texto forma parte de una investigación sobre la locura en Cataluña antes de 1854 basado en las carpetas *Dementes-Gobierno (DG)* del *Arxiu Històric del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* (AHSCSP). Lo acoto entre 1769 fecha de la primera carta y 1834 en que se reivindica un manicomio modelo en Barcelona (COMELLES, 2006: 59 y ss) (1). Mi agradecimiento a Mabel Gracia, Pilar Salmerón, Ricardo Campos, Enrique Perdiguero, Jon Arrizabalaga, Teresa Huguet, Cristina Sacristán, Montserrat Sanmartí, Louis Assier-Andrieu y Anne Gotman.

² Hay poca investigación sobre la locura en España durante el Antiguo Régimen. He de destacar Cristina SACRISTÁN (1992,1994) (2,3) y CRUZ MONTALVO (2006)(4) ambas sobre la América virreinal, sobre España. Ver LÁZARO & BUJOSA, (2000)(5) Parte del material de la *Santa Creu* está en (COMELLES, 2006, 2008) (1,6).

³ AHSCSP, *Reglamentos de l’ Institut Mental (1757-1885-1957)*. Carp. 6..

⁴ “Que nunca los maltrataran por ninguna cosa que hagan, y cuando sea necesario castigar a alguno, que sea de modo que no haya de entrar el cirujano, ni los haga daño a la salud. Tendrán muy presente que Dios puede enviarles igual trabajo y trátenlos en todo como quisieran ellos ser tratados” (*Reglaments* Carp.6.)

⁵ , *Reglamentos* Carp.6., Art. 2.

⁶ Sobre la terminología catalana relativa a la locura, su tipología y su uso literario y forense ver inmenso PESET-LORCA (1987) (7).. En las citas no actualizo la ortografía catalana o castellana, reviso puntuación y acentuación pero mantengo los catalanismos.

relación con la locura en el Principado entre 1769 y 1834, periodo temporal en que he acotado este escrito. La dimensión jurídica de la protección al loco, durante este periodo se sigue realizando, (paradójicamente bajo los criterios del constitucionalismo catalán tradicional, incluso tras la promulgación de los Decretos de Nueva Planta de 1716. Reflejan la persistencia entre la población de Principado una cultura política y jurídica local vinculada a lo que llamara EIXIMENIS (1927) (8) el *regiment de la cosa publica*⁷ basada en las *Constitucions catalanes* y que regulaban las relaciones sociales, económicas y políticas de las ciudades del Principado sobre la base del Derecho privado y civil y cuyos criterios había sido *embodied* por la población (9), a partir de un proceso constante de producción de Derecho de la mano de notarios y juristas para regular desde contratos mercantiles a testamentos o capitulaciones matrimoniales. Esta práctica forma parte de la vida cotidiana puesto que la tarea notarial no se reducía a la fe pública sino también era una función de mediación entre particulares con el objeto de resolver conflictos y, a partir de la escritura de las soluciones jurídicas, engendrar saberes compartidos ajustados a la costumbre local. Esto significa que, aunque el marco constitucional abarque al conjunto del Principado – y en forma de *Furs* o *Fueros* en la Corona de Aragón o bajo el Decreto de Nueva Planta desde 1716 –, las soluciones locales a los conflictos se convertían en una suerte de “jurisprudencia compartida local” preservada celosamente en los archivos del protocolo notarial.⁸ Estas costumbres locales no corresponden únicamente a la tradición oral, sino que se estructuran en forma de escritos y configuran una cultura jurídico-política y social específica que habitualmente se etiqueta de paccionada y que forma parte integrante de la *Gemeinschaft* cultural catalana.⁹ Sobre esta base el *regiment* de la cosa pública se hará cargo de los locos.

Su persistencia, a finales del XVIII, no puede entenderse como una *supervivencia* (*survival*) del pasado sino como herramientas conceptuales, prácticas o jurídicas que sirven para pensar y regular las relaciones sociales que se van transformando en el tiempo y ajustándose a los cambios históricos contextuales. Su producto son *ethnoscapes* (APPADURAI, 2001) locales de pueblos y ciudades que en su diversidad pueden seguir patrones

⁷ EIXIMENIS (8) tradujo *res publica* por *cosa publica*. Utilizo este concepto y el de *Gemeinschaft* de la sociología clásica de forma no sinónima: el primero caracteriza una práctica jurídico-política en la ciudad, la segunda una *volksgeist* que incluye los saberes jurídicos.

⁸ En Catalunya Nord ASSIER-ANDRIEU (9) sostiene (com. pers) sostiene que la actual Constitución y el derecho andorranos son el mejor ejemplo actual de esa cultura jurídica heredero del *Digesto* romano.

⁹ Sobre lo que esto significa del punto de vista de la cultura de las clases dirigentes ver AMELANG (1986).

evolutivos distintos.¹⁰ La mayor parte de la literatura al respecto, especialmente desde la historia política, económica o del Derecho ha estudiado sus efectos locales en las relaciones económicas, jurídicas, políticas y sociales,¹¹ pero raramente se han interesado por la locura y su *regiment*.¹² Y sin embargo, es el embodiment del regimenty el que lleva a los Administradores de la Santa Cruz¹³ a exigir al médico mayor Narcís Rosés que aclarase la muerte del internado Jayme Masó que

“entró maniático, con furor y audacia y con grillos, a fin que no cometiese algún disparate. Se mantuvo así dos o tres días. Viendo que no quería tomar remedio alguno, no obstante serle sumamente necesario y que se volvió contra quien le asistía, se juzgó conveniente ponerle a la argolla, en donde se mantuvo parte de tres días gritando noche y día a pesar de los varios remedios que a fin de que se asosegase se le administraron. El día 7, en que hice mi acostumbrada visita, le hallé que quasi no se entendía hablar, por aver passado la noche, según me informaron, delirando y gritando a toda fuerza, la respiración cansada. Examiné si la atadura podía causarle aquel síntoma. Hallé que no fue posible examinarle el pulso como se debía, no lo permitían los movimientos violentos del enfermo. Ordené lo que pareció conveniente. A las nueve de la mañana del mismo día, me dixeron que había entregado su alma a las manos de su criado y había quedado un cuerpo amoratado, sus codos ensangrentados y tenía alguna señal como si le hubiesen amarrado los brazos. No será difícil sospechar, con fundamento, las causas de la quasi repentina muerte de nuestro enfermo, si se atiende a lo que precedió el día 7 como continuo gritar, hablar, al no querer beber mas a la pura fuerza y a los síntomas que observé en mi última visita como respiración cansada, tosecilla, anuncios todos de un cruel inflamación en los pulmones que le ahogó, y si se junta todo eso al abuso de alimentos cálidos, substanciados que antes de su ingreso en el Hospital hizo, según se me informó su muger, el temperamento particular del paciente no deja quasi ninguna duda acerca de las causas de su muerte, pudieran muy

¹⁰ Sobre la cultura política del municipalismo catalán del XVIII ver TORRAS RIBÉ (1983) (10), Sobre protección social ZARZOSO, (2003, 2006)(11), CURET Y ANGLADA (1983) que recogen el folklore, LLUCH (1974,1996) y COMELLES, DAURA; ARNAU & MARTIN (1991) (12) para el debate sobre las políticas asistenciales.

¹¹ Ver FAUS I CONDOMINES (1908) sobre los capítulos matrimoniales o TERRADAS (1984) sobre la vida económica y social de las masías.

¹² PESET-LLORCA (1987) (7) describió la riquísima terminología catalana sobre la locura, los temperamentos y los estados de ánimo. Desde fuentes literarias estudia sus dimensiones culturales más que las médicas. Destacas las hibridaciones culturales entre el galenismo médico, las narrativas religiosas y los saberes populares. En la documentación que he empleado la castellanización supone un empobrecimiento terminológico, aunque subyacen en las descripciones de las conductas la terminología vernácula.

¹³ La *Molt Il·lustre Administració* (MIA) de la *Sancta Creu* constaba de dos concejales del Ayuntamiento y dos canónigos del Cabildo.

bien los alimentos disponer la sangre de un enfermo a contraer más fácilmente la inflamación. Supuesto esto no es difícil explicar porque quedó su cuerpo amoratado después de difunto. El ensangrentamiento de los codos que observé del modo que me permitía la escasa luz del lugar fue efecto de sus extraordinarias violencias, daba con los codos contra la pared donde estaba detenido como más de una vez presencié, con ternura de mi corazón, por no poder remediar nada. Las señales, dicen tenía en los brazos como si lo hubiesen amarrado, pudo ser efecto de haverle atado quando le mandé sangrar a fin de no estropearle. Es quanto puedo certificar”.¹⁴

Pidieron lo mismo al *Pare dels bojos* responsable de la sala de locos, que escribe

“Fue conducido a mediodía a la *Bojeria* por un alcalde de Barrio y tres soldados del Primer Batallón de Barcelona y luego que llegó lo encerró [*el Pare*] en una jaula y después de haver comido le puso grilletes a causa del ruido que hacia *a mas de que ya es práctica hacerlo así*¹⁵, y en la misma tarde, con los propios grilletes, salió al patio del que le fue preciso al otro *Padre* retirarlo con motivo de las barbaridades que profería y que la misma guardia le avisó y seguidamente volvió a encerrarlo en una jaula. A la misma tarde, le visitó el médico, recetó y no hubo medio de hacerle tomar remedio alguno, y al día siguiente que era el 3 bolvió a visitarle, continuó en recetarle y a la fuerza con una pipa tomó lo que se pudo y de las fuerzas que hacía hasta sangre le salía de las narices, de suerte que fue preciso atarle y también se desató él mismo. Al día 4 le hizo *passar* el padre Gabriel al corredor donde suele haber esos locos furiosos *dándole un par de golpes en la mano y sin palo alguno*, por ver si se aquietaría y lo tuvo que sacar porque se avían agarrado entre dos o tres con mango de escoba o *manat de bastons de bruc* bolviéndole a cerrar en una jaula con llave para que los otros no llegasen a atropellarlo como lo intentaban. El día 5 se mantuvo cerrado en su jaula, pero no parando su boca, y nunca quiso comer cosa alguna y si solo tomar alguna vez caldo con mucha violencia y *se le sangró* en medio de su misma fuerza, aplicándola también a los que la asistían en la sangría y sujetándole con una sabana, del mejor modo que pudieron, pues se había quitado toda la ropa y quedaba desnudo. El día 6 le volvió a ver el médico y habiéndole enterado el *Padre* del estado del loco dispuso se le pusiese argolla *como se practica con muchos otros locos furiosos*. Se mantuvo con la misma furia todo el día y sin querer comer y los remedios se le daban a fuerza. Le dio varias vistas el *Padre* y antes de retirarme, que serian las 10 y media, le reconoció como estaba y que la argolla estaba

¹⁴ AHSCSP (1769-1980) Vol. 4 Inv. 3 *Dementes Gobierno* car. 1. Narcís Roses a Administradores, 10 de setiembre de 1793.

¹⁵ Los énfasis en cursiva son míos, los catalanismos se destacan también por tratarse de documentación que refleja una transición lingüística en ese periodo.

en su lugar sin poderle dañar, pero el loco se estaba dando golpes en las paredes y por todo lo que podía alcanzar. Al día siguiente, que era el 7, entró el *Padre* la jaula a cosa que serian las 6 de la mañana y le encontró echado y de conseguir el vestirlo aviendo reparado, *a mes*, que tenia maltratada la espalda y un nudo con *uns blaus* pero calmadas las furias, algún tanto y ronco y sudado, el médico le vio a las 7 y media y le ordenó sangría por el cuello que no se hizo. Continuó el *Padre* en dar algunas vistas al loco y preguntándole si quería caldo siempre lo repugnó y cuando bolvió a entrar a las nueve y media lo halló muerto y declara que a su jaula nadie entró mientras estuvo con la argolla. Juan, el peluquero, a quien dio noticia el *Padre* que avía muerto el loco, le dixo después de averle ido a ver que enviaría ropa para vestirlo y ansí estuvo hasta las 3 de la tarde que comparecieron dos *cambrés* de parte del mismo Juan, de Mosén Ventura que les entregara el muerto lo que rehusó el *Padre* que no era *estilo hasta estar vestidos*. Que repuso el Juan, peluquero, sus instancias que el *Padre* reflexionándolo en escusarse no fuere contra el atribuyéndole lo que no era, se resolvió a entregarlo aviéndolo únicamente puesto la camisa y que lo llevaron a la Capilla y por la tarde vio mucha multitud de gentes en el patio del Hospital y que todos gritaban contra el que avía muerto al loco a palos y que los *blaus* que tenía eran de los golpes que le había dado aunque jurara que nunca lo había tocado”.¹⁶

El caso Masó exigía explicaciones. El médico se ampara en un relato algo mas clínico, el *Pare dels Bojos* mediante uno etnográfico que otorga a los médicos un papel secundario y es mucho más ambiguo en relación a las responsabilidades que deben ventilarse. Rendir cuentas se justifica por el significado cultural de la sala como espacio en que “se atienda a [la curación del enfermo] encargándole estrechamente su custodia y cuidado con prevención”.¹⁷

El *Reglament*, la muerte de Masó y la paliza a las putas del relato del Baró de Maldà revelan que los *excesos* y la locura como tal estos estaban sometidos a la mirada de una *cosa publica* atenta. Por eso la MIA, al nombrar a Antonio Piera nuevo *Pare dels Bojos* le advierte que su tarea “precisaría la aplicación de *castigos indispensables* para mantener a los locos en la subordinación y sugestión que es necesaria”,¹⁸ y comisiona al Administrador Rafael de Llinàs¹⁹ para que busque una dependencia que permita “separar los Locos de las demás materias que hasta oy por falta

¹⁶ DG (1769-1980) Vol. 4 Inv.3 car. 1. “De *Pare dels bojos* a Jaume Ponsich Administrador”, 11 de setiembre de 1793

¹⁷ DG (1769-1980) Vol. 4 Inv. 3 carp 1. Marqués de Baños a MIA, 1794.

¹⁸ LA, 23 de enero de 1795.

¹⁹ En 1821 se decidió, por fin, que uno de los Administradores se encargase de “la mejor asistencia de los ramos de *bogeries* de Hombres y de mugeres”. LA, 5 de abril de 1821.

de lugar han sufrido en el patio grande del referido Hospital que por razón de ser de tránsito público es a todas horas frecuentado de todas clases de gentes y se han experimentado *excesos* que deben remediarse, así de la detención de muchos malentendidos, diversión en insultar a los referidos locos como de la concurrencia de mujeres”.²⁰

El exceso i el regiment de la cosa pública

Según la Real Academia Española (1732:672) (13), *excesso*, “se toma algunas veces por la demasía en el comer y beber, por la intemperancia y desreglamento en otros y semejantes vicios (...) Vale también demasía, maldad, enormidad, culpa y delito graves y (...) significa asimismo enajenamiento y transportación de los sentidos , y en cierto modo éxtasis”.

²¹ Esta noción, no hace referencia a criterios cuantitativos o estadísticos, sino que es de *naturaleza cualitativa* en lenguas latinas y en inglés y se aplica a conductas relacionadas con la locura, la violencia o el pecado y en general cuanto se aleja de la virtud teologal de la templanza (14)²² . Los *excesos* descritos en la sala de locos de la *Santa Creu* son siempre singulares: en algunas cartas su descripción es prolija, en otras, *exceso*, los da por implícitos como la breve misiva judicial a la MIA relativa al demente José Perera el cual por “*excessos* cometidos por él mismo en el lugar de San Andrés de Palomar he mandado que sea devuelto al Departamento de Locos del Sto. Hospital de donde se fugó el 4 de Julio”.²³ *Exceso* no es ni signo ni síntoma tal como los clínicos los entienden, es cultural ne catalán *folia* es vicio por exceso,²⁴ “*Axí cor d’om que te lo ventre ple, ara va pensant de ça ara de lla, saltant de viltta en viltat, de legea en legea, de follia en follia*” (EXIMENIS, *Terç* cit. en /PESET-LLORCA (7: p.97).

El *exceso* lo describió en *Peri diaites* (HIPOCRATES (15)), pero en el s.XVIII ya no tiene relación directa con la Medicina sino con la lectura cultural que el pensamiento escolástico hizo de ella a partir de la noción de equilibrio aristotélica (14).²⁵ Es un concepto *moral* (*moeurs*). Por eso, en

²⁰ LA, 10 de Agosto de 1795.

²¹ Este Diccionario es también de uso de la lengua y recoge numerosas acepciones y ejemplos. PESET-LLORCA (1987:81-82)(7) establece la genealogía de exceso en la *Ética a Nicómaco* de Aristóteles y a su relectura por los escolásticos.

²² No debe confundirse el *exceso* con las nociones modernas de *anormalidad* o de *desviación*.

²³ DG Vol 4 Inv 3 Carp 2 (1820)

²⁴ EXIMENIS, *Terç* cit. en PESET-LLORCA (1987:97). Creo que sinónimo de la *folie* francesa o las *follies* inglesas. *Oh! Dieu si j’eusse étudié/ au temps de ma jeunesse follé*” de Villon o la frase de Shakespeare *Foolery, sir is like the sun, it shines everywhere*.

²⁵ SACRISTÁN (2,3) lo señaló a partir de sumarios de la Inquisición española en el México virreinal.

1769, el Canónigo Domingo Soler gobernador en la jurisdicción criminal de la Seu d'Urgell escribe a la MIA²⁶ sobre

“el infeliz estado de Juan Rocamora, labrador del lugar, el cual por la inoperancia y glotonería de beber vino, con exceso día y noche y por esa causa haberse vuelto loco, que algunas veces loco furioso. Habiéndome sido preciso mandar ponerle preso, afín de regularle la comida, y bebida del vino, experimentando difarentes veces con este medio ponerle quieto y sosegado de ánimo, dejándole a su casa juzgando se lograría algún remedio a su locura. Pero, viéndose con la libertad antecedente, volvía a practicar lo mismo exceso de verer vino, pasando las noches con sus companyeros glotonos comiendo y bebiendo sin medida alguna. Algunas noches mandaba â su mujer se levantase de la cama, y la hacía ir al pajar para que le llevara una gallina, para comérsela; al mismo tiempo la hacía bajar a la bodega para subir un grande pochero de vino, afín de ponerle al fuego a calentar. Muchas veces sacaba â todos los de su familia de casa, iva a buscar sus compañeros, *sarraba* la puerta de casa, comiendo y bebiendo. Otras veces salía con un disfraz ridículo, poniéndose una camisa sobre la ropa, a la una mano un caldero y a la otra ropa blanca, gritando por las calles quien melo [mexca]. No asse mucho tiempo que salió de casa con un palo i a quantos *joventy o fadrins* que encontraba, los envestía a palos. A su mujer, difarentes veces le decía que cuanto antes la quería matar, viviendo con ese dicho con un temor grande no le sucediese una desgracia. Esta su locura a puesto â su familia con un continuo susto y ánimo inquieto, con las fatales resultas de haber dilapidado en muchas partes su hizienda, no obstante que era suficiente para vivir con la dezenzia de labrador. Seria prolija narración exponer las muchas locuras de este hombre, los muchos medios que se han tomado para contenerle y curarle, pero sin el efecto que se deseaba, de forma que comprende todo el Lugar que el remedio único es detenerle en ese Hospital, pues con la dieta de la comida y poco vino, tengo por fijo vivirá en sosiego y quietud en sus potencias, como así lo espero de V.S. mantendrá a esse hombre en esse Sto. Hospital para consuelo de su muger, familia y conservación de su *hizienda* que le queda. Pues exercitando Vuesa caridad procuraré que su Muger dé todos los anyos a esse Sto. Hospital una porción en cuanto le sea posible, contribuyendo al gasto de su marido, al qual será muy conforme que V.S. no le degen con livrtad para volverse a su casa, que volvería a la misma locura mencionada.”²⁷

El “diagnóstico “procede de la observación colectiva sobre sus actos”. Para los jurisconsultos los *actos* (prácticas) permitían hablar de locura, y

²⁶ MIA: *Molt Il lustre Administració* del Hospital General de la Santa Creu. Compuesta por dos concejales del Ayuntamiento de Barcelona y dos canónigos del Cabildo de la Catedral.

²⁷ DG Vol. 4. Inv. 3 carp 1. Domingo Soler a Administración 4 de abril de 1769.

son *actos* los que caracteriza la rica terminología catalana sobre locura (7). Ante ellos, agotados, los recursos locales y reconocida socialmente su “locura”, determinan su asistibilidad y pretenden que la sala de locos la corrija. Pero, tres meses más tarde,

“ha tenido este Sto. Hospital a Juan Rocamora, en quien se han hecho las pruebas que precisan el Arte y la Ciencia de la Medicina y otras extraordinarias, pero ni por los médicos ni por los Administradores. se reconoce tenga aquel el menor accidente de locura ni como insinúan desbarrarle el vino. Cuyo defecto no va a curar el Hospital y solo la abstinencia o moderación en este licor puede dejarle libre de sus efectos que aquí solamente se le han advertido en hablar mas de lo regular. No puede la Admón. tolerar que continúe ese hombre entre sus locos por ser estas casas de misericordia y no de castigo y así podrá V.M servirse tomar otra providencia para la corrección y enmienda de este hombre y avisar a su familia de recogerle y a que se reconozca la atención con limosna a este Sto. Hospital.”²⁸

Médicos y administradores, rechazan la presunción de locura, y remiten la responsabilidad de su control, no tanto sobre Juan, como sobre la *cosa pública* que debe tomar “providencias para la corrección y enmienda”. SACRISTÁN ya pudo observar esa frecuente “devolución” a la *Gemeinschaft* local de los locos de la Nueva España (2,3), y que solo lentamente fue sustituida por la pericia médica:

“Los milicianos Christoval Morgadas y Josef Escufet presentaran a VS por encargo de este Ayuntamiento [Vilanova i La Geltru] a Josef Tomas loco de atar, tan infeliz que no tiene quien pueda recogerle ni en el hospital proporción para curarse. Los *excesos* y escándalos que ha cometido son muchos e intolerables: amenazando matar a su hermano con un cuchillo; ha puesto paja a las puertas de su casa para quemarlas, su boca está siempre abierta para las blasfemias más horrorosas; sorprende a las gentes en los caminos e incomodando a las Personas que tiene ojeriza y se teme su furor en las jóvenes honestas e inocentes. Por cuyo motivo y porque para contenerle se han aplicado inútilmente todos los medios de dulzura y de razón que ha podido echarse mano, por consejo del Rdo. Cura y de los facultativos médicos cuyo testimonio se acompaña se remite a V.S. con la seguridad competente, esperando se sirva admitirlo en esa Sta. Casa. Así, podría tal vez ese infeliz curarse de su demencia oportunamente y verse libre de sustos y desacatos esta Villa, cuyo Alcalde y Ayuntamiento se lo agradecerían infinitamente”.²⁹

La pericia médica parece secundaria. El estilo de la carta, no tiene nada de imperativo, y sacerdote y facultativos, ambos *auctoritas*, legiti-

²⁸ DG (1769-1980) Vol. 4 Inv. 3 carp 1. MIA a Soler 29 Junio de 1769

²⁹ DG Vol 4, Inv 3, carp 3, 17 de enero de 1822.

man la demanda pero es el *regiment de la cosa publica*, la autoridad municipal quien asume la responsabilidad y debe distinguir entre *delito* y *exceso*, como hiciera también el Alcalde de Taradell, Bernardo Capdevila: “Miguel Mas y Quintana, vecino, en diferentes ocasiones desde primeros de febrero próximo pasado ha cometido unos excesos que han obligado al Alcalde que era y el que actualmente es a tomar providencias para impedir los insultos que continuamente ha cometido contra las autoridades y particulares así de esta villa como de Vich y otros parages. El primero fue el 7 de Marzo en cuya tarde insultó en su casa al Rdo. Cura Párroco y en la noche al Alcalde constitucional provando forzar la puerta de la casa de este, amenazando con gritos, que como vieron los vecinos, de matarle en cuyo acto le fue quitado de las manos un cuchillo, por el cual motivo fue llevado a la Cárcel, y de aquí por habersele notado algunos síntomas de locura conducido [a la Santa Cruz] de la que fue despachado por no haber dado muestras de tal en el tiempo de detención en ella, según noticias. Regresado a ésta continuó sus antiguas manías insultando con la muñeca al Alcalde actual en cuyo acto se le quitó de las manos un punzón con el que estaba amenazando por cuyo motivo fue conducido por segunda vez a la cárcel. De la que soltado, insultó poniendo pasquines públicos en varias esquinas de la Ciudad de Vich contra el vicario general, el dómino mayor de otra ciudad y el Cura-párroco de Taradell. A más de esto sucedió a poco tiempo el ruidoso y públicamente notorio lance de haber contradecido al Padre Predicador de la Santa Misión en la Catedral de Vich, en el mismo acto de la predicación delante un inmenso gentío, cuya acción movió a las autoridades de dicha ciudad a conducirlo por segunda vez a [la Santa Cruz]. Fugado o despachado de essa en la tarde del 14 del³⁰ corriente repitió provar a la fuerza quitar la Bara de las manos del Alcalde conque provava contenerlo y amenazándole moriría aquella noche misma, tratándole de ladrón y demás palabras ultrajosas e igualmente algunos otros individuos con quienes están sin ninguna razón resentido. Posteriormente fue encontrado con un Cuchillo de degollar zerdos y una piedra rebotadora propia del Arte de *Pelayre*, que es su oficio, por cuya causa estubo detenido y lo está hasta día de hoy en la cárcel de esta Villa. Esos motivos relevantes y embarasosos hechos presentes al Sr. Asesor ordinario del Alcalde han dejado en confusión al Alcalde y Ayudante para no proseguir esos asuntos por vía judicial y obligando a los mismos a tomar la providencia extrajudicial de remitir al expresado Miguel May y Quintana no acusado de esos delitos, que en su tiempo y caso pueden justificarse a las Casas de Locos del Sto. Hospital de esa Capital.”³¹

³⁰

³¹ DG (1820-1822) Vol 4 Inv 3 car 3 Bernardo Capdevila 18.03 de 1821

De nuevo le acompañan certificados del médico Rafael Solanllonch y del párroco Bach según el cual Mas “de mucho tiempo a esta parte demuestra con sus hechos y palabras adolece de una verdadera locura, habiendo llegado al extremo de atentar públicamente y con furor contra varias personas de esta villa. Por tanto considero no ha de permitírsele andar libre, y que necesita de promptos remedios”, y ante “la imposibilidad de aplicarle en esta Villa los remedios necesarios para la curación ya por la falta de ellos, ya por la pobreza del loco, creemos necesario tenerlo encerrado circunstancia que no puede executarse en *ninguna otra parte* que en la Casa de locos de Barcelona”.³²

¿Hasta qué punto el *exceso* como locura es una enfermedad, un estadio transitorio, al decir del médico Solanllonch, o una conducta desordenada e incomprensible en la *cosa publica*? Frente a los debates sobre los discursos intelectuales relativos a la melancolía en la Europa moderna (16), en la práctica cotidiana de pueblos y ciudades parece prevalecer una experiencia basada en observaciones naturalistas, sobre las conductas de los vecinos que no se sitúan en el “justo medio” y que se interpretan en base a mestizajes culturales en los que participan la Medicina, la Religión y el Derecho como en este caso:

“Los infrascritos [firman bayle y los concejales que no saben escribir al final] del Ayuntamiento (Talam) en unión con el cura Párroco del lugar de Canya Corregimiento de Talam, Obispado de Urgell en el Principado de Catalunya, declaran que Bonaventura Font, casado natural del sobredicho lugar hijo legítimo de los Consortes vivientes y muy pobres a cuyo ruego y utilidad de todo el pueblo hacemos esta representación sea admitido como a loco y tratado como tal y esperamos que con los remedios que hará ese, sanará perfectamente ese desventurado. Habrá unos quatro meses que padece el desventurado la enfermedad. Sus principales manías son querer gobernar todo estado secular y eclesiástico. Papas, reyes, obispos y todos los estados han de estar bajo su dominación. En las Iglesias sonde puede entrar revolverlo todo. Grande odio contra sus propios Padres, esposa, hermanos y Párroco a quienes todos los días amenazaba que por sus propias manos han de morir degollados e incendiado todo el pueblo. El Cura Párroco por mucho tiempo no pudo ejercer las sagradas funciones sin tener cuatro seis hombres muy inmediatos para preservarle de asesinato. En contradecirle se pone lo mismo que un león furioso. En todo ese tiempo se le han dado sangrías crecidísimas con las cuales solo se ha logrado disminuírsele la furia pero no las manías. Esperamos de su caridad para librar de una catástrofe a los Padres, esposa y hermanos del desgraciado y a todo el pueblo”.³³

³² DG Vol 4 Inv 3 Car 3, 12 de setiembre de 1820. De Alcalde Taradell a MIA. En un asiento de 23 de Marzo de 1821 la MIA solicitará, esta vez sí, una certificación de demencia (*Libre de deliberacions de la MLA... començant l'any 1780-1790*).

³³ DG (1829) Vol 4 Inv 3 Car 7. 23 de Agosto de 1829

El *Regiment de la cosa publica* contempla al vecino con caridad, pero sobre todo refleja un respeto constitucional a su persona. Por eso las cartas no son órdenes de internamiento, sino súplicas, con un punto de ingenuidad que revelan sincera desesperación ante su falta de recursos y de respuestas, ningún odio y un compromiso colectivo en relación a la quién catalogan como loco que incluye el soporte a la familia. Por eso avala el Municipio la solicitud de ingreso de Salvador Jovell que “tiene la desgracia de haber perdido el juicio en tales términos que su locura le conduce a *ecsesos* y escándalos difíciles de evitar en su triste estado. Por lo que careciendo su familia de medios para prestarle los remedios del arte para su curación que por otra parte no se le podrían proporcionar en aquel pueblo (Oliola, Segarra Correg. de Cervera) y sea conducido de justicia en justicia a ese establecimiento”.³⁴

Aunque los médicos de la *Santa Creu* visiten a los nuevos internos, excesos y locura no siguen los caminos de la enfermedad somática.

“Joseph Amigó i Mitjans labrador de Castellví de Rosanes, preso con motivo de haver dado varias heridas y cortado los dedos de la mano derecha a un hijo suyo llamado Mateo de edad de algunos seis años de cuyas resultas murió. Por cual motivo, bajo el concepto y en calidad de loco, fue conducido y admitido en esse Sto. Hospital el día 28 de Junio cuyo apreso dio motivo a formársele este sumario. Pero informado [el tribunal] que no es tratado como tal loco y se halla en el día existente en una de las quadras de los enfermos, en esta consideración y de las malas resultas que podría tener el salir aquél libre de dicha casa, ha venido en meritos de la misma sumaria en proveer que antes de proceder a ulterior diligencia, se proceda al visorio formal de la persona Joseph Amigó y de las circunstancias y grados de la locura si algunos hay, por dos Médicos, los que se hallen más valiosos en el particular por su concurrencia en la quadra en donde exista o haya existido dicho Joseph Amigó desde su admisión. Para ello se sirva disponer la práctica de dicho formal visorio por los Médicos y que estos libren la correspondientes testificación expresiva del concepto de la enfermedad del dicho Joseph Amigó y de su estado de actual curación. como igualmente disponer entre tanto que no se lo permita la salida sin previa noticia mía”.³⁵

La pericia médica adquiere valor porque el Juez se sorprende que la conducta del internado no corresponda a los hechos violentos que llevaron a su encierro. En cambio el informe facultativo no fue necesario para internar a Lorenzo Blanque, soldado distinguido de la Compañía de Juan de Albelda “por el delito de haber beneficiado raciones de cebada y otros

³⁴ DG Vol 4 Inv 3 Car 4, 26 de Mayo de 1829.

³⁵ DG Vol. 4 Inv. 3 carp 1. Villar del Juzgado señorial de Vilafranca a MIA 18 agosto 1799.

abusos los que se le justificaron y confesó, pero habiendo provado completamente, por las declaraciones de los testigos, de padecer demencia en diferentes ocasiones, el Consejo de Guerra celebrado en el campamento de la Percha le sentenció, a unanimidad de votos, a que fuese transferido a los Hospitales de Locos”.³⁶ Testigos – los compañeros del cuartel - y los jueces, deciden que está loco, y en plena campaña le internan, para garantizar su seguridad. Un criterio semejante se aplica en “el estado de la demencia que periódicamente padece el cabo 1^a Buenaventura Miret admitido en el Hospital, debería continuar en él el termino prefijado de 4 meses de observación lo que no se ha certificado. Siendo así que no se halla hace tiempo en un calabozo separado del cuartel como medida de precaución a consecuencia de las repetidas quejas de los individuos de su compañía y partes del oficial comandante de la misma.”³⁷ Las autoridades militares tampoco pueden resolver el problema de convivencia que plantea el loco, ni asumir su tutela, puesto que no pueden mandarlo a prisión. El examen médico no parece determinante frente a la observación reiterada del reo. Si se le añade una red social y familiar influyente, dispuesta a pagar el coste de la estancia estamos también ante una forma de resolver un problema sobre el cual resulta difícil establecer los límites entre la razón y la sinrazón. *In dubio, pro reo.*

De la contención de los excesos

Se espera de la sala de locos curación con remedios, sangrías u otras prácticas, y contención sin tener muy claro que significan. Por eso, cuando la Real Audiencia envió desde Maó, a Juan Tuduny, “relojero” “sentenciado a que se encierre y cure en calidad de loco en el Hospital de resultas de haver dado muerte, en uno de lo accesos de demencia, a su propia madre”,³⁸ los Administradores contestan “que no siendo, como no es, su inspección la seguridad de los dementes, fuera de los medios caritativos de que suele valerse la Persona encargada de su asistencia para mantenerlos en sugección, se han desentendido siempre los Administradores. de disponer lo conducente a la efectuación de dicha seguridad.”³⁹ Salvo en casos de *furiós* a los que se aplicaba la argolla o la *gàbia* muchos locos no planteaban problemas de contención, como Francisco Carreras “que se halla en la enfermería de dementes de este Santo Hospital el cual por permitirlo su demencia se ha empleado en el Hospital del colegio de San Francisco

³⁶ DG (1769-1780) Vol. 4 Inv. 3 car. 1 (1793).

³⁷ DG (1820-1822) Vol 4 Inv 3 Car 3 6 de junio de 1822.

³⁸ DG Vol. 4 Inv. 3 car. 1. Marqués de Robert a MIA (1796) .

³⁹ DG Vol.4. Inv.3 Carp 1 (1795) MIA a Marqués de Robert

de Asís y en el día en el Hospital de donzellas, sin haber merecido recompensa particular. La [madre] le ha mantenido y mantiene de la ropa ha necesitado su hijo a sus propias expensas”.⁴⁰ Muchos locos trabajaban en y para la institución, no necesariamente para curarse, de manera que la contención debe relativizarse y evitar miradas presentistas. Precisamente, las distintas formas de contención del loco podían resultar chocantes, antes como ahora, a instancias externas como el Ejército o los tribunales. Sin embargo, los responsables del Hospital Militar de la calle Junqueras, reconocían su falta de recursos para esos casos, y les costaba aceptar que la contención de la Santa Cruz, no fuese carcelaria hasta que

“recién entradas las armas españolas en Barcelona, finida la ultima guerra, por no haberse hallado en los hospitales que dejaron los Franceses sala peculiar para enfermos dementes, se propuso a esta Admón. que admitiese a los militares enfermos de dicha dolencia hasta tanto no hubiese sala habilitada en el Hospital Militar y habiéndose prestado inmediatamente la Admón. tubo indistintamente soldados y presidiarios dementes hasta el 21 de Junio de 1816 pues en ese fueron trasladados a la sala para enfermos dementes del Hospital Militar cinco soldados. Tampoco puede este Hospital responder como antes de la seguridad de los presidiarios porque ni tiene sala para presos enfermos ni fuerza para asegurarlos”.⁴¹

La *Santa Creu* no podía garantizar la seguridad pública ni aceptar a cualquiera porque es un Hospital y no una cárcel, por eso la intendencia de policía de la Ciudad mandó a Juan Vilardell a la sala de locos “en razón de no encontrar motivo alguno para declarar criminal la conducta de Vilardell por hallarse privado de la razón había tenido a bien providenciar que yo me encargase de un destino dejándolo a mi disposición y en su consecuencia he determinado ponerlo a la vuestra para que sea admitido en ese establecimiento único a donde puede y debe serlo en razón de su estado, evitando así los escándalos, *escesos* e incomodidades que este desgraciado por su demencia causa en todas partes”,⁴² aunque la MIA respondió que “ha estado ingresado varias veces pero los médicos no encuentran razón que se quede, no se ha observado jamás acto alguno de verdadera locura, solo si esfuerzo de aparentarla efecto todo de una mala morigeración y deseo de continuar su holgazanería. Por lo que Vilardell no necesita de lugar de curación sino de corrección”.⁴³

Que la seguridad no era muy estricta lo prueban numerosas fugas, y las quejas de particulares como Mosén J. Oliver de Camarasa que escribe que “a mi casa de Avellanes ha llegado el Dr. Juan Pocurull con la misma demencia por la que fue remitido a ese Sto. Hospital no habiéndose verifi-

⁴⁰ DG Vol 4 Inv 3. 1. j2 de febrero de 1795. Eulalia carreras a MIA.

⁴¹ DG (1820-1822) Vol. 4 Inv. 3 car 3. (1820)

⁴² DG Vol 4 Inv 3 Car 5. Intendencia de policía a MIA, 26 de setiembre de 1826

⁴³ DG Vol 4 Inv 3 Car 5. MIA a Intendencia de policía, setiembre de 1826

cado su cura. Es preciso remitirlo al mismo paraje de donde me persuado habrá escapado más bien que permitido salirse como sano. Porque no es justo que *una familia sola lleve el peso del trabajo y el gasto ocasionada pues en mi casa lo he sufrido dos años y medio costéandoles a todo gasto y sufriendo las molestias y desvaratos* que me ha ocasionado y que se pueden inferir, parece muy regular que Ud. obligue a sus parientes hacendados y que dispongan sus bienes sobre quales ellos que contribuyan con los gastos y espensas que sean indispensables en el Hospital. Espero la justificación de esa resolución y que provea de los medios mas oportunos y que nos veamos otra vez insultados por ese pobre infeliz que siempre buscará modelos para libertarse de las penas que los aflige y de la abyección que padece.”⁴⁴

Excesos y locura en la *Gemeinshaft* están más próximos a los conceptos de *foll*, o de *furiós*, que al de *orat*.⁴⁵ La producción maníaca o el delirio parecen menos alarmantes que los *excesos*, salvo en delitos penales como la blasfemia, La Audiencia envía a Justa Alvora y Josefa Botifull reas “de varias ideas ofensivas a nuestra Religión”, y “ha dispuesto que las mismas fuesen conducidas a uno de los departamentos de la casa de Locos hasta su completa curación”. Ingresadas los médicos certificaron “la manía religiosa de que adolecen y que dio motivo para su traslación hasta su completa curación. Y como lejos de haberse conseguido resulta que subsiste, no se impedirá que continúen dichas mujeres en el citado departamento.”⁴⁶

Las cartas permiten una mirada compleja sobre los casos, el redactor debe ofrecer al destinatario una información convincente sobre el caso y su contexto que desaparece en las certificaciones facultativas, “*El Dr. Joseph Pasqual, metge de la Ciutat i Hospital de Vich certifico que Francisco Aguilar, detingut en les presons d’aquesta ciutat es loco furiós de molt temps*”⁴⁷ la cual, por otra parte se acoge a un concepto de *furiós* que si tiene una trascendencia semántica específica (PESET-LLORCA, 1987: 146 y ss), y que remite a la conducta violenta la más representada en la documentación. Por eso, los médicos dieron de alta a Antonio Macià internado por orden de la Real Sala del Crimen en agosto de 1819 “previniendo que no se le soltase sin conocimiento de esta” “pues sus acciones son poco conformes al verdadero estado de juicio, tan extrañas y raras que se han hecho sospechosas de haber en ellas alguna simulación, siendo de parecer que se devuelva al espresado departamento para que pueda hacerse una ecsacta observación”⁴⁸.

⁴⁴ DG (1769-1980) Vol 4 Inv 3 car 1. 21 de diciembre de 1798.

⁴⁵ Los *ignoscents*, o *fatuos* a finales del XVIII no se internaban en la Santa Creu sino en la Casa de Misericordia.

⁴⁶ DG Vol 4 inv 3 car 3 (20 de junio de 1822).

⁴⁷ DG (1814-1815) Vol 4 Inv 3 car 2. 17 de Enero de 1821.

⁴⁸ DG Vol 4 Inv 3 Car 3 . 10 de Julio de 1822. Dos días mas tarde le trasladan a la cárcel.

El *regiment de la cosa publica* refleja los criterios jurídicos que enmarcan la asistibilidad del loco. Sin embargo, los recursos institucionales públicos se limitaban a la sala de locos de la *Santa Creu*, una fundación de derecho privado con autonomía jurisdiccional y de gestión.⁴⁹ Por eso, cuando el Juez Criminal de Menorca Pedro Creus remitió a la *Santa Creu* a Josep Rosselló, acompañado con “un Certificado de un Médico y Cirujano de Mahón para un muchacho que realmente se halla en el estado que ellos dicen como consta por el Certificado mío. Su madre es una mujer pobre y infeliz y como en esta isla no ay Hospital para Muchachos de esta naturaleza *imploro* “*in subsidium protectio et pacis et quietis cuius Civitatis*” hagan el favor VS de admitir al muchacho expresado en este certificado adjunto y de tener VS, inconveniente a recibirlo en su Hospital me harán el favor de enviarme a decir, como lo debería hazer para allanarlo”.⁵⁰ “Imploro”, “Me harán el favor”, en el lenguaje de un Juez Criminal puede parecer sorprendente así como la información relativa a la madre, pero sobre todo, la fórmula latina hace referencia a la voluntad de paz y de protección de la *cosa publica* y de nuevo hay una referencia clara a las responsabilidades de las autoridades civiles, al *regiment*, en relación a la tutela del loco y a la protección de la ciudad.⁵¹ Tanto que la ciudad no pretende que la carga económica recaiga sobre el hospital y por ello solicita de la institución “como lo debería hazer para allanarlo”.

Excesos, locura , Pecado y Enfermedad

Tras la *Guerra del Francès*, los certificados facultativos van teniendo mayor presencia,

“Declarado por el Dr. en Medicina que José Bosch, vecino de Mataró, sigue en su particular demencia y que por su estado de pobreza, conforme certifica el Rdo. Cura Párroco no pueden aplicársele en su casa los remedios necesarios a su perfecta curación ni esse Hospital de Caridad [Mataró] se halla en disposición ni tiene pieza correspondiente a enfermedades de esta clase. Dirijo a J. Bosch al de la Admón. a su cargo acompañado por el mozo de la escuadra”.⁵²

En otros el papel del médico es mucho más complejo, y su *auctoritas* puede ser empleada para fines distintos. Un caso interesante es el de la interna Narcisa de Cabriol, una joven de Arenys de Mar sobre la cual el Alcalde y el Gefe Político de Barcelona solicitan.

⁴⁹ En els *Llibres de Admissions* de bojos que cubren todo el XVII los asientos de ingresos incluyen también notas en caso de defunción. No son pocos los que permanecen décadas.

⁵⁰ DG (1769-1980) Vol 4 Inv 3 car 1.

⁵¹ Teresa Huguet y Jon Arrizabalaga consideran que ese es el sentido de la locución latina

⁵² DG (1820-1822) Vol 4 Inv 3 car 3. 22 de Enero de 1821.

“que los facultativos y demás personas que tenga por conveniente informe sobre lo que espone Don Andrés Thorndike ciudadano de los Estados Unidos de América y del comercio de esta ciudad, que habiendo sabido por personas fidedigna que una joven llamada D^a Narcisa de Cabriol de estado honesto y según toda apariencia *víctima de la autoridad paternal o sea del furor de pasiones mal reguladas* se halla so pretexto de estar loca y contra toda razón y justicia, encuadrada en el Hospital derramando lágrimas de dolor y de amargura, privada de libertad y de la visita de sus amigos y conocidos: parece que VS informándose de la verdad de este hecho puede y debe dictar en justicia la oportuna providencia para que aquella desgraciada sea sacada de su encierro y depositada en una casa de familia de toda satisfacción a VS hasta que su salud se vea enteramente restablecida y pueda tener lugar *la deseada reconciliación con sus padres*. Bajo este concepto y el de que el exponente movido solamente de sentimientos de humanidad se ofrece a satisfacer los gastos que puedan causar en la práctica de las indicadas diligencias. Y este cuerpo político para proceder con tino y circunspección en un negocio de tanta delicadeza lo traslada a VS para que informándose y oyendo detenidamente tanto a las hermanas que cuidan del Dep. de locas como a los facultativos y demás personas que puedan ilustrar a esa Admon en el particular le remita las correspondientes instrucciones con respecto a la parte intelectual y a la asistencia situación y demás en que se halla D^a Narcisa de Cabriol”⁵³

Contesta la MIA que,

“con la debida delicadez y escrupulosidad ha tomado todos los informes de los facultativos y asistentes inmediatamente encargados de D^a Narcisa de Cabriol detenida en Clase de Dementes en este establecimiento. No contenta de haber de antemano tomado los conocimientos necesarios por si misma, visitándola muy detenidamente en el departamento en donde existe así en general, como en particular por repetidas veces cada uno de los Administradores, separadamente. De todo ello resulta que el 22 de Noviembre de 1816 fe conducida al Departamento de Dementes acompañada del testimonio dado por D. Estevan Suria, médico de Arenys de Mar en que se asegura que habiéndola visitado por espacio de quince días, *la encontró enteramente pervertida* y que habiéndosele aplicado varios remedios antiespasmódicos y otro que miró por turnos no habían podido lograr alivio alguno en su salud. Observada en todo el tiempo que ha discurrido hasta el presente por los facultativos de esta casa, confirman que se ha conservado y permanece aun en un estado de demencia más o menos exaltada por lo que no han considerado que se le deba dar el alta, conforme se practica a las de su clase, luego que su salud se hallare restablecida.

⁵³ DG Vol 4 Inv 3 car 3. Ayuntamiento de Barcelona a MIA, 7de febrero de 1821.

En todo el tiempo que ha permanecido en este Departamento esta infeliz muger ha sido tratada con el máximo decoro y humanidad por parte de las hermanas a cuyo argo se halla, y en la clase de las más distinguidas, subministrándole por sus parientes la pensión correspondiente a la más alta condición. En cuanto al otro extremo que abraza el ciudadano Thorndike de que sea sacada de su encierro y depositada en una casa de familia de toda satisfacción no incumbe a esta Admon resolverlo y sobre el particular puede informar a VE que todos los enfermos que se hallan en este establecimiento de la clase que sean se entregan a las personas mismas que los han conducido aunque no estén curados de sus dolencias o bien a la persona que la Superioridad dispone.”⁵⁴

Ocho años más tarde su padre, escribía a la MIA que “*se servirá rebrer del dondor a la present trenta duros plata per los tres meses de aliments despesa de la meva filla que finirán el 21 del mes corrent*”.⁵⁵ El calvario de Narcisca pudo dar pie a un folletín romántico, pero el término “pervertida” empleado en 1821 por el médico local para enviarla a la *bogeria* fue para mí una novedad porque en la correspondencia de finales del XVIII hay muy pocas referencias a mujeres dementes y no aparece el término *perversión*, si *vicio* ni connotaciones morales en las conductas bien presentes a principio del XIX, en relación con las mujeres:

“las causas morales fueron en su concepto (del médico) y por haberlo oído de la misma María Teresa Fontova la imprudencia de un confesor que la impuso la penitencia de una disciplina y que fuese con una soga con la que alcanzándola a los pechos se los magulló formándose en ellos unos tumores y ella se fijó en que eran esbirros que habían de acabar con ella. El relatante, que la reconoció este mal, la persuadió infinitas veces lo contrario y lo mismo le manifestó el susodicho cirujano difunto Pedro Carrera, pero ni a los dos ni a nadie quería escuchar sobre la materia y si a los que fomentaban sus ideas. Se exasperaba y maldecía en toda ocasión al tal confesor y a los que querían abonarle. Finalmente lo que contribuyó mucho al total trastorno de M. T fue el haberse tratado su casamiento con el Sr. Francisco Esteva de Torrefarrera y el no haber tenido efecto por razón de intereses que no pudieron conciliarse y acerca del modo de del la paga del Dote, que no le parecieron bien al nombrado Esteva”.⁵⁶

En otros casos, se invoca lo hereditario, Jaume Bertrán que “de algunos años acá que sufría una melancolía y como esta cuando nace de alguna obstrucción de variación acostumbrada, o de algún del cuerpo se cura con más facilidad y cuando procede de afecto de ánimo o de vicio hereditario, por esto mismo en dicho Jayme procediendo de un vicio hereditario lexos

⁵⁴ DG Vol 4 Inv 3 car 3. MIA a Ayuntamiento de Barcelona a MIA 16 de Febrero de 1821.

⁵⁵ DG Vol 4 Inv 3 car 3. Narcís de Cabriol a MIA, 19 de setiembre de 1824.

⁵⁶ DG (1829) Vol 4

de paliarse con los pocos remedios que ha tomado ha caído en una absoluta locura”.⁵⁷

Locuras en la Catalunya del Antiguo Régimen

He intentado, a partir de relatos epistolares, construir una suerte de etnografía de la locura en las últimas décadas del Antiguo régimen en el Principado. La fecha inicial, 1769, es arbitraria: corresponde a la primera carta preservada. Hasta la regencia de María Cristina, con el interludio del Trienio Constitucional hay elementos de continuidad, y escasos indicios de cambio. Probablemente la quiebra del Antiguo Régimen en España es un proceso de cambio cultural mucho más lento del que se cree, mucho más vinculado a los cambios en la organización del estado que tendrán lugar con su provincialización en 1833 y con la Ley de beneficencia de 1849.

Mi conclusión principal es que el papel del *regiment de la cosa pública* en los ayuntamientos catalanes no fue barrido por el nuevo constitucionalismo liberal, puesto que, antes y después de la Ley de beneficencia de 1849 tanto desde la perspectiva de los hospitales locales (1, 12) como en los procesos de medicalización y gestión de la locura y la enfermedad hay una fuerte continuidad cultural en la que prevalecen el *embodiment* de una noción cívica de *tutela y protección jurídica del loco* en la que no interviene el Estado, sino a la *cosa pública* local. Más allá de los cambios legislativos, persisten un lenguaje y unas prácticas que supieron articularse al desarrollo del capitalismo. Esta persistencia no es una *herencia del pasado*, *ni* un *survival* cultural, es el fruto de lo que Louis ASSIER-ANDRIEU (9) llama la *autoridad del pasado* entendida como el valor de la suma generacional de experiencias en relación con los hechos y que conduce a una producción y actualización del derecho y de la costumbre como un proceso dialéctico que no necesariamente conduce al conservadurismo sino que sirve en lo esencial para construir la modernidad. Esta autoridad no es rígida o imperativa, como lo demuestra la evolución de la *common law* británica en el derecho norteamericano. En gran medida el proceso descrito para el Derecho pone de relieve que tanto la *common law* o el *regiment de la cosa pública* catalana compartían una naturaleza flexible, nada rígida que le permitía adaptarse a los cambios culturales o económicos – en este caso el capitalismo –, a partir de una tradición de práctica jurídica, social y económica fuertemente *embodied* en el conjunto de la población. No es una paradoja que en España pueda persistir el *regiment de la cosa publi-*

⁵⁷ DG Vol 4 Inv 3 Car 3. De Sebastián Truch a MIA 30 de Junio de 1820.

ca en ámbitos competenciales en los cuales el Estado Liberal en España jamás ha tenido interés en intervenir realmente. Es en el intersticio de la ley, donde la prevalencia de un Derecho civil consuetudinario impregna la *cosa pública* y permite su gestión de la tutela del loco (1).

Más aun, ante las deficiencias de la legislación liberal sobre la locura en España, que no se inicia propiamente hasta el espantoso RD de internamiento de 1885 con su tremenda reclusión a perpetuidad, el *regiment de la cosa pública* aplicada a la locura en la Catalunya moderna remite mucho más directamente a la practica de la *common law*: una práctica inductiva, que se resuelve localmente y construye experiencia aunque una y otra remitan a presupuestos conceptuales distintos. Les une la práctica, les une la primacía de lo jurídico-político y social sobre lo médico. Pero también les une algo que destaca ASSIER-ANDRIEU (9) y llama *autoridad antropológica* que voy a dejar en un plano más modesto de *autoridad etnográfica* entendido como el modo como el debate sobre la diversidad cultural y en las conductas debe alimentarse de una mirada etnográfica permanente que permita comprender cualquier casuística en un contexto local aunque quepa interpretarlo con criterios globales. Es esta lógica, esta experiencia o esta jurisprudencia local la que, a partir de los casos concretos, la *cosa pública* podrá tomar decisiones, crear e innovar a partir de la revisión crítica de las soluciones prácticas dadas en ocasiones anteriores y con las que la nueva comparte quizás algunas semejanzas.

Con esta documentación analizada no pretendo dar una imagen idílica o “democrática” de un pasado. Los límites de la democracia del *regiment de la cosa pública* están en propio EIXIMENIS (8), los destaca RUBIES (17) en relación a la política del Principado y los he discutido en otro lugar a escala de Barcelona (1). Pero sin el *Regiment de la cosa pública*, como sin los *Usatges* o la *Carta Magna* británica y sus garantías constitucionales la modernidad sería otra. El *regiment* aplicado a la tutela de los locos, enfermos y desvalidos pone de relieve las garantías jurídicas sobre la compasión, sobre la piedad y sobre todo, establece normas civiles en relación a la asistibilidad del loco, distingue entre los excesos y entre la sala de locos y la prisión. La tutela de la locura no es nunca una estrategia para proteger a la sociedad del loco, es una formula jurídica para proteger al loco de la sociedad en la que ya no puede convivir.

Este texto se cierra en 1834. No por azar de la colección documental. Faltarán veinte años para que Emili PI I MOLIST (1857) (18) sea nombrado director de la sala de locos y convierta la locura como exceso en enfermedad, pero justo al final de la Ominosa década, el administrador civil de la *Santa Creu* el Sr. de Llinás, escribió en nombre de la MIA “que en beneficio de la Humanidad sería preciso procurar un local proporcionado para colocar a los locos que vienen en clase de observación y que no son

verdaderamente locos, en fin que no tubiesen de estar con los furiosos y exaltados. Resuelve [la MIA] se hagan las diligencias para proporcionar un local a fin de aliviar en lo posible a aquellos infelices, y que se prevenga al encargado del Departamento que no abusen de castigarlos con el látigo y que solo se valgan de este medio para la defensa en casos muy apurados^{57, 58}

Este escrito fue más determinante que la Ley de Beneficencia de 1822 en la transición de la tutela civil de la locura a la medicalizada. Y esa transición no la hizo el Estado, sino el *regiment de la cosa publica* de la Ciudad de Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

A. Fuentes

Reglamentos de l' Institut Mental. (1757-1885-1957). AHSCSP.

LA Llibres d'actes, AHSCSP.

DG Dementes Gobierno, AHSCSP.

Llibres d'admissions (1596-1702), Biblioteca de Catalunya.

Llibre de les costums generals escrites de la insigne ciutat de Tortosa. (1912). Tortosa: Imprenta Querol.

B. Bibliografía general

(1) Comelles JM. Stultifera navis: la locura, el poder y la ciudad. Lleida: Editorial Milenio, 2006.

(2) Sacristán MC. Locura e Inquisición en Nueva España, 1571-1760. México: FCE- Colegio de Michoacán, 1992; p 159.

(3) Sacristán MC. Locura y disidencia en el México ilustrado, 1760-1810. México: FCE- El Colegio de Michoacán, 1994 ;p 281.

(4) Cruz Montalvo OM. La enfermedad mental como patología orgánica y social en el nuevo reino de Granada durante el siglo XVIII. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2006.

(5) Lázaro J, Bujosa F, Homar FB. Historiografía de la psiquiatría española. Madrid: Triacastela, 2000; p 194.

(6) Comelles JM. La sombra del miedo: locura, violencia y cultura en la cataluña moderna. En: Fernández-Juárez G, Pedrosa JM, editores. Antropologías del miedo: vampiros, sacamantecas, locos, enterrados vivos y otras pesadillas de la razón. Madrid: Calambur, 2008; p 79-118.

(7) Peset-Llorca V. Terminología psiquiátrica en la Corona de Aragón. Estudios históricos sobre psiquiatría valenciana. Valencia: Institut Alfons el Magnànim, 1987; p 25-161.

(8) Eiximenis F. Regiment de la cosa pública. (P. D. de M. de Rei, Ed.). Barcelona: Els nostres clàssics, 1927.

(9) Assier-Andrieu L. L'Autorité du passé. París: Dalloz, 2011; p 268.

(10) Torras Ribé JM. Els municipis catalans del l' Antic Règim (1453-1808) (procediments electorals, òrgans de poder i grups dominants). Barcelona: Ed. Curial, 1983.

(11) Zarzoso A. La pràctica mèdica a la Catalunya del segle XVIII. Barcelona: Universitat Pompeu i Fabra, 2003.

(11) Comelles JM, Daura A, Arnau M, Martin E. L'Hospital de Valls. Assaig sobre

58 LA, 12 de Mayo de 1834. Ver también COMELLES (2006: 59-69) (1)

la estructura i el significat de les institucions d'assistència. Valls: Institut d'estudis Vallencs, 1991.

(12) Real Academia Española de la Lengua. Diccionario De La Lengua Castellana: En Que Se Explica El Verdadero Sentido De Las Voces, Su Naturaleza Y Calidad, Con Las Phrases O Modos De Hablar, Los Proverbios O Refranes, Y Otras Cosas Convenientes Al Uso De La Lengua. Que Contiene Las Letras D, E. Madrid: Imprenta de la Real Academia Española, 1732: p 816.

(13) Comelles JM. The Beast in me. The Evolution of Mad Bodies in Contemporary Europe. En . Fainzang S, Haxaire C, editores. Of bodies and symptoms. Tarragona: Publicaciones URV, 2011; p 169–185.

(14) Hipócrates. Tratados Hipocráticos, III. Sobre la dieta. Madrid: Editorial Gredos, 1986; p 261.

(15) Bartra R. Cultura y melancolía. Barcelona: Anagrama, 2001; p 268.

(16) Rubies JP. La qüestió imperial en el pensament polític de la Catalunya moderna : història d'una absència. Manuscrits. Revista d'Historia Moderna 1999; 17: 207-235.

(17) Pi i Molist E. Estadística del Manicomio del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona correspondiente al año 1856. Barcelona: Imprenta y Librería Politécnica de Tomás Gorchs, 1857; p141.

UN MUNDO DEGENERADO. SUCESOS Y MISERIAS DE UN CONCEPTO PSIQUIÁTRICO EN EL PORTUGAL DEL SIGLO DIECINUEVE.

Manuel Curado

La degeneración ha sido un sistema de ideas con amplia difusión en el siglo diecinueve. Esta teoría ha sido propuesta por Benedict-Augustin Morel (1808-1873) pero su agenda ha tomado el espíritu del tiempo, y de una simple teoría localizada se ha tornado una explicación general de la vida, de la política, del arte, de la biología, de las razas, de la salud y de la enfermedad, y, por supuesto, de cualquier cosa que necesitara de una explicación. Es difícil encontrar una zona del pensamiento de la segunda mitad del siglo diecinueve que no haya sido influenciada por la teoría de Morel. El caso portugués no es todavía bien conocido. Decenares de autores menores han influido en la ideología de la degeneración. Su trabajo muestra como una teoría regional de la medicina ha dominado la vida intelectual portuguesa de fin de siglo. Ese gran suceso es hoy una nostalgia de un poder psiquiátrico perdido y un incomodo para la psiquiatría.

I. Imposible no ver

El concepto de degeneración, presentado por Morel, ha sido muy importante en Europa Occidental durante la segunda mitad del siglo XIX. Fue uno de los grandes paradigmas de las ciencias de ese momento. No hay ninguna novedad al respecto. Es importante, sin embargo, que uno pueda añadir a esta visión algunos detalles de lo que ocurrió en varios países europeos. A continuación se proporciona información sobre el caso portugués. En un rápido resumen de lo que ocurrió en este país en los últimos decenios del siglo XIX y principios del siglo XX, es posible decir que el concepto de degeneración ha dominado completamente el discurso psiquiátrico portugués, por supuesto, pero también la medicina en general, la política, las ciencias, e incluso la literatura. Es difícil encontrar un campo de la actividad humana que no hubiera sido interpretado a la luz de este concepto. La religión organizada no ha escapado a esta interpretación violenta. El núcleo más inaccesible de la religión, el fenómeno místico, no ha escapado a uno análisis que ofende el tema analizado. La actividad de crítica social estuvo influida igualmente por este concepto. Importantes escritores de la época denunciaron la degeneración de la sociedad europea, como José Vicente Fialho de Almeida (1857-1911), que tenía formación

médica, y los escritores Abel Botelho (1856-1917), Alfredo Gallis (1859-1910) y Fernando Pessoa (1888-1935).

Los militares estudian las antiguas batallas para conseguir ganar las batallas futuras. Los psiquiatras pueden seguir este ejemplo con lo que pasó con el concepto de degeneración en la segunda mitad del siglo XIX. ¿Y qué pasó? Se ha pasado esto: el poder, poder conceptual de la interpretación de los fenómenos, y poder de influencia social. Este fue el siglo de oro de la psiquiatría, la época en el que un concepto de la ciencia podía entrar en zonas normalmente cerradas a esa ciencia. Todo lo que pasó después de los años 10 y 20 en la psiquiatría portuguesa del siglo XX tiene la marca de una nostalgia conceptual irrazonable.

El caso portugués es interesante porque la comunidad médica fue la élite intelectual más importante del país. Para tener idea precisa de ella, uno sólo tiene que recordar que en el 1910, el primer parlamento de la República, dos terceras partes de los diputados eran médicos (1). A esto hay que añadir que el grupo de psiquiatras fue particularmente influyente debido a la prominencia de personalidades como el Dr. Miguel Bombarda (1851-1910), figura influyente en el movimiento republicano y quién iba a ser el primer Presidente de la República Portuguesa, algo que no sucedió debido a su asesinato por un paciente, no motivado por la política (2).

Para que uno pueda ver cómo un concepto psiquiátrico ha dominado conceptualmente todo un país es necesario tener una idea de los números. La presencia del concepto de degeneración en la actividad médica y científica a finales del siglo XIX portugués difícilmente se puede olvidar. Un ejemplo notable de cómo un discurso se ha propagado fácilmente por los miembros de la comunidad científica está en el inventario que Joaquim A. Pires de Lima (1877-1951), un médico de anatomía patológica que tenía inclinaciones literarias, hizo de las 1323 tesis de inauguración defendidas en la Escuela Médico-Quirúrgica de Porto desde 1827 hasta 1908, especialmente el período de 1864 en adelante, período en que esas tesis llegaron a ser impresas (3). Los finalistas del curso, en su mayoría jóvenes doctores aún no preparados para trabajos originales, hicieron en estos ejercicios académicos ensayos y disertaciones sobre temas garantizados y no demasiado polémicos. Hay algunas excepciones que se convertirían en disertaciones de genio. Estas excepciones han iniciado una importante labor científica y literaria: Ricardo Jorge, Joaquim Gomes Guilherme Coelho (el escritor Júlio Dinis), Cândido de Pinho, Julio Xavier de Matos, Maximiano Lemos Jr., Manuel F. Laranjeira, Antonio Patrício, por ejemplo. Sin embargo, lo que es interesante en estos trabajos académicos es la presencia obsesiva de algunas ideas científicas de la segunda mitad del siglo XIX. Todas están ahí: la degeneración, la evolución, las teorías de la mente normal y anormal, las doctrinas de la higiene social, los avances

médicos y farmacológicos, los análisis de la decadencia social, topologías de las funciones cerebrales, etc.

Como se puede ver de inmediato, la característica más notable que uno se encuentra a largo de esta serie de ensayos es la dificultad del discurso médico en se limitar a sus objetos tradicionales. En esta colección se pueden añadir los problemas que sorprenden a la gente hoy en día, como el crimen, la delincuencia, la religión, la prostitución y grandes análisis de la civilización occidental. El papel de la psiquiatría en este proceso fue decisivo. Muchas disciplinas médicas podrían haber motivado la medicalización general de la sociedad portuguesa de fin de siglo, pero la psiquiatría ha dominado completamente este proceso.

No es demasiado ver aquí una indicación de una vocación para el dominio del discurso. El argumento es el siguiente. Si los jóvenes médicos que estaban interesados en la mente humana estaban convencidos de que sus teorías eran ciertas, se puede concluir que los autores de estas teorías se sentían legitimados para hacerse cargo de muchas otras cuestiones que surgen de la mente como el comportamiento, la higiene, la responsabilidad penal, la vida en sociedad, etc. En este sentido, todas las teorías de la mente son peligrosas. A medida que la mente humana normal y anormal es el centro de todas las conductas, los autores y editores de las teorías sobre la mente pueden creer que se pueden ocupar de todas las actividades humanas. Esta característica de las teorías de la mente se manifiesta de un modo particularmente fuerte con el concepto de degeneración de la psiquiatría en la segunda mitad del siglo XIX.

La lista de tesis cuyo tema versa degeneración manifiesta o implícita es notable, ya que muestra la ampliación del ámbito de aplicación del concepto a temas que no pueden considerarse propios de la psiquiatría, o incluso de la medicina. Así, informa Pires de Lima, que en el 1865 Antonio Farol Ferrer defendió la tesis sobre *La Libertinage ante la Historia, Filosofía y Patología General*; siendo del 1872 la tesis, *Dos palabras sobre la herencia mórbida*, de António Gomes Coelho; del 1874 la tesis *Dos palabras sobre la herencia desde el punto de vista del matrimonio*, Manuel Pinto da Cunha; del 1876, *La influencia de la religión cristiana sobre el desarrollo físico e intelectual de los Pueblos*, de Manuel Gonçalves Pavão; del 1877 es una tesis *Breves consideraciones sobre Educación Física y Moral de la Niñez*, de José da Costa Cameira; del 1880, *El Crimen (Notas para la sistematización del Delito)*, de Roberto Frias; del 1881, *La prostitución bajo el punto de vista de Higiene Social*, de José António Gomes dos Santos; en el 1883 la tesis *Algunas palabras sobre las relaciones de la Educación Física y Moral con la Patología y la Sociedad*, de Frederico Correia de Vaz; del 1891, *Temas Patología y Higiene Social*, con el subtítulo curioso *Deseo de contribuir para la Regeneración de la*

Sociedad Portuguesa, de Ricardo Nogueira Souto; del 1891 es una tesis *Mejoramiento de la raza por el ejercicio físico*, Carlos Alberto de Lima; del 1892, *La prostitución en Porto*, de Jorge Vieira; la tesis de 1893 *Breves Reflexiones sobre las causas principales de la degeneración física, moral e intelectual del pueblo portugués*, de Manuel Tibúrcio Ferraz, del 1896, *Breve estudio sobre algunos temas de Higiene Social*, de José Augusto Villas-Boas; la tesis de 1899, *Simbolismo como manifestación de la degeneración*, de José Moreira Nunes; del 1900, *Histeria y la degeneración (sus relaciones)*, de Alberto Gomes de Moura; y también en 1900, la tesis *Tabaco y Degeneración Física*, de João Pereira de Araujo. De este conjunto de tesis, las más notables son, sobre todo por su exceso en defensa del concepto de degeneración, las de Roberto Frías y Tibúrcio Ferraz.

Un número similar de disertaciones médicas sobre estos temas se puede encontrar en las otras dos escuelas de medicina de la época, la Universidad de Coimbra y de la Escuela Médico-Quirúrgica de Lisboa.

II. Degeneración, un concepto poderoso

¿Cuál es la esencia del concepto de degeneración? Lo que empieza a impresionar al intérprete es que el concepto de degeneración no deriva de cualquier tema médico tradicional. El título de la obra de Morel, del 1857, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, le indica que no hay sólo uno referente, sino una interpretación de toda la acción humana. La latitud de esta interpretación parece tocar lo imposible, obviamente.

Este es un ejemplo conspicuo de la superposición de varios discursos del siglo XIX: el concepto incluye observaciones biológicas, conectadas con las razas, psiquiátricas, antropológicas, sociológicas y criminales. Como ya se ha señalado, se puede ver en la obra de Morel una interpretación del mundo extremadamente religiosa que entiende la vida humana como una caída de la gracia de Dios (4).

La degeneración es un esquema general de interpretación de los fenómenos. Nada parece faltar en este esquema. Tiene una tabla que explica los fenómenos muy amplios; confía en casos ejemplares, ofrece una previsión de eventos futuros, incluyendo la vista previa de la decadencia, tiene una comunidad de profesionales que apoyan el régimen general, tiene un vocabulario propio, tiene prácticas metodológicas bien definidas, establece una clara oposición entre los diferentes modos de explicación de los fenómenos, logró convertirse en la interpretación oficial de los fenómenos; como signo de su poder, ha sido simplificada cuando se ha convertido en un lenguaje público a través de la literatura y otros diseminadores.

Este discurso se ha convertido en una referencia compulsoria de la sociedad. Se convirtió rápidamente en una construcción compleja, no científica y muy ficcional. Tomémonos a algunos grandes rasgos típicos del discurso de la degeneración.

«Angustioso es también el problema fisiológico portugués. El desequilibrio resultante... de la civilización contemporánea, que se desarrolló en el industrialismo y la ciencia, no avanzó en la moral, consiguiendo así que... la sociedad se quedara sin apoyo, y se convirtió en un factor general de degeneración. Los individuos, aplastados por la presión alta, han sufrido una depresión parcial, derivada de las especialidades que han sido obligados a adoptar, de los diferentes órganos que ha destruido, con su atrofia, la vitalidad y la salud.... Étnicamente, la degeneración portuguesa viene de lejos, se une directamente a la selección negativa - el agotamiento de los Descubrimientos, conquistas y guerras que arrastran, para el extranjero, a la población válida, dejando en el continente, para la reproducción, los individuos con un vigor físico y mental inferior» (5).

Hay varios rasgos típicos en este discurso de Manuel Marques Braga (1877-1964). Lo primero que impresiona es la lectura médica de una sociedad y de su proceso histórico. El autor piensa que es evidente hacer un diagnóstico social e histórico, así como realizar diagnósticos médicos. Esto es sorprendente porque el positivismo ofrece una amplia filosofía de respecto al método de la ciencia. Violaciones flagrantes del método científico son una anomalía que debe ser explicada. Existe una clara contradicción entre la obsesión positivista por el método científico y las pinceladas generales del discurso que rodea la supuesta degeneración de un pueblo o de los procesos históricos.

Los vínculos de causalidad no se explican. No se entiende cómo se produce la conexión causal entre una vida industrial y urbana y los cambios en la salud de las personas. Esto no es falta de respeto a un aspecto importante de la explicación; es una completa invisibilidad. Este autor y muchos otros no se dan cuenta de todo lo que es absolutamente necesario para explicar en detalle el proceso causal. ¿El proceso histórico a largo plazo altera la fisiología del individuo? No se ha probado. ¿La vida en los centros urbanos causa daños? No se ha probado. ¿La especialización del trabajo llevó a la depresión? No se ha probado. ¿La depresión, a su vez, dio lugar a la atrofia de los órganos del cuerpo y a la pérdida de un objeto extraño llamado 'vitalidad'? No se ha probado también.

Como se puede ver con neutralidad hermenéutica, el discurso sobre la supuesta degeneración no tiene ninguna base en el método científico, ni

tampoco en la reflexión más filosófica sobre los procesos de causalidad. Hay una inmunidad completa a lo absurdo. El autor no repara en las líneas contradictorias de su pensamiento. Por un lado, sostiene que el origen de la decadencia fisiológica viene del estrés de la vida urbana y de un estado de ánimo deprimido. Hoy en día estos procesos podrían estar etiquetados de *top down*, es decir, de arriba a abajo. Por otra parte, hace una explicación de naturaleza hereditaria, *from the botton up*, de abajo hacia arriba. Queda por explicar la contradicción obvia y los detalles de cada una de estas explicaciones. Claramente, no existe justificación para lo que se dice acerca de la reducción de la fertilidad y el acortamiento de la duración de la vida.

El doctor Manuel Tiburcio Ferraz (c. 1893) tiene un pensamiento más amplio y sistemático, pero su discurso es también fantástico. Su clasificación detallada de las causas de la degeneración incluye lo siguiente: causas físicas, como el clima; químicas, como el suelo (arena, caliza, arcilla), intoxicación alcohólica, intoxicación por el tabaco, envenenamiento mineral (plomo, arsénico, fósforo, mercurio, zinc, cobre); causas biológicas, como deformidades congénitas y adquiridas; fisiológicas, como el alimento deficiente, vegetal y animal; causas teratológicas; algunas enfermedades patológicas; la histeria nerviosa, es decir, la epilepsia, neurastenia, disposición mental; causas de orden social, como la forma de gobierno, organización militar, la emigración y la inmigración, cuidado de niños y el trabajo de las mujeres y de los niños en los campos, en las fábricas y talleres, la lactancia materna, reuniones religiosas, las prisiones, la esclavitud, la prostitución, los cafés, la formación de la familia, las relaciones conyugales, la masturbación, la educación física, moral e intelectual, la falta de educación, la falta de higiene, las escuelas y programas de educación, el absentismo escolar, la miseria social (6).

Esta larga lista de causas de la degeneración es directamente proporcional a su falta de fundamento científico. No está claro qué relación existe entre las formas de gobierno y el onanismo, por ejemplo, o entre la educación física y la neurastenia. Si las causas no están relacionadas, ni si justifica su listado, es difícil aceptar que pueden referirse al mismo fenómeno.

Hay, por supuesto, tentativas de aclarar el concepto. Una de las más importantes fue propuesta por el Dr. Julio de Matos (1856-1922), el psiquiatra más destacado de su generación. Matos negó que el concepto de degeneración haya tenido un origen psiquiátrico. Desde su punto de vista, el origen es exclusivamente biológico. Las manifestaciones clínicas de este mal se derivan precisamente de este origen biológico poco claro. Deseando contribuir a esta aclaración, Matos presenta la teoría de los tipos humanos y de sus desviaciones. Para él, la degeneración es la desviación «de un tipo natural, la pérdida en el individuo de las cualidades características de la especie. La degeneración... no puede significar otra cosa que la inferioridad del individuo en relación con el tipo natural humano» (7).

Evidentemente, es necesario resolver el problema de explicar una teoría de los tipos humanos. La retórica de este psiquiatra caracteriza este tema de una manera elocuente. Todavía, será imposible aceptar que la noción de tipo humano sea por lo mínimo científica. Al explicar su pensamiento, Matos dice que es

«como una desviación de un tipo humano que la degeneración debe ser definida.... este tipo debe buscarse, no en los campos de la tradición y detrás de nosotros, pero en el campo de la predicción científica y hasta adelante. Ese tipo es como un ideal hasta el cual podemos suponer que los pasos de la humanidad se dirigen y que, en su evolución, están buscando constantemente» (8).

Este razonamiento es indefendible. Si la degeneración se define como una desviación del tipo ideal que sólo se logrará en el tiempo futuro, es necesario formular cuestiones elementares, tales como: ¿cuál es el tipo ideal de la humanidad? ¿Quién lo determina? ¿El futuro tiene un tiempo preciso o el tipo ideal está siempre en el futuro como una idea normativa que nunca se materializa? Si todos los individuos de la humanidad son diferentes, ¿cómo se mide la desviación de algo que no está determinado? Además, sabiendo uno que muchas teorías generalistas están al servicio de intereses no científicos, ¿como asegurar que la teoría de los tipos no será utilizada para causar daño deliberado a muchos grupos humanos? Dicho de otra manera, ¿como prevenir la existencia de protectores de un determinado tipo humano?

Claramente, el doctor Julio de Matos no toma conciencia de ninguna de estas cuestiones. Este teórico de la degeneración utiliza el concepto absolutamente convencido de su bondad científica. Lo que es evidente es que no le merece discusión.

III. UN MÉDICO Y FILÓSOFO

Uno de los problemas más curiosos acerca de la degeneración reside en los pocos textos que discuten a fondo el concepto y sus consecuencias. Basílio Freire (1857-1927) discute este concepto en su libro *Los Degenerados*, de su serie *Estudios de Antropología Patológica*, del 1886.

La formación dual del autor, médico y filósofo, se manifiesta en los problemas que plantea. He aquí una breve lista de ellos: degeneraciones psíquicas, determinación psicópata, teratología psíquica, descripción de las criaturas caídas, descripción de degenerados, fatalidad del proceso degenerativo, atavismo ancestral, proceso degenerativo, psicopatología, locura

degenerativa, locura histérica, magnetizadores, la influencia degenerativa, excrecencias teratológicas, procesos regresivos, degeneración hereditaria, excrecencias teratológicas, estigma psíquico, últimas manifestaciones de una serie degenerada, perversión sexual o reproductiva, asociación ideacional, el genio, máxima y mínima degradación mental, taras hereditarias, debilidad mental, alucinaciones diabólicas, *folie à deux*, regeneración, locura lúcida, histeria femenina, craneometría, la diferencia entre los cerebros de hombres y mujeres, la idiotez moral, las formas nosológicas de la degeneración mental en los campos y la degeneración cretinsa.

El libro de Basílio Freire es uno de los primeros a unir en Portugal el diagnóstico de un supuesto problema médico, la degeneración, con la recomendación de tratamientos para el problema. Esta unión fue explosiva, como se sabe, en muchos países europeos. Si hay un problema, lo que hay que resolver. La fantástica teoría de la degeneración ha dado lugar a medidas eugenésicas crueles en toda Europa y América. Freire discute algunas propuestas de solución del supuesto problema degenerativo, como, por ejemplo, la salud pública, el matrimonio de los neuropatas, las maneras de contrarrestar las prácticas privadas de onanismo o masturbación, muy peligrosas de su punto de vista, y, curiosamente, la importancia del matrimonio *para las mujeres*. Aboga, en particular, medidas tales como la reforma de las leyes psiquiátricas y médicas, la prohibición del matrimonio entre los epilépticos, la prohibición del matrimonio entre enfermos mentales, y el regreso de las embarazadas a la vida serena de los campos.

El conjunto de medidas tiene su punto más alto en la lucha entre los médicos y los jueces en torno a los criminales por razones mentales. Para Freire,

«el estudio de los degenerados está destinado a hacer una revolución profunda en la dinámica de los tribunales, sustituyendo por jurados médicos los jurados incaracterísticos, a veces imbéciles, que envían hasta la cárcel, es decir, a la muerte, el criminal positivamente alienado» (9).

A pesar de estudiar a fondo el problema de la degeneración, Basílio Freire no alcanza defender este concepto científico. Reparemos en dos problemas no resueltos. No hay ciencia sin un esquema de causalidad entre los fenómenos. Freire utiliza nociones causales vagas, sin ninguna base, tales como la determinación, la fatalidad, el poder teratogénico, y el efecto teratogénico. Los esquemas causales que podrían considerarse más científicos se mezclan unos con otros, y no está claro cuáles son los más relevantes. Freire menciona la transmisión patológica sin demostrar cómo esta transmisión ocurre en el caso de las enfermedades psiquiátricas; menciona

la evolución, la herencia y la influencia de la herencia en la producción de degeneración psíquica sin mostrar con precisión cuál es el proceso causal que produce las múltiples, y muy diferentes, condiciones anormales de la mente; utiliza también las relaciones estadísticas entre la escolarización y los suicidios y crímenes, sin mostrar más que un interesante paralelo sin fundamento causal.

Las metáforas y las imágenes de la vida mental que utiliza organizan un modelo de la psique humana. Freire argumenta a favor de la existencia de una estratificación psíquica al modo de las líneas de estratificación geológica. La elección de metáforas no es, por supuesto, casual; tiene naturalmente una agenda intelectual. No hay expresión del pensamiento sin medios retóricos. Basílio Freire hace en su libro *Los Degenerados* muchos paralelismos entre la mente humana y los estratos geológicos de la tierra. No se da cuenta, sin embargo, que está proponiendo un modelo sencillo de un tema complejo. Como resultado, utiliza literalmente su medio retórico como un elemento de prueba. Su teoría sobre el comportamiento libre y determinado es un ejemplo de eso. ¿Cómo explicar el comportamiento criminal, por ejemplo? La respuesta que propone es ejemplar: en el criminal emerge un estrato más viejo, así como en las montañas si pueden ver estratos geológicos profundos. Esta interpretación literal de la herramienta retórica hace que el crimen sea considerado un atavismo, es decir, una manifestación contemporánea de una conducta muy vieja.

Este modelo de la psique humana tuvo su época y fue ampliamente utilizado en la Europa del siglo XIX. Lo que sigue sorprendiendo es el modo como la belleza literaria de este modelo no ha presentado ninguna prueba o pruebas en que se pueda fundamentar.

Se presentaran en realidad las pruebas, pero todavía parecen sorprendentemente fantásticas. La historia clínica del paciente psiquiátrico se amplió para incluir monstruosamente su árbol genealógico. Esta ampliación ha encontrado a todo lo que quería encontrar. La lista de los supuestos ancestros de los pacientes psiquiátricos ha incluido a todo lo que se deseara. Freire dice que

«siguiendo las líneas genealógicas de algunas familias de degenerados, es común encontrar, junto a artistas brillantes y mentes brillantes, epilépticos, locos delirantes e incoherentes, alcohólicos, libertinos, criminales, imbéciles, idiotas, etc., es decir, a todas las anomalías somáticas, desde el estrabismo a una forma más miserable de degeneración cretina, y todas las anomalías psíquicas, desde la excentricidad pura y simple hasta la corrupción sangrienta de Calígula» (10).

Freire recomienda que se hable con el degenerado. El problema es que sus degenerados pueden ser todas las personas. Reparemos en uno de estos diálogos:

«Tenga o no gran brillantez intelectual y prodigiosas habilidades artísticas, se mantengan relaciones con los degenerados; hay que estudiar cuidadosamente su talante moral y emocional, y, por más hábil que sea el disimulo, se encontrarán en un momento u otro, algunas de las irregularidades mentales..., es decir, las floraciones enfermas del vicio congénito que emergen a la superficie, la desnudez de los rebeldes y de los recalcitrantes, refractarios a todas las sugerencias saludables de la educación, disponible en ciega obediencia a todos los impulsos salvajes de la animalidad. Por debajo de toda cerebración consciente se queda la automática, donde se hunden las raíces más sutiles y profundas de la vida psíquica, sacando de allí la sustancia envenenada de la mala herencia» (11).

Freire no define el concepto accesorio de irregularidad mental, no explica lo que diferencia a este concepto de los fenómenos mentales normales, o incluso la diferencia que se puede esperar de las personas.

Donde está todo, nada se encuentra interesante. Freire, al igual que otros grandes científicos fantásticos de la degeneración, no ofrece ninguna prueba documental de lo que dice. Julio de Matos se atreve a hacer ese ejercicio en su discurso médico-legal en contra de una señora brasileña, hija del cónsul brasileño en la ciudad de Porto, que quería dedicarse a la vida religiosa en contra de los deseos de sus padres.

¿Cómo diferenciar un árbol genealógico de un supuesto degenerado del árbol de una persona normal? ¿Cuáles son los criterios para identificar uno o el otro? Ninguno de estos autores explicita estos criterios o demuestra que árboles genealógicos lo suficientemente grandes tienen que tener características muy similares. Un árbol genealógico es presentado en el libro *La Cuestión Calmon*, de Júlio de Matos (12). Este alienista dice que una antepasada de la señorita Rosa Calmon, una bisabuela llamada Madame F. Mell, murió a los 114 años con demencia senil (*sic*). Pero en lugar de felicitar la extraordinaria longevidad de la bisabuela, denuncia la senilidad a los 114 años y acusa la tataranieta de demencia por razones de asociación a la bisabuela que ha tenido senilidad a los 114 años.

Lo que es sorprendente es que estos autores no se dieran cuenta de lo absurdo completo de sus juicios de relevancia. Júlio de Matos llega a acusar a las autoridades públicas de no hacer registros en cantidad suficiente de esta información genealógica y sanitaria de las familias. De su punto de vista, los subdelegados de salud pública deberían organizar la recogida de información

sobre los alienados de su área, con el fin de admitir preventivamente a los que podrían causar graves crímenes en el futuro (13). La recopilación de la información local se complementa con una historia que podría incluir árboles muy complejos. El modelo de esto es el libro dedicado a Rosa Calmon, en que hay un árbol con la reconstrucción de cinco generaciones de la familia.

IV. Un tema extraño para un poeta

El poeta Fernando Pessoa tenía una gran curiosidad intelectual y consideró incluso dedicar algunos textos a la cuestión de la degeneración. Sobrevivieron muchas evidencias de estos proyectos, entre ellas los títulos el «Genio y Locura», «La naturaleza de la degeneración» (1907), «Crime» (1909), «El prejuicio higienista» (1913), «La decadencia de Inglaterra» (1913). Hay también muchas notas que iban a culminar presumiblemente en un *Ensayo sobre la Degeneración (Essay on Degeneration)*, o en un *Diccionario Loco del Idioma Inglés*, o en un libro sobre el proceso de degeneración humana (*The Process of Human Degeneration*), es decir, los Cuadernos Z, T y J. En total, hay varios cientos de páginas dedicadas a este tema. Además, su biblioteca privada contiene un gran número de libros sobre la degeneración, y hay indicios de que Pessoa ha seguido las lecciones del médico Pedro António Bettencourt Raposo, uno de los grandes de la ciencia médica portuguesa del fin de siglo. Notas, cuadernos, libros y cursos médicos para laicos. ¿Por qué Fernando Pessoa se molestó en estudiar este concepto?

Para contestar esta pregunta es necesario explorar algunas de las muchas notas que iban a acabar en un libro titulado *Ensayo sobre la Degeneración*. Las definiciones sucesivas que Fernando Pessoa propone no son meras ficciones literarias. El poeta tenía dos objetivos principales: por un lado, trató de identificar y reconocer una categoría de seres humanos llamados ‘degenerados’, interpretando así la sociedad de la época; por otra parte, trató de interpretar el significado de su propia actividad poética.

Una de las primeras definiciones *pessoanas* de degeneración es la siguiente: «La degeneración es un retorno a un estado indiferenciado» (14). La definición se explica de inmediato:

«la degeneración psíquica es una vuelta a las tendencias primitivas de un cerebro cuya cultura y medio ambiente no son primitivos. Aquí está el concepto de la degeneración. La crueldad de un primitivo apareció en un cerebro moderno producirá resultados perversos... por lo tanto no sólo aparecen facultades ancestrales (y por lo tanto peores), pero un desacuerdo con el medio ambiente» (15).

Fernando Pessoa esta afirmando que en su tiempo algunas personas no eran totalmente contemporáneas. La psique y el consecuente comportamiento de esas personas se encontraban en un momento temporal equivocado. El comportamiento de los delincuentes, por ejemplo, denunciaba un atavismo, en el sentido de que lo que era normal durante miles de años, en sociedades muy distintas, más violentas y crueles, de alguna manera ha emergido, se manifestó, y dominó el comportamiento del individuo.

La pregunta que Fernando trata de responder es si estas tendencias antiguas se limitan a los delitos violentos, o si, por el contrario, son parte de un conjunto que incluye la creatividad, la innovación, los trastornos psiquiátricos, el talento y el genio. Claramente, esta combinación de temas no es natural. Las notas de Fernando Pessoa juntan de una manera sorprendente estos temas, como era habitual en la época. Desde su punto de vista, el crimen se encuentra junto al talento del artista y junto a terribles trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia. Hay observaciones sobre la fatiga, falta de adaptación, la religión, la educación, los intercambios entre los pueblos, el análisis literario y la interpretación de los acontecimientos políticos de la época a la luz de la teoría de la degeneración. La pregunta que atormenta Pessoa es la de saber si la creatividad artística es positiva o si, por el contrario, es una señal peligrosa de locura.

Las teorías psiquiátricas de la época influyeron claramente en su pensamiento sobre la relación entre la creatividad artística y la degeneración. Afirma que «toda la producción artística superior es, por su naturaleza, un producto de la decadencia y de la degeneración. En primer lugar es original, y la originalidad, biológicamente considerada, no es más que una desviación del tipo normal, por lo que es una desviación, pura y simple» (16).

Como poeta, Pessoa no tiene que añadir a este razonamiento ningún indicio de evidencia para su alegación. Mientras que literatura, lo que afirma es fascinante; como ciencia, es dudoso. Queda por explicar ¿quién debe establecer el tipo normal?, o ¿cómo se determina la desviación? Es curioso que Pessoa, que no tiene obligación de cumplir con el método científico, se dé cuenta de que el concepto de tipo es infundado.

Él dice que «toda la vida no es más que... una oscilación, mayor o menor, en torno a un tipo normal que no existe.» Si la noción de tipo normal es dudosa, por lo tanto, la noción subsidiaria de desviación en relación con ese tipo también es dudosa. El significado de la palabra 'desvío' comienza a cambiar. Este término no tiene en los apuntes de Fernando Pessoa la carga negativa que se refleja en los libros de Julio de Matos y de muchos otros médicos portugueses de la época.

A diferencia de estos enfoques, Fernando Pessoa se pregunta sobre el significado de estas desviaciones. Se cuestiona sobre el interés y utilidad en las sociedades de los fenómenos alegadamente degenerativos llamados

arte, ciencia, y filosofía. Si son hechos de la degeneración, ¿cuál es su propósito y dirección? Uno ya está en la presencia de otro punto de vista sobre el fenómeno de la desviación degenerativa.

Pessoa no era un hombre de ciencia, pero utiliza los conceptos científicos más difundidos de su tiempo para tratar de arrojar luz sobre cuestiones demasiado complicadas. La pregunta, ¿para qué sirve el arte, la ciencia y la filosofía?, muestra que Pessoa contribuyó a cambiar el sentido de la teoría de la degeneración en el mundo cultural portugués. Esto no quiere decir que todo eso es en realidad degenerado y por lo tanto inferior. Él está tratando de entender cómo esas supuestas desviaciones de la normalidad contribuyeron a un tipo de sociedad mejor.

V. Algunas consideraciones finales

Sería posible continuar analizando los cientos de páginas que la cultura portuguesa del siglo diecinueve ha dedicado a la degeneración, lo cual es imposible de hacer en este espacio. Esta reflexión concluye con tres pequeñas observaciones.

La primera tiene que ver con un error. En la lectura de los autores del siglo XIX, se ha seleccionado el punto de vista epistemológico, notadamente la denuncia intelectual de sus metáforas, y sus faltas de pruebas. La visión epistemológica es útil para mostrar la desproporción entre la fuerza de la creencia en la validez del concepto de la degeneración y la debilidad de su base científica. La degeneración no ha sido nunca científica a pesar de los argumentos de sus partidarios. Esta pseudo-teoría no tiene el estatus de una teoría de la evolución, por ejemplo.

La segunda observación tiene que ver con la fuerza de la evidencia. La lección más valiosa de un estudio sobre estos textos antiguos, que nadie sigue leyendo, es la evidencia que los autores vieron en la degeneración. Esto es increíble para la posteridad porque ninguna de sus páginas parece evidente después de un siglo. Al estudiar la extraña ceguera de su evidencia, se tiene la oportunidad de reflexionar sobre la naturaleza de la propia evidencia que se asocia a la prueba científica. También puede suceder que algunas otras evidencias sean manifestaciones de la ceguera de alguna comunidad científica.

La última observación tiene que ver con el poder de la psiquiatría. El medio siglo a lo largo de lo cual el concepto de degeneración ha dominado esta ciencia es un ideal de éxito en cualquier actividad humana: ofrecer un esquema total para interpretar el mundo. A pesar de este aparente éxito, es necesario tener en cuenta que el todo no puede ser objeto de la ciencia. No se sabe por qué sucede esto, pero sí se sabe que cuando se piensa que se

tiene una ciencia de la totalidad de la salud y de la enfermedad, de la vida y de la historia humanas, de hecho sólo se tiene una ciencia de la nada.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) As Constituintes de 1911 e os seus Deputados. Lisboa: Livraria Ferreira, 1911.
- (2) Pereira AL, Pita JR, editores. Miguel Bombarda (1851-1910) e as Singularidades de uma Época. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.
- (3) Pires de Lima JA. Catálogo das dissertações inaugurais apresentadas à Escola Médica desde a sua fundação. Anuário da Escola Médico Cirúrgica do Porto 1908; II: 183 187. Ver também Catálogo das teses defendidas na Escola Médica do Porto desde 6 de Outubro de 1827 até ao fim de Julho de 1908, Anuário da Escola Médico Cirúrgica do Porto 1908; II: 188 255; Catálogo das dissertações de Concurso apresentadas à Escola Médico Cirúrgica do Porto, Anuário da Escola Médico Cirúrgica do Porto 1909; III: 271 287; y Teses apresentadas à Escola Médica do Porto. O Tripeiro 1910; III (86): 210.
- (4) Pereira MEC. Morel e a questão da degenerescência. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [São Paulo] 2008; 11 (3): 490-496.
- (5) Braga MM. Ensaio sobre a Psicologia do Povo Português. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1903; p. 143-5.
- (6) Ferraz MT. Breves Considerações a respeito das Principais Causas de Degenerescência Física, Moral e Intelectual do Povo Português. Porto: Tipografia de Pereira e Cunha, 1893; p.59-60.
- (7) Matos J. A Paranóia. Ensaio patogénico sobre os delírios sistematizados. Lisboa: Livraria Editora Tavares Cardoso & Irmão, 1898; p. 177.
- (8) Ibid., p. 179.
- (9) Freire BASC. Os Degenerados. Estudos de Antropologia Patológica. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1886; p. 5.
- (10) Ibid., p. 43.
- (11) Ibid., p. 86-7.
- (12) Matos J. A Questão Calmon. Reflexões sobre um Caso Médico-Legal. Porto: Livraria Moreira, 1900.
- (13) Matos J. Os Alienados nos Tribunais, vol. III. Lisboa: A.M. Teixeira, 1907; p. 100-1.
- (14) Pessoa F. Escritos sobre Génio e Loucura, ed. Jerónimo Pizarro. Lisboa: Imprensa Nacional- Casa da Moeda, 2006; p. 118.
- (15) Ibid., p. 120.
- (16) Ibid., p. 129.

PSEUDOALUCINACIONES DE VÍCTOR KANDINSKY.

Ekaterina Kokoulina y Tiburcio Angosto

Introducción

Víctor Kandinsky (1849-1889), uno de los psiquiatras más influyentes en la segunda mitad del siglo XIX, se encuentra entre los fundadores de la psiquiatría rusa. El Síndrome de Automatismo Mental, descrito por Kandinsky, lleva su nombre y aparece en las descripciones clínicas de pacientes de todo el mundo. Fue el primero en investigar y realizar una descripción sistemática del fenómeno de las pseudoalucinaciones, basándose en numerosos casos clínicos de su propia práctica médica. Entre otras aportaciones de Kandinsky destaca su estudio sobre la inimputabilidad legal de los enfermos mentales, que sentó las bases del desarrollo de la psiquiatría legal rusa. Sin embargo, y a pesar de las numerosas aportaciones de este autor, su vida y obra sigue siendo poco conocida fuera de las fronteras de la antigua URSS. En este trabajo nos hemos centrado en el fenómeno pseudoalucinatorio, descrito por Kandinsky de una manera sistemática y ejemplificada, ampliando un trabajo anterior (1).

¿Qué son las pseudoalucinaciones?

Antes de empezar, nos gustaría aportar dos pequeños ejemplos de nuestra práctica clínica actual.

P.C. es un varón de 35 años que nunca había tenido ingresos en psiquiatría. En la primera consulta refiere insomnio y falta de concentración que atribuye a las alteraciones sensorceptivas de larga evolución, que parecen haberse intensificado en las últimas semanas. Nos cuenta que hace unos meses empezó a notar sensaciones extrañas que interferían en su actividad diaria, además de insomnio y falta de concentración. Sentía que pasaban cosas “relacionadas con él” (mensajes en su teléfono móvil, fallos en el ordenador), que no le parecían normales si no estuvieran relacionadas entre sí o con su vida. Según dice él mismo, “aquellas cosas no eran casuales, porque podían darse aisladamente pero con ese nivel de repetición no podía ser azar”. Empezó a pensar que todo aquello tenía que tener una relación con él. En aquellos meses, lo único que notaba era que no era normal, aún no le daba sentido. Nos dice que no tenía ninguna prueba concreta. Destaca la sensación subjetiva de “extrañeza” y la necesidad de buscar conexiones con sucesos pasados. Empezó a darse cuenta que en

el pasado también había casualidades, pero nunca había reparado en que tuvieran una organización coherente. Refiere la sensación de control del pensamiento. Alguna vez sintió que su pensamiento se podía saber / oír desde fuera. Pensó que podían haberle implantado algo. Sus pensamientos podían ser conocidos por otra gente por influencia de “terceros, los que podían impulsar mis pensamientos y transmitirlos. Directamente no”. Es como si desde un plano se podría enviar unos pensamientos al otro (se refiere a si mismo) y luego ver lo que uno piensa. Hace años que oye “como una voz interior”, que no identifica como propia ni de nadie conocido, ni tampoco la identifica como sus propios pensamientos, y que en los últimos días se ha vuelto más intensa y se dedica a insultarle y proporcionarle explicaciones sobre sus acciones y conductas.

El paciente alude del siguiente modo a su experiencia: *“Siento las voces dentro de mi cabeza. Sé que son el producto de mi mente, nunca las escucho con el oído... es como si aparecieran dentro de mi mente. Como si fuera mi propio pensamiento, pero que lo puedo oír. Cuando hablo o me concentro en algo, las voces se callan. No sé cuándo van a aparecer, siempre lo hacen de repente, y por mucho que intente controlarlas, no consigo hacerlas callar. Intentan decirme lo que debo pensar, o comentan lo que estoy haciendo. Me dan razones para no hacer las cosas que quiero hacer. Intento no hacerles caso, pero me dicen “Imbécil, ¿por qué has hecho esto?” A veces son tan fuertes que siento que pueden escucharse desde fuera, que otras personas las pueden oír.”* A primera vista parecen alucinaciones auditivas, pero si nos fijamos en su relato, podemos observar algo que no encaja, que nos indica que no se trata exactamente de una alucinación, sino de un fenómeno diferente.

T.A. es una mujer de 29 años, ya conocida en la unidad, cuya sintomatología gira alrededor una visión persistente. Ve a una persona en concreto, a la que llama María).

La manera de describir sus visiones, al igual que en el caso anterior, tampoco encaja en la descripción de una alucinación visual. *“Es una señora que veo yo pero los demás no la ven. Me dice cosas desagradables, que me tengo que cortar porque no me porto bien o hago las cosas mal. Sé que solo está en mi cabeza, porque nadie más la ve, pero es tan real que parece que la puedo tocar. No quiero intentar tocarla porque no sé lo que pasaría en mi mente. La veo exactamente igual como a la gente. Sé que es mi imaginación, pero cuando aparece, es tan real que me da miedo. Siempre aparece de repente. Cuando viene, llamo a mi hija para ver la tele, y entonces se va. También me habla, pero no la oigo, solo sé lo que me está diciendo. Un día salí a tomar un café con mis compañeras de clase, y ví a María detrás de una columna. Me puse a hablar con ella, y mis amigas pensaron que estaba hablando*

con una pared, se asustaron y quisieron acompañarme a casa, pero yo no recordaba dónde vivía.”

Nos preguntamos qué es lo que hay en común en estos dos ejemplos. Si nos fijamos en la clasificación de las alteraciones sensorio-perceptivas, veremos que en ningún caso se trata de una ILUSION, porque no existe ningún estímulo real. Tampoco se trata de una alucinosis, ya que no hay seguridad absoluta por parte de ambos pacientes de que lo que viven es falso. Pero lo más llamativo resulta que en ambos casos, las vivencias sensorio-perceptivas provienen DEL INTERIOR del paciente. Saben que es producto de su propia mente. La vivencia es real, pero saben que no existe en realidad, que solo lo pueden ver u oír ellos. En el primer ejemplo, el paciente NO OYE las voces con su oído externo, sino que refiere que las voces aparecen en su mente. En el segundo ejemplo, la paciente describe a María como producto de su imaginación, que no puede controlar a voluntad. **TODO ESTO NOS HACE PENSAR QUE LO QUE ESTÁN EXPERIMENTANDO ESTOS DOS PACIENTES SON PSEUDOALUCINACIONES.**

Revisando la literatura actual sobre el tema (2-6), podemos describir las pseudoalucinaciones como experiencias perceptivas que se encuentran a medio camino entre las imágenes mentales y las alucinaciones auténticas. Primero, poseen un reconocimiento de subjetividad por parte de la persona que las experimenta. En segundo lugar, al igual que las imágenes mentales, suelen ocurrir en el espacio subjetivo interno, teniendo, sin embargo, los mismos elementos sensoriales que las alucinaciones auténticas (viveza, frescura sensorial etc). En tercero, no dependen de la voluntad de la persona. Finalmente, la característica más representativa de una pseudoalucinación es la ausencia de la convicción de la realidad por parte de la persona, que las percibe como imaginaciones, visiones, ensimismamientos etc. A diferencia de las alucinaciones, pueden darse en las personas sanas.

Las pseudoalucinaciones en la época de Kandinsky

Igual que sucede con los delirios, los clínicos sabían desde siempre que existen cuadros delirantes que modifican crónicamente la conducta del sujeto y otros que solo la modifican pasajera y momentáneamente. Con las alucinaciones y pseudoalucinaciones pasaba algo parecido: Desde siempre los estudiosos de los fenómenos alucinatorios sabían que en los místicos se producían estos fenómenos, unas veces en el espacio exterior y otras veces en una especie de espacio interior. Baillarger, de quien hablaremos más adelante, pone el ejemplo de Moisés en el Monte Sinaí al recibir la “revelación” del significado de las Tablas de la Ley y cuando “oye” la voz de Dios que le dice lo que tiene que hacer con ellas.

J.D.E. Esquirol aún conociendo la psicopatología de los místicos, se preocupa más de aspectos relacionados con la fortaleza o la debilidad de la sensorialidad a la cual añade la capacidad crítica del individuo. Según Esquirol si existe una debilidad en la sensorialidad la convicción está disminuida.

Pero fue J.G.F. Baillarger en su libro sobre las alucinaciones de 1846 (7) quien establece la primera distinción entre dos tipos de alucinaciones: “*Unas completas, compuestas de dos elementos y que son el resultado de la doble acción de la imaginación y de los órganos de los sentidos: estas son las alucinaciones psicosenoriales; las otras, que solo se deben al ejercicio involuntario de de la memoria y de la imaginación, son completamente extrañas a los órganos de los sentidos, carecen de elemento sensorial y por ende son incompletas: son las alucinaciones psíquicas*”. Es decir opone el estar relacionadas con los sentidos de las alucinaciones psicosenoriales con las psíquicas que estarían más relacionadas con fenómenos del pensamiento tal y como ocurre en el paciente anterior; sienten la voz dentro de su cabeza. Para ilustrarlo hace referencia a los libros místicos recogiendo en concreto algunos pasajes de uno de ellos *Lettres spirituelles sur l'oraison* en el cual asegura que se pueden encontrar diversas formas de falsas percepciones, señalando alguna de ellas como las visiones y las revelaciones, el goce espiritual, etc.

Unos años después surge el problema de la convicción de las alucinaciones. J.P. Falret, autor importante en este aspecto, no aceptaba el concepto de alucinaciones psíquicas propuesto por Baillarger y decía que la distinción solo tenía que ver con el grado de certeza así que formuló uno de sus asertos: “*Si las imágenes se experimentan sin creer en su realidad, tenemos que aceptar que no hay insania; pero ¿basta esto para trazar una línea entre la razón y la locura?* (8).

La Société Médico-Psychologique (SMP) celebró nueve debates sobre las alucinaciones durante los años 1855-56. Ya en el primer debate se discutió el concepto de alucinación y pseudoalucinación a propósito de la clasificación de Baillarger. Bouchez en su intervención propone que las alucinaciones deberían dividirse en dos clases; involuntarias y voluntarias.

Maury dice que las alucinaciones de los místicos, después de una gran fatiga y prolongados ayunos, deben llamarse de tipo normal. Baillarger expresa su opinión; él les llama desde 1846 Alucinaciones psíquicas.

Garnier insiste en que lo fundamental es “la creencia en la exterioridad de la imagen”.

El debate se centró en aspectos tales como; si eran continuas o interrumpidas, con percepción normal o anormal y si la ubicación en el espacio interno o externo es importante.

Claude Marie Stanislas Sandras, que había padecido alucinaciones durante un proceso infeccioso, hace referencia a sus propias experiencias. Interviene en el debate con una cuestión fundamental que debió de interesar más tarde a Kandinsky; puesto que él se recuperó totalmente de su proceso, ¿es posible la existencia de alucinaciones en sujetos normales?.

Boismont entonces secretario de la SMP habló de que existían alucinaciones fisiológicas “aquellas que les ocurren a los místicos y no tienen nada que ver con la patología”.

Así pues en estas reuniones de la SMP lo que centró el debate fue si las pseudoalucinaciones eran anormales, si que estuvieran en el espacio interior o exterior era importante y si el que hubiera conciencia de enfermedad (insight) era un factor importante para hablar de patología o no. En definitiva lo que parece claro es que los psiquiatras franceses de la época ya distinguían entre alucinaciones y otro tipo de fenómenos alucinatorios que ellos no llamaron pseudoalucinaciones sino “alucinaciones psíquicas” (Baillarger), “alucinaciones místicas”, etc.(9). Fue Hagen (10) en 1868 quien publica el artículo sobre las alucinaciones y donde introduce por primera vez el término pseudoalucinación, siguiendo para su definición a los autores franceses ya citados.

Siete años antes de la publicación de Hagen, Griesinger (11) había descrito unos cuadros parecidos a los alucinatorios, pero que realmente le parecían degradaciones de las alucinaciones verdaderas hacia las cuales podían evolucionar. En 1866 Khalbaum habló de experiencias alucinatorias “centrífugas” cuya característica es que contienen poca sensorialidad y por lo tanto tendrían poco valor clínico (9).

Es en este contexto teórico el que se encuentra Kandinsky cuando intenta reflexionar sobre sus vivencias alucinatorias en 1880 y es cuando publica “*Acerca del estudio de las alucinaciones*” (12).

Víctor Kandinsky: biografía

Víctor Kandinsky nació el 24 de marzo de 1849 (6 de abril, según el calendario Gregoriano instaurado en el 1918) en un pequeño pueblo de Biankin, situado en la región de Nerchinsk, en el sur de Siberia, en el seno de una familia acomodada y culta. Su padre, Hrisanf Kandinsky, exitoso y conocido comerciante de pieles, tenía en gran estima el desarrollo intelectual y la educación de sus 10 hijos, motivo por el cual, en 1863, a la edad de 14 años, Víctor abandona su pueblo natal y se traslada a Moscú, donde continúa su educación. Durante sus años de colegio, Víctor demuestra ser un alumno extraordinario. Sus brillantes calificaciones académicas le permiten matricularse en 1867 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Moscú sin

pasar los exámenes de selectividad. De los 22 alumnos de su promoción de enseñanza media, Víctor es el único que decide estudiar medicina, completamente convencido de estar realizando su verdadera vocación.

La época universitaria de Kandinsky está marcada por las enormes dificultades económicas del joven médico, que se había visto obligado a pasar temporadas de hambre, subsistiendo con lo mínimo, circunstancia que no aminoró su entusiasmo académico. En cuarto año de carrera Víctor realiza una investigación sobre la hepatitis que obtiene reconocimiento científico a nivel nacional.

Al terminar los estudios universitarios, en 1872, Kandinsky empieza a ejercer en el hospital *Vremennaya Bolnitsa* de Moscú (a partir de 1878 pasa a denominarse *Vtoraya Gradskaya Bolnitsa*), que en aquel momento contaba con 7 facultativos. Desde los comienzos de su ejercicio profesional, Kandinsky se embarca en varios proyectos de investigación y participa activamente en la revista "*Meditsinskoe Obozrenie*" desde el momento de su fundación, llegando a realizar 31 publicaciones en el período de 1874 a 1876. Las aportaciones de Kandinsky eran especialmente valiosas por su dominio de varias lenguas extranjeras, hecho que le permitió introducir en la práctica clínica rusa las novedades occidentales en cuestiones de diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades somáticas. De las 31 publicaciones de Kandinsky en aquel período, tres fueron dedicadas a la psiquiatría. El joven médico aún no tenía intención de especializarse en psiquiatría, sin embargo, sus trabajos sobre la orientación clínico-nosológica influyeron de forma notable en los psiquiatras de su época.

La labor que desempeña Kandinsky en *Vremennaya Bolnitsa* se ve interrumpida en el 1876 por la obligación de cumplir el servicio militar. La guerra entre Rusia y Turquía estaba a punto de estallar. Kandinsky es destinado a la base naval de Nikolaev, situada en el Mar Negro, el 23 de septiembre de 1876, donde empieza a ejercer como médico militar en el hospital de la Marina. El 6 de enero de 1877, Kandinsky recibe la orden de embarcar en el buque de guerra "*Gran Duque Konstantin*", que parte inmediatamente hacia el lugar de batalla. En el transcurso de la primera batalla naval y tras una fuerte explosión, Kandinsky, impresionado por los acontecimientos que sucedían a su alrededor, se tira al mar con la intención de quitarse la vida. Los datos existentes nos permiten situar el inicio de la enfermedad mental de Kandinsky en los días previos al intento de suicidio, aunque no existe información exacta sobre su estado mental en aquel momento. Por las cartas de sus compañeros que aún se conservan en los archivos rusos, podemos deducir que padecía un episodio depresivo severo durante los meses previos a la batalla naval, y que se encontraba impresionado por la dureza de la guerra, para la cual no estaba en absoluto preparado. Los datos apuntan a que Kandinsky había sufrido un episodio

psicótico agudo pocos días antes de la batalla, y que el intento de quitarse la vida había sido una consecuencia del proceso psicótico previo, más que desencadenante del mismo.

El intento de suicidio resulta frustrado. Kandinsky es rescatado con vida, y desembarcado para la evaluación de su estado mental en el hospital de la base naval de Nikolaev. Poco después, es trasladado al Hospital Psiquiátrico de St.Petersburgo para su tratamiento y recuperación. Es acompañado en todo momento por una joven enfermera, Elizaveta Freimut, que había cuidado de él desde el inicio de su enfermedad. La pareja no se separará nunca más desde entonces. Se casan el 1 de septiembre de 1878 y permanecen juntos hasta el trágico final de Kandinsky, que su esposa comparte poco tiempo después.

La recuperación del primer episodio psicótico de Kandinsky resulta larga y dura. Permanece ingresado en el hospital psiquiátrico durante 11 meses. Tras ser dado de alta en abril de 1878, Kandinsky realiza un viaje por Europa, durante el cual sufre exacerbaciones de la sintomatología psicótica, que no había llegado a remitir por completo. Al volver, se ve obligado a ingresar de nuevo. Esta vez, el ingreso dura 8 meses y termina con la remisión total.

Liberado del servicio militar por su trastorno mental, Kandinsky se dedica de lleno al ejercicio de la medicina. El episodio que había sufrido despierta su interés por las enfermedades mentales. En 1880 publica su primer trabajo sobre las alucinaciones, basado en la estricta autoobservación y descripción de su propia sintomatología, así como en la evocación artificial de las alucinaciones, con su análisis retrospectivo posterior. Este trabajo da comienzo a la segunda etapa profesional de Kandinsky, dedicada por completo al ejercicio de la psiquiatría. Un año después de la publicación de su obra "*Estudio de las alucinaciones*", Kandinsky empieza a ejercer como psiquiatra en el Hospital Psiquiátrico Peterburgskaya psikhiatricheskaya bolnitsa Nikolaja Chudotvortsya (*San Nicolás El Milagroso*) en St.Petersburgo. Su inagotable dedicación a los pacientes, motivada quizás por su propia sintomatología, es destacada por varios de sus colegas. Kandinsky pasa gran parte de su tiempo conversando con los numerosos pacientes ingresados, llegando a mantener entrevistas diarias y centrándose sobre todo en los síntomas pseudoalucinatorios, los cuales parecían ser fenómenos muy frecuentes entre sus enfermos.

Ejerció como médico-psiquiatra del Hospital *San Nicolás El Milagroso* durante los ocho últimos años de su vida, desde el 12 de noviembre de 1881 hasta su muerte en 1889. Varios trabajos sobre Kandinsky señalan que en 1885 fue nombrado director del hospital. Sin embargo, revisando los archivos históricos de *San Nicolás El Milagroso*, podemos afirmar que esto no es cierto. El cargo del director fue ocupado por O.A.Chechott, desde 1881 hasta 1901.

Tras cuatro años de remisión total, Kandinsky sufre un nuevo episodio psicótico en 1883, precedido por una fuerte depresión. Tras un corto ingreso psiquiátrico, es dado de alta en condiciones de “recuperación parcial”, tal y como consta en su informe de alta. El nuevo episodio no impidió que siguiera ejerciendo su labor psiquiátrica con éxito. Las investigaciones de Kandinsky de esta época le consagran como uno de los psiquiatras más influyentes de la segunda mitad del siglo XIX. El fenómeno de Automatismo Mental, descrito por él, le proporciona reconocimiento científico a nivel mundial. No menos destacable es su trabajo sobre las pseudoalucinaciones. A pesar de no ser el pionero en introducir este concepto, es el primer autor que delimita y estudia exhaustivamente el fenómeno pseudoalucinatorio basándose en los numerosos ejemplos de su práctica clínica y en la revisión de todos los trabajos previos, hecho que le sitúa como el autor más destacado en el estudio de las pseudoalucinaciones.

Víctor Kandinsky puso fin a su vida el 3 de septiembre de 1889, a la edad de 40 años. Atormentado por los síntomas depresivos, que siempre habían precedido un nuevo episodio psicótico, ingirió una gran cantidad de opio, tras lo cual siguió trabajando. Hasta los últimos segundos su vida estuvo dedicada al estudio de la psiquiatría. Dos de sus monografías más importantes, “*Sobre las pseudoalucinaciones*” y “*Acerca de la inimputabilidad*”, fueron publicadas por su esposa a título póstumo. Poco después de publicarlas, atormentada por la pérdida de Víctor, Elizaveta decidió acabar con su propia vida (13-15).

Enfermedad mental de Kandinsky

¿Hasta qué punto la trayectoria vital y profesional de Kandinsky estuvo influida por el trastorno mental que padecía? Sabemos a ciencia cierta que gran parte de las aportaciones realizadas por Kandinsky está basada en la autoobservación de su propia sintomatología psicótica. Tal y como describe él mismo: “*Habiendo tenido la desgracia de padecer la locura alucinatoria durante dos años, y habiendo conservado tras mi recuperación la capacidad de evocar voluntariamente ciertas alucinaciones, pude, naturalmente, observar en mi mismo algunas condiciones de aparición del delirio sensorial*” (16).

La historia clínica de Kandinsky como paciente, datada de 1883 y conservada en el Archivo Histórico de St Petersburgo, contiene pocos datos de interés. (13-17-18)

Sabemos que su madre era una mujer sana, que el parto de su hijo Víctor había sido normal, y que la infancia de Kandinsky había transcurrido sin enfermedades ni conductas extrañas. Kandinsky no refería tener

hábitos perjudiciales; no fumaba, no consumía alcohol ni otros tóxicos. Su esposa Elizaveta le describía como “emocionalmente estable, sin cambios ni arrebatos temperamentales” y “escrupuloso en el cumplimiento de sus obligaciones” (13). Refiere que su marido había tenido un único intento autolítico, en el transcurso del primer episodio psicótico. Como causa precipitante, ambos señalan la sobrecarga de trabajo y los esfuerzos mentales excesivos.

Las notas de seguimiento clínico son pobres en detalles, y las entrevistas con su mujer, aunque valiosas desde el punto de vista histórico, no aportan información relevante. En estas entrevistas, Elizaveta Kandinskaya niega categóricamente cualquier tipo de antecedentes familiares de enfermedades mentales, lo que trajo una gran confusión histórica. En 1975 Rokhlin hace públicas las historias clínicas de varios parientes de Kandinsky, ingresados en centros psiquiátricos con patología mental severa. Estos documentos están conservados en el Archivo Histórico de St Petersburgo.

Kandinsky describe su propia enfermedad mental en el artículo “*Zur Lehre von den Hallucinationen*”, escrito en 1880 y publicado en alemán en el N° 11 (1881) de *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (16). Este trabajo es anterior al estudio sobre las pseudoalucinaciones, razón por la cual en él todos los fenómenos experimentados por Kandinsky son denominados “alucinaciones”. Al parecer, Kandinsky sufría de alucinaciones que afectaban todos sus sentidos, a excepción del gusto, siendo las más frecuentes y vívidas las visuales y las somáticas. Las alucinaciones olfativas eran relativamente raras, y era difícil distinguirlas de las impresiones reales debido a que su sentido de olfato era muy pronunciado. “*En muchos casos*” –describe– “*era complicado distinguir las alucinaciones auditivas de las percepciones auditivas reales, ya que en un asilo el paciente oye tantos sonidos procedentes de todas partes, voces, charlas de todo tipo, que es difícil distinguir lo real de lo ficticio*” (16).

Describe numerosas sensaciones de tacto y presión, así como percepciones de alteración del equilibrio corporal y la posición del cuerpo en el espacio. Los objetos parecían girar alrededor de su cuerpo. “*El suelo parece volar bajo mis pies, las paredes vuelan o se parten en dos. En ocasiones noto con el ojo derecho que una parte de la pared se mueve hacia arriba, y el ojo izquierdo registra que otra parte de la misma se mueve hacia abajo, lo que produce una sensación muy dolorosa de que el cerebro se está rompiendo*” (16). Kandinsky consideró que todas aquellas alucinaciones, que producían la impresión de movimiento de objetos o de alteración de la posición del propio cuerpo en el espacio, eran producto de una disfunción debida a la falta de nutrición del cerebelo.

Durante el primer mes de su enfermedad no sufrió alucinaciones. Describe que sus síntomas predominantes durante aquel período inicial fueron

la actividad mental irregular, delirio intelectual, la frenética sucesión de engaños perceptivos y los pensamientos intrusivos e involuntarios. Siendo plenamente consciente de lo que le estaba sucediendo y de la probable evolución de su enfermedad, permanecía sumido en un profundo estado que describió como una mezcla de tristeza, apatía y desesperanza, y probablemente por esa razón fue diagnosticado de melancolía. Describe las razones de su estado melancólico como *“nuevas condiciones de vida, la interrupción de la actividad habitual, la separación de los familiares y amigos, y, finalmente, la conciencia de mi enfermedad y sus posibles consecuencias, tales como la debilidad de espíritu”* (16). El rechazo voluntario de la comida llegó a producirle anemia. Había observado que las alucinaciones, que aparecieron durante el mes posterior del inicio de la sintomatología, eran la consecuencia del extremo cansancio al que estaba sometido su cerebro a causa de la actividad mental frenética. Tal y como describe él mismo: *“las alucinaciones empezaron y fueron aumentando en variedad y viveza después de un agotamiento significativo del cerebro, en parte por la estimulación procedente de la esfera de la actividad intelectual, y en parte por una fuerte anemia, resultado de la inanición deliberada”* (16). El primer período de su enfermedad fue denominado por Kandinsky como “delirio intelectual”. La mayor sorpresa, describe, fue darse cuenta de la escasa influencia que tenía el delirio intelectual sobre el carácter de las alucinaciones: sólo una décima parte de las alucinaciones tenía relación directa con el delirio previo. Sin embargo, afirmaba que era común la relación inversa: las personas que sufren de alucinaciones tratan de explicar y racionalizar su naturaleza y contenido, especialmente si creen en su realidad, lo que propicia la aparición de ideas delirantes, estrechamente relacionadas con las alucinaciones. *“Yo tampoco podía evitarlo”*, afirmó.

No había, afirmaba, una clara distinción entre los períodos de sueño y de vigilia: las alucinaciones pueden llegar a ser tan reales que el paciente piensa que está soñando. *“Durante el período de mi enfermedad, mis sueños no se diferenciaban por su viveza de lo que vivía estando despierto, no podía decidir si lo que había experimentado era real o soñado”* (16).

En general, las alucinaciones que sufría no eran incongruentes con su nivel cultural y educación, y solamente una pequeña parte de ellas tenía relación con los engaños perceptivos o las ideas intrusivas que invadían su mente. Sin embargo, durante los últimos meses de su primer episodio psicótico que las alucinaciones tenían tan poco que ver con su persona, llegó a pensar que eran comunicadas por alguna especie de inducción eléctrica desde las mentes de otros pacientes que le rodeaban.

Había observado que durante los períodos del despertar de la actividad mental y el inicio del pensamiento, las alucinaciones palidecían, llegando

incluso a desaparecer por completo por un tiempo, hasta que la atención se centraba en ellas nuevamente. El estado más favorable para la aparición de las alucinaciones, describía Kandinsky, era de suspensión total de la actividad, tanto mental como física. Durante los períodos de remisión, conseguía provocarse los estados alucinatorios mediante la supresión de toda estimulación, tanto la exterior como la mental, con la finalidad de realizar un análisis posterior. Describe, con todo detalle, las alucinaciones visuales que se producían estando con los ojos abiertos o cerrados. En el primer caso, *“la imagen se proyectaba sobre la superficie del suelo, el techo o las paredes, o apareciendo en el espacio, ocultando los objetos que se hallaban detrás. En algunos casos, el entorno real desaparecía por completo y era reemplazado por unos momentos por otro entorno diferente. De pronto me encontraba transportado a la orilla del mar, en la orilla opuesta se prolongaba una cadena de montañas, y el paisaje no era como una pintura de óleo, sino real”*. Con los ojos cerrados, las alucinaciones aparecían en forma de objetos materiales que le rodeaban, imágenes simples y complejas. *“Con el tiempo – describía – me acostumbré a las alucinaciones visuales, pero eso no me supuso ninguna sensación de opresión, más bien, me sirvió incluso para pasar el tiempo”* (16).

Como consecuencia de estas observaciones, Kandinsky había desarrollado un método terapéutico para paliar las alucinaciones, en aquel entonces novedoso, que guarda una estrecha relación con la rehabilitación cognitiva actual para la esquizofrenia, de eficacia ampliamente demostrada. Había observado que la aparición de las alucinaciones tenía un efecto supresor no solamente del delirio intelectual, sino también de la actividad intelectual en general. Esta observación fue clave para darse cuenta de la importancia del trabajo intelectual en la contención de la sintomatología sensorio-perceptiva. Tal y como describe, *“sin una intensa intervención de la voluntad, mis alucinaciones probablemente se hubieran vuelto estables, y mi actividad intelectual, sin recibir alimento, se hubiera apagado definitivamente. Una vez acostumbrado a la presencia de las alucinaciones, empecé a leer. Al principio era una tarea difícil, ya que las alucinaciones auditivas me molestaban continuamente en el trabajo y las imágenes visuales se interponían entre el libro y los ojos. Con el tiempo, me acostumbré a leer, lo que distraía mi atención de las alucinaciones. El retomar la actividad intelectual, las alucinaciones se volvieron más pálidas y menos frecuentes, aunque desaparecieron por completo meses más tarde. Esto me permite concluir que el trabajo intelectual resulta de gran ayuda para la curación de las alucinaciones”* (16).

En cuanto a su propio diagnóstico, Kandinsky se diagnostica de “locura primaria”, modificándolo posteriormente y denominándolo “psicosis primaria delirante alucinatoria”. Además de argumentar el diagnóstico,

critica a los psiquiatras que le habían diagnosticado de melancolía, señalando la incompatibilidad entre la melancolía y las alteraciones sensorio-perceptivas y el delirio.

Pseudoalucinaciones de V. Kandinsky

Kandinsky describe como PSEUDOALUCINACIONES todos aquellos fenómenos resultantes de la excitación de las áreas sensoriales corticales, que se manifiestan en imágenes vívidas, claras y realistas, que sin embargo no tienen para el paciente el carácter de la realidad y se perciben como algo SUBJETIVO, anormal, ajeno a su persona, y completamente distinto de las imágenes provocadas por los recuerdos o la fantasía. Vamos a presentar un caso clínico real de la práctica de Kandinsky, que ejemplifica la pseudoalucinación como fenómeno subjetivo, totalmente independiente del engaño del recuerdo, y caracterizada por pertenecer a una modalidad sensorial concreta (19).

Caso D. Perevalov (12)

Paciente de 37 años, antiguamente capataz en una fábrica de metal. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide crónica en 1875, está ingresado en la unidad desde 1879. No presenta deterioro en la capacidad cognitiva. Desde el comienzo de su enfermedad el paciente llevaba un diario, donde apuntaba escrupulosamente todos los síntomas que aparecían en el transcurso del tiempo. Parece ser que la ideación delirante de persecución se sistematizó en el 1876, cuando el paciente solo presentaba episodios de imposición del pensamiento, mientras que las verdaderas alucinaciones auditivas empezaron a tener lugar desde 1878.

En el momento de la descripción del caso, la temática delirante del paciente gira alrededor de una denuncia que supuestamente había interpuesto contra la fábrica donde trabajaba. Según relata, la denuncia había perjudicado a los intereses de altos cargos del gobierno del país y, como consecuencia, le había convertido en objeto de persecución de un grupo de agentes secretos de la Casa Real, cuya misión consistía en averiguar los pensamientos de las personas y en castigarlas.

Sin embargo, Perevalov no se considera un enemigo de la Casa Real. Supone que los agentes secretos se ocupan “de su caso”, en parte, para aprender de sus capacidades, y en otra parte, para evitar que siga adelante con la denuncia. Perevalov está bajo la influencia de 30 agentes secretos, de diferente posición jerárquica y haciendo turnos para tenerlo

controlado constantemente. Desde 1876, cuando los agentes sometieron a Perevalov a unas descargas con la corriente galvánica, se estableció una conexión magnética mental entre los agentes y Perevalov, la misma conexión por la que los agentes se comunican entre sí. Debido a esa conexión, todos los pensamientos de Perevalov son inmediatamente transmitidos a los agentes. La conexión funciona también en el sentido inverso – los agentes tienen la capacidad de evocar en la mente de Perevalov distintos sentimientos, emociones, sensaciones corporales, e influir en su estado general. Además, sus perseguidores (escondidos en algún lugar cerca del paciente) pueden comunicarse con él por vía directa, pronunciando palabras y frases audibles, que el paciente escucha desde fuera, por medio del oído.

En general, el mismo paciente describe 8 métodos de influencia de los agentes secretos:

- 1) **Habla directa:** insultos, comentarios sarcásticos, palabras malsonantes (alucinaciones auditivas – Kandinsky);
- 2) **Evocación de distintas sensaciones en la piel:** el paciente refiere picores, ardor, quemazón, pinchazos, cosquillas etc (alucinaciones táctiles – Kandinsky). El paciente supone que el agente que le provoca esas sensaciones en un momento dado, necesariamente debe provocar las mismas sensaciones en sí mismo, con el fin de transmitir la sensación tal cual. Con ese fin, el agente debe pincharse con una aguja, quemarse las manos y la cara con una cerilla, etc.
- 3) **Evocación de un determinado estado general del paciente.** Según Perevalov, los agentes pueden provocarle cansancio, falta de ganas de trabajar, lujuria, ira...
- 4) **Evocación de sensaciones olfativas y gustativas desagradables.** Por ejemplo, al introducir en su propia boca una sustancia de gusto desagradable, el agente obliga a Perevalov a experimentar la misma sensación gustativa. Asimismo, oliendo un frasco lleno de orina o acercando a su propia nariz el dedo cubierto de heces, los agentes provocan las mismas sensaciones olfativas en Perevalov (alucinaciones olfativas y gustativas – Kandinsky).
- 5) **Fabricación del pensamiento:** el paciente cuenta que los agentes introducen en su mente distintos pensamientos, que son generalmente torturadores (imposición de pensamiento – Kandinsky).
- 6) **Imposición del habla:** los agentes obligan a Perevalov a pronunciar distintas frases en voz alta, incluso cuando éste intenta resistirse. No solo tiene la convicción de que la idea le fue impuesta por un agente, sino que además tiene que luchar para no pronunciarla en voz alta, ya que los agentes obligan a su lengua a moverse.

- 7) **Imposición de la imaginación:** los agentes activan la imaginación de Perevalov, obligándolo a ver “mentalmente” distintas imágenes, vívidas y coloristas, casi siempre repulsivas y torturadoras. Estas imágenes se ven independientemente de si mantiene los ojos abiertos o cerrados. El paciente se da cuenta que dichas imágenes son producto de su propia imaginación involuntaria y que no existen en realidad, procurando resistirse a ellas, en lo que invariablemente fracasa. Pero aun considerando las imágenes como artificiales, sitúa su origen en los agentes, que se las transmiten visualizándolas ellos mismos.
- 8) **“Comunicación mediante la corriente”:** en este caso, el paciente es obligado a escuchar internamente (y no por medio del oído externo, como cuando le hablan directamente) lo que los agentes desean que escuche. Con frecuencia experimenta, además, la repetición mental de palabras o frases que REALMENTE había escuchado antes de los médicos o de los otros pacientes. Este fenómeno de escucha interna es lo que Kandinsky denomina pseudoalucinación auditiva.

La influencia de los agentes sobre Perevalov dura desde 1876 sin remisiones. Hasta 1878 el paciente no refiere haber experimentado “habla directa” (alucinaciones auditivas auténticas), ya que, según explica, “en aquel entonces los agentes tenían órdenes de experimentar con él en voz baja”. En la primera etapa, la forma de influencia más frecuente era la siguiente: los agentes provocaban un “susto natural” en uno de ellos, especialmente designado para esta función, susto que inmediatamente se transmitía a Perevalov por medio del agente que se encontraba “conectado a él” en aquel momento dado. Los médicos, el personal auxiliar y los demás pacientes de la planta no son considerados por Perevalov como perseguidores, no obstante, tampoco pueden protegerle de la influencia de los agentes. Esta influencia sobre él últimamente se ejerce de forma constante, día y noche, sin interrupciones. De noche, si no está profundamente dormido, sigue percibiendo las acciones que los agentes realizan sobre él con todos los métodos descritos, incluyendo el “habla directa”, ya que sigue oyendo frases que le dicen los agentes incluso en el estado de adormecimiento. Si su sueño es profundo, los agentes actúan exactamente de la misma manera, excepto el “habla directa”: refiere que le provocan sueños lujuriosos, poluciones etc.

El paciente lleva un diario, donde apunta con sumo cuidado todas las acciones que los agentes secretos realizan sobre él. Describe con detalle las veces que los agentes le despiertan, le obligan a pronunciar frases insultantes, le pinchan, le hacen ver imágenes, etc. Describe a los agentes, así como los motivos de sus “experimentos” sobre él en cada momento dado.

Kandinsky afirma que las pseudoalucinaciones no se manifiestan exclusivamente en el transcurso de una enfermedad mental, sino que pueden aparecer, bajo ciertas condiciones, en personas perfectamente sanas.

Los fenómenos pseudoalucinatorios son inconfundibles en la consciencia de la persona. Solo un entrevistador inexperto podría confundir las pseudoalucinaciones con las alucinaciones auténticas, mientras que el enfermo, incluso si padece de debilidad mental, es capaz de distinguir ambos fenómenos. Hay que puntualizar que aquí Kandinsky se refiere a la vivencia misma, no al recuerdo de esa vivencia, ya que el recuerdo de una pseudoalucinación puede ser confundido por el paciente y considerado como una alucinación real. Al experimentar una pseudoalucinación visual, el paciente no tiene la convicción de que su vivencia es real (como sucedería en caso de una alucinación visual), siendo consciente de que lo que está experimentando es un fenómeno subjetivo. Kandinsky advierte que la consciencia de la subjetividad no debe ser confundida con la interpretación de la vivencia: la persona, aún pudiendo identificar la pseudoalucinación como un hecho subjetivo, puede atribuirle una interpretación delirante (un mensaje divino, una influencia por parte de sus perseguidores, etc). Esta consciencia de la subjetividad es más evidente en las personas que previamente habían experimentado las alucinaciones auténticas: Kandinsky subraya que en estos casos es completamente imposible confundir ambas vivencias (lo cual no significa, sin embargo, que las personas no puedan exagerar o incluso inventar sus vivencias pseudoalucinatorias).

Kandinsky define varias características de las imágenes pseudoalucinatorias (19):

- 1) **CONTINUIDAD Y COMPLETUD.** Las pseudoalucinaciones visuales son extremadamente definidas y realistas, continuas y completas. Las imágenes pseudoalucinatorias aparecen en la conciencia con toda claridad de detalles. Más aún, todas las peculiaridades de la imagen, por mínimas que sean, aparecen simultáneamente y con la misma intensidad. Estas vivencias subjetivas son estables y continuas, de modo que al palidecer, lo hacen en su totalidad. No sucede lo mismo con los fenómenos normales de imaginación, ya que en este caso la imagen nunca aparece con tanta definición, siendo habitualmente borrosa, pálida o incompleta. Esta diferencia es más evidente en las imágenes complejas (paisajes, grupos de personas, etc)
- 2) **ESPONTANEIDAD.** Las pseudoalucinaciones no dependen de la voluntad o de la intención de la persona, siendo siempre completamente espontáneas. No pueden ser modificadas ni eliminadas de la conciencia, a diferencia de las imágenes mentales normales.
- 3) No existe conexión lógica entre varias imágenes pseudoalucinatorias consecutivas, por lo que el sujeto no puede establecer una asociación

entre ellas. La única excepción, según Kandinsky, se da en el transcurso de *PARANOIA ACUTA ET SUBACUTA*, donde las pseudoalucinaciones aparecen y se suceden con tanta rapidez que pueden crear la impresión de estar ligadas entre sí.

- 4) PASIVIDAD Y RECEPTIVIDAD. El sujeto que está experimentando una pseudoalucinación no tiene la sensación de estar realizando una actividad mental propia, sino de ser mero receptor pasivo de la imagen.
- 5) CARÁCTER DE IMPOSICIÓN: Las pseudoalucinaciones de los enfermos mentales, especialmente paranoicos y melancólicos, se caracterizan por su INTRUSIVIDAD, siendo generalmente muy desagradables en su contenido. Ciertas pseudoalucinaciones pueden convertirse en estables, interfiriendo en la capacidad cognitiva del sujeto con sus constantes apariciones. Esta característica no suele darse en las personas libres de psicopatología.

Las conclusiones que extrae Kandinsky del proceso de la autoobservación se describen en su trabajo “Zur Lehre von den Hallucinationen” (16) y se amplían en su monografía “Sobre las pseudoalucinaciones” (12-19):

1. Las alucinaciones no son nunca la expresión de una actividad agitada de la esfera espiritual, sino por el contrario una expresión del agotamiento de la misma, esto es, de la corteza de la parte anterior del cerebro. Los períodos del delirio intelectual no coinciden con los de las alucinaciones. Con el despertar de la actividad espiritual las alucinaciones se vuelven más tenues y desaparecen. Las actividades espirituales correspondientes a las fuerzas del enfermo contribuyen en gran medida a mitigar las alucinaciones.
2. El mecanismo y las condiciones para el surgimiento de las alucinaciones hipnagógicas y las de los enfermos mentales son similares.
3. Las alucinaciones se diferencian de las imágenes de recuerdo y de las fantasías, por muy vivas que sean estas últimas, en la percepción de objetividad que le es propio.
4. Las alucinaciones dependientes de la excitación de los nervios de los órganos de los sentidos se caracterizan por su simpleza; las alucinaciones visuales periféricas poseen además a menudo la particularidad de moverse en círculos, así como la de seguir los movimientos de los ojos.
5. La influencia de los recuerdos y del contenido del delirio intelectual sobre las alucinaciones es muy reducida. Incluso entre los enfermos mentales las imágenes fantásticas no tienen por qué llevar siempre a alucinaciones.

Caso Clínico M. Dolinin (12)

No cabe duda que el caso clínico más famoso descrito por Kandinsky en su obra “*Acerca de las pseudoalucinaciones*”, denominado “Caso Dolinin”, es una detallada y pormenorizada descripción de su propia enfermedad mental (13-17-18). Aparte de las obvias coincidencias entre Dolinin y el mismo Kandinsky en el curso de cada episodio y la sintomatología descrita, llama la atención la profundidad de detalle con la que narra el caso. La descripción de los pensamientos íntimos del paciente, de su estado mental durante los experimentos con tintura de opio, de las particularidades de los fenómenos sensorceptivos experimentados, excede con creces lo posible en un caso clínico normal. Por último, el estilo narrativo de Kandinsky al describir el caso, categórico y personal, hace imposible suponer que lo que está describiendo es un caso de un paciente. Vamos a citar un fragmento del Caso Dolinin, tal y como lo describe Kandinsky (12,19):

M. Dolinin, médico militar de 38 años, sufría de PARANOIA HALLUCINATORIA que al principio había cursado de forma subaguda, adquiriendo finalmente un carácter más crónico. A primera vista, la sintomatología que presentaba Dolinin podía sugerir un cuadro melancólico, dados los numerosos intentos autolíticos del paciente (que más tarde resultaron ser fruto de alucinaciones auditivas e ideación delirante). El paciente se mostraba reticente a la hora de relatar sus vivencias; generalmente prefería no hablar, o respondía a las preguntas de modo tangencial. Los síntomas predominantes de Dolinin consistían en múltiples alucinaciones auditivas; además de táctiles y somáticas. Las alucinaciones visuales eran frecuentes en los momentos de exacerbación del cuadro, siendo episódicas durante el curso general. No existía ninguna predisposición hereditaria, siendo la causa de la enfermedad de Dolinin el agotamiento mental debido a las largas noches de trabajo, circunstancias vitales adversas y abuso de alcohol. Tras la remisión del primer brote, que había durado un año y medio, Dolinin había gozado de 4 años de plena salud psíquica, consiguiendo desempeñar su actividad laboral con éxito. Dolinin había comenzado a plasmar sus vivencias en un diario al final del primer brote, cuando aún no se había librado del todo de las alucinaciones auditivas.

Además del diario, Dolinin había proporcionado a Kandinsky una gran cantidad de observaciones íntimas tanto sobre las alucinaciones auditivas como sobre las pseudoalucinaciones, que resultaron ser de gran utilidad. Más tarde, Dolinin se había ofrecido voluntario para participar en la investigación de Kandinsky: mediante la administración de pequeñas dosis de opio o cánnabis, Kandinsky provocaba en el paciente las alucinaciones hipnagógicas, pidiéndole posteriormente que las describiera.

A principios de 1883, sin ninguna causa aparente, Dolinin sufrió un nuevo brote de paranoia alucinatoria, esta vez agravado con ideas delirantes persecutorias y de grandeza. Kandinsky atribuyó las causas de la recaída de Dolinin a los nuevos excesos intelectuales, y en parte, probablemente, a los experimentos con opio y cánnabis, que tenían por finalidad la evocación voluntaria de alucinaciones hipnagógicas (hay que mencionar que Dolinin también aprendió a provocar a voluntad las alucinaciones auditivas, muy similares a aquellas involuntarias que sufría durante el primer brote). Según describe Kandinsky (19), durante el desarrollo del nuevo episodio, Dolinin únicamente era capaz de RECORDAR sus vivencias subjetivas, estando completamente absorto en los procesos alucinatorios e ideación delirante. Esta segunda vez el curso del episodio había sido rápido, adquiriendo insight y la capacidad de crítica a los dos meses después del inicio, y consiguiendo la remisión de las alucinaciones auditivas durante el tercer mes.

El caso clínico de M. Dolinin es rico en detalles clínicos que hacen referencia al fenómeno de automatismo mental y pseudoalucinaciones. Dado que es, probablemente, la primera vez que el caso se publica en español, hemos decidido incluir otro fragmento, traducido literalmente de la obra de Kandinsky “Sobre las pseudoalucinaciones”:

Durante el primer brote de su enfermedad mental, Dolinin experimentaba alucinaciones auditivas frecuentes. Las palabras, frases, diálogos e incluso estrofas poéticas completas que llegaban a sus oídos provenían de puntos concretos del espacio externo, por ejemplo desde las paredes, de las habitaciones vecinas, de las personas que se encontraban en la misma estancia que él. Bajo la influencia de las alucinaciones auditivas, el enfermo llegó a convencerse de que estaba en manos de un ejército de torturadores camuflados, que le rodeaban en la unidad psiquiátrica bajo la apariencia de otros pacientes, médicos y personal auxiliar. Cada una de esas personas era capaz de establecer contacto con él a través de las corrientes magnéticas (Dolinin conocía el concepto de “magnetismo animal”). A través del contacto magnético, sus perseguidores eran capaces, por un lado, de saber todos sus pensamientos, sensaciones y sentimientos hasta el más mínimo detalle, y por otro lado, podían transmitir a su cerebro cualquier idea o sensación que deseaban. El enfermo distinguía dos tipos de transmisiones mentales, basadas en dos modos de “inducción psíquica”. Por un lado, se trataba de una “imposición de pensamiento”, que consistía en lo siguiente: la persona que en un momento dado se encontraba en una conexión magnética con Dolinin, de manera artificial fabricaba en el cerebro del enfermo una u otra idea tormentosa, lo cual le causaba una imagen obsesiva persistente. Por otro lado, estaba la “imposición auditiva”: la persona conectada magnéticamente con Dolinin, escuchaba

con esmero un sonido o ruido que quería transmitir (por ejemplo, el habla real de otra persona presente en la habitación), o incluso producía el sonido voluntariamente (hablando en voz alta, gritando y escuchando su propia producción) y de esta forma transmitía al cerebro de Dolinin sus propias percepciones auditivas. En este caso, Dolinin era capaz de distinguir las voces o la forma de hablar de las personas que aparecían en su mente, creyendo que los torturadores invisibles con frecuencia adoptaban la apariencia de los conocidos de Dolinin).

En el transcurso de su segundo (y breve) episodio psicótico, Dolinin volvió a sufrir una gran cantidad de pseudoalucinaciones auditivas, que se presentaban tanto en forma de discurso coherente como simples sonidos y ruidos. También eran frecuentes las pseudoalucinaciones musicales (sonido de los tambores, música militar etc).

Aportaciones de Kandinsky a la psiquiatría

Resulta sorprendente el hecho de que las novedosas aportaciones de Kandinsky no recibieron la atención merecida por parte de la comunidad científica internacional. Una de las posibles explicaciones, según nuestro punto de vista, es que la muerte prematura del psiquiatra haya impedido la publicación de una obra completa de su trabajo. La monografía “*Sobre las pseudoalucinaciones*” no se publicó, como dijimos, hasta después de su muerte.

Sin duda, la principal aportación de Kandinsky a la psiquiatría fue el concepto de pseudoalucinaciones. Si bien el término “Pseudoalucinación”, como dijimos, fue acuñado por Hagen en 1868 (20), fue Kandinsky el primero en delimitar el concepto y proporcionar una descripción detallada del fenómeno pseudoalucinatorio, basándose en sus propias experiencias psicóticas. En 1885 Kandinsky (21) separó de las alucinaciones verdaderas un grupo de fenómenos que él explicaba como una subcategoría patológica de las representaciones sensoriales de la memoria y de la fantasía. Estos fenómenos, que Kandinsky denominó “*pseudoalucinaciones auténticas*”, se caracterizan por su continuidad y totalidad, espontaneidad, ausencia de conexión lógica entre las imágenes consecutivas, pasividad y receptividad, y el carácter de imposición. Un análisis más detallado del concepto de pseudoalucinaciones reúne las siguientes características:

- ✓ son extremadamente definidas y realistas, continuas, completas y estables;
- ✓ aparecen en la conciencia con toda claridad de detalles;
- ✓ todas las peculiaridades de la imagen, por mínimas que sean, aparecen simultáneamente y con la misma intensidad;

- ✓ al palidecer, lo hacen en su totalidad;
- ✓ no dependen de la voluntad o de la intención de la persona;
- ✓ son siempre completamente espontáneas;
- ✓ no pueden ser modificadas ni eliminadas de la conciencia, a diferencia de las imágenes mentales normales;
- ✓ no existe conexión lógica entre varias imágenes pseudoalucinatorias consecutivas;
- ✓ el sujeto no puede establecer una asociación entre ellas. La única excepción (según Kandinsky) se da en la PARANOIA AGUDA: en este caso, las pseudoalucinaciones aparecen y se suceden con tanta rapidez que pueden crear la impresión de estar ligadas entre sí;
- ✓ el sujeto que está experimentando una pseudoalucinación no tiene la sensación de estar realizando una actividad mental por su propia voluntad, sino de ser mero receptor pasivo de la imagen visual o acústica;
- ✓ las pseudoalucinaciones de los enfermos mentales, especialmente paranoicos y melancólicos, se caracterizan por su INTRUSIVIDAD, siendo generalmente muy desagradables en su contenido;
- ✓ ciertas pseudoalucinaciones pueden convertirse en estables, interfiriendo en la capacidad cognitiva del sujeto con sus constantes apariciones (esta característica no suele darse en las personas libres de psicopatología).

El concepto de automatismo mental, descrito por Kandinsky en su monografía “*Sobre las pseudoalucinaciones*”, permitió a Gaetan Gatian de Clerambault desarrollar su teoría del automatismo mental como primario en el desencadenamiento de la psicosis siendo el delirio y las alucinaciones secundarias. El Automatismo Mental sigue usándose bajo el nombre de Síndrome de Kandinsky-Clerambault (22, 23). El automatismo mental de Kandinsky, en gran parte basado en la autoobservación de su propia sintomatología, consiste en la alienación de los procesos mentales del enfermo, que empieza a vivirlos como pertenecientes a alguien más e impuestos artificialmente. Los síntomas de automatismo mental cursan con el delirio de persecución y de influencia, sentimientos de posesión (delirio de control) y transmisión de pensamiento (22). Kandinsky fue además el primer psiquiatra ruso que había propuesto en 1882 una clasificación de las enfermedades mentales (13) donde incluyó el concepto de Ideofrenia (coincidente con la actual esquizofrenia). Su clasificación empezó a emplearse inmediatamente en el Hospital San Nicolás el Milagroso, haciéndose oficial en 1886.

Cabe destacar la aportación de Kandinsky a la psiquiatría forense: fue el primero en sugerir la necesidad de introducir un criterio psicológico

de la imputabilidad (24, 25). En su obra “Acerca de la inimputabilidad”, publicada en 1890 a título póstumo (24), Kandinsky cuestiona el criterio legal utilizado en aquella época, según el cual la persona que sufría una enfermedad mental no era responsable legalmente. Por el contrario, defiende su opinión, por la que cada caso debe ser examinado individualmente de acuerdo con el diagnóstico y las circunstancias concretas, pronunciándose en contra del criterio indiferenciado de la irresponsabilidad legal. El mismo trabajo incluye la novedosa descripción del concepto de psicopatía. Su obra sigue siendo una referencia en la psiquiatría legal rusa.

Reflexión final

El objetivo principal del presente trabajo ha sido dar a conocer la vida y la obra del Dr. Kandinsky, poco conocido en el ámbito español hasta ahora y a veces erróneamente citado, a pesar del hecho de que autores como K. Jaspers o H. Rorschach utilizaran sus descripciones de las pseudoalucinaciones para apoyar sus clasificaciones de las pseudopercepciones. Aun reconociendo su contribución a la psiquiatría moderna, Kandinsky había sido definido como “*sujeto extraordinariamente imaginativo*”, y su trabajo como “*obra literaria*” (6).

Tras la investigación exhaustiva, hemos encontrado pocas referencias a su trabajo en las publicaciones nacionales e internacionales, aunque es de destacar el trabajo de Lerner y Witztum (15) en el que se presenta una revisión biográfica de la vida de Kandinsky, así como sus principales aportaciones.

Si bien es cierto que, como señala Berrios en su trabajo de 1993 (26), la obra de Kandinsky es principalmente la descripción de sus propias alucinaciones, no sería apropiado dejar de reconocer que fue el precursor de conceptos clave en la psiquiatría como el automatismo mental o el fenómeno pseudoalucinatorio.

Con todo, el trabajo de Kandinsky puede plantear algunos interrogantes. ¿Hasta qué punto son científicamente válidas las descripciones de su propia sintomatología que realiza un enfermo mental, aún poseedor del conocimiento psiquiátrico? ¿De qué manera había influido Kandinsky en la posterior conceptualización de pseudoalucinaciones?.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Kokoulina E, Angosto Saura T. La psicosis del psiquiatra: la vida y obra del Dr. Kandinsky. Rev Asoc Esp Neuropsiq (Madrid) 2012; 32 (113): 39-53.
- (2) Berrios GE, Denning TR. Pseudohallucinations: a conceptual history. Psychol Med 1996; 26: 753-63.

- (3) Hare EH. A Short Note on Pseudo-Hallucinations. *Brit J Psychiat* 1973; 122: 469-76.
- (4) Lerner V, Kapsan A, Witztum E. Kandinsky-Clerambault's Syndrome: Concept of use for Western Psychiatry. *Israel J Psychiat* 2003; 40 (1): 40-6.
- (5) Villagrán JM, Luque R. Pseudoalucinación: un análisis crítico. *Rev Asoc Esp Neuropsiq (Madrid)* 1994; XIV (50): 391-402.
- (6) González de Rivera JL. Pseudopercepción y Pseudoalucinación. *Psiquis* 1984; 5(1):1-5.
- (7) Baillarger, JGF. "Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies qui les caractérisent". Paris: Baillière, 1846.
- (8) Falret JP. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris, 1864.
- (9) G.Berrios. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. FCE, 2008. p. 94.
- (10) Hagen. *Zur theorie der Allucination*" *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 18.
- (11) Griesinger W. *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*. Ed Polemos, 2000.
- (12) Kandinsky VKh. O psevdogallutsinatiakh. Kritiko-klinicheskii etud. (About pseudohallucinations. Critical-clinical etude). Sankt-Petersburg: Izdanie EK Kandinskoi, 1890.
- (13) Rokhlin LL. Zhizn i tvorchestvo vydajushchegosia russkogo psikhiatra V.Kh. Kandinskogo (Vida y obra del famoso psiquiatra ruso V.Kh.Kandinsky). Moscú: Meditsina, 1975.
- (14) Rokhlin LL. The philosophical and psychological views of V. Kh. Kandinsky. *Zh. Nevropatol Psikhiatr Im S.S. Korsakova* 1969; 69(5): 755-61.
- (15) Lerner V, Witztum E. Victor Kandinsky. MD: psychiatrist, researcher and patient. *Hist Psychiat* 2003; 14 (1): 103-111.
- (16) Kandinsky V. *Zur Lehre von den Hallucinationen*. *Arch Psychiat Nerven* 1881; 11: 453-64.
- (17) Snezhnevsky AB. Kandinsky VKh: Biograficheskii ocherk (Kandinsky VKh: ensayo biográfico). En: *Kandinsky VKh. O psevdogallutsinatiakh*. (Sobre las pseudoalucinaciones). Moscú: Medgiz, 1953.
- (18) Shoifet MS. *Sto velikikh vrachei (Cien médicos excepcionales)*. Moscú: Veche, 2006.
- (19) Kandinsky VKh. O psevdogallutsinatiakh. (Sobre las pseudoalucinaciones). Moscú: Meditsinskaya kniga; 2007.
- (20) Hagen FW. *Zur Theorie der Hallucination*. *Allgem. Zeitschr. Fur Psychiat* 1868; 25: 1-113.
- (21) Kandinsky VK. *Kritische und Klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen*. Berlín: Friedlander & Sohn, 1885.
- (22) Mikirtumov BE, Ilichev AB. Istoriya izucheniia sindroma psikhicheskogo automatizma (Syndrome of mental automatism: history of discovery). *Nauchno-meditinskii vestnik Tsentralnogo Chernozemia* 2009; 35:124-32.
- (23) Lerner V, Kapstan A, Witztum E. The Misidentification of Clerambault's and Kandinsky-Clerambault's Syndromes. *Can J Psychiat* 2001; 46: 441-43.
- (24) Pervomaisky VB. K 100-letiyu knigi V.Kh. Kandinskogo "K voprosu o nevmeniaemosti" (100 aniversario del libro de V.Kh.Kandinsky "Acerca de la inimputabilidad"). *Zh Nevropatol Psikh* 1991; 91 (9): 71-74.
- (25) Kandinsky VKh. K voprosu o nevmeniaemosti (Acerca de la inimputabilidad). Sankt-Petersburg: Izdanie EK Kandinskoi, 1890.
- (26) Berrios GE. Phenomenology and psychopathology: Was there ever a relationship? *Compr Psychiat* 1993; 34 (4): 213-20.

LA LARGA NOCHE DE LA NEUROCIENCIA SOVIÉTICA BAJO EL ESTALINISMO.

Miguel Marco Igual

“Scientists are remembered mainly because of their scientific achievements. As years pass, new generations gradually care less about the actual social and political circumstances surrounding scientific life. Time and place crucially influence the outcome of scientific investigation. Most scientists manage to conduct their research by adjusting to the political and social situations surrounding them.”

ALLA M. VEIN (1)

La época zarista

La neurociencia rusa se desarrolló en el siglo XIX de manera similar a la de otros países europeos, gravitando en torno a los focos de atracción alemanes y franceses, a donde acudieron muchos de sus primeros especialistas para perfeccionar su formación, hábito que terminó con la llegada de la Revolución de octubre de 1917.

Un pionero de la neurofisiología rusa, a la que imprimiría un sello materialista, fue Iván Sechenov (1829-1905), quien a partir de sus estudios sobre la actividad refleja del sistema nervioso defendía la identidad de los procesos fisiológicos y psíquicos, que se basaban en mecanismos de excitación e inhibición (2).

La neurología y la psiquiatría rusas aparecieron de manera paralela en Moscú y San Petersburgo, en la primera ciudad con carácter más clínico y en la segunda, más experimentalista. El fundador de la Escuela de Moscú fue Alexei Kojevnikov (1836-1902), que apostó decididamente por la clínica neurológica. En 1892 desdobló su departamento en una clínica psiquiátrica dirigida por su discípulo Sergei Korsakov (1854-1900) y otra neurológica, cuya dirección se reservó para él. Creó una fecunda escuela de neurología, con miembros de la talla de Vladimir Roth (1848-1916), Liverij Darsksheevich (1858-1925), Lazar Minor (1855-1942), Vladimir Muratov (1865-1916) y Grigory Rossolimo (1860-1928), uno de los fundadores de la neuropediatría, y los discípulos de Minor, Mijail Krol (1879-1939) y Vasily Kramer (1875-1935) (2).

En San Petersburgo, capital de los zares, Iván Balinsky (1824-1902) fundó en 1859 la primera clínica psiquiátrica de Rusia. Dos grandes per-

sonalidades brillaron en esta ciudad. La primera fue Iván Pavlov (1849-1936), creador de la doctrina de los reflejos condicionados y Premio Nobel de Medicina en 1904 y, la segunda, Vladimir Bechterev (1857-1927), polifacético neurólogo, psiquiatra y neurofisiólogo (2).

Hay que recordar que hasta los años ochenta del siglo XX en la URSS, la neurología clínica era denominada neuropatología y los neurólogos, neuropatólogos, mientras que la anatomía patológica del sistema nervioso era conocida como neuromorfología y sus especialistas, neuromorfólogos. En ocasiones, estos términos han sido traducidos del ruso a otras lenguas de manera literal, creando confusión con el nombre de estas especialidades médicas y de los profesionales que las ejercían (2).

Los dos primeros decenios del siglo XX fueron un periodo de transición en el que convivieron diferentes tendencias intelectuales. Representaban el final de la época zarista y la emergencia de una nueva visión del mundo que eclosionaría con la Revolución bolchevique de 1917. En el campo de la psiquiatría de San Petersburgo, más tarde llamada Leningrado, la labor de Vladimir Bechterev fue continuada por sus discípulos, la judía bielorrusa Raisa Golant (1885-1953) y Vladimir Miasishchev (1893-1973) en el Instituto Psiconeurológico, y por el psiquiatra militar Víktor Osipov (1871-1947) en la Academia Médica Militar. En Moscú existía una rivalidad entre dos discípulos de Korsakov, Piotr Gannusjin (1875-1933), de tendencia kraepeliniana, jefe de la Clínica de Psiquiatría de la Universidad Estatal, y Vladimir Serbsky (1858-1917) con una posición similar en la Universidad de Moscú. Serbsky, creador de la psiquiatría forense rusa, era seguidor de la psiquiatría francesa y simpatizaba con la psicoterapia. Firme opositor al zarismo, en 1911 abandonó la Universidad acompañado de algunos colaboradores como Nikolai Osipov (1877-1934) y Lev Rozenshtein (1884-1934), mientras que otro discípulo, Iván Ermakov (1875-1942), se hizo cargo de la dirección de la Clínica. Osipov, Ermakov y Nikolai Vyubov (1869-1918) en Moscú, y Tatiana Rosenthal (1885-1921), colaboradora de Bechterev en San Petersburgo, fueron pioneros del psicoanálisis, que en Rusia era conocido como *freudismo* (3,4).

La escuela psicoanalítica adquirió una gran importancia entre los rusos, sobre todo los de origen judío. Muchos de ellos, a causa de las restricciones zaristas que limitaban su presencia en las universidades del país, se veían obligados a estudiar en el extranjero, especialmente en Suiza y Alemania, y allí conocieron los primeros núcleos psicoanalíticos. Además de los psicoanalistas ya citados, se puede destacar a los judíos Moshe Wulff (1878-1971), Sabina Spielrein (1885-1942), Vera Schmidt (1889-1937) y al entonces joven Alexander Luria (1902-1977), alma del círculo psicoanalítico de Kazán. Luria y Ermakov se distanciarían del psicoanálisis a partir de 1927 (4, 5).

La revolución cultural de los años veinte

La Revolución de octubre de 1917 supuso un hito en la historia de Rusia. Hacia ella se dirigieron los ojos de millones de personas de diferentes países. En el ámbito de la sanidad representó un cambio de paradigma con un incremento radical de recursos en cuanto al número de hospitales y de profesionales sanitarios, el desarrollo de especialidades médicas y de institutos de investigación (2). Los psiquiatras fueron uno de los grupos profesionales que más apoyaron al nuevo régimen, tal como ya habían hecho con el movimiento revolucionario de 1905 y el conflicto universitario de 1911, cuando el ministro Lev Kasso expulsó de la Universidad de Moscú a centenares de estudiantes, y muchos profesores, como Vladimir Serbsky, la abandonaron en señal de solidaridad con los represaliados (3,5). Los bolcheviques al alcanzar el poder derogaron las leyes antisemitas que obligaban a la mayoría de los judíos a residir en el *Rayon (The Pale of Settlement* en inglés), en la periferia del imperio ruso, y que limitaban drásticamente su acceso a la universidad. Gran número de intelectuales y profesionales judíos se adhirieron a la Revolución y contribuyeron activamente al florecimiento cultural del país en los años veinte (6,7). No todos los intelectuales rusos sintonizaron con los nuevos tiempos y en 1922-1923, más de 200 filósofos, médicos, ingenieros, profesores, periodistas y otros profesionales fueron expulsados del país a bordo de los denominados *Barcos de los filósofos*, con destino preferente a Alemania (8).

Merecen una atención especial el primer Comisario del Pueblo para la Salud Pública, Nikolai Semashko (1874-1949) y los psiquiatras Lev Rozenshtein y Petr Zinov'ev (1883-1965), defensores de la medicina social. Rozenshtein, discípulo de Serbsky y seguidor de la higiene social de Adolf Meyer, gozó de una gran influencia en los años veinte desde la dirección del Instituto de Profilaxis Neuropsiquiátrica. Preconizó la higiene mental y la creación de Dispensarios de Neuropsiquiatría. Era la época de la eugenesia, en la que se proponía la creación de un hombre nuevo soviético. Su principal promotor fue el psiquiatra Grigory Segalin que estaba preocupado por las personas más inteligentes, socialmente inadaptadas, para quienes proyectó el Instituto del Genio, iniciativa que fue abandonada en la época estalinista (3,9,10).

Los años veinte fueron un periodo de eclosión de nuevas ideas y maneras de actuar en disciplinas como la psiquiatría, la psicología o la fisiología. Cobró nuevas fuerzas el movimiento psicoanalítico, con el que simpatizaba León Trotski, y se llevaron a cabo experiencias como la de la Casa de Niños (*Detsky Dom*), en la que se educaban niños pequeños según las ideas psicoanalíticas. También fue la época de la paidología, una especialidad que combinaba conceptos pedagógicos, psicológicos, psiquiátricos

nicos y psicoanalíticos. Entre sus promotores se encontraban Aleksandr Nechaev (1870-1948), Aron Zalkind (1888-1936), Grigory Rossolimo, Pavel Blonski (1884-1931) y Lev Vigotski (1896-1934). Así mismo destacó la psicotecnia, una materia que aplicaba la psicología al estudio del trabajo, variante soviética del *taylorismo* promovida por Alexei Gastev (1882-1938) e Isaak Shpilrein (1891-1937) (7,11,12).

Un personaje importante en la cultura de los años veinte, desde su puesto dentro del Comisariado del Pueblo para la Educación, fue Nadezhda Krupskaya (1869-1939), esposa de Lenin, que se rodeó de intelectuales como Pavel Blonski y Lev Vigotski, e impulsó iniciativas como la de la paidología. Su fuerte antagonismo con Stalin pudo causar problemas en los años treinta a quienes habían colaborado con ella (12).

En enero de 1924 falleció Vladimir Lenin tras haber sufrido repetidos infartos cerebrales. En la lucha por la sucesión del líder emergió la figura ascendente de José Stalin, que derrotó a Trotski y sus partidarios en 1928, y un año después ya controlaba las riendas del poder absoluto.

Vladimir Bechtereov murió de manera misteriosa durante la navidad de 1927, probablemente envenenado. Unas horas antes había visitado a Stalin, a causa de una parálisis braquial obstétrica que éste presentaba. Tras la entrevista, calificó en privado al político de paranoico. El nombre de Bechtereov fue borrado del panorama de la medicina soviética y la persecución se extendió a su familia. Así, su hijo Piotr, ingeniero e inventor, fue detenido en 1935 y enviado al *Gulag*, donde murió fusilado (13).

En 1928 se creó el Instituto del Cerebro de Moscú (*Institut Mozga*), que estudió el cerebro de Lenin y el de otras personalidades de la política, la ciencia y la cultura soviéticas, todos ellos conservados en el *Panteón de los Cerebros*. El Instituto estaba dirigido por el neurólogo alemán Oskar Vogt y su esposa Cécile, y más tarde por el neuropatólogo Semion Sarkisov (1895-1971). También se fundó en Moscú el Instituto de Neurocirugía Burdenko, centro multidisciplinario que aún se mantiene activo en nuestros días. Además de Nikolai Burdenko (1876-1946), contó con grandes neurocirujanos como su sucesor Boris Egorov (1892-1972) y Leonid Koreisha (1896-1973). En San Petersburgo, más tarde Leningrado, se distinguieron los neurocirujanos Ludvig Pussep (1875-1942), Andrei Polenov (1871-1947) e Isaak Babchin (1895-1989) (2).

Entre los neurólogos de la época soviética destacaron Nikolai Grashchenkov (1901-1965), que disfrutó de una gran influencia política, Sergei Davidenkov (1880-1968), padre de la neurogenética soviética, Evgeny Sepp (1878-1957), Alexander Grinshtein (1881-1960) y Nikolai Kononov (1900-1966). Podemos citar entre los neuropatólogos a Pavel Snesev (1876-1954), al ya citado Semion Sarkisov, director del *Institut Mozga*, y a Leonid Smirnov, del Instituto Burdenko (2,9).

La Escuela Pavloviana

Iván Pavlov desarrolló la teoría de los reflejos condicionados a partir de sus investigaciones con perros. Su doctrina, denominada *neurismo*, implicaba que el sistema nervioso mantenía una disposición fisiológica piramidal con la corteza cerebral situada en la cúspide. En esta doctrina, la expresión *actividad nerviosa superior* reemplazaba a conceptos clásicos como mente, deseo, emoción o memoria. Todas las facetas de la *psique* humana dependían de reflejos condicionados, que se habían ido formando a lo largo de la evolución a través de respuestas a estímulos exteriores. Existía un segundo sistema de señales constituido por el lenguaje, fenómeno propio del cerebro humano. Pavlov provocó neurosis experimentales en perros y en los últimos años de su vida se inició en la clínica psiquiátrica con la colaboración de Anatoly Ivanov-Smolensky (1885-1982), manteniendo una visión materialista y reduccionista del funcionamiento del cerebro y de la conducta humana. También sostenía el concepto de inhibición protectora, por el cual las células cerebrales se inhiben ante las agresiones y preconizaba la terapia de sueño para las enfermedades mentales (9,14).

El XV Congreso Internacional de Fisiología, celebrado en 1935 en Leningrado y Moscú, fue un acto de reconocimiento a la obra de Pavlov, quien fallecería en febrero de 1936. Su labor proseguiría con los miembros de su escuela, entre los que destacan su sucesor Leon Orbeli (1882-1957), e Iván Beritashvili (1884-1974), Konstantin Bykov (1886-1959), Petr Kupalov (1888-1964), Piotr Anojin (1898-1974), Alexei Speransky (1888-1961), neurólogo, y el ya citado Anatoly Ivanov-Smolensky, psiquiatra (9,14).

La judía letona Lina Stern (1878-1968), profesora de fisiología en Ginebra, regresó a Moscú en 1925 para dirigir un laboratorio de fisiología desde el que sostuvo una fuerte rivalidad con Iván Pavlov. Estudiosa de las barreras biológicas, en 1921 fue la creadora del término *barrera hematoencefálica*. Otro gran fisiólogo de Moscú fue Nikolai Bernshstein (1896-1966), también judío. Investigador del movimiento vivo, mantuvo una estrecha relación con el Círculo de Lev Vigotski (1,9,11).

El Círculo de Vigotski

La psicología soviética giró en torno al Instituto de Psicología de Moscú, fundado y dirigido por Georgy Chelpanov (1862-1936), quien fue desplazado en 1922 por Konstantin Kornilov (1879-1957), que con la re-actología intentó crear una psicología basada en el marxismo. En 1923

se incorporó al centro Alexander Luria, fundador de la moderna neuropsicología, y en 1924 Lev Vigotski, padre de la teoría histórico-cultural, muerto prematuramente a causa de la tuberculosis. A ellos debe asociarse también Aleksei Leontiev (1903-1979), creador de la teoría de la actividad. Vigotski, persona dotada de una gran capacidad para aglutinar iniciativas, promovió un grupo o Círculo de investigación, en el que colaboraron personas como Alexander Zaporozhets (1905-1981), Lydia Bozhovich (1908-1981), Roza Levina (1908-1989), Liya Slavina (1906-1988), Natalia Morozova (1906-1989), Daniel Elkonin (1904-1984) o Piotr Galperin (1902-1988) (6,11,15,16).

En 1931, se acercó al grupo Bluma Zeigarnik (1901-1987), procedente de Berlín, donde había trabajado con Kurt Lewin, fundador de la psicología social moderna. Otros psicólogos destacados fueron Pavel Blonski, introductor del behaviorismo en la psicología rusa, el filósofo y psicólogo Sergei Rubinshtein (1889-1960), y los discípulos de Chelpanov, Boris Teplov (1896-1965) y Anatoly Smirnov (1894-1980). Estos dos últimos dirigirían los destinos de la psicología soviética durante la difícil travesía de los años cincuenta (11,12,17).

Los años treinta. La Gran Purga y el Decreto de la Paidología.

En 1929, Stalin asumió el poder absoluto y cambió la faz de la Revolución. Ya desde el primer plan quinquenal (1928-1932) se priorizó un apoyo masivo a la industria pesada y una colectivización de la tierra que desencadenó una terrible hambruna. Se reorientaron los objetivos de salud, que perdió su carácter preventivo para dirigirse al tratamiento de los pacientes en su lugar de trabajo. En 1929 dimitió Anatoly Lunachrsky, Comisario del Pueblo para la Educación, y en enero de 1930 cayó el de Salud Pública, Nikolai Semashko (3,10).

A partir de entonces se produjo un cambio de valores con la instauración del culto a la personalidad de Stalin y la represión de cualquier posible discrepancia, incluso antes de que se hiciera patente. Se trata del periodo en que se desarrolló con mayor virulencia el sistema concentracionario del *Gulag*, en el que cientos de miles de personas fueron detenidas arbitrariamente y asesinadas o enviadas a los campos de trabajo. La represión se exacerbó en 1934 tras el oscuro asesinato de Sergei Kirov, líder del Partido Comunista (PC) en Leningrado, y fue máxima en 1936-1938, periodo conocido como la *Gran Purga* o el *Gran Terror*, que coincidió con los juicios de Moscú, una farsa en la que se eliminó a muchos de los viejos bolcheviques que aún sobrevivían.

Rozenshtein fue obligado a retractarse públicamente de sus ideas en 1932, y fallecería en 1934 por causas naturales, pero su esposa y su

hija fueron arrestadas en 1937 por la NKVD, la policía política (9,10). Zinov'ev sobrevivió sin grandes contratiempos al haber sido forzado a mediados de los años treinta a dejar su cátedra de Moscú y trasladarse a un Instituto Médico de la República de Azerbaiyán, donde pasó más desapercibido, lo que también le sucedió a Segalin, que residía en Sverdlovsk (3). En 1937, Volf Vnukov, sucesor de Gannusjin en su cátedra, y de Rozenshtein en la dirección del Instituto de Profilaxis Neuropsiquiátrica, desapareció súbitamente y se borró toda referencia oficial a su persona, siendo probablemente arrestado y asesinado. Otro miembro del Instituto, el psiquiatra forense judío Nikolai Brukhansky fue detenido y ejecutado. Esta institución cambió su nombre en 1938 por el de Instituto Central de Psiquiatría, quedando dirigida por Aleksandr Shmaryan y Pavel Posviansky (9).

El 4 de julio de 1936 se publicó el decreto “*Sobre las perversiones paidológicas en el sistema del Comisariado del Pueblo para la Educación*”, que prohibía cualquier tipo de valoración psicológica o que buscara diferencias entre individuos, y así quedaron proscritas las ciencias consideradas subjetivas como la paidología, la psicotecnia y el psicoanálisis, la práctica de todo tipo de test y los estudios genéticos humanos. Curiosamente no se condenó la práctica de la hipnosis, una materia también subjetiva, pero que atraía a Stalin. El país se llenó de comisarios de la ciencia sin estudios superiores que habían obtenido sus títulos en el Instituto del Profesorado Rojo, un organismo que funcionó entre 1921 y 1938, creado para potenciar la presencia en diferentes ámbitos de profesionales con formación marxista (3,11,12).

A comienzos de los años treinta, Lev Vigotski sufrió presiones desde medios del Partido. Para eludir estas intimidaciones, se desplazaba frecuentemente desde Moscú a Leningrado y Járkov, donde trabajaban miembros de su Círculo de investigación y se respiraba un ambiente más distendido. En 1933 tuvo que responder a una comisión indagatoria gubernamental y su temprana muerte en 1934 le evitó otras situaciones desagradables. Con toda probabilidad, no habría sobrevivido a la *Gran Purga* (6).

Alexander Luria se trasladó al Asia Central en 1931-1932 para realizar estudios interculturales. También residió en Járkov entre 1932 y 1934, y después del Decreto de 1936 se refugió en el *Instituto de Defectología* de Moscú, terminando sus estudios de medicina en 1937. Ese mismo año, fue detenido y fusilado el genetista Solomon Levit (n.1894), director del Instituto Médico-Genético de Moscú, donde Luria había llevado a cabo investigaciones con gemelos. Éste, sintiéndose amenazado, se refugió unos meses en el Cáucaso, teniendo que presentar su disertación doctoral en Tbilisi (Georgia). A su regreso a Moscú, se incorporó como médico interno al Instituto Burdenko, donde comenzó sus estudios con lesionados

cerebrales. En el centro también investigaban el psiquiatra Aleksandr Shmaryan y el neurofisiólogo Piotr Anojin (5,15,16).

Durante la *Gran Purga* fueron asesinados los psicotécnicos Isaak Shpilrein y Alexei Gastev, y los psicólogos Georgy Chelpanov y Gustav Shpet. El paidólogo Aleksandr Nechaev ya había sido desterrado en 1935 a Semipalatinsk (Kazajstán), donde falleció en 1948. Otro paidólogo, Aron Zalkind murió pocos días después de la publicación del Decreto a causa de un ataque cardíaco. Así mismo, Pavel Blonski fue severamente criticado por defender los tests psicológicos y el estudio de las capacidades innatas, pero continuó trabajando en el Instituto de Psicología. En 1936 se prohibieron las publicaciones de Sigmund Freud y las del ya fallecido Lev Vigotski (9,11,12).

Sabina Spielrein, que había tenido relación con Carl Jung y Sigmund Freud durante las dos primeras décadas del siglo XX, regresó a la URSS en 1923 y en 1924 se instaló en Rostov del Don, su ciudad natal, donde ejerció como paidóloga. Su hermano el psicotécnico Isaak Shpilrein fue enviado al *Gulag* en 1935, siendo acusado de trotskista y fusilado en 1937. Otros tres hermanos, Jascha y Jean, ingenieros, y Emil, biólogo, fueron fusilados en 1938. Sabina fue asesinada por los nazis, junto a sus dos hijas Renata y Eva, cuando tomaron Rostov del Don en el verano de 1942. Sabina era una notable psicoanalista que realizó importantes trabajos sobre la represión y el psicoanálisis infantil. Iván Ermakov, antiguo presidente de la Asociación Psicoanalítica Rusa y editor de Freud, murió en 1942, en un campo del *Gulag*. Algunos psicoanalistas se habían salvado al emigrar a otros países durante los años veinte, como Nikolai Osipov, que marchó a Checoslovaquia y Moshe Wulff, que se fue a Israel (3,4,7).

Una figura clave de la neurociencia soviética en las décadas de los años treinta y cuarenta fue el neurólogo bielorruso Nikolai Grashchenkov, procedente del Instituto del Profesorado Rojo. También es conocido como Nikolai Propper-Grashchenkov o Nikolai Propper, nombre con el que participó en la Revolución húngara de principios de los años veinte. En 1933 era uno de los administradores del Instituto de Medicina Experimental de toda la Unión (VIEM), que acogía a diferentes institutos y laboratorios de investigación. Entre 1935 y 1937 residió en Inglaterra y Estados Unidos, trabajando con fisiólogos de la talla de Adrian, Dale, Gasser y Fulton. Regresó a la URSS en la primavera de 1937, aportando la metodología e instrumentos de investigación que había conocido en Occidente. Siempre fue un defensor de la teoría de la sinapsis y la transmisión química de los impulsos nerviosos, sin que ello afectara negativamente a su carrera política y científica. Entre 1937 y 1939 ejerció como responsable del Comisariado del Pueblo para la Salud Pública y desempeñó un papel activo en la *Gran Purga*, enviando masivamente personal médico a trabajar en

los superpoblados campos del *Gulag*. En 1939 regresó a la dirección del VIEM, organismo que en 1944 se transformaría en la Academia de Ciencias Médicas, de la que dirigiría su Instituto de Neurología, mientras que el de Psiquiatría tendría como máximo responsable a Vasily Giliarovsky. Grashchenkov apoyó la carrera profesional de los psiquiatras Mijail Gurevich y Aleksandr Shmaryan, así como la del ya citado Alexander Luria (2,5,9).

La Gran Guerra Patria y la posguerra

El 22 de junio de 1941, las tropas hitlerianas invadieron la URSS y comenzó la *Gran Guerra Patria*, en la que los neurocientíficos participaron abnegadamente. Destaquemos al neurólogo Sergei Davidenkov, jefe de la Sanidad militar de Leningrado o a Alexander Luria, que dirigió la clínica de rehabilitación de heridos de guerra con lesiones cerebrales de Kisegach, en los Urales. Colaboraron con él, el neurólogo Lev Perelman y la neuropsicóloga Bluma Zeigarnik, quien había perdido a su marido Albert en 1940, acusado de ser espía alemán, y debía realizar grandes esfuerzos para salir adelante con sus dos hijos. Tras la detención de su esposo, Bluma destruyó gran parte de los documentos, manuscritos y trabajos científicos que conservaba, y guardó un absoluto silencio sobre este asunto para el resto de su vida (9,15,17).

La guerra finalizó el 9 de mayo de 1945, pero desde 1943, tras las batallas decisivas de Stalingrado y Kursk, el frente de batalla se alejó del territorio soviético y el país fue recuperando la normalidad. Hubo un periodo de bonanza intelectual y de contactos e intercambios culturales con los aliados occidentales, que se fue cerrando a lo largo de 1946 y definitivamente en 1947, con la instauración de la *Guerra fría*. Desde la segunda mitad de los años treinta se habían consolidado en el mundo de la psiquiatría moscovita Vasily Giliarovsky (1875-1959), Mijail Gurevich (1878-1952), Mark Sereisky (1886-1957) y Aleksandr Shmaryan (1901-1961). Sereisky y Gurevich habían recibido formación en Europa occidental y el segundo, como Shmaryan, fue alumno del Instituto del Profesorado Rojo. Gurevich y Giliarovsky dirigían las Clínicas Psiquiátricas de los Institutos de Medicina Nº 1 y 2 de Moscú, respectivamente, y Shmaryan el Instituto Central de Psiquiatría, además de la Jefatura de Psiquiatría del Ministerio de Sanidad y un laboratorio de investigación en el Instituto Burdenko. La escuela psicomorfológica de Shmaryan, a caballo entre la neurología y la psiquiatría, estudiaba la fenomenología de las lesiones cerebrales de los pacientes neuroquirúrgicos y de los heridos de guerra, intentando correlacionar la enfermedad mental con estructuras anatómicas del cerebro.

Otra figura destacada fue la judía ucraniana Grunya Sujareva (1891-1981), impulsora de la psiquiatría infantil y de la adolescencia soviética, y pionera en la descripción del síndrome de Asperger en 1926, 18 años antes de que lo hiciera el psiquiatra austriaco de quién tomó el nombre. Sujareva también fue una prestigiosa especialista en el estudio de las deficiencias mentales (5,9).

Hasta los años veinte, los enfermos mentales permanecían recluidos en grandes instituciones y se les proporcionaban escasas medidas terapéuticas. En los años treinta, las patologías más graves comenzaron a ser tratadas de manera más activa con técnicas como el electroshock y el shock inducido por insulina o metrazol, las terapias de sueño prolongado o fraccionado y a partir de 1944, la lobotomía. Los promotores más activos de la lobotomía fueron Aleksandr Shmaryan y el neurocirujano Boris Egorov del Instituto Burdenko de Moscú, así como Raisa Golant y el neurocirujano Isaak Babchin del Instituto Psiconeurológico de Leningrado, y el psiquiatra Mark Goldenberg y el neurocirujano Khaim Garkavi de Gorki. En aquella época se libraba una lucha tenaz por el poder entre los psiquiatras más destacados del país y el tema de la psicocirugía fue utilizado como arma de grueso calibre, de la que se beneficiaría más tarde Vasily Giliarovsky, impulsor de una campaña que logró la prohibición de la lobotomía mediante un decreto, el *Prikaz N° 1003*, del 1 de enero de 1951 (9).

La Zhdanovshchina y el Anticosmopolitismo

El comienzo de la *Guerra Fría* tuvo su expresión más significativa en la campaña conocida como *Zhdanovshchina*, ya que fue promovida por Andrei Zhdanov, que era responsable de la política cultural del Partido y se postulaba como virtual sucesor de su consuegro Stalin. La campaña comenzó en agosto de 1946 y su estandarte fue la lucha contra los *cosmopolitas*, término acuñado para referirse a los judíos sin necesidad de nombrarlos, ya que utilizar esta denominación era una muestra de racismo. Definían al *cosmopolitismo* como una ideología reaccionaria pequeñoburguesa que rechazaba las tradiciones y la soberanía nacional. Una orden del Comité Central del PC exigía que todas las publicaciones científicas se ajustaran a los principios del marxismo-leninismo y se suprimiera toda fuente de documentación extranjera. Los científicos soviéticos no podían viajar a Occidente, ni publicar allí (14,18).

En agosto de 1948 tuvo lugar la *Reunión de la Academia de la Agricultura* (VASKhNIL), en la que Stalin apoyó abiertamente los postulados de Trofim Lysenko con su dogma pseudocientífico sobre la herencia de los caracteres adquiridos (14). En la persecución que desencadenó esta

reunión, fue destituido el neurólogo y genetista leningradense Sergei Davidenkov, quien ya había sufrido en 1938 la detención de su hijo Nikolai, que quedó pronto en libertad, pero de nuevo fue arrestado en 1945, internado en el *Gulag* y fusilado en 1950, según relata Alexander Solzhenitsyn (19,20). El neurofisiólogo León Orbeli, que se oponía a los dictados de Lysenko, fue cesado de la Jefatura de la División de Ciencias Biológicas de la Academia de Ciencias (21).

La campaña contra los intelectuales y científicos judíos tuvo su punto álgido en enero de 1949 con el arresto de los miembros del Comité Antifascista Judío, entre los que se encontraba la fisióloga Lina Stern, que fue la única superviviente del grupo de 15 detenidos. Lina Stern, quien ya había sido expulsada de su laboratorio de la Academia de Ciencias en octubre de 1948, permaneció más de tres años en prisión y otros 10 meses desterrada en Dzhambul (Kazajstán), hasta que en junio de 1953, tras la muerte de Stalin, fue rehabilitada. Se cree que su vida fue respetada porque investigaba sobre la longevidad humana, un tema que preocupaba especialmente a Stalin, que ordenó que no fuera ejecutada (1,18). También quedaron apartados de sus puestos, acusados de *cosmopolitas*, el catedrático de Psicología en la Universidad Estatal de Moscú y responsable de Psicología en la Academia de Ciencias, Sergei Rubinshtein, el neurofisiólogo estudioso del movimiento en el Instituto Central de Cultura Física de Moscú, Nikolai Bernshtein, el psiquiatra jefe del Ministerio de Sanidad y del Instituto Central de Psiquiatría, Aleksandr Shmaryan, y la directora del Instituto Serbsky de Psiquiatría Forense, Tsetselia Feinberg, todos ellos judíos (9,11,22).

El psiquiatra Leon Rokhlin (1903-1985), antiguo colaborador de Rozenshtein en el campo de la higiene mental, tuvo que huir de Moscú en 1931 ante las críticas recibidas por realizar un estudio sobre las enfermedades mentales de los activistas del Partido. Refugiado en el Instituto Psiconeurológico de Járkov, del que fue director, acogió a los psicólogos del Círculo de Vigotski cuando éstos abandonaron la capital. También permaneció un tiempo detenido en 1937, en el curso de la *Gran Purga*. En 1945 fue llamado a Moscú por Vasily Giliarovsky para trabajar a su lado en el Instituto de Psiquiatría de la Academia de Ciencias Médicas. Nuevamente, a causa de su origen judío, en 1950 fue desplazado desde Moscú a un instituto médico de Kazán (9).

La Pavlovskaya

En 1949 se conmemoró el centenario del nacimiento de Iván Pavlov. Coincidiendo con el evento, su discípulo Anatoly Ivanov-Smolensky, au-

toproclamado depositario de la verdad pavloviana, propugnó reivindicar su figura a Yuri Zhdanov, que era jefe de Ciencia y Cultura del Partido, cargo en el que había reemplazado a su padre, muerto un año antes a causa de un ataque cardíaco. Se planificó una campaña para someter las neurociencias al dictado de las enseñanzas pavlovianas y Stalin instó al ministro de Sanidad, Efim Smirnov, para que organizara una “*sesión científica para formular las enseñanzas del Académico I.P.Pavlov*”. En ella participaron de manera conjunta la Academia de Ciencias y la Academia de Ciencias Médicas. Al dictador no le gustaban los médicos desde que se produjo el incidente que ocasionó la muerte de Vladimir Bechtereov en 1927 (14).

El primer acto de esta campaña, conocida popularmente como *Sesión Pavloviana* o *Pavlovskaya*, tuvo lugar entre el 28 de junio y el 4 de julio de 1950 con luz y taquígrafos, y reunió a más de mil profesionales, con un amplio seguimiento por parte de la prensa. Para comprender los motivos de la misma hay que recordar que nos encontramos en la época del estalinismo tardío, en medio de una rígida campaña antisemita, con rechazo de todo lo que viene de Occidente y una búsqueda de lo genuinamente ruso, con la elección arbitraria de la teoría genética de Lysenko, y la reciente publicación de un texto de Stalin sobre gramática, *El marxismo y los problemas de la lingüística*, por el que recibe el atributo de *destacado científico*. Ahora los intelectuales han de loar sus contribuciones a la lingüística y catalogarlo de colega. Esta reunión fue la primera de una serie que debía adaptar la ciencia médica a los postulados del materialismo dialéctico y las enseñanzas pavlovianas (9, 14, 21).

Yuri Zhdanov encargó la conducción de la reunión al propio Ivanov-Smolensky acompañado por el fisiólogo Konstantin Bykov, otro discípulo de Pavlov, que tenía una mancha en su pasado por haber sido médico del Ejército Blanco durante la guerra civil de 1917-1920, el presidente de la Academia de Ciencias, Sergei Vavilov, y el vicepresidente de la Academia de Ciencias Médicas, Nikolai Razenkov, a quien habían acusado de ser demasiado blando cuando formó parte del comité que en 1948 desposeyó a Lina Stern de su cargo en la Academia de Ciencias. Las intervenciones de Bykov fueron supervisadas directamente por el propio Stalin. Se conserva la transcripción estenográfica de todos los discursos, además de los artículos de prensa, con algunas de las intervenciones publicadas incluso antes de que tuvieran lugar. Se editaron un libro de 734 páginas que recogía todas las intervenciones y un resumen en inglés de 175 páginas (2,9,14).

El principal protagonista de la sesión fue León Orbeli, acusado de acumular demasiado poder en la dirección de los institutos pavlovianos, pero en el fondo latían su antagonismo con Lysenko y las rivalidades y ambiciones personales de otros colegas. También se censuró a otros fisiólogos discípulos de Pavlov y directores de importantes instituciones,

como Iván Beritashvili, Aleksey Speransky, Piotr Anojin y Petr Kupalov, y de nuevo Nikolai Bernshtein y Lina Stern, esta última ya en prisión. Los comparecientes tuvieron que hacer acto de contricción de sus desviaciones científicas y loar al insigne colega Stalin, genio de la lingüística. Todos ellos quedaron apartados de sus cargos, en los que fueron sustituidos por integrantes del grupo acusador (21).

También intervinieron en la Reunión cuatro psicólogos, Boris Teplov, como portavoz, Alexander Luria, Sergei Rubinshtein y Viktor Kolbanovskiy, aunque tuvieron un protagonismo secundario, ya que se había previsto una reunión específica para la psicología. Los psicólogos se anticiparon a esta reunión celebrando una propia en 1952, presidida por Anatoly Smirnov, en la que en medio de polémicas aceptaban disciplinadamente que la psicología debía adaptarse a la fisiología y basarse en los conceptos de la actividad nerviosa superior y los reflejos condicionados (14, 22).

En esta primera *Sesión Pavloviana* se atacó la teoría celular de Virchow, que era oligárquica y anticientífica, y a la reaccionaria teoría de la conducción química de los impulsos nerviosos. Solamente era válida la teoría de la actividad nerviosa superior de Pavlov (2). Es sorprendente que convirtieran en icono científico del sistema político a Iván Pavlov, quien nunca había simpatizado con el régimen comunista y cuya integridad moral y carácter antidogmático no le habrían permitido tolerar estas imposiciones (22). Eran los días del triunfo de la *Corte de los Milagros* de Lysenko, con personas como la bióloga y veterana bolchevique Olga Lepeshinskaya, que creaba células a partir de materia orgánica acelular y V.M. Boshian, que descubrió la conversión de antibióticos en virus, de virus en bacterias y de bacterias en cristales (18).

Un *Consejo Científico Pavloviano*, del que formaban parte Bykov e Ivanov-Smolensky, vigilaba el cumplimiento de las resoluciones adoptadas en la sesión y permaneció activo hasta 1956 (14, 21). Se planificó la realización de nuevas reuniones para adaptar la praxis de las especialidades médicas a las resoluciones de la primera *Sesión Pavloviana*, y así se llevaron a cabo reuniones, entre otras, para la radiología, el laboratorio de análisis clínicos, la endocrinología, la fisioterapia, la neurocirugía y para las que aquí nos interesan más, la psiquiatría y la neurología (9).

La Sesión Pavloviana de la psiquiatría

En octubre de 1951 se celebró una Reunión Conjunta de la Academia de Ciencias Médicas y la Sociedad de Neurólogos y Psiquiatras de toda la Unión, que se dedicó esencialmente a la psiquiatría. Su inspirador, Anatoly Ivanov-Smolensky, declinó participar en el último momento y el

orador principal fue Andrei Snezhnevsky, acompañado por otros jóvenes psiquiatras, Vasily Banshchikov, Oleg Kerbikov e Iván Strelchuk, quienes más tarde ocuparían algunas de las plazas de las que fueron desposeídos los principales inculpados, Aleksandr Shmaryan, Mijail Gurevich, Vasily Giliarovsky, Grunya Sujareva y Raisa Golant. También se encontraban entre los acusados Mark Sereisky, Larissa Lobova, colaboradora de Shmaryan, y Anatoly Aleksandrovsky quien, como Giliarovsky, mantenía un fuerte antagonismo con Ivanov-Smolensky, que se remontaba a 1937. A efectos prácticos, significó un recambio generacional en el que psiquiatras jóvenes, miembros del Partido, que se formaron después de 1917 y no habían estudiado en el extranjero, reemplazaron a los que hasta entonces habían dominado la disciplina desde una perspectiva profesional más en línea con la tradición europea (9, 11). Los diferentes institutos y centros de investigación se llenaron de instrumentos para estudiar los reflejos condicionados en pacientes con enfermedades mentales, aparatos que en poco tiempo quedarían arrinconados por obsoletos. Así mismo, se generalizó la terapia de sueño, de acuerdo con el concepto de inhibición protectora de la psiquiatría pavloviana. De este modo, la psiquiatría y la psicología se convertían en ramas de la fisiología (2, 9).

Vasily Giliarovsky era en aquellos momentos la máxima figura de la psiquiatría soviética y tenía todos los números para ser el principal encausado de la reunión, como Orbeli lo había sido en la de 1950, pero salió bastante bien parado, aún perdiendo algunos de sus cargos. Su habilidad como promotor de la campaña contra la lobotomía y su temprana adopción de la terapia de sueño jugaron a su favor, a pesar de que había sido duramente criticado por Ivanov-Smolensky. Aleksandr Shmaryan, el más joven de los acusados, se convirtió en el receptor de las mayores críticas y acabó siendo trasladado al Instituto de Medicina de Yaroslavl. Mijail Gurevich, enfermo del corazón y deprimido, embargado por sentimientos de culpa, falleció en noviembre de 1952, y Raisa Golant, que ya había sobrevivido a una detención en 1938 durante la *Gran Purga*, tampoco soportó la marginación y murió en 1953 (9).

El Complot de las Batas Blancas

En enero de 1953 se exacerbó la campaña antisemita con el llamado *Complot de los Doctores* o *de las Batas Blancas*, en el que a causa de las acusaciones de la doctora Lidiya Timashuk fueron encarcelados nueve eminentes médicos del Kremlin, de los que siete eran judíos, acusados de intentar asesinar a Stalin y a otros dirigentes del Partido. Tras la muerte de Stalin el 5 de marzo de 1953 se descubrió la falsedad de las acusaciones y

fueron puestos en libertad. La doctora Timashuk, que previamente había recibido la Orden de Lenin, se suicidó. Estaba a punto de iniciarse una nueva *Gran Purga*, en la que se proyectaban deportaciones masivas de judíos a Siberia y que quedó abortada gracias al fallecimiento del dictador (1, 10).

Entre los detenidos se encontraban Alexander Grinshtein, jefe del Departamento de Neurología del Instituto de Medicina N° 2 de Moscú y especialista en el sistema nervioso vegetativo, y su esposa Nina Popova, también profesora de neurología (2, 10). Así mismo, fue arrestado Mark Sereisky, discípulo de Gannusjin, uno de los psiquiatras más veteranos y prestigiosos del país, ex director del Departamento de Psiquiatría del Instituto Central de Estudios Avanzados, únicamente por ser judío y amigo del internista Vladimir Zelenin, uno de los acusados del complot. Sereisky permaneció encarcelado en la Lubianka durante los meses de marzo y abril de 1953, cuando ya se había reconocido oficialmente la falsedad de las acusaciones. Fue puesto en libertad de madrugada, sin previo aviso, y regresó a su casa en el autobús nocturno (10, 18).

Las aguas vuelven a su cauce

Tras la muerte de Stalin se fue imponiendo la cordura y los fisiólogos represaliados quedaron rehabilitados en el *VIII Congreso de Fisiólogos de toda la Unión*, celebrado en mayo de 1955 en Kíev, en el que se criticaron las actividades del Comité Científico Pavloviano. A León Orbeli, que había sido relegado al Instituto de Ciencia Natural P.F. Lesgaft de Leningrado, donde investigaba en neurofisiología infantil, se le encomendó la dirección de un nuevo instituto de fisiología que conservó hasta su muerte en 1958. Piotr Anojin, que había sido enviado a Riazán, regresó a Moscú en 1955 para dirigir el Departamento de Fisiología Normal del Instituto de Medicina N° 1 (14, 21). En junio de 1953, con 75 años cumplidos, Lina Stern retornó a su laboratorio de la Academia de Ciencias procedente de su destierro en el Kazajstán y reanudó su actividad investigadora habitual como si no hubiera sucedido nada (1, 18).

A partir de 1956 volvió a ser publicada la obra de Vigotski, gracias a la iniciativa de Luria y Leontiev (6). Ambos psicólogos, que ya habían regresado a la docencia en la Universidad Estatal de Moscú y más tarde a la investigación, pudieron asistir en 1957 al *XV Congreso Internacional de Psicología* de Bruselas y reanudar la relación con sus colegas extranjeros. En 1956, Sergei Rubinshtein recuperó sus cargos, volvió a publicar y sus libros retornaron a las estanterías de las bibliotecas, de donde habían sido retirados en 1948 (15, 22). En 1958 se celebró en Moscú un *Coloquio so-*

bre la EEG de la Actividad Nerviosa Superior, al que asistieron los principales expertos de la neurología y neurofisiología soviética e internacional (23). Otro hito en la recuperación de la normalidad fue la Conferencia de la Sección de Psicología del Instituto de Filosofía de la Academia de Ciencias Médicas y Pedagógicas de la URSS, celebrada en Moscú en mayo de 1962. En esta reunión se concluyó que la doctrina pavloviana tenía serios inconvenientes para ser aplicada a la psicología (22).

El psicoanálisis, prohibido durante la *Gran Purga* de los años treinta, no reaparecería hasta la década de los sesenta en un ambiente de semiclandestinidad, y no tomaría carta de naturaleza oficial hasta 1979, cuando se celebró en Tbilisi (Georgia) un simposio sobre el inconsciente, pero ya no recobraría la vitalidad de los años veinte (4).

Andrei Snezhnevsky y la psiquiatría punitiva

Es inexcusable dedicar unas líneas a Andrei Snezhnevsky (1904-1987), quien en 1933, siendo director del Hospital Psiquiátrico de Kostromá, su ciudad natal, impresionó favorablemente a Lev Rozenshtein por su capacidad de gestión. En 1950 sustituyó a Tsetselia Feinberg de la dirección del Instituto Serbsky de Psiquiatría Forense y en 1951, gracias a sus buenas conexiones con altos funcionarios del Ministerio de Sanidad, fue el principal orador de la *Sesión Pavloviana* de la psiquiatría. Ese mismo año había reemplazado a Mark Sereisky en la jefatura del Departamento de Psiquiatría del Instituto Central de Estudios Médicos Avanzados. A partir de entonces, se convirtió durante casi cuatro décadas en el psiquiatra más influyente del país. Realizó aportaciones valiosas para el conocimiento de la esquizofrenia, pero también fue inspirador de la *Psiquiatría punitiva* que se desarrolló en la época neoestalinista de Leónidas Brezhnev (1964-1982), con conceptos como los de esquizofrenia sutil y esquizofrenia latente, por los que una persona políticamente incómoda para el régimen era ingresada en un centro psiquiátrico ya que podía sufrir un trastorno psicótico, aunque nunca hubiera tenido síntomas. Estas iniciativas provocaron el internamiento de muchas personas en instituciones psiquiátricas y volvieron a marginar a la psiquiatría soviética del concierto internacional, al que no regresaría hasta 1984 (5, 9).

En el periodo final de la URSS, entre 1987 y 1990, tuvieron lugar varias reuniones de historiadores y científicos soviéticos que reconocieron el perjuicio que causó la *Pavlovskaya* de 1950-1951 en el desarrollo de la fisiología, la psicología y la psiquiatría. En 1990, el Departamento de Fisiología de la Academia de Ciencias condenó oficialmente la *Sesión Pavloviana* de 1950 (14). En 1991, la Unión Soviética dejaba de existir.

Conclusiones

Hemos trazado un breve recorrido por la neurociencia ruso-soviética, centrándonos en el periodo estalinista (1929-1953). La llegada de Stalin al poder puso fin a una época de gran creatividad intelectual, y desató una feroz represión que culminó con la *Gran Purga* de 1936-1938. *La Gran Guerra Patria* representó una tregua y cierta apertura hacia el exterior, que duraron hasta el arranque de la *Guerra Fría* y el repliegue de la URSS hacia lo genuinamente ruso, recurriendo al materialismo dialéctico, el antisemitismo y a una manipulación de la figura de Pavlov. Hubo que esperar a la muerte del dictador para que imperase la cordura y la neurociencia soviética restableciera los lazos con el resto del mundo. Una década más tarde, sucedió algo semejante con la *Psiquiatría punitiva* de la era Brezhnev y su marginación del concierto internacional hasta los años ochenta. Ahora, tras la desaparición de la antigua URSS y con la perspectiva de los años transcurridos, es bueno recordar el terrible daño que las arbitrariedades políticas provocaron en la ciencia y la medicina del país.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Vein AA. Science and fate: Lina Stern (1878-1868), a neurophysiologist and biochemist, *J Hist Neurosci* 2008; 7:195-206
- (2) Lichterman B. A history of Russian and Soviet neuro(patho)logy. En: Finger S, Boller F, Tyler KL, editors. *History of Neurology. Handbook of Clinical Neurology*. vol.95 (3rd. series). Amsterdam: Elsevier, 2010. p.737-54
- (3) Sirotkina I. Diagnosing literary genius: a cultural history of psychiatry in Russia, 1880-1930. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2001
- (4) Balbuena Rivera F, Sánchez-Barranco Ruiz A. Breve historia del Psicoanálisis en Rusia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2004; 24:145-64
- (5) Lavretsky H. The russian concept of schizophrenia: a review of the literature, *Schizophr Bull* 1998; 24(4):537-57
- (6) Blank G. Prefacio. Para leer Psicología Pedagógica de Vigotski. En: Vigotsky, LS. *Psicología pedagógica: un curso breve*. Buenos Aires: Aique, 2001. p.16-60
- (7) Richebächer S. Sabina Spielrein. De Jung a Freud. Buenos Aires: El cuenco de plata, 2008
- (8) Gregory PR. The Ship of philosophers. How the early USSR dealt with dissident intellectuals. *The Independent Review* 2009; 13(4):485-92
- (9) Zajicek B. Scientific Psychiatry and Stalin's Soviet Union: The politics of modern medicine and the struggle to define 'pavlovian' psychiatry, 1939-1953. Chicago: University of Chicago, 2009
- (10) Latypov AB. The soviet doctor and the treatment of drug addiction: "A difficult and most ungracious task. *Harm Reduct J* 2011; 8: 32. doi:10.1186/1477-7517-8-32
- (11) Zinchenko VP. Sobre la historia del instituto psicológico L.G.Schukina de Moscú. *Boletín informativo de la S.E.H.P* 1999; 22:2-10
- (12) Minkova E. Pedology as a complex science devoted to the study of children in Russia: the history of its origin and elimination. *Psychological Thought* 2012;5(2):83-98

- (13) Shereshsevsky AM. The mystery of the death of V.M.Bekhterev. *Bekhterev Rev Psychiatry Med Psychol*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1992; p.83-7
- (14) Windholz G. The 1950 Joint Scientific Session: Pavlovians as the accusers and the accused. *J Hist Behav Sci* 1997; 33(1):61-81
- (15) Homskaya ED. Alexander Romanovich Luria. A scientific biography. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001
- (16) Yasnitsky A. Vygotsky Circle as a personal network of scholars: restoring connections between people and ideas. *Integr Psych Behav* 2011; 45:422-57
- (17) Zeigarnik AV. Bluma Zeigarnik: a memoir. *Gestalt Theory* 2007; 29(3):256-68
- (18) Rapoport Y. *The Doctor's Plot of 1953*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1991
- (19) Solzhenytsyn A. *Archipiélago Gulag. 1918-1956. Tomo 2*. Barcelona: Círculo de Lectores, 1977. p.454-5
- (20) Valko PO, Baumann CR. Sergej Nikolajevich Davidenkov (1880-1961). *J Neurol* 2011; 238:338-9
- (21) Grigorian NA. L.A. Orbeli – Outstanding physiologist and science leader of the twentieth century. *J Hist Neurosci* 2007; 16: 181-93
- (22) Brushlinsky A. The “Pavlovian” Session of the two Academies. *Eur Psychol* 1997; 2(2):102-5
- (23) Lichterman BL. *The Moscow Colloquium on Electroencephalography of Higher Nervous Activity* and its impact on international brain research. *J Hist Neurosci* 2010; 19: 319-32

LA APORTACIÓN DE JAIME VERA Y LÓPEZ AL DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO HISPANO-AMERICANO DE MONTANER Y SIMÓN (1887-1890)

Antonio Rey González y Enric Jordà Moscardó

1. Introducción

Sobre Jaime Vera se ha escrito poco desde el punto de vista psiquiátrico. Algo más desde el político-social; en este sentido los trabajos más tempranos sobre su activismo e ideología son los de J. J. Morato (1, 2) y algo más tardío el de Andrés Saborit (3) y el de Sanz Aguero (4), aunque sin duda alguna, los fundamentales siguen siendo los de J. J. Castillo (5-6), incluyendo su edición de los escritos escogidos de Vera (7). Más recientemente, y resaltando los aspectos biográficos y políticos, es el de Pérez Landa (8). Fundamental también es el artículo sobre las fuentes documentales del director del archivo y biblioteca de la Fundación Pablo Iglesias (9).

Sin embargo, desde la psiquiatría las aportaciones existentes no están centradas en el conjunto de su obra salvo la breve síntesis de Antonio Rey (10), y se habla de algunos aspectos de su trabajo como psiquiatra en el ya clásico de Álvarez Uría (11), en los trabajos de Campos y colaboradores (12,13), o en el de Olga Villasante (14).

Restaba analizar las actuaciones como perito en al menos dos causas famosas (Nilo y Sancho Alegre) y su participación en el *Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano (DEHA)* (15), mencionada en todos los trabajos. Aquí estudiamos esta última aportación, y analizamos las voces de psiquiatría que redactó a tal efecto.

2. Jaime Vera en la psiquiatría española

Durante algunas épocas, España formó parte del escenario central de la medicina europea; en otras, sin embargo fue un área marginal que apenas recibió información adecuada de los progresos seguidos en otros países; y esa fue, precisamente, la situación de la medicina española y de la psiquiatría en el siglo XIX. En otro lugar (16) hemos descrito las tres etapas en que puede dividirse su evolución durante ese siglo. La tercera de ellas (1868-1900) cubre el periodo de la Restauración y los representantes más destacados de la generación de 1871 fueron, en Madrid, José M^o Esquerdo Zaragoza (1842-1922) y, en Barcelona, Juan Giné y Partagás (1836-1902). A la última del

siglo, la de 1886, pertenecieron cultivadores de la psiquiatría tan destacados como Valle y Aldabalde, Galcerán o el propio Jaime Vera y López (1869-1918), que en el terreno político, e iniciado en el marxismo, intervino con Pablo Iglesias, en la fundación del Partido Socialista Obrero Español, del que fue su primer intelectual. En el científico, fue un positivista, y mantuvo el origen socio-genético de algunas alteraciones psíquicas y del comportamiento. Perteneció a la tercera generación de la denominada “escuela” de psiquiatría de Madrid, inaugurada con Mata y continuada por su discípulo Esquerdo. Vera representó en Madrid el puesto que en Barcelona ocupó Calcerán, y lo mismo que éste, acabó su vida en la crisis de la Primera Guerra Mundial, tras la que nacería -para algunos- la verdadera psiquiatría científica española.

3. El Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano

El nombre de enciclopedia no aparece en la literatura hasta el siglo XVII, aunque proyectos de reunir en una sola obra el conjunto del saber humano los hubo desde la antigüedad. Por lo tanto pueden considerarse verdaderas enciclopedias tanto la Historia natural de Plinio el Viejo, las Etimologías de San Isidoro de Sevilla, y muchas de las obras recopiladoras que se producen en el período de la baja Edad Media; también las Sumas de los escolásticos, el Dictionnaire Historique et Critique de P. Bayle, etc.

Sin embargo, la enciclopedias modernas, se diferencian de las antiguas en que tienen como objetivo primordial la difusión de los conocimientos, mas que su sola conservación. Hablar de enciclopedias es hablar de la, sin duda, mas famosa, realizada con el objetivo genérico de propagar las ideas de la Ilustración francesa, que fue La Enciclopedia. Diccionario razonado de las ciencias, las artes y las letras, editada por Denis Diderot y Jean Rond d’Alembert, y que apareció en París, en 17 volúmenes de texto y 11 de encartes, entre los años 1751 y 1772. Participaron en su redacción 160 colaboradores, que fueron llamados enciclopedistas y que pertenecieron a las tres clases: nobles, burgueses y artesanos; entre ellos estaban Rousseau, Montesquieu, Bufón, Malesherbes o Voltaire. Es la “enciclopedia” por excelencia cuando se habla de este tema y ha sido considerada por la historia como el motor intelectual más poderoso del siglo y una de las obras más libres del espíritu humano. También la Encyclopaedia Britannica, comenzó en 1768 y se completó en 1771, en tres tomos, y desde entonces ha conocido innumerables ediciones, llegando a convertirse en un clásico de las enciclopedias más modernas.

En España, dejando a un lado antecedentes más o menos ilustres, las enciclopedias modernas surgieron en la segunda mitad del siglo XIX, a

través de obras extensas, entre las que se encuentran el Manual enciclopédico o repertorio universal de noticias interesantes, curiosas e instructivas... (Madrid, 1842), La Enciclopedia moderna: Diccionario universal de literatura, ciencias, artes, agricultura, industria y comercio que se puede considerar como la primera gran enciclopedia en lengua española que culminó a mediados del siglo XIX y que fue publicada en Madrid por el prolífico editor Francisco de Paula Mellado entre los años 1851 y 1855, y donde participaron como redactores importantes escritores españoles de la época. También destacó el Diccionario universal de la lengua castellana, ciencias y artes (Madrid, 1875-1881), en 15 volúmenes (17).

Sin embargo la auténtica primera enciclopedia española moderna es el Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano de literatura, ciencias y arte (Barcelona, Montaner y Simón, 1887-1898) (a partir de ahora *DEHA*) (15), valioso producto de la ilustración española de finales del siglo XIX. Fue publicada por la editorial Montaner y Simón en Barcelona entre los años 1887 y 1899, ocupando 25 volúmenes en 26 tomos¹.

La editorial había sido fundada en 1861 por Ramón de Montaner i Vila (1832-1921) y Francesc Simón i Font (1843-1923) y fue, desde finales del XIX y comienzos del XX, una de las más importantes y de mayor envergadura de Cataluña y del Estado español, tanto por el volumen de producción como por la calidad de sus publicaciones. Fue además la principal exportadora a América, donde llegó a acuerdos con empresas locales para que actuasen de sucursales suyas. Editaron revistas como La Ilustración artística (1882-1916) y El salón de la moda (1884-1913) y obras monumentales en varios volúmenes, como la Historia general del arte, dirigida por Lluís Domènech y Montaner, la Biblioteca universal ilustrada, una Geografía Universal y, sobre todas, la obra que nos ocupa. El inmueble donde residía la editorial estuvo primero ubicado en la Plaza de Cataluña, pero en 1879 se trasladó a la calle Aragón, al edificio proyectado por el arquitecto catalán Lluís Domènech i Montaner.

Como tantas otras obras de la época, el *DEHA* se publicó por entregas². Semanales y normalmente el suscriptor recibía un fascículo de cuarenta páginas. Los primeros cuadernos (de los cerca de seiscientos que la componían) comenzaron a repartirse en el mes de febrero de 1887, y se fueron formando los tomos con la siguiente distribución: del 1 al 23 entre 1887 y 1898, los tomos 24 y 25, correspondientes al apéndice primero,

¹ El volumen 5 está formado por dos tomos y el 25 y el 26 corresponden a un primer Apéndice.

² Hemos encontrado una curiosa alusión al *DEHA* en Borges, J.L. (1974). Ficciones. El Aleph. El informe de Brodie. Caracas: Biblioteca Ayacucho, 1974; p. 202, donde se dice: "En toda la casa no había otros libros que un volumen de Andrade, una monografía del héroe, con adiciones manuscritas, y el Diccionario Hispano-Americano de Montaner y Simón, adquirido porque lo pagaban a plazos y por el mueblecito correspondiente".

entre 1898 y 1899 y los 26 a 28, correspondientes al apéndice segundo, entre 1907 y 1910.

Hasta hace poco no estaba del todo claro quién fue el coordinador general de la obra, pero recientemente son varios los investigadores que atribuyen este trabajo al lexicógrafo Aniceto Pagés de Puig³, encargado también de elaborar pequeños textos de autoridades para numerosas voces.

Por último, cabe señalar que en el siglo XX se llevo a cabo una reimpresión londinense-norteamericana del *DEHA* de la mano del editor Walter M. Jackson, de Londres, y que en ella se introdujeron tantos cambios que modificaron notablemente la obra original, suprimiéndose además la lista de colaboradores que aparecía al inicio de cada volumen. Aunque no se indicó el año de publicación de dicha reimpresión, cabe datarla en torno a 1911 o 1912 (15).

A pesar de su importancia y calidad, la vigencia del *DEHA* fue breve pues en los comienzos del siglo XX (concretamente, en 1908) comenzó a publicarse la Enciclopedia universal ilustrada europeo-americana (1905-1933) en 20 volúmenes, pero que ampliándose en sucesivos suplementos ha llegado a tener los 116 actuales. Conocida, por el nombre de su editor como “Enciclopedia Espasa” es, sin duda alguna, la gran enciclopedia española del siglo XX.

4. Jaime Vera y el *DEHA*

Los artículos de este diccionario no están firmados, pero fueron muchos los colaboradores que participaron en esta gran obra, y al comienzo del primer volumen aparece una «lista de los autores encargados de la redacción», que en esa primera entrega hacen un total de cuarenta y dos nombres (15)(Tabla 1)

No todos los autores colaboraron con la misma intensidad y dedicación, de tal manera que algunos próceres o intelectuales destacados de la cultura española solo aparecieron en los créditos como garantes de la calidad y excelencia de la obra, ya que sus aportaciones no fueron ni constantes ni comparables a las del resto de colegas. Uno de estos casos emblemáticos es el de Marcelino Menéndez y Pelayo que, años antes, ya había

³ Poeta y lexicógrafo ampurdanés, nacido en Figueras en 1843. Estudió derecho en Barcelona y se incorporó al movimiento catalán de la Jove Catalunya (1870-1875), grupo abiertamente catalanista de carácter literario y político, fundado por Ángel Guimerá, Domenech i Montaner y otros. En 1876 se trasladó a Madrid, donde residió hasta su muerte en 1902. Allí se dedicó a la investigación literaria y crítica y trabajó para la realización de un Diccionario crítico del idioma castellano, lo que le obligó a estudiar a fondo lexicografía y estilística y a profundizar en la obra de los clásicos castellanos, en lo que llegó a ser un buen especialista. Véase: Ampurdán, XIV, 658 (27-04-1955), p. 9-11.

colaborado con la editorial en la traducción de una Historia Universal, y que solo contribuyó el *DEHA* con dos voces “Amadís de Gaula” y “Alcalde de Zalamea”; sin embargo, su nombre continuó apareciendo en todos los volúmenes de la obra. Terminó rompiendo con los editores porque pensaba que le pagaban muy poco y que le explotaban. Con despecho, dijo que el Diccionario era una obra de pacotilla, con textos muy chapuceros y que no valía siquiera la pena adquirirlo (15). Por este mismo autor sabemos que la cantidad que cobró por cada artículo fue de diez duros, por lo que podemos suponer que eso fue también lo que pagaron a Vera y al resto de colaboradores.

Tabla 1.
DEHA. Distribución por autores y temas

Autor	Tema
Augusto Arcimis	Astronomía, Meteorología, Cronología
Francisco Asenjo Barbieri	Instrumentos de música populares en España.
Gumersindo Azcárate	Sociología, Política.
Manuel Bartolomé Cossío	Artes industriales españolas.
Ricardo Beltrán y Rózpide	Geografía, Historia, Arte Militar.
Basilio Sebastián Castellanos	Fiestas, costumbres y usos españoles.
Carlos Castrobeza	Numismática.
Pelayo Clairac y Sáenz	Ingeniería, Geodesia.
Carlos Luis Cuenca	Derecho penal, Enjuiciamiento criminal, Justicia militar.
Augusto Danvila Jaldero	Monumentos arquitectónicos españoles.
Eduardo Echegaray	Ciencias exactas, Mecánica, Arquitectura y Maquinaria navales.
José Echegaray	Magnetismo, Electricidad.
Rafael Espejo y del Rosal	Veterinaria.
Francisco Fernández y González	Cultura oriental, con inclusión de la antigua egipcia y de la de hebreos y árabes, africanos y españoles.
Fidel Fita	Éuscaro.
Pedro de Alcántara García	Pedagogía.
Francisco Giner de los Ríos	Estética.
Urbano González Serrano	Filosofía.
Vicente de Lafuente	Teología, Derecho canónico, Disciplina eclesiástica, Liturgia, Historia de la Iglesia.

Autor	Tema
José de Letamendi	Principios de Medicina.
Pedro de Madrazo	Pintura, Escultura, Grabado.
José Ramón Mélida	Mitologías, Arqueología oriental y clásica, Indumentaria, Panoplia, Heráldica, Artes industriales extranjeras de las edades media y moderna.
Marcelino Menéndez y Pelayo	Obras maestras de la literatura española.
Bernardino Martín Mínguez	Epigrafía griega y latina.
Jesús Muñoz y Rivero	Paleografía, Archivos, Bibliotecas.
Telesforo Ojea	Derecho civil, mercantil, administrativo e internacional, Enjuiciamiento civil.
Aniceto de Pagés de Puig	Autoridades de la lengua española desde su formación hasta nuestros días.
Manuel Pedregal	Principios de la ciencia económica.
Francisco Pí y Margall	Filosofía del Derecho.
Manuel Piernas y Hurtado	Economía política, Hacienda pública, Estadística.
Antonio Pirala	Historia de España desde la muerte de Fernando VII hasta nuestros días.
Juan Facundo Riaño	Cerámica y vidriería españolas.
Rodrigo Amador de los Ríos	Epigrafía árabe y Arqueología hispano-mahometana.
Angel Rodríguez Chaves	Biografía extranjera.
Eduardo Saavedra	Arquitectura.
Francisco Sánchez de Castro	Literatura preceptiva y española.
Antonio Sánchez Pérez	Biografía española, Biografía contemporánea de españoles y extranjeros.
José María Sbarbi	Lexicografía, Gramática, Música.
Jaime Vera y López	Ciencias médicas.
Vicente Vera y López	Ciencias físicas y naturales.
Vicente Vignau	Filología, Lingüística.
Juan Vilanova y Piera	Prehistoria.

No nos cabe duda que la decisión de incorporar a Jaime Vera en la selecta lista de autores del diccionario se debió al prestigio que ya gozaba. En esos años estaba en el punto máximo de su fama como frenópata, porque no olvidemos que había sido médico jefe en el Manicomio de Carabanchel, había publicado su trabajo sobre la PGP con prólogo de su famoso maestro José M^a Esquerdo, colaboraba en *El Liberal*, era secretario de la sección de Ciencias Naturales del Ateneo de Madrid y en esas fechas era el director del Departamento de Dementes del Hospital Provincial. Y, sobre todo, había realizado el informe pericial sobre Galeote, que le había abierto las puertas de la celebridad y, por otro, ya había elaborado su famoso informe para la Comisión de Reformas Sociales. Era, por lo tanto, un intelectual de gran peso en la sociedad española y candidato indiscutible para figurar en la lista de los elegidos para los créditos del *DEHA*.

Como podemos ver en la Tabla 1, la editorial encargó a Jaime Vera la redacción de las voces correspondientes al apartado “Ciencias médicas”, reservando para José de Letamendi -el otro escogido-, las relativas a “Principios de medicina”, de carácter más teórico o doctrinal. Cada volumen, de los 26 que componen la obra completa, tiene al comienzo una lista de los autores que han redactado las entradas, por lo que sabemos que las redactadas por Jaime Vera se inician en el primer tomo (que salió a la luz en febrero de 1887) y terminan en el octavo, cuatro años después (1891), como se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2.
DEHA. Distribución por años y tomos

Años	Tomos
1887	1 (A-All) - 2 (Am-Az)
1888	3 (B-Byz) - 4 (C-Cez)
1890	5-1 ^a (Cia-Cont) - 5-2 ^a (Cont-Chuzón) - 6 (D-Dze) - 7 (E-Ezz)
1891	8 (F-Fyt)
1892	9 (G-Gyul) - 10 (H-Izur) - 11 (J-Lluv)
1893	12 (M-Mglin) - 13 (Mi-Nup)
1894	14 (O-Penas) - 15 (Penat-Polvo)
1895	16 (Polvo-Ovid) - 17 (R-Rzes)
1896	18 (S-Shush) - 19 (Si-Sztr)
1897	20 (T-Tmol) - 21 (To-Uzum) - 22 (V-Vyt)
1898	23 (W-Zyr) - 24 Apéndice A-G
1899	25 Apéndice H-Z
1907	26 Primer apéndice A-D
1909	27 Segundo apéndice E-LI
1910	28 Segundo apéndice M-Z y un Suplemento (páginas 1393-1412)

El término ‘Ciencias médicas’ no aparece como tal en las entradas del diccionario, sino que este concepto general fue dividido en una serie de 18 subcategorías que comprendían las distintas partes de la materia, que en su conjunto la definían, y que, por medio de abreviaturas, figuraban en las primeras páginas de cada tomo. Vaciamos, por lo tanto, todas las voces correspondientes a esos 18 apartados. El total de redactadas por Vera fue de 1874, distribuidas de la forma que se muestran en la Tabla 3 y 4.

Tabla 3.
DEHA. Distribución de voces por subcategorías y volumen

TOMO	1	2	3	4	5(1)	5(2)	6	7	8	Total
SUBCATEGORIA										
Anatomía	14	64	33	31	33	44	22	70	32	343
Cirugía	1	23	12	13	16	5	12	39	11	132
Embriología	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Fisiología	4	23	10	11	5	6	12	41	9	121
Frenología	2	3	0	0	0	0	0	0	0	5
Frenopatía	1	1	0	1	0	0	1	0	0	4
Hidrología	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Higiene	2	2	3	4	1	3	4	3	1	23
Histología	0	0	0	1	10	0	0	2	1	14
Medicina	76	48	13	16	20	7	65	63	13	321
Microbiología	0	1	2	0	0	0	0	3	0	6
Obstetricia	0	0	0	0	1	2	3	5	1	12
Oftalmología	0	4	1	1	0	0	1	1	0	8
Patología	53	171	54	37	67	26	35	63	25	531
Terapéutica	22	122	20	21	10	11	6	20	5	237
Teratología	12	36	1	0	3	0	20	21	1	94
Toxicología	2	1	2	3	0	0	0	2	1	11
Medicina Legal	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5
Total	196	499	151	139	166	104	181	338	100	1874

Tabla 4.
DEHA. Distribución de las voces de medicina por subcategorías y porcentajes

Subcategoría	Porcentaje
Patología	28,3
Anatomía	18,3
Medicina	17,1
Terapéutica	12,6
Cirugía	7
Fisiología	6,4
Teratología	5
Otros	5,2

En ellas pueden verse también el número de voces correspondientes a cada volumen y a cada una de las 18 subcategorías. Destaca la entrada Patología (abreviada Pat. o Patol.), con 531 voces, seguida de Anatomía (Anat.) con 343, Medicina (Med.) con 321 y Terapéutica (Terap.) con 237. Aunque no es nada significativo por el tamaño de la muestra, llama la atención la poca presencia que tiene en esos primeros 8 volúmenes la entrada ‘Medicina Legal’ con solo 5 voces.

Sin embargo, creemos que lo más interesante y digno de destacar es la presencia, aún incipiente (4 voces con el 0,21% del total), de una subcategoría especial para los trastornos mentales, que aparece con el nombre de ‘Frenopatía’, nombre que, como es sabido, en esa época designaba la parte de la medicina que estudiaba las enfermedades mentales. Ya se ha escrito, y de forma más rigurosa que lo que podamos hacer aquí, acerca de la fecha y los factores que propiciaron el nacimiento de la psiquiatría como especialidad en España; pero, no podemos dejar de señalar que el hecho de que en un diccionario enciclopédico de carácter general apareciera una subcategoría para describir en concreto las enfermedades mentales, nos indica que el campo de los ‘conocimientos’ -en el esquema de Rosen (18)- se encontraba en esos años al nivel suficiente de desarrollo, para que pudiera haberse fraguado la especialidad, si se hubieran dado las condiciones de aparición de los otros elementos necesarios. Y a propósito de esto, podemos señalar aquí también que Jaime Vera, autor de estas voces, fue el primer alienista español -si exceptuamos a Galcerán- que puede ser considerado un psiquiatra en el sentido actual del término, si nos referimos a un profesional de la medicina que se dedicó ya de manera exclusiva a su especialidad, que era la clínica y el tratamiento de los trastornos mentales⁴.

5. La ‘psiquiatría’ en el DEHA

Tras una lectura atenta de todas las voces de medicina, procedimos a extraer de entre todas las que podían ser consideradas como de ‘psiquiatría’. El problema planteado consistió en sentar criterio sobre aquellas que debíamos incluir, por considerar que trataban sobre ese concepto de límites borrosos, y por los distintos puntos de vista bajo los cuales podía realizarse la selección. Tomamos la decisión de elegir con criterio amplio, incluyendo todo trabajo que, directa o indirectamente, informase sobre los problemas de la psiquiatría en dicho periodo. De esta manera se recogieron temas como la epilepsia,

⁴ No es el lugar para extendernos en este extremo, pero queremos señalar que salvo Arturo Galcerán su homónimo en Barcelona, los miembros de su generación (como Valle y Aldabalde o Pérez Valdés) publicaron sobre otros temas médicos y tuvieron otros intereses profesionales aparte de la frenopatía.

hoy prácticamente fuera del ámbito de la disciplina, o como la frenología, por ser en aquel momento tema de gran atención por parte de aquellos autores que, con mayor o menor exclusividad, se dedicaban a los problemas de los trastornos mentales. También incluimos trabajos propios de neurología, psicología e incluso de sexología, pero que de algún modo rozaban el campo de nuestra materia. Lo mismo podríamos decir con respecto a los relativos a la medicina legal y forense e incluso a la toxicología.

Este cribado nos proporcionó una lista de 72 voces de psiquiatría, que mostramos distribuidas por volúmenes y subcategorías (Tabla 5)⁵. Solo destacar que, igual que ocurría con las voces de medicina, la mayoría proceden de las subcategorías Patología, Medicina y Terapéutica

Tabla 5.

Distribución de las 72 voces de psiquiatría del DEHA, por volúmenes y materias

Tomo	1 n=22	2 n=19	3 n=5	4 n=4	5 n=6	6 n=7	7 n=3	8 n=6
Medicina (22)	6	2		1	2	5	4	2
Patología (34)	10	9	3	1	4	1	4	2
Terapéutica (19)	5	5	2	3	1		3	
Farmacología (7)	3	1	1	2				
Frenología (5)	2	3						
Frenopatología (4)	1	1		1		1		
Fisiología (2)	1	1						
Toxicología (2)		1		1				

Como es lógico suponer, no todas las voces tienen la misma extensión e importancia. Para hacer una mínima comparación formal entre ellas medimos lo que ocupaba cada una tomando como unidad la columna, ya que el *DEHA* estaba maquetado a 3 columnas por página. No podemos hacer aquí un análisis de cada una de estas voces, por lo que solo nos resta comentar que, como puede verse en la Tabla 6, la voz de mayor extensión es Belladona (9 columnas=3 páginas), de la que Vera comenta su amplia utilización especialmente en el delirio lipemaniaco.

Otra voz de amplitud parecida es Epilepsia que describe con todo detalle poniendo especial importancia en su relación con los trastornos

⁵ Nótese que las sumas totales pueden no coincidir en filas y columnas debido a que algunas voces pertenecen a la vez a varias subcategorías

mentales. En el siguiente tramo, con dos páginas, se sitúan las voces: Demencia, Cantárida y Actitudes. Las tres están muy bien documentadas y puestas al día en relación con los conceptos que se manejaban en la literatura psiquiátrica de la época.

Tabla 6.
DEHA. Tamaño de las voces de psiquiatría

Páginas	Columnas	Voces
3	9	Belladona
> 2	7	Epilepsia
2	6	Actitudes Cantárida Demencia
>1	5	Frenopatía
>1	4	Frenopatología
1	3	Afasia Alcoholismo Alucinación Bulimia Corea
< 1	2	Acíbar Catalepsia Delirio Delirium tremens

Nos detendremos un momento para señalar que con más de una página se encuentran dos voces muy significativas y que son Frenopatía y Frenopatología que, expuestas por primera vez a comienzos del siglo XIX por Guislain en un intento de poner cierto orden en la nomenclatura, son redactadas por Vera siguiendo a este autor belga y, sobre todo, a Giné y a Galcerán, con párrafos de alabanza admiración para ambos.

Del resto de voces, solo analizaremos más adelante y con cierto detalle la voz Alcoholismo, porque concentra los puntos principales de las ideas sociales de Vera. Alucinación, sigue los principios enunciados por Esquirol y Falret y aventura, con Luys, una supuesta localización anatómica. Delirio, por su parte, recoge los tipos conocidos en la literatura y de su tratamiento, pero no se alinea con los partidarios del concepto de delirio parcial. En Bulimia (lo mismo que en Anorexia) no hay aún la consideración de estas entidades como trastornos nerviosos y no estar ni mucho menos normalizados los conceptos de Gull y Lasegue.

A continuación nos propusimos averiguar, en la medida de lo posible y sobre todo teniendo en cuenta lo reducido de la muestra, cual habían sido las fuentes que había utilizado Vera para la redacción de sus artículos para el *DEHA*, y no tuvimos más información que la que él mismo nos iba

ofreciendo en cada uno de ellos. Recogimos, por tanto, en cada voz todos los autores citados, por ser la única pista disponible sobre su origen. Toda ella, mínimamente tratada, nos proporcionó una primera relación de estos autores.

En la Tabla 7, llama la atención que, si dejamos aparte a los frenólogos, los autores más citados son: Valentín Magnan, lo que corrobora la ya conocida adscripción de Vera al movimiento degeneracionista, a pesar de las contradicciones que, como veremos más adelante, le pudo ocasionar. Y le siguen, el belga Guislain y Juan Giné y Partagás, citado incluso más que su propio maestro y para el que siempre tuvo palabras de elogio. También debemos señalar como en algunas voces aparecen los mismos autores citados por Giné en su Tratado, o por Guislain en sus Lecciones, por lo que suponemos que estas fueron sus fuentes esenciales para la redacción de los artículos. Por fin, y como vemos en la misma tabla, cabe destacar aquí que, como aún no se había producido el fenómeno de la obsolescencia en la publicaciones médicas (19), aparecen en pie de igualdad autores como Guislain y Aristóteles o Gall y Alberto el Grande⁶.

Tabla 7.

DEHA. Autores más citados

Gall	4
Broussais	3
Spurzheim	3
Magnan	2
Guislain	2
Giné y Partagás	2
Simon Pauli	2
Dioscórides	2
Pidoux	2
Steinthall	2
Alberto el Grande	2
Willis	2
Aristóteles	2
Autores citados una vez	116

⁶ Como es sabido, después de la II Guerra Mundial, Price y Bradford enuncian las leyes de la Biblioteconomía: la ley de crecimiento exponencial de Price, la de dispersión de la información y la que nos interesa aquí, que es la ley de obsolescencia de la documentación, es decir que debido a ese impresionante y progresivo crecimiento la información envejece rápidamente y tiene escaso valor perdurable, fenómeno que se inicia a mediados del siglo XIX. Véase (19: p 24-29)

Respecto al resto de autores españoles citados, figuran ya con una sola cita, Luis Felipe Monlau, Pedro Mata, Joaquín Torres Fabregat, Manuel Carreras Sanchís⁷, Arturo Galcerán y José M^a Esquerdo.

Por fin, nos preguntamos si era posible rastrear de algún modo las raíces ideológicas del autor a través del contenido de las voces del *DEHA*. La mayoría de ellas ofrecían una información tan impersonal y objetiva que hacía la tarea poco menos que imposible. Pero encontramos una de ellas que reunía todos los elementos necesarios para hacer un retrato muy enfocado de las ideas sociales de Jaime Vera; se trataba de la voz 'Alcoholismo', que por su interés reproducimos íntegra al final.

6. La voz "Alcoholismo" en el *DEHA*

Para valorar de manera adecuada el trabajo de Vera es preciso que, brevemente exponamos como se gestaron los conceptos fundamentales del alcoholismo en su concepción moderna⁸(20). Por lo tanto, puede decirse con rigor, que la idea de considerarlo como una enfermedad o como una causa de enfermedad, en vez de como un vicio se desarrolló en los tiempos modernos. A finales del siglo XVIII creció el interés por los efectos perniciosos de la bebida, debido fundamentalmente al interés de la ilustración por la salud pública y por los avances realizados en el campo de la fisiología nerviosa, dado que el alcohol tenía un efecto evidente sobre el SNC. Los primeros autores en la historia moderna del alcoholismo fueron John Brown, Th. Trotter y Ch. W. Hufeland.

Respecto al alcoholismo agudo sus manifestaciones son, en la mayoría de los casos, primariamente mentales y, de estas, el delirium tremens la más frecuente y espectacular. Como cuadro clínico diferente es una concepción estrictamente moderna, quedando bien definido a comienzos del siglo XIX por el británico Thomas Sutton quien acuñó el término en 1813, siendo su descripción admitida desde entonces como clásica.

⁷ Ambos, Carreras y Torres Fabregat fueron los traductores al castellano del famoso libro de J. Guislain. Lecciones orales sobre las frenopatías. Madrid: Imp. De Enrique Teodoro, 1881-1882 y el primero de ellos fue el que sustituyó a Vera en la redacción de las voces de 'psiquiatría' del *DEHA*. De Manuel Carreras Sanchís sabemos que nació en Valencia en 1855 y se dedicó fundamentalmente a la prensa profesional ingresando en la redacción de *El Genio Médico Quirúrgico*, donde publicó gran número de artículos; después dirigió la *Revista de la Sociedad Española de Higiene*. Desempeñó muchos cargos relacionados con su profesión, como secretario de la Sociedad Ginecológica Española, de la de Terapéutica y Farmacología y de la Medicina doméstica. Formó parte también de los congresos profesionales de 1878 y 1881, del Pedagógico, de 1882, del de Geografía, de 1883, y del Internacional de Higiene, reunido en Turín en 1880. Tradujo gran número de obras de medicina y colaboró en casi todas las revistas profesionales de España. Véase: Enciclopedia Universal Ilustrada. Barcelona: Espasa-Calpe, 1905-1933 (17).

⁸ Para un estudio más extenso de este tema, véase : Roig&Rey (20).

Al contrario, las nociones sobre el alcoholismo crónico son mucho más nebulosas, aunque también en el siglo XIX comienzan a formarse los conceptos modernos sobre el tema; los frenópatas del siglo XIX (Esquirol, Griessinger, Dagonet, B. Rush, etc.) se vieron forzados a considerar los efectos del alcohol simplemente por el gran número de alcohólicos que se encontraban en las instituciones psiquiátricas. Era, casi sin excepción considerado como una causa de locura, existiendo entre los alienistas bastante confusión entre causa y efecto, salvo para Esquirol que lo colocaba como una variedad de monomanía.

Las mejores obras y aportaciones fueron realizadas por médicos de habla alemana, centrados en los aspectos puramente médicos y eludiendo todo tipo de moralizaciones, siendo el caso más representativo el de C. von Bruhl-Cramer, formulador del concepto de alcoholismo-enfermedad que llamó dipsomanía. Sin embargo, la obra más importante sobre el tema apareció en la mitad del siglo, y fue el tratado sobre el alcoholismo crónico de Magnus Huss (1852), autor sueco, que consideró que esta forma de enfermedad se correspondía con el envenenamiento crónico por el alcohol, denominando al grupo de síntomas resultante con el nombre de *Alcoholismus chronicus*. La novedad consistió en considerar al alcoholismo crónico como un síndrome en si mismo.

Por otro lado, años más tarde, el francés Valentín Magnan sistematizó la doctrina de la degeneración, propuesta por B. A. Morel, basándose principalmente en sus trabajos sobre el alcoholismo. La gran repercusión que dicha teoría tuvo sobre la psiquiatría europea, hizo que, durante bastantes años, el concepto de alcoholismo se mantuviera ligado al concepto de degeneración.

Respecto a desarrollo de todas estas ideas en nuestro país y el papel del movimiento obrero socialista en relación con el alcoholismo, solo nos queda remitir al lector a los imprescindibles trabajos de R. Campos (12). En nuestro caso, y tratándose de Vera⁹, uno de los fundadores y principal teórico del partido socialista, solo añadimos aquí que la presencia de conceptos higienistas relacionados con el alcohol, la alimentación o el descanso, aparecían en los escritos de los teóricos del movimiento obrero en relación con la desviación que se produjo entre ellos sobre el camino a seguir para mejorar las condiciones de existencia del proletariado. De un lado, los partidarios del cambio radical de la sociedad capitalista defendían la idea de que dichas condiciones de existencia mejorarían cuando la sociedad, el sistema de relaciones sociales, se organizase sobre nuevas bases y la explotación del hombre por el hombre quedara abolida. Y por otro,

⁹ Jaime Vera, como es sabido, escribió poco sobre temas de su especialidad. Es por lo tanto de gran interés sacar a la luz este texto sobre el alcoholismo, no analizado hasta ahora, ya que en él encontramos datos tanto sobre su ideología política como de sus ideas psiquiátricas.

los reformistas que intuían las dificultades del cambio revolucionario de la sociedad, proponían la inclusión paulatina de las ideas higienistas, como una táctica para atraerse a las masas proletarias. Jaime Vera bajo el influjo de esta tendencia, siendo médico y frenópata era partidario de incluir estas consideraciones en el programa del Partido Socialista, del mismo modo que buscaba una alianza con los republicanos avanzados para conseguir participar en las Cortes y mejorar a través de las leyes las condiciones de vida de los trabajadores.

La voz Alcoholismo, complementada por Embriaguez, Dipsomanía y Delirium Tremens y Alcohol (que colocan los coordinadores del *DEHA* en la categoría de ‘Química’), ocupa como ya dijimos más arriba, una página (tres columnas) del primer tomo del diccionario. Tiene parecida extensión que otras voces que podemos llamar psiquiátricas propiamente dichas, como frenopatía, alucinación o delirio (Véase: Apéndice).

De entrada, puede decirse que Vera elaboró un artículo totalmente puesto al día respecto a los conceptos más modernos en su época en relación con el tema, y por ello manejaba ya los tres elementos fundamentales que entran en juego en la concepción actual del alcoholismo, es decir: el alcohol, el individuo y sus circunstancias sociales. Analizaba la sustancia y hacía notar que la adulteración de los alcoholes industriales, como se creía en su tiempo, era un importante factor que amplificaba su capacidad adictiva natural. Respecto a las circunstancias individuales, no todos los sujetos tenían igual resistencia a la acción de las bebidas alcohólicas y señalaba como fundamentales “la fortaleza del cuerpo, la salud mental¹⁰, la alimentación suficiente y el buen régimen higiénico”, que aumentaban la tolerancia. Consideraba Vera el alcoholismo como un peligro social grave, porque aumentaba la mortalidad, disminuía el número de nacimientos, aumentaba la frecuencia de los suicidios y ocasionaba multitud de atentados contra la seguridad privada y pública, sin descartar la gran perturbación del orden moral¹¹ y la debilitación de la fuerza física y mental de las naciones que producía.

Respecto a las causas de esta adicción, aseguraba que “por desgracia” el mal tenía hondas raíces y entre estas estaban “la miserable condición económica en que vive la inmensa masa proletaria y, sobre todo, el excedente obrero sin trabajo; la insuficiencia de la alimentación, la ignorancia general, el disgusto de la vida, precoz en los individuos de la clase desheredada, la mezcla confusa, en las grandes poblaciones, de los sanos con los individuos afectos de toda clase de degeneraciones mentales y orgánicas, y en grandísima parte el actual sistema económico favorable sólo para sa-

¹⁰ Voz que ya no redactó Vera, sino Carreras Sanchís en el Volumen 18

¹¹ Respecto a esta observación sobre el tema moral, véase Campos (12).

ciar la sed devoradora del capital que no vacila en envenenar a la especie humana con sus productos industriales adulterados con las más criminales sofisticaciones”, toda una declaración de principios a la hora de considerar al alcoholismo como una enfermedad social¹².

Dividía, a efectos prácticos, el alcoholismo en agudo y crónico. El primero producido por la ingestión de dosis fuertes de alcohol en breve período de tiempo por sujetos no alcohólicos, y que comprendía todas las formas de la embriaguez o borrachera. Apuntaba que erróneamente se incluía el delirium tremens en el alcoholismo agudo, cuando en realidad era una fase aguda del alcoholismo crónico. Pasaba revista a los efectos que producía la ingestión de alcohol en el sistema nervioso en función de la cantidad ingerida y reseñaba un cuadro (descrito por Magnan en animales) que presentaban algunos individuos predispuestos, y que podría equipararse al conocido con posterioridad, como borrachera patológica.

Respecto al alcoholismo crónico, repetía la idea, entonces común, de que lo que realmente producía la adicción no era el consumo de cerveza o vino, sino la ingestión de bebidas destiladas de alta graduación, como los aguardientes y licores. Pasaba revista a los daños producidos en cada órgano y aparato, hasta llegar a las alteraciones mentales, destacando las alucinaciones y el delirio en todas sus variedades y, sobre todo, la existencia de un estado mental particular caracterizado por la decadencia de la memoria y por la “degeneración moral”. También la parálisis general progresiva de los enajenados podía sobrevenir a veces a consecuencia de las lesiones cerebrales alcohólicas. Describía igualmente los trastornos cerebrales, seguidos de convulsiones epilépticas, alteración de la razón, reblandecimiento del cerebro y parálisis, y que en su época creían producidos el abuso específico del absenta o licor de ajeno (voces en *DEHA*: ‘absintemia’ y ‘absintismo’).

Describía lo esencial del tratamiento tanto del agudo como del crónico, a base de opio a altas dosis, cloral, cloroformo, nuez vómica y vino a dosis bien reguladas¹³.

Respecto a la prevención, y consecuente con las causas enumeradas del problema, estaba convencido de que los esfuerzos de los higienistas, de los filántropos y de los gobiernos para extinguir los estragos del alcoholismo eran, y serían en el futuro, poco menos que estériles. Las medidas represivas estaban desacreditadas desde muy antiguo e instaba a los poderes públicos a dirigir su atención a la persecución de los fabricantes y expendedores de alcoholes venenosos y bebidas alcohólicas adulteradas.

¹² Concepto ya formulado por Benjamin Rush. Véase: Roig&Rey (20: p 8)

¹³ Aunque ya el médico escocés Th. Trotter, en 1788, había propugnado la abstinencia completa en el tratamiento del alcoholismo, en toda Europa se siguió considerando como meta de la terapéutica la moderación en la ingesta. Véase: Roig&Rey (20: p 9).

Por otro lado, creía que la reacción moral a que aspiraban las sociedades de templanza era muy limitada para atajar el daño y que solo “el estudio serio y profundo de las verdaderas causas de esta enfermedad social, inspirará la necesidad de los radicales remedios que exige, como tantas otras”. El pronóstico del alcoholismo -para Vera- era siempre grave y muchas veces mortal, aunque tratado a tiempo, con una medicación bien dirigida y un régimen riguroso y continuado, podía dar lugar a curaciones durables. Otro asunto capital era la descendencia, que describía según la repetida secuencia de Magnan, explicando que la progenie “es de ordinario degenerada: unos miembros son idiotas o imbéciles, otros degenerados, intelectual y moralmente, se pierden bien pronto en la mas abyecta degradación; otros en fin, son epilépticos, sordo-mudos, escrofulosos, hidrocefalos, etc.” Para terminar, solo nos resta poner de manifiesto, como acabamos de ver, las contradicciones en las concepciones teóricas del autor, cuando intenta aunar sus creencias de que el medio social era el origen último del trastorno adictivo, con la nueva explicación de este por causas biológicas, como postulaban los teóricos del degeneracionismo.

7. Apéndice

Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano
Tomo I. Barcelona. Montaner y Simón, editores. p. 854

ALCOHOLISMO (de alcohol): m. Pat. y Terap. Conjunto de trastornos anatómicos y funcionales, producido por el abuso de bebidas alcohólicas. La denominación y primera descripción de este estado patológico se debe a Malthus.

En el artículo ALCOHOL hemos estudiado la potencia tóxica de los diferentes alcoholes. Todas las bebidas que los contienen pueden ser, a ciertas dosis, más o menos tóxicas, según la cantidad y naturaleza de los alcoholes y sus derivados que entren en su composición. Aparte de este elemento causal, indispensable para la producción del alcoholismo, hay que tener en cuenta las circunstancias individuales, pues no todos los sujetos tienen igual resistencia a la acción de las bebidas alcohólicas, ni tampoco en todos se afectan en igual grado que aquellos órganos en que el alcohol ejerce sus estragos. La fortaleza del cuerpo, la salud mental, la alimentación suficiente y el buen régimen higiénico, aumentan la tolerancia.

Se divide el alcoholismo en agudo y crónico. El alcoholismo agudo es el producido por la ingestión de dosis fuertes de bebidas alcohólicas en breve tiempo por sujetos no alcohólicos. Comprende todas las formas

y grados de la embriaguez o borrachera. Erróneamente se incluye el delirium tremens en el alcoholismo agudo, puesto que es, propiamente hablando, una fase aguda del alcoholismo crónico.

La ingestión de una bebida alcohólica en dosis no excesiva, determina en primer término fenómenos de excitación general. La respiración, la circulación y la temperatura, se elevan ligeramente; se experimenta sensación de bienestar y gran facilidad para las emociones agradables; la excitación cerebral se manifiesta por mayor locuacidad, exaltación de las facultades intelectuales que hace las concepciones más fáciles y brillantes, y su expresión verbal, o mímica, más ingeniosa, elocuente y activa. A esta energía mayor en la esfera de las emociones y de las ideas, corresponde mayor intensidad en las reacciones psicomotoras; se experimenta sensación de más poder y constantes impulsos a la acción, al mismo tiempo que se relajan los frenos que contienen al hombre normal dentro de la prudencia. La percepción y la atención están un tanto embotadas y los movimientos pierden la precisión normal y más tarde la fuerza; la palabra es insegura, la marcha vacilante, etc. Por parte del aparato digestivo se observa: boca seca, la saliva se hace espesa y viscosa, pirosis y agrios, muchas veces náuseas y vómitos muy ácidos que alivian y despejan un tanto al ebrio; más tarde sobrevienen cámaras diarreicas. La hepatalgia y la ictericia son fenómenos consecutivos más raros.

Cuando la cantidad de bebida alcohólica es mayor, al período de excitación sucede una depresión, un letargo, algunas veces un verdadero estado comatoso con congestión cerebral intensa. La exposición al frío, en estas condiciones, ocasiona la muerte.

No siempre el alcoholismo agudo reviste esta forma ordinaria. Ciertos individuos predispuestos a la locura, suelen presentar bajo la acción del alcohol un acceso de delirio furioso, muy semejante al delirio epiléptico. Algunas veces sobrevienen accesos convulsivos, aunque sin presentar las fases del ataque verdaderamente epiléptico, como Magnan lo ha observado en los animales.

Alcoholismo crónico. - El abuso habitual de las bebidas alcohólicas, y más bien que del vino y de la cerveza, de los aguardientes y licores, determina trastornos digestivos, circulatorios, respiratorios y en los aparatos genito-urinario, locomotor y nervioso, que se acentúan hasta llegar el sujeto a la caquexia alcohólica, si antes no sobreviene la muerte por alguna lesión predominante. - Aparato digestivo: La boca suele estar roja y seca y la lengua blanquecina o amarillenta, por la influencia del catarro del estómago. Este órgano presenta las alteraciones de la inflamación catarral primero y parenquimatosa más tarde. El hígado, asiento de una congestión permanente, llega a experimentar con frecuencia la degeneración esclerosa o bien la esteatosis. Estas lesiones, que no son las únicas, explican la ina-

petencia habitual de los alcohólicos, los vómitos glerosos que se producen en ayunas, coloreados algunas veces por la bilis. La diarrea alterna con la constipación; hay cólicos y borborigmos; la tensión del abdomen y la flatulencia son habituales. La ictericia aguda de los borrachos (Leudet) difiere por su gravedad de los demás fenómenos hepáticos agudos que pueden sobrevenir en los bebedores de profesión (catarro biliar, congestiones hepáticas, etc.); esta ictericia se acompaña de síntomas nerviosos y gástricos, con adinamia rápida y profunda, síncope y muerte en el coma. - Aparato urinario y genital: Las lesiones más frecuentes son: la cirrosis renal y la nefritis parenquimatosa. La secreción urinaria está disminuida. Los testículos se atrofian a veces; sobreviene una senectud prematura del aparato genital. Las estadísticas de Lippich prueban la menor fecundidad de los alcohólicos. - Aparato circulatorio: El alcoholismo es una de las causas más frecuentes del ateroma arterial. La degeneración grasosa del corazón y la endocarditis crónica, son lesiones tardías del alcoholismo. Al principio sólo se observan alteraciones funcionales, palpitaciones cardíacas, congestiones pasajeras en diversos órganos, disnea, ligera aceleración del pulso, etc. Las alteraciones de la sangre constituyen la anemia aguda de los bebedores. - Aparato respiratorio: La hiperemia y el catarro crónico de la laringe y de los bronquios, explican la voz ronca, afónica, áspera o cavernosa y la disnea de los borrachos. La neumonía alcohólica ofrece caracteres especiales. Magnus Huss señaló el enfisema pulmonar y la esclerosis del pulmón. - Aparato locomotor: Los músculos se atrofian y sufren la degeneración grasosa; la fatiga es rápida, hay debilidad é incertidumbre en los movimientos; las mialgias, los calambres y las artralgias, indican más bien alteraciones nerviosas. - Aparato de la inervación: La acción del alcohol sobre el aparato nervioso, se traduce por la irritación, hiperplasia e induración de los elementos conjuntivos y por la atrofia y degeneración grasosa de los elementos nerviosos, células y tubos.

Las alteraciones funcionales recaen sobre la sensibilidad, la motilidad y las funciones mentales. Experimentan los enfermos hormigueo en los miembros, dolores de cabeza, vértigos, insomnio, pesadillas; las hiperestesias son más raras; la anestesia es progresiva y centripeta; la vista se debilita gradualmente, y los enfermos ven ráfagas luminosas, moscas volantes, y el tacto se embota. El temblor, que sobreviene precozmente, pasajero al principio, se acentúa con los movimientos, y de las manos, donde está limitado cuando se inicia, se extiende bien pronto a los miembros, la cara, la cabeza, los labios y la lengua. La paresia muscular se extiende de la periferia hacia el centro. Son más raras las convulsiones y los ataques de epilepsia alcohólica.

Las alteraciones mentales comprenden las alucinaciones y el delirio, que puede ser agudo y crónico, además de un estado mental particular

caracterizado sobre todo por la decadencia de la memoria y por la degeneración moral. Las alucinaciones de la vista, que son las más frecuentes, suelen consistir en la visión de ratas o animales inmundos. El delirio agudo, delirium tremens, que sobreviene en el curso del alcoholismo crónico, alguna vez a consecuencia de la abstención temporal de bebidas alcohólicas, se caracteriza por una agitación extrema con delirio maniaco, o lipemánico, con concepciones delirantes terroríficas, y con temblor más o menos generalizado. Muchas veces es mortal. El delirio crónico, que puede revestir formas muy variadas, maníacas, lipemánicas, megalománicas, degenera frecuentemente en demencia. La parálisis general progresiva de los enajenados sobreviene algunas veces a consecuencia de las lesiones cerebrales alcohólicas. El licor de ajeno, que produce trastornos cerebrales con más facilidad que el alcohol (seis por uno, según A. Voisin) determina estados mentales entre cuyos síntomas descuella el embrutecimiento.

El pronóstico del alcoholismo es siempre grave y muchas veces mortal; pero al principio, una medicación bien dirigida y un régimen riguroso, continuado, pueden dar curaciones durables. La descendencia de los alcohólicos es de ordinario degenerada: unos miembros son idiotas o imbéciles; otros, degenerados intelectual y moralmente, se pierden bien pronto en la más abyecta degradación; otros, en fin, son epilépticos, sordo-mudos, escrofulosos, hidrocefalos, etc.

El tratamiento del alcoholismo agudo consiste en provocar el vómito y estimular el sistema nervioso, inhalaciones de amoníaco, café revulsivo, etc. Contra el delirium tremens se emplea el opio, el cloral, el cloroformo, la digital, la nuez vómica y el vino a dosis bien reguladas. Igual tratamiento, aunque menos activo, requiere el alcoholismo crónico, pero hay que agregar el tratamiento propio de las múltiples lesiones orgánicas consecutivas.

Constituyendo el alcoholismo un peligro social grave, porque aumenta la mortalidad, disminuye el número de nacimientos, debilita la fuerza física y mental de las naciones, perturba profundamente el orden moral, ocasiona la frecuencia de los suicidios y multitud de atentados contra la seguridad privada y pública; no es extraño que en todos los tiempos hayan aconsejado los médicos la adopción de medidas legislativas para atenuar, ya que no extinguir, aquel azote de las sociedades. Por desgracia, el mal tiene hondas raíces: la miserable condición económica en que vive la inmensa masa proletaria y, sobre todo, el excedente obrero sin trabajo; la insuficiencia de la alimentación, la ignorancia general, el disgusto de la vida, precoz en los individuos de la clase desheredada, la mezcla confusa, en las grandes poblaciones, de los sanos con los individuos afectados de toda clase de degeneraciones mentales y orgánicas, y en grandísima parte

el actual sistema económico favorable sólo para saciar la sed devoradora del capital que no vacila en envenenar a la especie humana con sus productos industriales adulterados con las más criminales sofisticaciones; han hecho y harán estériles o poco menos los esfuerzos de los higienistas, de los filántropos y de los Gobiernos para extinguir los estragos del alcoholismo. Las medidas represivas están desacreditadas desde muy antiguo. En la actualidad la atención de los poderes públicos debería dirigirse a perseguir a los fabricantes y expendedores de alcoholes venenosos y de bebidas alcohólicas adulteradas. La reacción moral a que aspiran las sociedades de templanza es muy limitarla para atajar el daño. El estudio serio y profundo de las verdaderas causas de esta enfermedad social, inspirará la necesidad de los radicales remedios que exige, como tantas otras.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Morato JJ. Jaime Vera y el socialismo. Madrid: Tip. Torrent, 1918.
- (2) Morato JJ. El Doctor Vera y el socialismo. Madrid. Heraldo de Madrid, 19 de agosto de 1918.
- (3) Saborit A. Jaime Vera. El socialista 1948; p. 20-5.
- (4) Sanz Agüero M. Jaime Vera y el primer socialismo español. Boletín Informativo de ciencias políticas, 1971; 8:113-129.
- (5) Castillo JJ. Jaime Vera López 1859-1918 (notas biográficas). Rev. de Estudios Sociales 1972; 6.
- (6) Castillo JJ. Jaime Vera en los primeros años del PSOE, prólogo a Ciencia y proletariado. Madrid: Edicusa, 1973; p. 7-58.
- (7) Castillo JJ. Jaime Vera y López, 1859-1918 (Notas biográficas). Madrid. Rev. de Estudios Sociales 1972; 6: 165-185.
- (8) Vera J. Ciencia y proletariado (Escritos escogidos de Jaime Vera), prólogo y selección de Juan José Castillo. Madrid: Edicusa, 1973.
- (9) Pérez Landa E. Dr. Jaime Vera: médico, socialista, ser humano, un referente de nuestra convicción. Galapagar-Madrid: Fundación Jaime Vera. 2008.
- (10) Martín-Najera A. Fuentes para la historia del primer socialismo en España. Ayer, 2004; 54 (2): 23-48.
- (11) Rey González A. Jaime Vera: su obra neuropsiquiátrica. Anthropos 1984; 33-34: 81-83.
- (12) Álvarez-Uría F. Miserables y locos. Barcelona: Tusquets, 1983.
- (13) Campos R. Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923). Madrid: CSIC, 1997.
- (14) Campos R, Montiel L, Huertas R. Medicina, ideología a historia de España (Siglos XVI-XXI). Madrid: CSIC, 2007.
- (15) Villasante O. La introducción del concepto de Parálisis General Progresiva y el proceso de somatización de la enfermedad en la psiquiatría decimonónica española. Asclepio, 2000; 52 (1): 53-72.
- (16) Diccionario Enciclopédico Hispano-Americano. Barcelona: Montaner y Simón editores, 1887-1910. En: <http://www.filosofia.org/enc/cha/cha.htm>

(16) Rey González A. La psiquiatría en la España del siglo XIX. En: Aparicio Basauri V, editor. Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España. Madrid: E.L.A., 1997.

(17) Biblioteca Nacional de España. Introducción a las obras de consulta. <http://www.bne.es/es/Micrositios/Guias/ObrasReferencia/Enciclopedias/EvolHistorica/EncicloEspanolas/>

(18) Rosen G. The Specialization in Medicine. New York: Froben Press, 1944.

(19) López Piñero JM, Terrada ML. La información científica en medicina y sus fuentes. Valencia: Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, 1993; p. 24-29

(20) Roig A, Rey A. ¡Abstinencia total para el individuo, prohibición para el Estado. Sobre el origen del movimiento antialcohólico en España. Alicante. XXIV Jornadas Nacionales de Sociodrogalcol. 13 - 15 de marzo 1997.

LA FEMINIZACIÓN DE LA LOCURA: APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL CONCEPTO DE DISTIMIA. REFLEXIONES EN TORNO A SU USO COMO ETIQUETA DIAGNÓSTICA.

Celia García Díaz, Daniel Gutiérrez Castillo y Laura López Alonso

Desde los estudios de género, el paradigma de la feminización de la locura, ha dado soporte a numerosos estudios donde se muestra cómo la psiquiatría, en cuanto a disciplina médica y regulador social de conductas, ha ejercido un papel protagonista en la patologización del malestar femenino, elevando a la categoría de “enfermedad mental” situaciones derivadas de las desigualdades sociales, de las diferencias de oportunidades, en cuanto a formación académica, y acceso a lo laboral, así como a la reducción de la mujer al ámbito de lo doméstico, entre otras muchas cuestiones. En las descripciones de enfermedades mentales en las mujeres, es muy frecuente encontrar (tanto en historias clínicas de principios de S. XX, como en descripciones de casos clínicos en revistas de expertos) cómo las alusiones al trabajo doméstico realizado o no por las mujeres, era transformado en síntoma psiquiátrico; cómo tanto el abandono del rol femenino tradicional (mujeres que trasgredían el orden social) (1) como el mantenerse fielmente en las características psicológicas atribuidas por la psiquiatría hegemónica hacían etiquetar el malestar en las mujeres (lo que P. Chesler definió como “doble estándar”), y así, incluirlas o excluirlas, ejerciendo la regulación del orden social. Diagnósticos como histeria, clorosis, anorexia, bulimia han funcionado como verdaderos reguladores de conductas femeninas así como son conocidos los “trastornos” aplicables a la mujer en cada una de sus etapas vitales: existe un diagnóstico de síndrome premenstrual, depresión post-parto, depresión asociada a la menopausia. Desde nuestra práctica clínica, en pleno S. XXI, queremos poner el acento en una categoría diagnóstica, que ni siquiera goza de la popularidad de las anteriormente citadas: la distimia, que es diagnosticada mayoritariamente a mujeres.

Se denominó «feminización de la locura» al proceso mediante el cual, a finales del s. XIX y principios del S. XX se consideró a los trastornos mentales bajo una representación femenina. Mediante el uso del femenino genérico al referirse en numerosas publicaciones de expertos con el femenino genérico (“las histéricas”), los atributos femeninos de la locura unido al auge de publicaciones sobre ginecología y su relación con las teorías reflexológicas, fraguaron el caldo de cultivo para toda una teorización sobre lo “natural” de lo femenino y su asociación, también “por naturaleza” a la enfermedad mental, lo que la hace más proclive a la locura.

Por ello, como explican Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla las mujeres tenían más probabilidad de ser etiquetadas de enfermas mentales, debido a lo que Chesler llama «doble estándar» de la enfermedad mental, y a que la salud mental no se valoraba de la misma forma, con los mismos parámetros, en hombres y mujeres, pues los parámetros de una personalidad sana (independencia, autonomía y objetividad) no eran los parámetros de una mujer mentalmente sana: dependencia, sumisión y sentimentalismo. Por tanto, las mujeres podían ser consideradas «locas» aceptaran o rechazaran aspectos del rol femenino (2). En cuanto al tratamiento se refiere, se ha evidenciado la realización de mutilaciones ginecológicas y diferencias de género en el tratamiento moral, en lo relativo a la reducción para que se llegara a cumplir con los roles establecidos.

Sobre la cuestión del “naturalismo” es interesante la aportación desde la filosofía y la teoría del género que realiza Judith Butler, retomando de Foucault la dificultad en la dicotomía sexo-género. Lo que va a tomar Butler de Foucault es la idea de que no hay dos elementos que puedan distinguirse: el sexo como lo biológico y el género como lo construido. Lo único que hay son cuerpos que ya están contruidos culturalmente. Es decir, no hay posibilidad de un sexo natural, porque cualquier acercamiento teórico, conceptual, cotidiano o trivial al sexo se hace a través de la cultura y de su lengua. Al describirlo, al pensarlo, al conceptualizarlo, ya lo hacemos desde unos parámetros culturales determinados, con lo cual, según Butler, no es posible distinguir sexo y género. Ella utiliza de manera alternativa o sexo o género o sexo/género como si fuera un continuo para dar cuenta de que ya los cuerpos están culturalmente contruidos. No hay posibilidad de un acceso a “lo natural” como si “lo natural” fuera algo -ella dice- “originario” e “independiente de concepciones culturales” de esto que damos en llamar “naturaleza”.

Esto es así porque la noción misma de sujeto, que ella asimila a noción varón siguiendo a Irigaray, pero cuya crítica ya viene de Lacan y de Derrida, se constituye como tal en un espacio que es simbólicamente masculino. La disciplina médica y en concreto, la psiquiatría, han sido de dominio masculino, con teorías hegemónicas androcéntricas, donde la mujer ha sido “objeto” de estudio, desde ahí, no existe un sujeto femenino que enferma, existen unos “otros” que no son los sujetos masculinos, a los que le suceden otros signos, síntomas, y que no caben dentro de los esquemas contruidos; desde ahí, se patologiza lo “otro”, lo que no se conoce. No hay, pues, forma de acceder al “sexo natural”, sino al sexo tal y como cada cultura lo ha construido (3).

De aquí que trate de mostrar que nuestra clasificación “natural” es un constructo cultural donde ciertos datos se seleccionan como relevantes en virtud de intereses, que Butler denomina políticos y que son fundamentalmente intereses de poder.

Butler advierte que la noción de naturaleza que habitualmente usamos es una noción que tiene una fuerte carga valorativa, de mandatos -generalmente cristianos- occidentales centrados en deberes. Esto hace que ni sea un término descriptivo ni neutro, sino un término fuertemente disciplinatorio y subrepticamente -como de contrabando o a escondidas- que implica censura.

Queremos analizar en nuestro trabajo la importancia de los discursos performativos en el ámbito médico como productores de enfermedades inventadas que, bajo una apariencia científica y haciendo uso de la etiquetación diagnóstica, suponen en realidad una forma de control biopolítico a los diversos modos de resistencia de la mujer frente al discurso hegemónico heterosexual-masculino.

El concepto “natural” es en sí mismo performativo ya que crea constantemente una lógica de inclusión y exclusión, de normalidad y anormalidad, natural y anti-natural que crea realidades que no existen. En nuestra cultura occidental, la mujer ha tenido un papel fundamental como cuidadora, dedicada al trabajo doméstico, en el ámbito de lo privado. Lo sintomático en la distimia, son síntomas depresivos, pero sin la entidad como para ser diagnosticados de trastorno depresivo, son depresiones “edulcoradas”, relacionadas íntimamente con dos cuestiones: escasa red social, y sobrecarga en el cuidado de familiares, lo que se le supone también “natural” a la mujer. Desde aquí, se construye como síntoma lo que no es psicopatología, sino consecuencia de lo social, por lo que pensamos que cabría una reflexión acerca de la semiología, el estudio de los signos en psiquiatría, y cómo se utilizan para “etiquetar”.

El término “distimia” fue empleado inicialmente por Kalhbaum para referirse a las alteraciones de las emociones, hablándose desde entonces de distimias miedosa, ansiosa, irritable, etc. En la actualidad se suele utilizar para definir un diagnóstico, que sustituye al clásico de “depresión neurótica”. De este modo, la distimia fue utilizada por James Kcosis en la Universidad de Cornell, durante la década de los 70, comenzando su andadura a partir de la tercera edición del DSM(1980), y su aparición se conecta con la intención de pasar a un término que enfatizara los aspectos descriptivos sin referirse a los etiológicos.

Precisamente, ante este enfoque, desde luego nada novedoso, surgieron, en las décadas de los setenta y ochenta, propuestas que desde el feminismo propugnaban unas nuevas epistemologías, metodologías y categorías analíticas, que contribuyeran a una forma de conocimiento no determinista en el más amplio sentido del término, problematizando conceptos como «objetividad», «hombre» y «progreso», entre otros (3).

En el marco de estas propuestas se desarrollaron análisis que tenían como objeto de estudio aspectos relacionados con la historia de la psiquia-

tría, dado su carácter normativo y su relevancia en la configuración de las relaciones sociales y de género.

Sin embargo, la distimia es una especie de “cajón desastre” que limita con diferentes entidades, y donde el trabajar como un taxónomo sería errar en la clínica. En este sentido, autores como José María Álvarez y Fernando Colina sostienen que la distimia sería comparable a la melancolía clásica.

Nos preguntamos ¿por qué en ese momento, la distimia se convierte en enfermedad clasificable? Al igual que en la historia de la medicina, se observa como aumenta el interés por los artículos sobre menstruación coincidiendo con el movimiento feminista del s. XIX; o el interés por diagnósticos como la clorosis, tenían una finalidad clara de control de la conducta para seguir manteniendo el rol femenino tradicional, llegando a prescribir el matrimonio como tratamiento a la supuesta enfermedad, nos preguntamos cuales son las causas de la irrupción de la distimia como diagnóstico, cuando se decide y por qué. ¿Influyó en su salto hacia el manual diagnóstico su convivencia en el tiempo con el desarrollo de la segunda ola feminista, en los años 70?.

En un principio, el término “distimia” se refería a una acentuación del humor básico en una dirección determinada, destacando por su anormal intensidad al tiempo que la personalidad se veía envuelta en esa atmósfera afectiva; se presentaban ante el clínico una serie de modalidades básicas de distimias: maníaca, depresiva, desconfiada, disfórica, miedosa, etc. Actualmente, con su uso se define no un síntoma, sino una entidad nosológica (“trastorno distímico”), que sustituye a la clásica de “depresión neurótica”, que era el diagnóstico más común en la psiquiatría de los años 70, al igual que ocurre con otros trastornos de nueva aparición como el TDAH (basado en la inatención y la hiperactividad, que dejan de ser síntomas para transformarse en entidad nosológica, etiquetable).

De esta forma, la “distimia” empieza su camino en el manual de la Asociación Psiquiátrica Americana a partir de la tercera edición, en 1980, aunque ha sido perfilada en ediciones posteriores. Este cambio se relaciona con una doble intención: pasar a un concepto que enfatizara más los aspectos descriptivos, que los propiamente etiológicos, y precisar los criterios diagnósticos. Tales modificaciones no han conseguido que se transformen demasiado sus características epidemiológicas, pues se trata de uno de los diagnósticos más frecuentes en psiquiatría, con una incidencia doble en mujeres.

Todas estas particularidades hacen de la distimia un conjunto de depresiones mal definidas que, a menudo, se solapan con otras categorías diagnósticas (ansiedad generalizada, t. de personalidad, t. depresivo menor...) y que suscitan frecuentes polémicas en lo relativo a su delimitación, como es el caso de la discusión que se mantiene sobre si se trata de una forma crónica y leve de una depresión mayor o representa un trastorno neurótico de la

personalidad. Basándose en esto, precisamente, algunos autores se decantan por negarle una estructura psicopatológica propia, considerándola derivada de otras afecciones psíquicas (factores psicosociales, desarrollos anómalos de la personalidad...); quizás, por eso, se han empleado numerosos términos para referirse a ellas, dependiendo de quién haya efectuado la observación: “temperamento depresivo” de Kraepelin, “disforia histeroide” de Liebowitz y Klein, “depresión caracterológica” de Akiskal, etc. (4)

Reflexiones:

1.- Las enfermedades más diagnosticadas en mujeres, no responden a una causalidad orgánica, ni caracterial típicamente femenina. Pensamos que las enfermedades “no tienen sexo” pero aplicamos en la clínica las etiquetas de forma sesgada, igual que ha ocurrido desde una perspectiva histórica con otras entidades morbosas, y no sólo en mujeres (por ejemplo, la neurastenia como enfermedad más asociada a los hombres)-

2.- ¿Es casual la aparición de las etiquetas diagnósticas en psiquiatría? La historia nos muestra que no, y añadiendo la perspectiva de género, se explicita como esta disciplina médica ha sido también ejecutora de un orden social androcéntrico, relegando a muchas mujeres a la locura, cuando se resistían a él.

3.- Son necesarios los estudios de género, dentro de la historia de la psiquiatría para esclarecer los mecanismos que han contribuido a la construcción social de las subjetividades, tanto en hombres como en mujeres, y estudiar cómo las clasificaciones diagnósticas responden a formas de poder generizado.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Jiménez I, Ruiz M. J. La política de género y la psiquiatría española de principios de S. XX. En: Barral M.J., Magallón C, Miqueo C, Sánchez M.D. ed. Interacciones ciencia y género, discursos y prácticas científicas de mujeres. Icaria Atrazyt, Barcelona 1999, p. 185-206.

(2) Jiménez I, Ruiz M.J. Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica. *Frenia* 2003; III (1): 7-29.

(3) Comadres feministas [sede Web]. [Última actualización: 09/05/2013]. Femenías L. Aproximación al pensamiento de Judith Butler. Disponible en: <http://www.comadresfeministas.com/publicaciones/enlaweb/femenias.pdf>.

(4) Serrano C. Fenomenología y distimia., *Rev. Colomb. Psiquiatr.* Bogotá 2001; XXX 001: 50-56.

LAS DIFICULTADES PARA LA INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA EN LA ESPAÑA DE LA PRIMERA MITAD
DEL SIGLO XX. EL CASO PARADIGMÁTICO DE UN
PSIQUIATRA DE PRESTIGIO: ROMÁN ALBERCA LORENTE
(Alcázar de San Juan, 1903 – Murcia, 1967).

*José Miguel Sáez Gómez, Pedro Marset Campos,
Enrique Aguinaga Ontoso y Carlos López Fernández*

Introducción.

La aportación más relevante de España a la ciencia internacional ha sido la de la Escuela Histológica sobre el sistema nervioso, que gracias a la actuación de la Junta para la Ampliación de Estudios (JAE) tuvo continuidad y proporcionó esplendor a la ciencia española de la II República. Muchos de sus protagonistas, adelantados en diversos campos, realizaron estancias de perfeccionamiento en centros europeos, e iniciaron una trayectoria científica y profesional que se vio truncada por la Guerra Civil, en algunos casos incluso antes.

Román Alberca fue uno de estos científicos. Su formación empezó ya en el pregrado colaborando con Río Hortega, continuó con un postgrado en Francia donde realizó sus trabajos de investigación más importantes y finalizó con la lectura de su Tesis Doctoral. Después abandonó la investigación y se incorporó al manicomio de Murcia en 1928 para dedicarse en exclusiva a la psiquiatría. Un nuevo punto de inflexión fue su incorporación a la Universidad de Valencia como Catedrático de psiquiatría en 1950, compatibilizando la clínica con la docencia.

Los años de formación.

Román Alberca inició (1) estudios de Medicina en Madrid en 1917. El conocimiento de los trabajos de Río Hortega sobre la textura del sistema nervioso le inclinó a la Neuropsiquiatría y le permitió conocer a Sanchis Banús, quien ejerció la mayor de las influencias sobre él, en el Departamento de Dementes del Hospital General de Madrid. Alberca se reconoce también influido entre otros por Marañón, por Pittaluga, con quien trabajó un año como interno, y por Jiménez Díaz que actuó como revisor de su libro *Neuraxitis Ectotropas*.

Becado por la JAE, trabajó con del Río en el Laboratorio de la Residencia de Estudiantes entre 1921 y 1926, con pocos medios, pero siempre con el estímulo intelectual de su director (2). Alberca (fig. 1) reconoce a su Maestro más que las enseñanzas técnicas, las que suponen una actitud psicológica para el trabajo y la investigación: la búsqueda del éxito intelectual aún a costa de renunciaciones personales y el estímulo del espíritu de insubmisión y de independencia que lleva a explorar nuevos caminos. Los descubrimientos de Río Horteiga tuvieron amplia repercusión y personalidades internacionales acudieron a su laboratorio para obtener información y aprender sus técnicas. A consecuencia de ello, Alberca, como discípulo de Río, recibió invitaciones para trasladarse a diversos centros. Rechazó ampliar estudios en EEUU con Penfield (Cirugía) y en Londres con Mott (Histopatología de la esquizofrenia). Una nueva oportunidad se le ofreció cuando el rumano Constantin Levaditi (1874-1953), que trabajaba en el Instituto Pasteur sobre la sífilis congénita e introdujo métodos de tinción argéntica para el treponema, impartió un ciclo de conferencias en Madrid sobre ectodermosis neurotropas y sobre el tratamiento de la sífilis con compuestos de bismuto que él mismo había desarrollado en 1921. Levaditi pidió a del Río que desplazara a uno de sus discípulos a París para estudiar la anatomía patológica de las encefalitis, cuya transmisión experimental creía haber conseguido. El designado fue Alberca (fig. 2), quien marchó



Figura 1.
Román Alberca en 1925, al finalizar sus estudios de Medicina.



Figura 2.
Alberca en el laboratorio de Constantin Levaditi en el Institut Pasteur, en 1926.

a París en marzo de 1926 pensionado por la JAE, y consiguió demostrar la afectación precoz y primaria de las células nerviosas en las encefalitis, aunque su repercusión fue mínima pues publicó su descubrimiento en español, y solo fue recogido por von Economo.

Aunque Levaditi le ofreció permanecer en París, Alberca regresó a España en julio de 1927, cuando se reincorporó al laboratorio de Río Hortega y al Hospital General de Madrid como médico de guardia, con Sanchis Banús (3), de quien alaba su sabiduría clínica y su capacidad de trabajo, su compromiso con la profesión que le llevó al frente del Colegio de Médicos de Madrid, y su compromiso social que le hizo militar en el Partido Socialista en los peores tiempos de la Dictadura. En diciembre de 1927 defendió Alberca su Tesis Doctoral, *Estudio histopatológico de la encefalitis experimental*, resultado de su estancia en París. El texto íntegro fue publicado en 1928 (4) y 1932 (5). Pero su remuneración como investigador no le permitía cumplir otros objetivos y cambió la investigación por la clínica. En 1928, compitiendo con Luís Valenciano, Alberca obtuvo la plaza de director del Manicomio de Murcia, lo que le permitió llevar a cabo sus otras dos aspiraciones: “vivir honestamente y contraer matrimonio” (1), en 1929, con Julia Serrano Martínez.

Práctica clínica.

En el manicomio de Murcia (fig. 3), según él mismo afirma, no le faltaron medios pues el entonces presidente de la Diputación, José Ibáñez Martín, más adelante Ministro de Educación de Franco, quería modernizar la asistencia. Alberca aumentó el personal, inició la laborterapia y mejoró la asistencia. Estableció además una relación estrecha con la Audiencia, a lo que seguramente no era ajena la inclinación de Alberca por los aspectos legales de la psiquiatría, como confirman muchas de sus publicaciones. Por su ideología política de izquierda moderada (3), militó en Izquierda Republicana, aunque se dio de baja por su desacuerdo con la actitud de las izquierdas en la “Revo-



Figura 3.

Caricatura de Román Alberca, médico jefe del Manicomio Provincial de Murcia, firmada por el artista murciano Luis Garay, en 1932.

lución de 1934". Sin embargo, durante la Guerra Civil continuó en Murcia su trabajo asistencial en colaboración con las Brigadas Internacionales. Desde entonces, prefirió no mostrar inclinaciones políticas y se resistió a militar en Falange cuando tras la Guerra se le presionó para que lo hiciera si pretendía continuar al frente del Manicomio.

Tras la Guerra se inició una depuración entre los profesionales de todos los cuerpos del Estado que contribuyó a la involución de los servicios sanitarios y cerró un ciclo histórico para la Psiquiatría española, que quedó prácticamente desmantelada. En términos generales la "nueva" Psiquiatría estuvo configurada por (a) un sentimiento antieuropeísta; (b) un nacionalismo psiquiátrico, que pretendió crear una Psiquiatría autóctona influida por la ideología dominante, y (c) la aceptación de los postulados psiquiátricos de la Alemania de la época, sobre todo a partir de las obras de Jaspers y K. Schneider. Como señala González Duro (6), ante la imposibilidad de consolidar una Psiquiatría netamente española, se intentó adaptar la alemana, de manera que la falta de originalidad se suplió con la españolización del pensamiento germánico.

De la clínica a la docencia.

Tras la Guerra Alberca decidió permanecer en Murcia, a diferencia de la mayor parte de las figuras más importantes de la psiquiatría española (Lafora, Villaverde, López Albo, Prados Such, Sacristán, del Valle, Nieto, Mira y López...), que desaparecieron o partieron al exilio. En unos pocos lugares (Córdoba, Barcelona, Valencia, o en Murcia con Román Alberca) persistieron grupos en torno a figuras de reconocida trayectoria profesional previa a la guerra, que intentaron desarrollar cierto grado de independencia de las tesis oficialistas. Alberca prosiguió con la asistencia en el manicomio y en su consulta privada, y preparó en 1943 un trabajo en el límite entre la neurología y la psiquiatría, el libro *Neuraxitis ectotropas* (7), aunque en él el eje es todavía la histopatología, pues se dedica a procesos inflamatorios del sistema nervioso que comparten alteraciones histológicas identificables con las técnicas que Alberca aprendió con Río Hortega y desarrolló con Levaditi. La dedicación a la clínica, sin embargo, le impidió seguir dedicándose a la investigación y de hecho, el libro, si bien parte de su investigación, es un trabajo de revisión de sus aportaciones anteriores. Pero también en la clínica se sentía frustrado; en la entrevista ya citada (1) Alberca confiesa cuáles son sus ideales como profesional que la clínica no ha satisfecho:

"...un deseo imperioso de remover la función asistencial, todavía más importante y costosa que las construcciones; de dotar a los establecimien-

tos de personal médico y sobre todo auxiliar, suficiente y preparado; de organizarlos en régimen de comunidad terapéutica; de sacar todo el partido posible a nuestros avances terapéuticos, de los fármacos a la psicoterapia; de organizar la asistencia en un sentido unitario y totalista, desde la faena preventiva esencialmente dispensarial a la asistencia postcura, pasando por el manicomio, los servicios psiquiátricos en hospitales generales, las instituciones especiales para alcohólicos, psicópatas, subnormales y psicosis infantiles. El manicomio tendrá que ser un lugar de permanencia para el enfermo; pero de permanencia transitoria para el que lo necesita y sólo mientras lo necesita. Nuestro ideal es que no lleguen allí tantos enfermos como podrían pasar sin él; que se reintegren a su familia y su vida, con las ayudas precisas, y no vuelvan a él tantos como puedas recuperarse y rehacer, entre los demás, una vida armoniosa y feliz.”

Entre la clínica y la docencia.

Es posible que su truncada vocación investigadora y su frustración en la clínica fueran el impulso para iniciar una nueva trayectoria, la docente. En 1950, obtuvo la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Salamanca



Figura 4.
Retrato de Román Alberca como Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valencia, en 1951.

que cambió por la de Valencia (fig. 4); fue el tercer catedrático de Psiquiatría en la España franquista, precedido por Vallejo Nágera en Madrid y por Sarró en Barcelona. Durante dieciséis años simultaneó la dirección del manicomio en Murcia y la labor docente en Valencia, hasta su fallecimiento en 1967. También ingresó en la Real Academia de Medicina de Murcia en 1951. Su discurso de posesión, *Tarea y rumbos de la Psiquiatría* (8), fue una recapitulación de sus ideas acerca de la Psiquiatría, sus problemas, su futuro y sus relaciones con otras disciplinas, algunas de ellas, las que el propio Alberca había trabajado: psicología, neurología, histología, derecho... En este discurso, Alberca afirma que no es real la aparente contradic-

ción existente entre la psicología, que ahonda en las motivaciones íntimas de los sujetos, y la psiquiatría empeñada en indagar los motivos somáticos. La Psiquiatría, afirma, ha debido conformarse con definir la enfermedad mental como una agrupación de síntomas cuando las otras especialidades han conseguido una definición de carácter etiológico o anatomoclínico. Este último razonamiento conduce a Alberca al papel que puede jugar la histopatología, que cultivó en sus primeros años de investigador, en la Psiquiatría. Considera que la “histopatología se nos ha quedado chica”, en el sentido de que los modos de reacción del sistema nervioso son muy limitados y las lesiones rara vez son específicas. La Psiquiatría no está contra la búsqueda de la lesión, pero sí contra su sobrevaloración en el sentido causal.

La producción científica de Roman Alberca: de la histopatología a la neurología y la psiquiatría.

La producción científica de Alberca se inició con 18 años de edad, en 1921, todavía estudiante. En el laboratorio de Río Hortega publicó su primer artículo (9), con una orientación puramente histológica. Hasta su fallecimiento en 1967 publicó otros 65 trabajos breves (artículos, ponencias, comunicaciones y capítulos de libro) y un libro. Como en su trayectoria biográfica, en esta producción es posible diferenciar tres etapas. La primera, desde 1921 hasta su incorporación al hospital psiquiátrico de Murcia en 1928, es de orientación fundamentalmente histopatológica; en ella, además de su Tesis Doctoral, hizo doce publicaciones, dos de orientación exclusivamente histológica, y el resto muestran la transición hacia la neurología aunque conservando la perspectiva histopatológica. A esta etapa corresponden la mayor parte de los trabajos publicados en colaboración (tres con Sanchis Banús y dos con Levaditi, curiosamente ninguno con Río Hortega). Su contribución científica más relevante de esta época fue su tesis doctoral, *Estudio histopatológico de la encefalitis experimental*, en la que demostró lesiones de los elementos nobles del sistema nervioso, las neuronas, no solo en los vasos o en la glía. Definió así claramente que la lesión primaria y más importante de las encefalitis era precisamente la afectación neuronal.

La segunda etapa se inicia en 1930 con Alberca ya trabajando en el manicomio de Murcia, y abarca hasta 1950 cuando se incorpora a la Universidad. Su orientación es fundamentalmente neurológica, con incursiones frecuentes en la psiquiatría especialmente hacia el final de este período. A esta etapa corresponden veintidós publicaciones entre ellas su libro *Neuraxitis ectotropas* (7) de 1943, una revisión acerca de un eleva-

do número de cuadros clínicos que tienen en común la afectación de los elementos histológicos que derivan del ectodermo embrionario, que es el último de sus trabajos en los que la histología representa una contribución notable. Sobre el mismo tema volverá a insistir en tres trabajos publicados hacia el final de esta etapa, entre 1946 y 1949. También a esta época corresponde su primera incursión en la psiquiatría legal y forense, con un trabajo colectivo publicado en la revista murciana Noticias Médicas (10) justo antes de comenzar la Guerra Civil. A partir de entonces, este será un tema no especialmente frecuente en su obra, pero sí recurrente.

En la última etapa de su producción, entre 1951 ya como catedrático en Valencia y 1967, cuando fallece en Murcia, sus publicaciones no abandonarán la neurología, pero se orientan de manera decidida a la psiquiatría, con incursiones en temas humanísticos, filosóficos y hasta artísticos. Los 38 trabajos publicados en esta etapa parten de una recapitulación de su pensamiento psiquiátrico en su mencionado discurso de toma de posesión como Académico (8). También publica algunos trabajos en homenaje y recuerdo de los que fueron sus maestros (Sanchis Banús (11), Río Hortega (2)) o supusieron una influencia sobre él, como Lafora (12). Esta es una etapa de reflexión y recapitulación, sus temas ya no son los de la investigación coetánea, sino los de sus preocupaciones clínicas cotidianas o los de sus intereses intelectuales; en consecuencia solo un 10% de estas publicaciones contienen bibliografía, lo que demuestra que su apoyo en esta época no son los trabajos ajenos, sino su propia memoria y su reflexión intelectual.

Las influencias científicas visibles en la obra de Alberca (13) son congruentes con su época y su biografía. Así, excluido su libro y los trabajos que no contienen bibliografía, la mayor influencia procede por este orden de trabajos españoles, franceses y alemanes. En el libro *Neuraxitis ectotropas* (1943), de nuevo estas influencias se hacen patentes, pero ya aquí el peso de los trabajos franceses y alemanes citados, supera en mucho a los españoles, que se ven relegados tras los de Estados Unidos, Gran Bretaña, e incluso Italia. Y siempre presente, por encima de sus maestros españoles, está presente la influencia de Levaditi.

Conclusiones.

La biografía de Román Alberca puede ser un buen ejemplo para caracterizar una época. Sus años de formación se desarrollaron en la España de comienzos del siglo XX, en la que el pensamiento regeneracionista del que es estandarte la figura y obra de Cajal, dio lugar a instituciones en las que personalidades de inteligencia despierta como Alberca pudieron ini-

ciar su trayectoria científica. Así nuestro protagonista pudo llevar a cabo sus primeros trabajos de investigación, todavía como estudiante, en el Laboratorio que dirigía Ríó Hortega en la Residencia de Estudiantes, y sin solución de continuidad una Beca de la Junta de Ampliación de Estudios le permitió comenzar una carrera investigadora en París que se anunciaba prometedora. Sin embargo, a su regreso a nuestro país no encontró Alberca el marco institucional adecuado para continuar su trayectoria investigadora en el campo de la Histopatología: tuvo que escoger entre el pluriempleo y una remuneración escasa, o en cambiar su línea de trabajo por la clínica, y su decisión fue esta última. El rumbo de la ciencia y de la psiquiatría en el franquismo tampoco permitió su recuperación como investigador. El caso de Alberca es un claro ejemplo de cómo los problemas económicos y sociales hicieron que España perdiera su capital humano para la investigación. Algunos, como él, se vieron obligados a reorientar su actividad. Otros, hubieron incluso de dejar el país.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gómez Santos M. Conversaciones con D. Román Alberca Lorente. Tribuna Médica. 1967.
- (2) Alberca R. Del Ríó Hortega en mi recuerdo. Revista española de Oncología 1965; 12 (2).
- (3) Alberca R. A la memoria del Dr. D. José Sanchis Banús. El Ateneo de Cartagena, 1932.
- (4) Alberca Lorente R. Estudio histopatológico de la encefalitis experimental. Los Progresos de la Clínica 1928; 36.
- (5) Alberca Lorente R. Estudio histopatológico de la encefalitis experimental. Noticias Médicas 1932 febrero; 7 (74).
- (6) González Duro, E. Informe sobre la asistencia psiquiátrica en España. Cuadernos para el Diálogo, Colección los Suplementos, 1974. p.55.
- (7) Alberca R. Neuraxistis ectotropas. Madrid: Morata, 1943.
- (8) Alberca R. Tarea y rumbos de la psiquiatría. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Murcia. Murcia: Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, 1951.
- (9) Alberca R. Sobre la naturaleza y significación de los filamentos epidérmicos de Herxheimer. Boletín de la Sociedad Española de Histología 1921; (20).
- (10) Alberca R, Ayuso, Basterrechea, Villar y Rica. Sobre la peligrosidad de los psicópatas. Noticias Médicas 1936; 11(115).
- (11) Alberca R. Discurso en la sesión-homenaje a la memoria de Sanchís Banús. Rev esp de Oto-neuro-oftalmología 1964.
- (12) Alberca R. Lafora como psiquiatra. Archivos de Neurobiología 1965; 23(4): 65 y ss.
- (13) Marín Fernández JL. Aproximación a la obra de Román Alberca Lorente (1903-1967). [Tesis de Licenciatura]. Murcia: Universidad de Murcia, 1978.

MARGINACIÓN DE LOS CIENTÍFICOS EN EL FRANQUISMO: LUIS VALENCIANO GAYÁ (MURCIA, 1905 – 1985).

*Cesáreo Cerón González, Pedro Maset Campos, José Miguel Sáez Gómez,
Carlos López Fernández, y Enrique Aguinaga Ontoso.*

Introducción



Figura 1.
Retrato de Luis Valenciano.

La biografía de Luís Valenciano (1905-1985) –fig. 1- resulta paradigmática de la de todo un grupo de psiquiatras españoles, coetáneos suyos -la denominada por él mismo “generación dispersa”-, que tienen en común haber visto truncado su proyecto vital y trayectoria profesional como consecuencia de la guerra civil y los condicionamientos políticos y científicos que le siguieron (1).

En su trayectoria pueden diferenciarse una etapa prebélica (1926-1936), en la “escuela de Madrid” bajo el magisterio de Lafora, de formación en la medicina científico-natural bajo el influjo de Cajal y marcada influencia germanófila, adquirida en prestigiosos centros europeos. Es un período de auge en la psiquiatría española, durante el cual Valenciano man-

tiene relaciones con instancias oficiales -Consejo Superior Psiquiátrico, Dirección General de Sanidad, Liga Española de Higiene Mental-, desempeñando un importante papel en el intento de reforma y modernización de la asistencia. Hay una segunda etapa (1937-66) durante la guerra civil y la inmediata posguerra; se ve relegado a la marginación en provincias, desvinculado de los centros de poder, de los que emana una doctrina psiquiátrica manipuladora, coercitiva y sectaria. Valenciano se refugia en la cotidianidad del Manicomio Provincial de Murcia y el ejercicio privado.

El tercer estadio (1967-1975), al final del franquismo, coincide con su ascenso a la dirección del Hospital Psiquiátrico tras el fallecimiento de su amigo Alberca; se caracteriza por su preocupación por la reformulación de la organización psiquiátrica de España, y al frente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría actúa como nexo intergeneracional. Por último, tras su jubilación (1976-1985) desarrolla una intensa actividad divulgativa, literaria e historiográfica, ejerciendo de historiador de su propia generación; participa en la reforma psiquiátrica de la Región de Murcia, y asiste al reconocimiento de su tarea por parte de instituciones y colectivos sociales.

Etapa prebélica.

Orientado hacia la Medicina por José Loustau, rector de la Universidad de Murcia, a quien reconoce como maestro (2), Valenciano estudia la licenciatura (1921-27) durante la dictadura de Primo de Rivera, frecuentando círculos en los que se fraguaba el movimiento estudiantil de contestación al régimen, al tiempo que asistía a las clases de profesores de la talla de Juan Negrín, Ramón y Cajal, Marañón, Sanchís Banús, Jiménez Díaz, Pittaluga... –fig. 2– Sus principales maestros pertenecen a la descrita por Marañón como “generación de preguerra”, o también por otros como “primera generación psiquiátrica española”, “generación de 1916”, o “generación de *Archivos de Neurobiología*”, neuropsiquiatras formados en la medicina científico-natural, los esfuerzos sistematizadores de Kraepelin, los progresos de la Psicología experimental y las recientes conquistas en



Figura 2.
Luis Valenciano y otros compañeros con Gregorio Marañón.

las psicosis orgánicas (parálisis general progresiva, demencia senil...) Algunos de ellos son becados por la Junta de Ampliación de Estudios para completar su formación en prestigiosos centros europeos. Terminada la carrera en 1927 ingresa como Médico Interno en la clínica de Lafora en el Sanatorio Neuropático de Carabanchel Bajo. A finales de 1928 le ofrecen a Lafora enviar un discípulo al Manicomio Cantonal de Zürich como Médico Residente. Valenciano acepta la plaza, pero para adquirir un mayor soporte de conocimientos va primero a la Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital La Charité de Berlín, uno de los centros más completos de la época, dirigido por Bonhöffer. Allí es aceptado como Médico Voluntario en el Consultorio del neurólogo Kramer, bajo la jefatura de Zutt con quien entabla una amistad que influirá en sus orientaciones antropológicas. Tras Berlín viaja a la Universidad de Viena donde asiste a su Clínica Psiquiátrico-Neurológica. Pasa luego a Munich para estudiar la organización del *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*, la fundación que dirigió Kraepelin hasta su muerte, y aún conoce la terapia ocupacional en el Manicomio de Constanza, y en Kreuzlingen el sanatorio privado de Binswanger. Finalmente llega al Manicomio Cantonal de Zürich, dirigido por Maier, y al que el exdirector Bleuler, ya jubilado, acude una vez por semana a las reuniones científicas (las Referieabend), y así puede escuchar sus observaciones personales. Este Manicomio practica la más moderna terapéutica de las enfermedades mentales y en él existe, además, un servicio de asistencia familiar que acoge unos 400 enfermos, distribuidos en familias aisladas o en pequeñas agrupaciones en casas de campo.

Valenciano regresa en 1931, y se incorpora como Subdirector al Sanatorio de Lafora en Carabanchel. Trae el dominio del alemán, una amplia preparación en psicopatología y neurología, y las ideas más actuales sobre la asistencia y la organización de hospitales psiquiátricos. Impartirá conferencias sobre su experiencia y modificará la organización del Sanatorio, introduciendo la cura de Klaesi, mejorando la laborterapia, la formación del personal de enfermería, etc. Tras la muerte de Sanchis Banús, Lafora ocupa el cargo de Director de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Provincial de Madrid (Sección de Mujeres), a la que se suma voluntariamente Valenciano en 1934, encargándose del Servicio de Admisiones.

Desde su estancia en Zürich se consolidó su interés por las esquizofrenias. Más adherido a las tesis organicistas de Bleuler que a las psicologizantes de la escuela psicoanalítica, abordará en 1931 la traducción de "*El pronóstico de las psicosis endógenas*" (3) de Mauz. En septiembre de 1932, en un Congreso de la especialidad en Granada, presenta "*Las esquizofrenias procesales*" donde marca "un orden de aparición de los síntomas" en las "catástrofes" esquizofrénicas, colocando a la cabeza el delirio de relación. En el mismo Congreso se le encarga la coordinación de una

ponencia sobre Psicoterapia para la siguiente reunión que, junto a Sarró, desarrollará bajo el título “*El valor de las nuevas investigaciones antropológicas para la psicoterapia*”. En 1933 nuevos trabajos desarrollan esta línea (4, 5). En el mismo año de su regreso también se consolida su relación con *Archivos de Neurobiología*, primero como revisor y traductor, y un año más tarde como Secretario de Redacción, iniciando una colaboración con Germain que no abandonará hasta su jubilación.

A su regreso, Valenciano constata que la asistencia psiquiátrica es caótica: a las dificultades jurídicas y administrativas para el internamiento, se suma el carácter meramente asilar de los manicomios. Voces aisladas reclaman la renovación y la profesionalización en la atención, pero las autoridades sanitarias solo se sensibilizarán tras la instauración de la II República, cuyo primer Gobierno aprueba el “Decreto sobre asistencia de los enfermos mentales” que constituye una estructura técnico-administrativa con dos organismos básicos: el Consejo Superior Psiquiátrico con funciones asesoras, de programación e inspección, del que fue presidente Lafora; y la Sección Central (con Secciones Provinciales) de Psiquiatría e Higiene Mental, dirigida por Germain, con funciones de dirección y ejecución. El Consejo Superior Psiquiátrico impulsó la reforma y entre otros objetivos se planteó la organización de un personal sanitario subalterno especializado psiquiátricamente, para modificar el trato a los enfermos mentales, cuya asistencia en los Establecimientos públicos se entregaba a licenciados del Ejército. En 1932 se publica en la Gaceta de Madrid el plan propuesto por el Consejo, que establece también el programa de los estudios teórico-prácticos y las pruebas necesarias (teóricas y vocacionales) para conseguir los diplomas de practicante y enfermero psiquiátrico. El Consejo convocó un concurso para la redacción del texto oficial para su preparación y fue premiado el libro de Valenciano “*La asistencia al enfermo mental. Manual del enfermero psiquiátrico*” (1933) (6). Es uno de sus trabajos más relevantes, escrito a partir de los guiones de los cursos para enfermeros impartidos en el Sanatorio Neuropático de Carabanchel Bajo, cuando era su Subdirector, y con el que inicia otro de sus intereses: la asistencia psiquiátrica en sus aspectos institucionales, preventivos, de divulgación y de educación de la población.

En diciembre de 1935, en la VII Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, presenta “*Valor de las nuevas investigaciones antropológicas para la psicoterapia*”, una ponencia en la que critica los métodos psicoterápicos existentes, y los sitúa en un marco antropológico-existencial sobre las concepciones del “*Sein und Zeit*” de Heidegger. Se publica al año siguiente en un número de *Archivos* (7). Además Valenciano es nombrado Tesorero de la Asociación en una Junta que cuenta con Lafora como Presidente, López Ibor como Vicepresidente y Román Alberca como Secretario. Desde 1931 a 1936 colabora además en la reforma de la asistencia psiquiátrica, tanto en el

Hospital Provincial, como en las Semanas Nacionales y Misiones de Higiene Mental de la Liga Española de Higiene Mental en toda la geografía española.

La Guerra Civil y el Franquismo.

Cuando en el verano de 1936 Lafora se marcha a Benidorm temiendo represalias por su posición política, Valenciano queda al frente de la Clínica e intenta sin éxito tramitar la salida de Lafora del país en misión oficial. Sí consigue que sus pacientes sean evacuados hacia Alicante y Murcia, donde es nombrado Médico Interino del Manicomio, hasta que fue movilizadizo en enero de 1938 como Teniente Médico del Ejército Republicano y Jefe del Servicio Médico del Hospital Psiquiátrico de Almería.

Tras la victoria rebeldes el cambio que sufre Valenciano es dramático. Todo lo que suponía Lafora -exiliado en México- y su clínica, la posibilidad de incorporarse como Jefe de Servicio al nuevo Manicomio de Alcalá de Henares, los estudios en Alemania y Zürich, la Liga de Higiene Mental, etc., quedan sepultados. Intenta obtener algún puesto de trabajo en Madrid, pero debe someterse a la depuración profesional en el Colegio de Médicos y se le indica la conveniencia de retirarse a provincias a cambio de no tener problemas. Y así lo hace, pero en Murcia no dispone de recursos económicos. Con su familia se instala en un piso cedido por su cuñado y mediante la intercesión de Alberca recupera la plaza de Médico Interno Interino en el Manicomio de Murcia desde 1940 hasta 1943, cuando toma posesión como Médico de Número Interino. Progresivamente se incorpora al estamento médico murciano, e ingresa como Corresponsal en la Academia de Medicina -fig. 3- en Mayo de 1942.

(8) Gracias al mecenazgo de Juan López Ferrer, consigue Valenciano abrir su "Clínica



Figura 3.
Luis Valenciano con Román Alberca y otros miembros de la Real Academia de Medicina de Murcia.

Neuro-Mental”, fiel expresión de cómo entiende el tratamiento y la asistencia psiquiátrica. En ella figura Alberca como consultor, lo que le da prestigio y atrae a los pacientes. En enero de 1946 es nombrado Médico de la Beneficencia Provincial, destinado como Psiquiatra al Manicomio Provincial. Como consecuencia de una remodelación de plantillas, se le asciende a Jefe Clínico del Manicomio en diciembre de 1946.

Durante los cursos académicos 46-47 y 47-48, antes de crearse la Cátedra de Psiquiatría en Valencia, por invitación del Catedrático de Patología General Carmena Villarta, dicta ciclos de cinco conferencias sobre Psicopatología General y es nombrado profesor Ayudante de clases prácticas en la mencionada Cátedra, durante el último de estos cursos. En agosto de 1947 consigue la máxima puntuación en un Concurso-Oposición para Director de Dispensario de Higiene Mental, pese a las circunstancias poco favorables que rodean la convocatoria (con reserva de plazas a ex-combatientes, ex-cautivos, hijos de ex-cautivos, etc). Un año más tarde, es designado vocal para tribunales de las oposiciones a Dispensarios de Higiene Mental; con motivo de este nombramiento recibe presiones para que interceda por Vallejo Nágera en su disputa con López Ibor, sugiriéndosele incluso que se ausente del tribunal alegando motivos de salud, aunque Valenciano hace caso omiso de estas presiones.

En 1948 será requerido por el Juzgado de Instrucción de Expedientes de la Diputación Provincial de Madrid para informar de las actividades de Lafora en aspectos como adhesión al Gobierno de la República, participación en agrupaciones políticas o sindicales, etc. Valenciano declara exculpando a su maestro de todo tipo de actividad antipatriótica. El mismo año es encargado de los Servicios de Higiene Mental y Toxicomanías del Instituto Provincial de Sanidad de Alicante. Inmediatamente, por concurso, se traslada a Murcia. Las principales funciones del Dispensario consistían en asistencia precoz a los enfermos ambulatorios, campañas de profilaxis en las esferas biológicas y sociales, recogida de datos estadísticos y labor social orientadora de carácter general. Su labor en el Dispensario refleja la concepción de Valenciano sobre estas cuestiones. Al implantarse el Seguro Obligatorio de Enfermedad además le asignan a Alberca y a él las plazas de Neuropsiquiatría.

Lafora regresó a España y en 1950 recuperó su puesto al frente del Servicio de Psiquiatría de Hombres del Hospital Provincial de Madrid, al que atrae a los que se han denominado sus “nietos científicos” (Gutiérrez Gómez, Santo Domingo, Lafora Jr., Llopis, Román, Valenciano Clavel, Olmo...) Ese mismo año resulta especialmente duro para Valenciano por el fallecimiento de su compañera, Maruja Clavel. En 1952 pronuncia diversas conferencias sobre Higiene Mental en el curso organizado por Lafora sobre “*Los problemas actuales de la Psiquiatría científica y clínica*”, al que se

suman figuras de la época como Marañón, Vallejo Nágera, López Ibor, o Sacristán; algunos de sus viejos discípulos (Alberca, Llopis, Escardó, Obrador, Germain, Valenciano), y miembros de las “nuevas generaciones”. Otra actividad en la que colabora con Lafora es en la reedición de *Archivos de Neurobiología*, a la que se ha obligado a suprimir de la portada los nombres de sus fundadores. Valenciano autoriza a que se retengan los derechos de autor de su libro “*La asistencia al enfermo mental*” para sufragar la deuda de la revista con la editorial. Participa también en diversas reuniones científicas en el extranjero. En 1956 la celebración del I Centenario del nacimiento de Kraepelin en el *Forschung Anstalt* que fundó en Munich. En 1957 acude junto a Alberca al Symposium sobre “*El síndrome paranoide desde el punto de vista antropológico*”, organizado en Zürich por Zutt y Kulenkampff en el II Congreso Internacional de Psiquiatría. En 1961 presenta una comunicación en el Congreso Internacional de Higiene Mental en París.

Al fallecer Alberca, en 1967 Valenciano pasa a dirigir el Hospital Psiquiátrico de Murcia—fig. 4—. A la vez se convierte en ‘nexo intergeneracional’ desde la dirección de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Tras su jubilación (1976) desarrolla una intensa actividad divulgativa, literaria e historiográfica, siendo incluso historiador de su propia generación. Asimismo, participa activamente en la reforma psiquiátrica de la Región de Murcia.

Desde el punto de vista epistemológico, la obra de Valenciano recorre un amplio abanico temático: desde los más estrictos patrones nosológicos de corte kraepeliniano hasta la más reciente Psiquiatría Social; desde modelos de asistencia psiquiátrica, sorprendentemente avanzados para su época, hasta fecundas formulaciones antropológico-filosóficas. En



Figura 4.

Luis Valenciano con algunos colaboradores en el Hospital Psiquiátrico de Murcia

todas estas áreas, y en otras más, destaca de forma especial el rigor en el método y la profunda y extensa erudición en la documentación previa.

Conclusión.

Al margen del significado de su producción científica, mencionada aquí y más ampliamente estudiada en otro lugar. (1) Valenciano es una excelente muestra de lo que supuso la dictadura franquista para la ciencia española: varias generaciones de profesionales, sólidamente formados en España y en el extranjero, que fueron perseguidos y marginados. Con ello, las instituciones asistenciales, docentes y científicas quedaron descapitalizadas, y no solo desde el punto de vista económico, sino también en el científico, intelectual y humano. Sólo en los años finales del franquismo la situación empezó a cambiar, aunque en muchos casos, como el de Valenciano, gracias al esfuerzo de los propios intelectuales que habían sido marginados anteriormente. Si por algo se caracteriza la biografía de Valenciano es por el ostracismo y marginación a los que se vio sometido durante el franquismo, injustamente postergado de los circuitos psiquiátricos “oficiales” pese a su ingente producción científica. (9) Valenciano solo pudo intentar salvarse del naufragio colectivo y personal aferrándose con rigor y honestidad profesional a las tareas psiquiátricas que le permitieron las adversas circunstancias a las que se enfrentó.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Marse P (coord.) Médicos murcianos de la Escuela Histológica Española. Murcia: EDITUM, 2008.
- (2) Valenciano L. Estudios y Ensayos sobre la vida y las vidas humanas. Murcia: Academia Alfonso X El Sabio, 1978. p.193-204.
- (3) Mauz F. El pronóstico de las psicosis endógenas. Madrid: Morata, 1931
- (4) Valenciano L. Tratamiento de las esquizofrenias. Arch Neurobiol (Madr) 1933; 13: 123-174.
- (5) Valenciano L. Sobre las psicosis de la infancia no demenciales. Arch Neurobiol (Madr) 1933; 13: 993-1015.
- (6) Valenciano L. La asistencia al enfermo mental. Manual del enfermero psiquiátrico. Madrid: Pueyo, 1933.
- (7) Valenciano L. Valor de las nuevas orientaciones antropológicas para la psicoterapia. Arch Neurobiol (Madr) 1936; 16: 405-433.
- (8) Valenciano L. Modernas tendencias terapéuticas en Psiquiatría. Murcia: Publicaciones de la Real Academia de Medicina, 1942.
- (9) Marse Campos P. Luis Valenciano Gaya. Un hombre a contrapelo de su tiempo. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1985; 5 (15): 416-426.

LA PSIQUIATRÍA FORENSE EN EL CHICAGO DE LOS AÑOS 20. EL CASO LEOPOLD AND LOEB.

María José Louzao Martínez, Miguel Angel Miguélez Silva y

Tiburcio Angosto Saura

Introducción:

El asesinato de Bobby Franks a manos de Nathan Leopold y Richard Loeb ocurre en los años 20 en la ciudad de Chicago. Estos años estuvieron marcados por la llamada Ley Seca, iniciada en 1920, y la aparición de la violencia por parte de las bandas de gánsters. En esta década hubo más de 500 muertes por violencia entre bandas. Se sabe que la peor consecuencia de la prohibición de alcohol fue estimular el crimen organizado y la corrupción. A pesar de ocurrir en este clima de violencia el crimen de Leopold y Loeb tuvo una gran notoriedad (1), hasta nuestros días, tanto en el ámbito social como en el de la psiquiatría forense que por aquellos años aún estaba en sus inicios.

Se podría decir que la psiquiatría forense de EEUU tiene su acta de nacimiento con la publicación del libro *Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity* en 1838 por Isaac Ray uno de los fundadores de la American Psychiatric Association (2). Sus ideas expresadas en este libro, tuvieron clara influencia en el abogado británico Sir Alexander Cockburn, que defendió al primer caso de un enfermo mental que se conoce en la jurisprudencia; el Caso M'Naghten, un ebanista que, francamente delirante, intentó asesinar en Londres al primer ministro de la época, y que equivocadamente disparó sobre su secretario que le acompañaba. El abogado Cockburn argumentó que su defendido no podía distinguir entre el bien y el mal y que no era consciente de las consecuencias de sus actos. La Cámara de los Lores discutió la capacidad de los enfermos mentales para entender sus propias decisiones estableciendo una normativa que acabaría llevando el nombre del reo: Normas M'Naghten. En los EEUU se adoptaron plena y ampliamente estas normas.

El libro de I.Ray fue la primera, exhaustiva y sistemática exposición sobre los problemas entre ley y enfermedad mental, publicado en el mundo occidental. Tuvo una gran influencia en la psiquiatría forense. Esta influencia duró más de 120 años, hasta los años 50 del siglo pasado. Todos esos años la principal discusión se estableció sobre si una persona puede ser considerada culpable cuando tiene una enfermedad mental y comete su delito en relación con dicho trastorno. Esta discusión condujo a su vez a la comunidad científica de la época a la necesidad de establecer los criterios por los cuales se iba a diagnosticar el trastorno mental.

Ya en el S.XX, en 1905, la obra más importante para la psiquiatría forense en los EEUU fue la 5ª Edición del libro *Jurisprudencia Médica* cuyo Tomo I estaba dedicado a la enfermedad mental. Escrito por el neurólogo de Filadelfia James Hendrie Lloyds, fue utilizado hasta los años 30 en casi todos los sumarios judiciales. Lloyds estaba convencido de que la enfermedad mental estaba basada en una lesión cerebral y no admitía el término “locura moral”. No obstante aceptaba la validez médica y el eximente de trastornos sobre los que tenía que intervenir en los juzgados, como la cleptomanía, la piromanía y la dipsomanía, que por aquellos tiempos formaban parte de la locura moral, a pesar de que estos no tuvieran lesiones cerebrales demostrables o discapacidades cognitivas.

Por otro lado empezaban a iniciarse los movimientos de denuncia de las condiciones de vida de los enfermos mentales en los manicomios de la época. Uno de los aldabonazos a las conciencias vino de la mano de un libro donde se relataba la vergüenza de algunos hospitales psiquiátricos: *A mind that found itself*. Escrito en 1908 por Clifford W Beers, un psiquiatra que estuvo ingresado al menos tres veces, describe su terrible experiencia durante los internamientos. Más tarde fundó la Sociedad de Higiene Mental de Connecticut que dio lugar al nacimiento en EEUU del movimiento de higiene mental, promovido fundamentalmente por la figura de Adolf Meyer (1866-1950). Este autor fue de los primeros que introdujo la idea de la unidad psico-socio-biológica para tratar de entender, no solo la enfermedad mental, sino también la conducta humana. Meyer fue un pionero en el tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia, entre otros aspectos, así como en poner énfasis en la intervención social de los trastornos mentales y en el desarrollo de la psiquiatría comunitaria.

Pero los cambios fundamentales en la psiquiatría de EEUU en las dos primeras décadas del S.XX estuvieron marcados, por un lado por la obra de S.Freud, que había viajado hasta EEUU en 1909 acompañado de Jung y Ferenczi, y por otro, por las figuras del ya citado A. Meyer y W.A White. Este último sería determinante en la peritación de Leopold and Lobe. White desde el principio se vinculó a la teoría psicoanalítica siendo de los pioneros en establecer puentes entre los psiquiatras y los psicoanalistas. Publica en 1923 el libro *Insanity and the Criminal Law* donde escribe que tanto la conducta criminal como la locura son sólo la conducta de las personas que no pueden abordar eficazmente la situación en la que se encuentran. Este fue un pensamiento común en los primeros años del S.XX; criminalidad y locura eran distintos aspectos de un mismo problema.

White siempre estuvo dispuesto a acudir como perito de la defensa para expresar su opinión contraria a la pena de muerte basando sus informes en la expresión psicodinámica que había llevado al reo a delinquir. Nunca aceptó hacer una peritación por parte de la acusación en la que se pedía la pena de muerte.

Durante la década de los años veinte en los EEUU prevaleció la filosofía de que los males de la sociedad (problemas laborales, delincuencia, criminalidad, etc) eran el resultado de una mala salud mental, que podrían solucionarse con “técnicas apropiadas que actuasen sobre la salud mental de la población. (3)

En 1921 en su discurso presidencial ante la Asociación Americana de Psiquiatría, Owen Copp llama a crear un número cada vez mayor de servicios psiquiátricos en la comunidad para los pacientes dados de alta. La importancia de los factores sociales en los trastornos mentales era tan importante que la American Sociological Society en 1922 crea su primera sección dedicada a “Problemas psíquicos y condiciones sociales”.

Esta década fue testigo de un esfuerzo continuo para alejarse de los manicomios con la creación de las unidades psiquiátricas en los hospitales generales, siendo la primera en el Hospital H. Ford de Detroit en 1924. Estaban destinadas no sólo a tratar los problemas enfermedades mentales sino también a establecer programas de prevención haciendo hincapié en la participación de la familia y la comunidad.

En los años 20 del Siglo pasado Sheldon and Eleanor Glueck, establecieron las bases para la creación de centros para la disciplina de la psiquiatría penitenciaria y criminológica, pero no fueron recibidas con mucho entusiasmo por la psiquiatría académica. La Psiquiatría legal por esos años aún estaba por desarrollar y existían muy pocos programas de postgraduados que contuvieran esta disciplina. Fueron psiquiatras europeos emigrados, como Bernard Glueck (4) que introdujeron el campo de la psiquiatría forense y sus aspectos teóricos en los EEUU.

El caso “Leopold and Loeb”:

Nathan Leopold y Richard Loeb eran dos jóvenes universitarios de Chicago con una excelente capacidad intelectual, pertenecientes ambos a familias de alto nivel socioeconómico.

Loeb destacaba por ser un joven atractivo y sociable, con un gran carisma entre sus iguales. Leopold, con una vida dedicada a los estudios -idiomas, ornitología y la filosofía de Nietzsche-, entre otros, era inmaduro y reservado.

En mayo de 1924, protagonizaron el crimen más recordado de la historia de su ciudad (5). Escogieron al azar a su vecino Bobby Franks, de 14 años, al que secuestraron y posteriormente asesinaron. Su principal motivación era la excitación que sentirían con los hechos. (6) Deseaban cometer el crimen perfecto.

Sin embargo, un olvido en la escena del crimen, guió a la policía hacia Leopold y finalmente, las investigaciones e interrogatorios acabaron por conseguir la confesión de los muchachos.

Contrataron a Clarence Darrow (7), el abogado más famoso del país, conocido por su desafío a los conceptos tradicionales de moralidad y religión y su capacidad para ganarse a los jurados más reticentes.

Su declaración de culpabilidad implicaba un castigo mínimo de 14 años de prisión y máximo de pena de muerte. La estrategia de la defensa consistía en alegar “circunstancias atenuantes” a fin de evitar la pena capital. Estas circunstancias no se basaban en los hechos que habían rodeado a la comisión del crimen, sino en la alegación de una condición mental anormal en sus defendidos. Al haberse declarado culpables no podían ser considerados “dementes” por lo que la argumentación de la defensa se basó en la existencia de grados de responsabilidad mental en sentido legal. Para ello presentó a varios alienistas como testigos.

Los informes psiquiátricos se realizaron tras evaluar los siguientes puntos: historia familiar, historial médico, examen físico, historial académico, desarrollo y fantasías, vida sexual, educación e institutrices, actos delictivos, el caso Franks, estudio psiquiátrico, autoevaluación del paciente e interpretación psiquiátrica.

A continuación se muestra la biografía de los psiquiatras encargados por la defensa y las descripciones psicopatológicas realizadas por ellos.

WILLIAM ALANSON WHITE (8) (1870-1937) fue una parte integral en el desarrollo de la psiquiatría moderna y en la aceptación del psicoanálisis en los EEUU. Publicó más de 19 libros y 200 artículos, siendo algunos de ellos los primeros escritos sobre psiquiatría forense. Entre sus obras destacan “Outlines of Psychiatry”, “Modern Treatment of Nervous and Mental Diseases” y “Autobiography of a Purpose”. Fue presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), de la American Psychopathological Association y de la American Psychoanalytic Association. Dirigió el hospital de St. Elizabeth de Washington, centro de referencia en los años 30.

Consideraba a Leopold inteligente y sin tendencia criminal. Infeliz y solitario en su infancia, atrapado en un mundo de fantasía en el que establecía relaciones de tipo rey-esclavo, ya desde los cinco años. Se veía a sí mismo como un esclavo poderoso y trataba a Loeb como a un rey.

En Loeb observó la presencia de sentimientos de inferioridad y destacó la mentira como parte integral de su persona. Había desarrollado ciertas tendencias antisociales y criminales para las que necesitaba un público. No experimentaba culpa o remordimiento y su capacidad de juicio no estaba alterada. *“Albergaba una máscara emocional infantil, que distaba de funcionar armoniosamente con su desarrollada inteligencia. Debido a este*

conflicto interior no resuelto, se encaminaba hacia la personalidad desdoblada” (conocida actualmente como trastorno de identidad múltiple).

White no creía que ninguno de ellos por separado pudiese llegar a cometer el crimen y que fue la combinación de ambos la que lo hizo posible.

WILLIAM HEALY (9) (1869-1963) popularizó las interpretaciones psicopatológicas de jóvenes delincuentes. Dirigió el Instituto psicopático juvenil de Chicago y publicó “El delincuente juvenil”, un compendio en el que reflejaba las características biopsicosocioambientales halladas en los jóvenes por él evaluados. Influyeron su obra Stanley Hall, Adolph Meyer y Freud. Defendió la normalidad psicológica e intelectual de los delincuentes, tratando de buscar la eficacia de las estrategias de intervención psicológica. Aplicó los conceptos psicoanalíticos de la represión y el inconsciente. Identificó los conflictos mentales como causa de las conductas delictivas. Estaba convencido de la relación de la sexualidad con esos conflictos y contribuyó en el movimiento a favor de la educación sexual. Al igual que Freud, localizó en la relación materna el origen de la personalidad y delincuencia, ayudando a validar la teoría de la culpa materna en los años 30.

De Leopold, afirmó que era inteligente, egocéntrico, egoísta, testarudo, crítico y desdenoso con los demás y que poseía los sentimientos e ideas típicos de una personalidad paranoide. *“Desde muy temprano pensaba en sí mismo como una persona extramadamente inteligente que podía experimentar con ideas sobre el bien y el mal, la conciencia y Dios”*

Describió a Loeb como una persona desleal y sin escrúpulos, pero afable y extrovertido, puntualizando que esta “doble personalidad” hizo posible el crimen.

Healy consideraba que la relación entre ambos era patológica, extraña e inmadura. Leopold, de tendencia homosexual, accedía a cumplir los planes de Loeb a cambio de favores sexuales.

BERNARD GLUECK (10) (1884-1972) era un experto en psicoanálisis y psiquiatría forense. En 1915 fundó la primera clínica psiquiátrica penitenciaria en la prisión Sing Sing. Publicó más de 60 artículos. Autor del libro “Studies in Forensic Psychology” y traductor de varias obras de psicoanálisis. Fue presidente de la American Psychopathological Association. Fue galardonado con el premio Samuel W. Hamilton.

Respecto a Leopold concluyó que se trataba de un individuo inteligente con personalidad paranoide y pensamiento delirante. Consideraba que había desarrollado una concepción anormal de su “yo”, concepción que él situaba dentro del campo de lo paranoide, y creía que en un futuro acabaría desarrollando una psicosis. Describió la relación patológica que establecía con Loeb- por quien sentía una admiración extrema- en la que asumía el papel de esclavo.

De Richard Loeb (11) destacó la ausencia de sentimientos normales en relación a lo sucedido, tal como remordimiento, compasión o arrepentimiento. Con estas palabras describió su psicopatología: *“Este chico, aún siendo capaz de orientarse intelectualmente, es bastante incapaz de dotar a su entorno de una adecuada emoción. Mi impresión es clara respecto a que sufre de una personalidad trastornada, radicando la naturaleza de su trastorno en una profunda discordancia patológica entre su vida intelectual y emocional.”*

HAROLD STACEY HULBERT (12) (1887-1949) trabajó en el Psychopathic Hospital de Ann-Arbor y dirigió la clínica de psicopatía de Detroit. Fue miembro de numerosas organizaciones profesionales y sociales. Declaró como testigo experto en distintos juicios. Escribió varios artículos en distintos campos de la psiquiatría, entre ellos “Forensic Neuro-Psychiatric Examination of Testator” y “An Study in Dementia Praecox”. Editó el Journal of Criminal Law and Criminology.

KARL MURDOCK BOWMAN (13) (1888-1973) fue un pionero en el estudio de la psiquiatría, siendo los efectos psiquiátricos de las drogas, la esquizofrenia y la homosexualidad los campos a los que dedicó mayor esfuerzo. Dirigió numerosos estudios de investigación. Fundó el “Consejo de investigación en problemas de alcohol”. Ocupó el cargo de director médico en el Boston Psychopathic Hospital y en el Instituto Psiquiátrico Langley Porter. Fue presidente de la APA. Escribió numerosos artículos y libros sobre diversos campos de la psiquiatría. Entre los más destacables se encuentran “Alcohol Addiction and Its Treatment” y “The Modern Treatment of Schizophrenia”.

Los Drs. Hulbert y Bowman realizaron una valoración completa a nivel neurológico, mental, físico, educacional y social.

Para ellos Leopold era una persona con un desarrollo incompleto de sus emociones, egoísta y muy sensible a las críticas de otros. A nivel intelectual se consideraba superior a los demás, lo que contrastaba con su sentimiento de inferioridad y su dificultad en entablar relaciones sociales. Según su opinión esta dualidad mostraba un conflicto mental interno de importancia patológica. Destacaron la vividez, intensidad y duración de sus fantasías y el efecto de éstas en su personalidad. No mostraba ningún tipo de sentimiento respecto al crimen. Había participado en el crimen como cómplice de Loeb, por quien haría cualquier cosa.

En cuanto a su criterio sobre Loeb, no lo veían como un hombre normal física o psíquicamente. Sus reacciones emocionales eran pueriles y carecía de sentimientos adecuados a sus vivencias. Quería llevar a cabo su idea de la infancia de convertirse en su héroe “The master criminal” y encontró en Leopold a su cómplice perfecto.

En cuanto a la relación complementaria entre ambos, el Dr. Hulbert opinaba que la causa psiquiátrica para el crimen no se encuentra en cada chico por separado sino en la interacción de ambas personalidades.

El fiscal, por su parte, basó su acusación en tres puntos: en primer lugar, los muchachos eran completamente cuerdos; segundo, su motivación para secuestrar a Bobby Franks había sido los diez mil dólares del rescate que necesitaban para pagar sus deudas de juego, y, en tercer lugar, que habían abusado sexualmente del niño y que se habían visto obligados a matarlo para encubrir su ataque.

Los alienistas de la acusación testificaron que no hallaban evidencia de enfermedad mental en los jóvenes, y que no estaban carentes de reacciones emocionales. El Dr Harold Singer afirmó que la doble personalidad no significaba necesariamente una enfermedad. El Dr William O. Krohn testificó que los muchachos tenían una buena salud y memoria, no encontrándose evidencias de enfermedad mental. Sobre Loeb informó de “salud e integridad de memoria, como se mostró con su habilidad para contar los detalles de la coartada falsa y del planeamiento del crimen.” De Leopold recaló su buena memoria, su gran capacidad mental y su orientación en tiempo espacio y relaciones sociales. Otros médicos llamados a declarar por el Estado, el Dr. Archibald Church y el Dr. Hugh T. Patrick tampoco objetivaron datos de enfermedad mental.

Tras la intervención de los testigos, el fiscal Crowe alegó que los jóvenes habían asesinado por recibir el dinero del rescate, que la fantasía de la relación rey-esclavo, sostenida por la defensa, no era más que un producto de su imaginación, que los astutos asesinos habían engañado a los psiquiatras, que los psiquiatras eran un fraude, que el crimen había sido planeado lógicamente y cuerdamente por dos jóvenes con instintos asesinos y que no había en ellos ningún problema mental. Apeló al Juez Caverly para que no sucumbiese al anarquismo de Darrow y cumplierse su obligación, protegiere al estado y condenase a los jóvenes a la pena de muerte.

El alegato final de Darrow duró tres días y trató sobre el amor, la piedad y la tolerancia.

Dos semanas más tarde el magistrado dio lectura a su decisión. Condenó a los jóvenes a cadena perpetua en la prisión de Joliet alegando que sería un castigo suficientemente estricto y que no quería incrementar la cifra de jóvenes muertos por ahorcamiento en el estado de Illinois.

Leopold and Loeb abandonaron la sala del tribunal en dirección a la penitenciaría de Joliet. Aunque compartieron prisión y condena, sus destinos fueron muy distintos. Richard Loeb murió apuñalado por Jimmy Day, un compañero de celda, presuntamente al intentar forzarlo sexualmente. Nathan Leopold dedicó gran parte de su estancia en prisión a mejorar las condiciones culturales del centro, organizando la biblioteca y dando clases a otros reclusos. También participó de forma voluntaria en ensayos clínicos. Después de haber cumplido 33 años de condena, Leopold salió en libertad condicional. Los últimos años de su vida transcurrieron en Puerto

Rico, donde trabajó en un hospital y escribió una autobiografía: *99 años y un día*. Sin embargo, no aporta en ella ningún dato esclarecedor sobre el asesinato (14). El 30 de agosto de 1971 murió a los 66 años de edad.

Discusión:

La importancia de este caso en la historia de la psiquiatría forense radica en el hecho de utilizar las evaluaciones médicas con el fin de demostrar distintos grados de responsabilidad mental en sentido legal. En ningún momento se usaron los informes psiquiátricos como prueba de la “locura” de los acusados puesto que éstos se hallaban en plenas facultades mentales y habían confesado su culpabilidad.

Para los psiquiatras de la defensa, ambos jóvenes poseían personalidades patológicas, cuya combinación hizo posible el crimen. Sus descripciones del estado mental de los adolescentes hacían referencia principalmente a rasgos de personalidad patológicos en individuos con capacidad intelectual elevada, juicio de realidad conservado y ausencia de sintomatología psicótica franca.

A pesar de no existir ninguna clasificación internacional en la época, las descripciones coinciden en cuanto a las alteraciones psicopatológicas presentes y en ellas se refleja la influencia del psicoanálisis. Basándonos en criterios actuales podríamos enmarcar a Loeb en un trastorno de la personalidad disocial (15), teniendo más dificultades para diagnosticar a Leopold, cuya evolución durante y después de la prisión, permite descartar la presencia de un trastorno mental grave y apunta más hacia el narcisismo patológico descrito por Millon (16) o un trastorno de personalidad por dependencia.

Conclusión:

Los informes presentados contribuyeron a la resolución favorable del caso y marcaron una fecha importante en la historia de la psiquiatría forense.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Geis G y Bienen LB. Crimes of the century. From Leopold and Loeb to O.J. Simpson Boston: Northeastern University Press, 1998.
- (2) Quen JM. Law and psychiatry in America over the past 150 years. *Hospital & Community Psychiatry* 1994; 45(10):1005-1010.

- (3) Caplan G, Caplan RB. Development of community psychiatry concepts. In: Freedman AM, Kaplan HI, editors. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1967.
- (4) Glueck B. Studies in forensic psychiatry. In: *Criminal Science Monograph N° 2*. Supplement to the *Journal of the American Institute of Criminal Law and Criminology*. Boston: Little, Brown and Company, 1916.
- (5) Hannon M. Leopold and Loeb case (1924). University of Minnesota. Law Library. [Artículo en formato electrónico] 1991. Disponible en: http://darrow.law.umn.edu/trialpdfs/LEOPOLD_LOEB.pdf
- (6) Sellers AV. The Loeb-Leopold case. Brunswick, GA: Classic publishing co, 1926.
- (7) Howe SW. Reassessing the Individualization Mandate in Capital Sentencing: Darrow's Defense of Leopold and Loeb. *Iowa L.Rev* 1994, 79 *Iowa L.Rev*:989.
- (8) Biografía de William Alanson White disponible en: <http://biography.yourdictionary.com/william-alanson-white>
- (9) Biografía de William Healy disponible en: <http://www.faqs.org/childhood/Gr-Im/Healy-William-1869-1963.html>
- (10) Biografía de Bernard Glueck disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Bernard_Glueck,_Sr.
- (11) Guide to the Dr. B. Glueck papers 1910-1971. Box 1, folder 6. The University of Chicago Library.
- (12) Biografía de Harold S. Hulbert disponible en: <http://findingaids.library.northwestern.edu/catalog/inu-ead-nua-archon-167>
- (13) Biografía de Karl Murdock Bowman disponible en: Solomon HC. KARL MURDOCK BOWMAN, M. D President 1944-1946 A Biographical Sketch. *Am J Psychiatry* 1946;103:18-20.
- (14) Leopold NF. Prisión perpetua y 99 años más. Buenos Aires: Editora internacional, 1960.
- (15) Frances A, First MB y Pincus HA. DSM-IV Guía de uso. Barcelona: Masson, 1997.
- (16) Millon T. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson, 2006.

LA PARANOIA REFORMATORIA Y LA « NÉVROSE RÉVOLUTIONNAIRE » EN EL SIGLO XIX. ESTUDIO PSIQUIÁTRICO DE OLYMPE DE GOUGES, SEGÚN EL TEXTO DE ALFRED GUILLOIS.

José Luis Día Sahún y Laura Día Guillén

¿Cómo la sociedad influye en el criterio de razón y locura? Para responder a esta pregunta revisamos la psicopatología clásica de la paranoia del siglo XIX-XX, y su relación con la atribución de un diagnóstico, en concreto de una enfermedad delirante a las figuras reformadoras, a los idealistas apasionados. A modo de introducción, recordamos la figura de Thomas Szasz, fallecido el 8 septiembre 2012, y su referencia sobre el tema que nos ocupa: “*El delirio de reivindicación es un invento de la psiquiatría para medicalizar la conducta humana disfuncional, o radical*”. “*Se consigue así la transformación en delirio o psicosis, de una conducta política radical, cuya única finalidad era la de transgredir el orden establecido*” (sic) “*The myth of mental illness*” (1).

Traemos al lector la oportunidad de repasar y revivir los Delirios de reivindicación, basados en el texto clásico “*Tratado de las enfermedades mentales*”, de Oswald Bumke (2) (traducción de Emilio Mira y López y prólogo de J. Sanchis-Banús, dos figuras ilustres de nuestra psiquiatría) y el estudio de “*La névrose révolutionnaire*” de A. Cabanès (3).

Nuestra primera pregunta es: ¿Sobre qué personalidad se asientan estos delirios? Para responder a ello, siguiendo el texto de O. Bumke podemos decir que son sujetos de: a) temperamentos vivos, recelosos y excitables, b) Rencorosos y vengativos por una causa, c) Apasionados idealistas al modo de Dide y Guiraud, d) Fanáticos de la política, la religión y la reforma social. Estas características de personalidad se corresponden con un “Super-yo” inflexible, “íntegros”, exigiendo respeto y derechos. Puede decirse pues, que nuestros “reformadores” presentan una Constitución paranoica y obsesiva.

¿Y la génesis delirante? ¿Cómo evolucionar desde una personalidad reivindicativa a una existencia delirante, ya psicótica? Podemos afirmar que esta forma, tan peculiar, de vivir y reaccionar ante la realidad se caracteriza por un desarrollo insidioso del delirio, sutil, desapercibido, hasta que eclosiona en su reivindicación querellante. Recordemos el trabajo de F. Javaloy y su “*estudio del fanatismo*” (4), y el trabajo clásico de Ulysse Trélat, la “*locura lúcida*” (5). Muchas veces, la eclosión delirante vendrá precipitada por un conflicto o fracaso (ejemplo de una enfermedad, un accidente tráfico o laboral, un conflicto con vecinos, etc.). Son los clásicos “*Monómanos intelectuales*” de Esquirol, los delirios de los “*Arregladores*” de F. Leuret (6) y los pacientes descritos ma-

gistralmente por G. G. de Clérambault (7) en su texto inolvidable «*Les délires passionnels. Érotomanie, Revendication et Jalousie*» de 1921.

Veamos a continuación los tipos clínicos de la paranoia de reivindicación según nuestros autores clásicos.

-En primer lugar, Los querellantes e impugnadores, los demandantes y litigantes, los así llamados “*paranoicos querulantes*” según el “Diccionario de psiquiatría” de Antoine Porot (8). En su primera manifestación, su forma *pleitista*, caracterizada por su *manía* de pleitear, se trata de una auténtica locura litigiosa, o delirio de “*perseguidores pleitistas*”. Para Regis (9), en su texto “*Les Régicides*”, se trataría de personajes que padecen de “Delirios razonados de desposesión” (aprovecho para recordar al lector el excepcional “Tratado de psiquiatría” de E. Regis, con traducción del Dr. C. Juarrós (10) en el que se documentan también estos tipos “*querellantes*” y sus delirios paranoides).

-En segundo lugar, los llamados, *hipocondríacos perseguidores*, con su tipología clínica de ansiosos y deprimidos; son querellantes de sus dolores y síntomas físicos, reivindicativos de un dolor, o queja física, la cual es el eje de su existencia, y les proporciona indudable satisfacción en su papel de demanda de justicia médica. Debemos de preguntarnos qué sucede en la nosología actual con estos tipos clínicos, incluidos en la nosología de Trastorno delirante persistente del DSM-IV, para ello recurrimos al excelente trabajo de Freckelton (11) y su Clínica de los paranoicos litigantes, “*Querulent paranoia and the vexatious complainant*”, cuyas características clínicas son:

-1) Una total determinación hacia el éxito en sus quejas, en contra de todos, infatigables.

-2) Gran tendencia a identificar cualquier obstáculo o dificultad como una conspiración.

-3) Una espíritu de cruzada sin tregua, sin descanso para corregir un daño sufrido.

-4) Una manera de conducirse peculiar en las relaciones, un placer en su querulancia.

-5) Insociables, debido a su beligerancia, siempre contencioso, pleitista, disputador, etc.

-6) Siempre dispuesto a la pelea, y confrontación fácil (“scatter-gun, blunderbuss”).

-7) Muestran ya desconfianza y suspicacia en las entrevistas clínicas con el psiquiatra.

Goldstein (12) en su texto “*The litigious paranoid and the paranoid criminal*”, describe tres presentaciones típicas de estos personajes: a) “*The hyper-competent defendant*”, b) “*The paranoid party in a divorce proceeding*” y c) “*The paranoid complaining witness*”.

- En tercer lugar, dentro de nuestros delirantes reivindicativos, tratamos el caso de los “inventores delirantes”. Nos preguntamos, ¿Son megalómanos, vanidosos e ingenuos, siempre autodidactas? ¿Su invento tiene siempre un carácter absurdo? Para contestar a estas preguntas, veamos la Psicopatología descriptiva y fenomenología de los “inventores delirantes” (13). Asumimos que el complot paranoide siempre estará presente en esta forma peculiar de paranoia del genio creativo. ¿Qué características clínicas cumplen nuestros inventores delirantes? Veamos, según texto de J.L. Día (13) estas seis características clínicas: a) “Reivindicación de un mérito, un invento, un descubrimiento o una patente”. b) Se creen desposeídos de sus derechos, de sus méritos, por supuestas envidias, celos, en forma de complot paranoide añadido. c) Acuden a oficina de patentes, al juzgado, reivindican su mérito, se quejan de una conspiración para robarles, “*me han copiado*”, “*planean asesinarme, saben que soy famoso*” (refieren estos pacientes). Aportan denuncias y pruebas de su hostigamiento, escritos al juez, notas de prensa, etc. d) Son tipos y personalidades originales, extravagantes, a destacar siempre su hipertrofia yoica, su orgullo y narcisismo. e) El delirio puede hacerse expansivo, de grandeza, afectando al futuro de la humanidad, al final de la pobreza, ser reconocidos, aludidos en TV y prensa, radio, candidato al Nobel. f) La “máquina perpetua”, la solución energética a la humanidad, la nueva fórmula genética, o la ecuación del universo; desde los inventos de TBO hasta un ingenio interplanetario constituyen la originalidad de su delirio: “*hasta me ingresaron, me dieron electrochoque, para robarme el invento*” Sic, refiere uno de nuestros pacientes “*inventor*”.

-En cuarto lugar, dentro de estos delirantes reivindicativos, debemos describir a “*Los apasionados idealistas y reformadores*” de M. Dide (14). Pero antes breve reseña y homenaje al heroico Maurice Dide (1873 –1944), nacido en París, psiquiatra en la Salpêtrière, director psiquiátrico de Braqueville de Toulouse, de 1909 a 1936. Enseñó psicopatología en Toulouse hasta su arresto por la Gestapo durante la ocupación nazi de Francia. Murió en el campo de Buchenwald, se comportó como un héroe, como un idealista comprometido.

Los Tipos de idealistas apasionados que Dide describe magistralmente en “*les idéalistes passionnés*” (14) son los siguientes:

a) Tipo Idealistas de la bondad:

-I. Idealistas de la bondad en los reformadores religiosos.

-II. Idealistas de la bondad en las reformas sociales: Tipo Utopías del comunismo:

-III. Idealistas de la naturaleza. Ejemplos: J.J. Rousseau, Tolstoi, nos dice Dide.

b) Tipo Idealistas de la bondad y de la justicia que llevan a la crueldad.

- I. Idealista egocéntrico estético.

- II. Idealista de carácter altruista.

-III. Idealistas de la justicia de carácter egocéntrico. Dos tipos.

1. Reivindicadores de carácter pesimista o hipocondriaco.
2. Reivindicadores pseudo-altruistas (Ejemplo: Marat).

-Por último, en quinto lugar, y para concluir nuestro recorrido por estos personajes paranoicos, reivindicadores y apasionados, presentamos “El crimen paranoico” de los “paranoicos reformadores” y los Magnicidas. Recurrimos a la excelsa obra de E. Regis (9), el cual describe al magnicida paranoico como un inadaptado social. Dos tipos de magnicidas según E. Regis:

a) Los perseguidos-perseguidores corrientes: Sus móviles son egocéntricos, que llevados por su delirio, querellantes o litigantes, centrado contra una figura relevante de la política o sociedad, ejecutan su venganza.

b) Los perseguidores ambiciosos (Genil-Perrin (15), “Les paranoïques”) Su conducta es orgullosa y exhibicionista, con la aureola de su “martirio”. El regicidio es su máxima expresión.

c) Los paranoicos reformadores (según el texto clásico de A. Porot (8)).

d) Paranoicos o idealistas apasionados de M. Dide (14), que se proponen transformar la sociedad. Entre ellos los anarquistas regicidas “perseguidos”, “desequilibrados lúcidos” (Salsou, Louvel, etc.), a quienes la falsedad de sus juicios conduce a actos homicidas. Entre ellos también los utopistas -que abundan en épocas revolucionarias- (Saint Simon, Fourier, Proudhon,..), personajes imaginativos, exaltados por una misión renovadora, reúnen discípulos, redactan constituciones (como el “*Contrato social*” de Rousseau).

e) El grupo de los paranoicos místicos, laicos y religiosos. Para su descripción debemos recordar la indispensable obra de A. Cullerre (16) «Fanatiques: les mystiques proprement dits ».

f) Los utopistas, profetas inspirados, nuevos Mesías, aspirantes al martirio, inventores de nuevos dogmas, fundadores de sectas y cismas extravagantes.

Una vez realizado el repaso a la psicopatología clásica de los tipos que- rulantes, idealistas y reivindicativos, auténticos reformadores sociales, que en ocasiones son catalogados en la nosología como paranoicos, analizamos la figura histórica de Olympe de Gouges, (1748- 1793) nuestra heroína de la revolución francesa, artista, mujer libre, feminista a la que la psiquiatría de la época clasificó como “paranoica”. Nos basamos en el texto de Sophie Mousset (17).

¿Fue Olympe de Gouges una paranoica reivindicativa-idealista?

«Seuls contre tous: OLYMPE L'IMPRÉCATRICE», en *Le Monde* (24 de julio de 2003) (18). Una mujer independiente, feminista, con conducta libertina para la época, escritora, amante de su cuerpo y de la cultura, que en 1791,

escribió la “*Declaración de los derechos de la Mujer y de la Ciudadanía*”. “*Hombre ¿eres capaz de ser justo? Una mujer te hace esa pregunta*”, “*O, ¡Mujeres! ¡Mujeres! ¿Cuándo dejaréis de ser ciegas?*”. Olympe denunció públicamente las masacres del “Terror” de 1792: “*La sangre aunque sea de los culpables, derramada con profusión y crueldad, mancha eternamente las revoluciones*”. Una mujer que buscaba una concordia universal, que partía de un humanismo generoso, que el 2 de noviembre 1793 fue conducida a la guillotina. “*Hijos de la Patria, vengaréis mi muerte*” gritó nuestra Olympe antes de ser separada su excelsa cabeza de su bello cuerpo.

Para el Dr. Alfred Guillois (19), Olympe padecía de los síntomas típicos de la manía persecutoria, de la histeria, y de un “feminismo aberrante” (sic), padecía los problemas de la menstruación, era también una maniaca y egoísta terrible por -entre otras cosas- tomar un baño de cuerpo y de pies todos los días; por todo ello, nuestra heroína “reformadora” y feminista, fue declarada por el orden médico como enferma de: “*Paranoïa reformatoria, c’est-à-dire à idées réformatrices*” (Sic) y es por ello que viene a cuento la crítica de la “antipsiquiatría” a los delirios de reivindicación. Como nos decía Thomas Szasz I en su “mito de las enfermedades mentales” (“*The Myth of Mental Illness*”): Acaso, el delirio de reivindicación no es un invento de la psiquiatría para medicalizar la conducta humana más disfuncional y radical - “Acto despolitizado y transformado en semiología psiquiátrica”. “*Paranoïa reformatoria, c’est-à-dire à idées réformatrices*”, insistía nuestro A. Guillois.

ANEXO:

Etude Médico-Psychologique Sur Olympe de Gouges.

«*Considérations générales sur les mentalités des femmes pendant la révolution Française*» Le Dr. Alfred Guillois Lyon 1904. (Traducción y resumen de Laura Día Guillén. Universidad VII, Diderot París).

En los estudios que han sido hechos durante la revolución francesa, la mujer ocupa un sitio importante, numerosas mujeres ejercen papeles considerables. (...) Nos vemos obligados a restringir nuestro tema de estudio, y nos centraremos únicamente en un caso particular, personal. El profesor Lacassagne señala que una mujer en aquella época ocupaba la opinión pública, tanto por la diversidad y la multitud de sus escritos, como por la originalidad de su carácter y el coraje de sus opiniones.

Esa mujer es Olympe de Gouges “*amazona de la pluma*” como la llama M. Leopold Lacour. “la mentalidad de las mujeres de la revolución”. Las obras de Olympe de Gouges conservadas en la biblioteca nacional merecen un examen minucioso ya que nos dan la clave de su carácter o de su conducta. ¿El médico no es, en efecto, el que mejor situado está para estudiar a través

de la investigación de las causas biológicas, el conjunto de la personalidad humana?

Hemos dividido este trabajo en 4 capítulos. En primer lugar hemos expuesto la biografía de Olympe de Gouges, la segunda parte está consagrada al estudio psicológico propiamente dicho, ósea se a las tres facultades: el sentimiento, el carácter, la inteligencia y a la obra de Olympe. A continuación, en la tercera parte, nos preguntaremos en que categoría podríamos clasificarla desde el punto de vista de su estado mental. En la última parte daremos algunas consideraciones sobre la mentalidad de las mujeres en la Revolución Francesa.

Capítulo 1: (...) Le Franc de Pompignan. Olympe tiene la fascinación constante de la paternidad de le Franc, puesto que según ella se parecen físicamente y moralmente. Siempre ha pretendido esto y terminaba su memoria por este verso: “Debo a ese gran hombre admirado por la Francia, de un pensamiento natural, la viva inteligencia”

Capítulo 2: La psicología de Olympe de Gouges. Seguimos el plano propuesto por el profesor Lacassagne en el Vademécum. Antecedentes domésticos: educación e instrucción absolutamente descuidadas. Antecedentes personales físicos: en la pubertad, instinto sexual bastante desarrollado, la llaman “ardiente enamorada”. Desde el punto de vista de la menstruación, ella estaba predispuesta a trastornos pasajeros. Aún tenía la regla cuando ingresó en prisión, como lo testimonia el certificado médico, en el análisis por la posibilidad de embarazo. Tenía entonces 45 años. Inclinationes personales: instinto de conservación, aparte del arrepentimiento de haber subido a la guillotina, parece que para ella, su existencia no le haya costado mucho sufrimiento.

Inclinationes ligadas a las facultades mentales: a) Gusto por las emociones, b) la curiosidad, c) Amor propio, vanidad, orgullo. Ella quiso, según su expresión: “*ser algo*” (*être quelque chose*), y ciega por el deseo, falló en su objetivo. No ha encontrado en sus contemporáneos más que la risa, la piedad, ya que siempre fue considerada como una loca, lo que hizo de hecho su desgracia. Sus proyectos y sus escritos cayeron en el olvido. (*Afortunadamente hoy recuperamos una parte de su trabajo haciéndolo público y honrando su memoria*)

Capítulo 3: Diagnóstico mental de Olympe de Gouges. Podemos decir que padece de “Erostratisme”. Este estado se desarrolla bajo la influencia de disposiciones hereditarias y de algunos estados funcionales anormales. En el último periodo de su vida, en la lucha contra la comedia Francesa y contra la “Terreur” es cuando su vanidad se dio libre albedrío. El Dr. Valette, en su tesis, ha indicado de manera precisa la dependencia que existe entre el Erostratismo y la Histeria. Olympe de Gouges no ha padecido de síntomas histéricos, más la necesidad evidente de parecer, de hablar de ella, hace que en sus numerosos escritos, se pone en primera línea ese deseo de originalidad excesivo, en fin,

esa “hypertrophie del yo”, llegando hasta la monomanía, todo esto descrito por Regis revela la histeria que padece.

Olympe está persuadida de que era una mujer de “*genie*” (ingenio), algo que no niego totalmente, aunque lo exagere, puesto que algunos de sus consejos nos fueron de gran utilidad e hizo bien en deplorar el olvido en el que se encontraban. Aún así, no es puro delirio el proyecto de la guardia nacional de mujeres que debían seguir la reina y la señora Elisabeth, y el ataque contra Robespierre, no parece escrito por una furia desatada. Un carácter atribuido a la “degeneración psíquica”. Aquí les dejo la descripción que nos da Krafft-Ebing sobre los degenerados: “Mezcla de lucidez y de trastornos, por una capacidad de juzgar que se ve errónea, patológica a causa de la incapacidad absoluta del sujeto a controlar el contenido de sus impulsiones, en fin, por la persistencia y también la preeminencia de algunas funciones artísticas e intelectuales, en medio de un trastorno profundo y general de la vida mental”

Estos estigmas psíquicos, como trastornos motores, trastornos de la menstruación parecen haber facilitado en Olympe de Gouges el desarrollo de un delirio con tendencia a la sistematización y en el sentido del erotismo. Este delirio de forma paranoica parece que debe ser clasificada en la categoría de “Paranoia reformatoria”. Esta parte del cuadro clínico de Krafft-Ebing designa a nuestra Olympe de Gouges a la perfección: “*un ser dotado de una imaginación rica, soñador, al que le gusta construir castillos en España de su grandeza futura, que posee una gran idea de su yo y que rechaza lo vulgar profano por el presentimiento de estar destinada a algo grande, se pone a rumiar sobre las invenciones y los problemas sociales al mismo tiempo que presenta cada vez más signos de originalidad, pudiendo ir hasta el salvajismo*”

Capítulo 4. Mentalidad de las mujeres en la Revolución Francesa. Es curioso de ver lo que la revolución, ejerciendo como factor social sobre una mujer, ha hecho de su carácter. Desgraciadamente, su vida acabada brutalmente, no nos permite saber lo que habría sido de este espíritu tan extraño. Entonces, en conclusión diremos que Olympe padecía de una predisposición hereditaria, predispuesta personalmente en el dominio psíquico (histeria y degeneración mental) y dismenorrea, la cual, bajo la influencia de la revolución, hemos visto evolucionar desde los principios hasta una forma final de paranoia. Numerosas mujeres, sobre todo las que han tenido un papel activo en la Revolución Francesa, y que han jugado un rol sanguinario, eran unas *desequilibradas*. Este empuje de “*histerismo revolucionario*” no es característico de la revolución; es lo propio de todas las épocas trastornadas hacer emerger la parte latente de la personalidad, el interior, en las personas predispuestas, y degenerar en una “*paranoia reformatoria*”, como nuestra Olympe. (Dr. Alfred Guillois, Lyon, 1904).

Sirva esta primera traducción al castellano de la obra y “psicopatología” sobre Olympe de Gouges, - la gran olvidada- para traer a colación la impor-

tancia de la nosología clásica, la psicopatología descriptiva y fenomenología de las paranoias reivindicativas. Un saber ya olvidado por la clínica actual y la clasificación diagnóstica del DSM-IV.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Szasz T. The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct. Revised edition. Harper Perennial, anv edition, 2010.
- (2) Bumke O. Tratado de las enfermedades mentales. Barcelona: Francisco Seix, 1941. Traducción de E. Mira y López. Prólogo de J. Sanchis-Banús.
- (3) Cabanès A, Nass L. La névrose révolutionnaire. [monografía en Internet]. Société française d'imprimerie et de librairie, 1906 . Disponible en: www.bnf.fr
- (4) Javaloy F. Introducción al estudio del fanatismo. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona, 1984.
- (5) Trélat U. La folie lucide, étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société. [monografía en Internet]. Paris 1861. Disponible en: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k769219>
- (6) Leuret F. Du traitement moral de la folie. [monografía en Internet]. París: Baillière, 1840. Disponible en: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k850793>
- (7) Clérambault GG. Les délires passionnels. Érotomanie, Revendication et Jalousie. Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale 1921, 2.
- (8) Porot A. Diccionario de psiquiatría. Clínica y terapéutica. (Manuel alphabétique de Psychiatrie). Barcelona: Editorial Labor , 1962.
- (9) Regis E. Les Régicides dans l'histoire et dans le présent. París: Lyon, 1890.
- (10) Regis E. Tratado de psiquiatría. Madrid: Ed. Saturnino Calleja Fernández, 1909. Traducción de Cesar Juarrós.
- (11) Freckelton I. Querulent paranoia and the vexatious complainant. Int J Law Psychiatry 1988; 11(2):127-43.
- (12) Goldstein RL. Paranoids in the legal system. The litigious paranoid and the paranoid criminal. Psychiatr Clin North Am 1995; 18(2):303-15.
- (13) Día Sahún JL. Psicopatología descriptiva y fenomenología: "Delirios de reivindicación y sus tipos". En <https://sites.google.com/site/jldiasahun2/>
- (14) Dide M. Les idéalistes Passionnés. París : Editions Frison-Roche, 2006 (Édition originale: Félix Alcan, 1913)
- (15) Genil-Perrin. Les paranoïaques. París : Édition N. Maloine, 1926.
- (16) Cullerle A. Les frontières de la folie, Chapitre VI : « Fanatiques : les mystiques proprement dits ». París: Éd. J.B. Baillière et fils, 1888. En <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k764108>
- (17) Mousset S. Olympe de Gouges et les droits de la femme. París: Éditions du Félin, 2012.
- (18) Maurus V. Seuls contre tous: Olympe l'imprécatrice. Le Monde, 24 de julio de 2003.
- (19) Guillois A. Étude médico-psychologique sur Olympe de Gouges, considérations générales sur la mentalité des femmes pendant la Révolution française. Lyon: A. Rey. Édition originale, 1904.

FIRST IMPRESSIONS OF HALOPERIDOL IN PORTUGAL (1959).

Ruben Gaio, João Rui Pita y Ana Leonor Pereira

1.-Introduction

Synthetized by Bern Hermans in 1958 for the company Janssen Pharmaceuticals, haloperidol is considered the most popular antipsychotic after the introduction of chlorpromazine in 1952 (1). Three major consequences can be identified following haloperidol clinical introduction: the decline of the so called somatic therapies; the reinforcement of the deinstitutionalization process and the rise of the biologic hypothesis for the etiopathogenesis of schizophrenia (2).

In this article, the authors will discuss the first Portuguese medical papers referring to haloperidol, analyzing the way the new antipsychotic was received by the Portuguese medical community.

2.-Material and methods

This study focus the years comprehended between 1959 and 1961 and analyze the medical literature referring to haloperidol introduction by the most influential Portuguese medical journals at the time: *Jornal do Médico*, *Anais Portugueses de Psiquiatria*, *O Médico* and *Jornal das Ciências Médicas de Lisboa*. The reason for choosing such a small period of time (1959-1961) for the gathering of data is justified by the interest to identify only the first articles regarding haloperidol. All articles directly referencing haloperidol or R. 1625 (working code for haloperidol in Janssen Pharmaceuticals) were selected for analysis. Furthermore, research was made with the help of *Bibliografia Médica Portuguesa* (years 1959-1964), a compendium that gathers articles from a large range of medical Portuguese journals.

3.-Results

Two articles were found regarding the introduction and use of haloperidol in Portugal. The first one is entitled “L’emploi thérapeutique d’un nouveau médicament non phenotiazinique, le R. 1625 ou haloperidol, chez des maladies mentaux d’évolution prolongée”, and was authored by

the medical doctors Seabra-Dinis and Moreira da Silva. The article was published in the journal *Anais Portugueses de Psiquiatria* in December of 1959, but it was firstly written in August of 1959. The second article that we identified is entitled “Resultados clínicos com o haloperidol (R 1625)”, and was authored by the medical doctors A. Coimbra de Matos, Sampaio Ferreira and Suzana Teiga. It was published in the *Jornal do Médico* in November of 1960.

4.-Discussion

The first international publication about haloperidol dates from 1958 (3). In September of 1959, the first International Symposium on haloperidol took place in Beerse, Belgium and by the same year, haloperidol was marketed in Belgium under the trade name of Haldol.

Since the first Portuguese articles found dated between the years of 1959 and 1960, we can conclude that haloperidol found its way to the Portuguese medical community fairly rapid. Both articles emphasize the pharmacological and clinical profile of the new drug. At the same time, some considerations are made regarding the benefits of haloperidol.

The article by Seabra Dinis and Moreira da Silva presents the results of a clinical study with haloperidol involving 39 patients (23 of whom are schizophrenic). The study results were firstly presented at the Symposium in Beerse. At the time, haloperidol was not available in the Portuguese pharmaceutical market, so the new drug was purchased through the Instituto Luso Fármaco, the representative for Janssen Pharmaceuticals in Portugal. The authors (4) outline that the patients are “less aggressive and agitated” and that there is “less electroconvulsive therapy”) and that the new drug will be “more useful to nursing staff than to patients”, signaling the calm environment of hospital wards. The effectiveness of the drug is also underlined, with distinctive improvements on the patients’ behavior even after 5 or 6 days of discontinuing the treatment with haloperidol. To conclude, the authors stress that “we are dealing with a new powerful drug, very useful for the treatment of the mentally ill but above all very useful to help us (which is in accordance with the late psychiatric care tendencies) improve and humanize the assistance to the ones suffering from chronic mental illness, particularly for the treatment of restlessness”.

The usefulness of haloperidol is confirmed in an article published in 1960. Coimbra de Matos, Sampaio Ferreira and Suzana Teiga eulogize the discovery of the new drug and its significance for the treatment of mentally ill patients’, calling it a “stand out” neuroleptic. Unlike the previous articles, which focused on the pharmacological characteristics of the drug,

in this article the authors are more focused on the rehabilitation of mentally ill patients and the recuperation of their social life.

In their study, haloperidol was given to 6 schizophrenic patients, with 4 cases presenting full remission of the disease. The drug effect is described as “very fast, intense and constant” (5), with very few side effects, with the exception of Parkinsonism symptoms. The authors claim that haloperidol as proved to be valuable for the treatment of mental illnesses, thus being an indispensable drug for psychiatric urgencies.

5.-Conclusion

Haloperidol became one of the most popular antipsychotics worldwide, with millions of patients treated with the drug (6). In Portugal, it's receiving and dissemination within the medical community was fast and somewhat enthusiastic. Focusing on clinical cases, the early impressions of haloperidol in Portugal are very positive and the drug was well accepted by the general medical community, with clinicians acknowledging haloperidol as a safe, effective and valued drug in psychiatric treatment.

6.-BIBLIOGRAPHY AND SOURCES

(1) Granger B, Albu S, Benyaya J. Antipsicóticos (III). La consolidación de la terapéutica neuroléptica: la introducción clínica del haloperidol y el desarrollo de las butirofenonas y tioxantenos. In: López-Muñoz F, Àlamo C, editors. Historia de la psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos (Tomo II). Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007; p. 651-68.

(2) López-Munoz F, Àlamo C. The consolidation of neuroleptic therapy: Janssen, the discovery of haloperidol and its introduction into clinical practice. *Brain Res Bull.* 2009; 79 (2):130-41.

(3) Divry P, Bobon J, Collard J. R-1625: a new drug for the symptomatic treatment of psychomotor excitation. *Acta Neurol Psychiatr Belg.* 1958; 58 (10):878-88.

(4) Seabra-Dinis J, Silva Md. L'emploi thérapeutique d'un nouveau médicament non phénotiazinique, le R. 1625 ou halopéridol, chez des malades mentaux d'évolution prolongée. *An Port Psiquiat.* 1959 (11):185-9.

(5) Matos AC, Ferreira S, Teiga S. Resultados clínicos com o haloperidol (R 1625). *J Méd.* 1960; XLIII (929): 477-86.

(6) Settle EC, Jr., Ayd FJ, Jr. Haloperidol: a quarter century of experience. *J Clin Psychiatry.* 1983; 44(12): 440-8.

HIPNOSIS, COCAÍNA, ELECTRICIDAD Y OTROS ANESTÉSICOS EN ODONTOLOGÍA. SU USO EN GALICIA EN EL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL XX.

María Carmen Leira Abella y María Ángeles Cano Leira

1.-Introduction

La anestesia o eliminación de la sensación dolorosa siempre ha sido y será una de las cuestiones más buscadas en el tratamiento dental.

A finales del siglo XIX comienzan a aparecer y desarrollarse una serie de métodos con esta finalidad, como la hipnosis, la cataforesis o uso de la electricidad, éter, gas nitroso, cocaína o el Somnoformo.

Debemos afirmar que a Galicia no tardan en aplicarse estos adelantos.

2.-Material y métodos

Se ha consultado la prensa especializada y no especializada de la época, pues en la publicidad de los profesionales, se puede apreciar los diferentes anestésicos y el momento en que ya los utilizan.

También, se han consultado textos de referencia a nivel profesional, que aconsejan o desaconsejan determinados usos o productos.

3.-Resultados

La anestesia por HIPNOTISMO no tuvo una gran difusión en Galicia, aunque con sus defensores y detractores se continúa utilizando actualmente. Consiste, según los escritos de la época, en conseguir la sugestión para reducir el dolor, la ansiedad, el miedo y el estrés.

En la época a la que hacemos referencia se utilizan métodos como la luz azul, pues proyectando este tipo de luz descubren que tiene la virtud de calmar el dolor, hecho que difunde la revista “La Odontología”, que es una importante referencia profesional. (1)

James Braid, creador del término hipnotismo, descubrió accidentalmente que al mirar fijamente una luz, se podía producir el fenómeno hipnótico.

Dupuytren recomienda usar la sugestión, provocando desmayo por medio de alguna brutal observación. (2)

Las técnicas de autosugestión también tuvieron su repercusión en ese momento. Se recomienda sentarse, cerrar los ojos, golpear suavemente la

parte dolorida con la mano y repetir “ya pasa”. Este método también, sirve en el caso de neuralgias faciales. (3)

La Anestesia por Electricidad o CATAFORESIS, según el Diccionario de General Odontología y de Arte Dental de D. José Martínez Castrillo (figura 1), personalidad dentro de la odontología gallega, es la introducción por la electricidad de medicamentos. El aparato tiene en un extremo una esponjilla humedecida en agua. Antes de aplicar la corriente se toca la caries con un algodón empapado en cocaína al 25% o aceite de casia, clavo, láudano. (4)

Se tarda entre 3 y 5 minutos, según la intensidad de la corriente en conseguir la anestesia. La corriente alterna no puede emplearse, solamente la continua: batería de pilas, acumuladores o de la corriente urbana con una resistencia. La corriente urbana es la menos recomendable por los cambios de tensión a los que está sujeta. (5)

Entre 150.000 y 250.000 miliamperios, el paciente no tiene ninguna sensación desagradable. Siempre hay insensibilidad, y sólo las muelas con periodontitis son más rebeldes a la acción eléctrica.

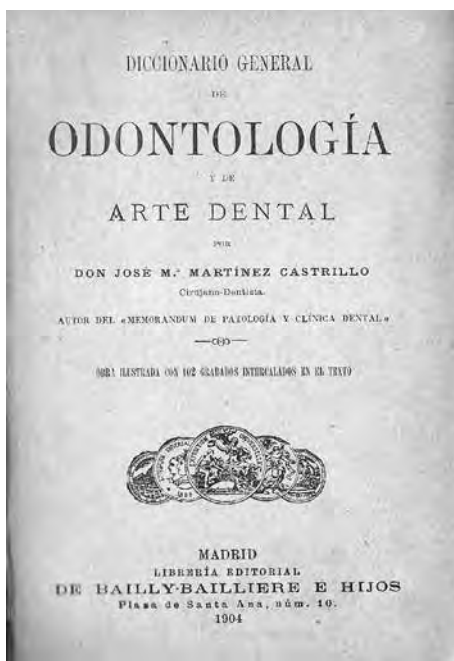


Figura 1.
Diccionario General de Odontología y de Arte Dental

En 1842 el doctor Crawford Willianson Long nota los efectos anestésicos del ETÉR, líquido volátil, inflamable y de sabor picante.

En 1844 Horace Wells, dentista de Hartford (Connecticut) comienza a usar el protóxido de azoe y el éter. Se suicidó en 1846 en Boston, anestesiándose a sí mismo y abriéndose las venas, sumergido en un baño.

William Thomas Green Morton de Charlton (Massachussets) establecido en Boston, perfecciona el éter como anestésico. La primera prueba tuvo lugar en Boston el 16 de Octubre de 1846.

Otro anestésico, el CLOROFORMO, debe utilizarse con el paciente en posición horizontal o con la cabeza colgando, por lo que no puede usarse en el sillón dental.

El peligro de muerte existe siempre con el cloroformo y muchas veces con el éter, por lo que no se recomienda para una operación tan sencilla como las extracciones dentales. (6)

Como el objeto en las operaciones dentales no era la pérdida de consciencia, sino que el paciente no sintiera dolor, se comenzó a emplear la COCAÍNA, inyectada alrededor del diente o tumor, consiguiendo una anestesia local a los 2 minutos.

Tenía el problema de las intoxicaciones referidas una y otra vez en la prensa especializada de la época, descritas como rarezas en le garganta y lengua, frío en las manos, palidez, pulso apenas perceptible, respiración corta y acelerada, en fin, *se sentían desfallecer en el sillón*.

Comenzó a contraindicarse en personas nerviosas, epilépticos, anémicos, enfermos cardíacos y respiratorios.

La anestesia por REFRIGERACIÓN consistía en un principio en la colocación de un saquito de gasa con hielo y sal marina sobre la zona a anestesiar. Posteriormente, para conseguir la anestesia por frío se utilizan productos como el Anestilo, Kelene, Coril y el cloruro de etilo cocainizado o mentolado.

Por último, comentaremos el SOMNOFORMO que alcanzó gran popularidad a principios del siglo XX. Presentado en 1901 por el doctor Rolland en el “Congreso para el adelanto de las ciencias” de Ajaccio. Está compuesto por: bromuro de etilo (5%), cloruro de etilo (60%) y cloruro de metilo (35%).

No es un anestésico general si los enfermos respiran por la nariz. La mascarilla es un simple pañuelo formando un cono y en el fondo se coloca una bolita de algodón del tamaño de dos nueces. Se echan 5cc de líquido y se aplica la mascarilla sobre la nariz y la boca del paciente.

La anestesia es completa en 30-50 segundos. (7)

Como ejemplo de todo esto, en la figura 2 podemos observar un anuncio del Doctor Carlos Faure de “El Telegrama” de A Coruña del 20 de mayo de 1882, en el que destaca que realiza extracciones por la electrici-

dad, hecho que hace referencia al método eléctrico-magnético-anestésico empleado por D. Cayetano Triviño y Portillo, figura fundamental en la Odontología española, y con el que logró gran fama. También, señala que es una Sucursal de Triviño e Hijos.

En la figura 3 en el anuncio del “Gran Gabinete Dentístico” de D. Francisco García, publicado en “*El País Gallego*” del 21 de Febrero de 1888, afirma que realiza extracción de muelas y dientes sin dolor por medio de las anestésicas: Éter, Gas nitroso y Cocaína. También, se cura radicalmente el dolor en las muelas, que no sea de necesidad su extracción.

Por último, en la figura 4, el anuncio de Pedro García del Villar de “*La Región*” de Ourense de 15 de Febrero de 1910, especifica que “las operaciones de la boca se verifican con anestésicos poderosos y el sin rival Somnoformo, que tanto éxito está alcanzando por ser superior a todo los conocidos”.

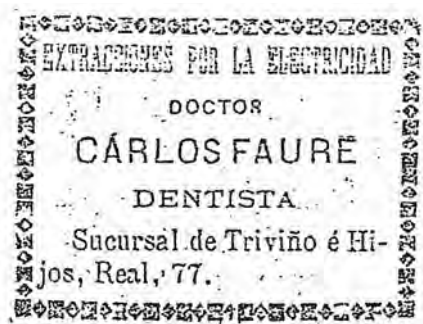


Figura 2.

Extracciones por la ELECTRICIDAD. El Telegrama, núm. 2366, A Coruña 20 Mayo 1882.

GRAN GABINETE DENTISTICO
 DE
DON FRANCISCO GARCÍA
 38, Rua del Villar, 38.
 Extracción de muelas y dientes sin dolor por medio de los anestésias, Eter, Gasnitroso y Cocaína.
 Dentaduras artificiales, las más ligeras en peso que se conocen, procedimiento especial.
 Orificaciones y empastaduras fijas, hay aparatos apropiado para estas operaciones.
 Se cura radicalmente el dolor en las muelas que no sea de necesidad su extracción.

Figura 3.
 Extracciones dentales por medio de ETER, GAS NITROSO Y COCAÍNA
 El País Gallego, núm. 16, Santiago 21 Febrero 1888.

DENTISTA
GARCIA DEL VILLAR
 Construcción de toda clase de aparatos protésicos, trabajos de oro.
 Las operaciones de la boca se verifican con anestésicos poderosos y el sin rival Somnoformo que tanto éxito está alcanzando por ser superior á todos los conocidos.
Calle de Pereira, núm. 3, 2.º

Figura 4.
 Operaciones de la boca con el sin rival SOMNOFORMO.
 La Región, núm. 1, Ourense 15. Febrero 1910

Conclusiones

En este período hay figuras de importancia en Galicia como José Martínez Castrillo o los doctores García del Villar, que contribuyeron no sólo al avance de la Odontología en Galicia, sino también a nivel español.

Los Cirujanos Dentistas de Galicia y posteriormente, los Odontólogos, como se ve reflejado en la publicidad de la época, conocen y utilizan los anestésicos que se van desarrollando en ese período, llegando los adelantados con prontitud.

BIBLIOGRAFÍA

(1) La Odontología. Volumen XII. Madrid, Editores La Compañía Dental Española, Agosto 1903, 8: 501.

(2) Garrison, Fielding H. Introducción a la Historia de la Medicina. Tomo II. Madrid, Ed. Calpe, 1922; p.124-7.

(3) Brooks, Harry. La Salud por la Autosugestión según el método del Dr. Emile Coué. Ed. Mentora, S. A. Barcelona, 1928; p. 163-4.

(4) Martínez Castrillo, José M^a. Diccionario General de Odontología y de Arte Dental. Madrid, Librería Editorial Bailly-Bailliere e Hijos, 1904; p. 128.

(5) Pons y Oms, Ramón. Tratado de Odontología. Tomo I. Madrid, Imprenta de La Odontología, 1914; p. 143-145.

(6) Pons, Ramón. Compendio de Patología y Terapéutica Odontológicas. Madrid, Imprenta de Antonio Álvarez, 1905; p. 21-2.

(7) La Odontología. Volumen XI, Madrid, Editores La Compañía Dental Española, Febrero 1902, 2: 59-63.

INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS,
RAZÓN, LOCURA Y SOCIEDAD

DE VISITA POR LOS MANICOMIOS CON LA PRENSA ESCRITA Y GRÁFICA DE FINALES DEL XIX Y PRINCIPIOS DEL XX.

Óscar Martínez Azumendi

La relación entre medios de comunicación y enfermedad mental puede resultar controvertida. Por una parte, es innegable que muchos de los avances logrados en la consideración y asistencia al enfermo mental hubieran sido imposibles sin contar con el apoyo de dichos medios (1). Pero, por otra, es igualmente cierto que en no poca medida, también ellos contribuyen a perpetuar el estigma asociado socialmente a la enfermedad mental. Este riesgo ha llevado a diferentes organizaciones a elaborar recomendaciones y estrategias acerca de la mejor forma de cubrir las informaciones relacionadas con la salud y enfermedad mental (2), al parecer con resultados prometedores en aquellas campañas mejor desarrolladas (3).

Un mejor conocimiento del punto de partida de las actitudes y creencias frente a la enfermedad mental, tal y como podían reflejarse de forma mucho más extrema hace un siglo en la prensa de la época, reviste no sólo un importante interés histórico sino que nos sitúa en una mejor posición a la hora de entender y combatir el estigma asociado a ella en la actualidad.

Con ese fin, se presenta a continuación una revisión no estructurada ni exhaustiva, aunque sí amplia y diversificada, de diferentes publicaciones periódicas españolas de entre 1865 y 1936, resumiendo las principales características y perspectivas con las que se trata el tema de la enfermedad mental y el abordaje institucional de la misma, con especial interés en aquellas noticias que llevan cierto acompañamiento iconográfico (principalmente fotográfico) por su mayor impacto presupuestado sobre el lector. Noticias que ahora nos permitirán esbozar una representación de lo que la ciudadanía de finales del XIX y principios del XX tendría de los enfermos y la enfermedad mental, y que agruparemos de manera tentativa de cara a la claridad expositiva bajo los epígrafes de: 1) Organización de la asistencia psiquiátrica; 2) Utilización partidista de las noticias: anticlericales y antilaicistas; 3) Publicidad y “Publirreportajes”; 4) Aspectos del imaginario social (- Extravagancias y locuras - Chistes y mofas - Intereses económicos - La agresividad - Ausencia de confidencialidad); 5) Las visitas promovidas por la curiosidad.

1. Noticias relacionadas con la organización de la asistencia psiquiátrica

En general, resulta difícil encontrar noticias específicamente relacionadas con la prestación asistencial a la enfermedad mental. La mayor parte

de ellas se corresponden realmente con la denuncia de déficits estructurales endémicos en el país y abusos sobre el enfermo mental, siendo evidente la escasez y pobreza de planteamientos progresistas con alternativas al mero régimen custodial.

Un interesante ejemplo de este tipo de artículos, aunque sólo sea por la polvareda que levantó y las imágenes fotográficas que lo acompañaban, fue el polémico (4) “*Los manicomios españoles*”. En él, el psiquiatra Rodríguez Lafora denuncia la terrible condición en la que se encontraban la generalidad de dichas instituciones, presentando ante los ojos del gran público no sólo la descripción por escrito de la situación, sino que esta se acompañó de imágenes de enfermos en situación lamentable en diversas instituciones (España, 12/10/1916). Otro ejemplo viene de la mano de Ruiz Maya, quien reclama la atención sobre lo que ahora llamaríamos ingresos de agudos de la siguiente manera: “*En nuestro Manicomio ingresa el presunto alienado sin que el médico... reciba noticia alguna del estado anterior del enfermo... Impidiendo toda investigación médica... penetra en la tétrica galería lúgubremente abovedada... contempla al final una absurda reja, con los fríos caracteres de un rastrillo, recorre galerías, secas y escalofriantes, contempla rostros descompuestos de hermanos en infortunio, hallase rodeado de un ambiente que sólo puede hablarle de la desgracia de su locura y es encerrado en una celda estrecha, sin moblage...*” (Diario de Córdoba, 19/5/1921), recordándonos de esta manera que lógicamente no toda la población asilada estaba constituida por desesperanzados casos crónicos.

Críticas parecidas menudeaban en los diarios desde décadas anteriores, como aquella que apuntaba: “*no debiera tolerarse en ningún manicomio de España, pero lo relataré a ver si acude el rubor a los que consienten y se acaban semejantes y miserias*” (Eco de Teruel, 14/2/1892). O la columna encabezada “*Al Sr. Ministro de la Gobernación. Se nos dice que ayer mañana fue a hacer una visita al manicomio... un caballero y una señora, y cuando pretendieron penetrar en el departamento de las mujeres, hubieron de manifestarle al caballero que no podía pasar, por estar completamente desnudas... este Sr. estaba hoy todavía emocionado... Y levantamos nuestra más enérgica protesta sobre este hecho*” (El País, 17/8/1894). O la visita, acompañada de elocuentes fotografías, a un manicomio manchego donde, con más dementes que camas, “*los locos tienen qué comer en el patio, en el refectorio se hace insoportable la estancia... De estar en aquel sitio una persona sana perdería la salud por falta de higiene*” (Vida Manchega, 25/11/1914).

Aunque no frecuentes, algunos de esos artículos se acompañaban de fotografías de calidad variable que intentaban ilustrar al espectador sobre la realidad vivida intramuros en relación con el maltrato: “*el alienado Manuel Silvestre que llevaba esposado cuarenta días en la celda, sobre una cama de*

paja...” (La Voz, 21/6/1921). O bien el simple entorno institucional de carácter apocalíptico e inhumano se recogía en grabados o descripciones que mezclaban, como sin querer, la terrible situación asistencial de abandono y desahucio en la que se mantenía a los pacientes con la propia condición de la enfermedad mental, casi como si la primera fuera simple consecuencia de la segunda: “*aquellas otras mujeres que encerradas aúllan como lobas tras los barrotes de sus celdas... ¿Por qué vivirán? ¿Qué terrible fiscal fulminó sobre ellas su condena, la inaudita crueldad de tener que vivir*” (La Esfera, 27/9/1924); “*Aquel caserón, hospital sin lágrimas, cementerio sin muertos...*” (La Campana Gorda, 15/1/1914); “*A mis labios, al contemplar el aguafuerte trágico del manicomio, acuden las amargas palabras del filósofo: ‘Si un Dios hizo este mundo, yo no quisiera ser ese Dios...*” (Nuevo Mundo, 10/10/1924); “*... pensaba en la desgracia de perder la razón, de seguir viviendo como humano habiendo dejado de ser hombre y de llevar sobre los hombros una cabeza hueca para el pensamiento, inútil para las sensaciones, imposible para el trabajo*” (Heraldo de Madrid, 10/2/1928).

Por otra parte, tampoco faltaron testimonios periodísticos en los que se denunciaban los frecuentes y extendidos métodos abusivos con los que se trataba a los pacientes institucionalizados, justificados incluso como remedios terapéuticos. Es el caso de los baños con manguera en algún departamento de “hidroterapia” de los que hubo quien explicó a un periodista: “*-Aquí se doma a los rebeldes... Y supe que si un enfermo se insubordina, si hace algo contrario a la docilidad, se le conduce allí y se le administra una ducha de manga. -¿A cualquier hora? -De madrugada. Se han dado casos de enfermos, a quienes se obligó a abandonar el lecho al amanecer y en invierno. Se les mete en ese círculo que ve usted y como ellos intenten escapar, se les apunta con la manga de mayor diámetro a la cabeza. Después de la ducha se quedan más blandos que una breva...*” (La Correspondencia, 20/9/1904). De igual manera que otros medios se hacían eco de la explotación laboral a la que se sometía a los internos: “*...enumeró los abusos a que se presta la indiferencia con que la Diputación ve a los dementes... 350 que son jóvenes y están en condiciones de trabajar, se ganan con creces su sustento trabajando en los talleres de los manicomios y en las obras que en los mismos se hacen... las dementes lavan sus ropas, las de los varones y las de los demás locos sostenidos por su familias, con lo cual los pobres dementes pensionados por la Diputación vienen a ser los criados del manicomio y de los dementes ricos*” (La Época, 25/2/1900).

Malos tratos físicos que ocasionalmente llegaban a palizas o golpes de graves consecuencias: “*Suceso en el Manicomio. Juan Martínez, de 70 años, recluso en el manicomio, negose hoy a comer. El loquero Juan Díaz diole una patada, estrangulándole una hernia y dejándole en estado gravísimo*” (La Época, 14/12/1913). Ataques que no debieron ser tan infrecuentes

como para que la publicidad de instituciones privadas incluyera entre sus garantías a los potenciales clientes de pago: “*Respeto que deben guardar los empleados a los pensionistas. Se prohíbe absolutamente amenazar, castigar o maltratar a ningún pensionista; en estos infelices debe respetarse su estado de enfermedad; el que haga lo contrario es inmediatamente despedido del establecimiento*” (5).

Ejemplos, todos los anteriores, indicativos de que la sociedad de la época estaría informada de lo que sucedía intramuros de los manicomios.

2. Utilización partidista de las noticias: anticlericales y antilaicistas

Algunas de estas denuncias trascendían el ámbito puramente asistencial para incorporar otras valoraciones y objetivos más cercanos al mero posicionamiento ideológico entre anticlericales y antilaicistas, incluso con divulgaciones extremadamente aventuradas, si no difamatorias: “*Ha llegado a nuestras noticias que se ha encerrado en el manicomio de Ciempozuelos a un Sr. Amat y Jiménez sin estar loco, y que en el ajo anda un cura, hermano suyo, y varios Hermanos de San Juan de Dios. Averígüese lo que haya, y duro en los culpables*” (El Motín, 5/4/1885), a la vez que poco dadas a la rectificación: “*Dije en el número 14 que un individuo había sido encerrado en el manicomio de Ciempozuelos no estando loco, y que en el ajo andaba un cura. Aunque el hombre no lo parecía cuando estuvo en esta redacción, hay quien asegura que sí está loco, y que por lo tanto ha sido necesario encerrarlo nuevamente cual si fuera periodista de oposición. Conste y a otra cosa*” (El Motín, 19/4/1885).

Bajo titulares como “*La enseñanza frailuna*” se publicaba: “*¿Es cierto que en el departamento llamado de procesados, se tiene recluido a un enfermo llamado D. Federico, que paga por estar en un departamento de primera clase, haciéndole dormir en una mala cama y lavarse en cubos y jofainas sucias, como la mayoría que se usan en el manicomio? ¿Es cierto que los epilépticos están recluidos en un salón húmedo y obscuro, que produce reuma a los enfermos, a quienes se obliga a levantarse al amanecer y lavarse con agua turbia en jofaina sucia? ¿Es cierto que un loquero vende tabaco malo a los asilados, haciéndolo pagar como bueno?*” (El País, 10/10/1902). “*Los del Menni. ¿Cómo se practica el catolicismo! ... Esos Hermanos no sólo tienen en el más completo abandono a los enfermos, sino que los hacen objeto de burlas muy pesadas*” (El Diluvio, 10/1901).

Desde el otro lado tampoco se ahorraban ocasiones para ir más allá de los datos puramente objetivables y de utilizarlos en contra del supuesto enemigo. Es el caso de las estadísticas que sobre suicidio informó el periódico francés Le Matin, “*uno de los más anti católicos que se publican en*

Europa” a juicio de la publicación que aquí glosó sus datos de la siguiente manera: “...una curiosa estadística que demuestra a qué alto grado de civilización, de progreso y de dicha han llevado a sus ciudadanos los Estados modernos y los Gobiernos no contaminados de clericalismo... Por cada 100.000 habitantes se cuentan 23,8 suicidios... Tan felices, tan libres, que no pudiendo aguantar tanta felicidad, se cuelgan las gentes de una viga, o se levantan la tapa de los sesos” (La Voz de la Verdad, 21/10/1910).

3. Publicidad y “Publirreportajes”

La otra cara de la moneda, es decir aquella que muestra los aspectos más amables y atractivos, si es que podemos permitirnos el término, de la oferta asistencial viene de la mano de las instituciones privadas. Estas, deseosas de acoger entre sus muros a los sectores más favorecidos de la sociedad, recurren a la publicación de atractivos folletos e inserciones en prensa de “publirreportajes” más o menos evidentes.

El primitivo *Instituto – Manicomio* de Pujadas, posteriormente conocido simplemente como Sant Boi, se publicitaba así: “...situado en una de las más deliciosas vegas de Cataluña... El sistema de curación empleado en este Instituto para combatir las enajenaciones mentales es el ecléctico: sus múltiples edificios le permiten emplear todos los sistemas de tratamiento físicos y morales hasta ahora conocidos: paseos por el interior y alrededores del establecimiento; ocupaciones útiles y provechosas que el enfermo escoge a voluntad; la música, el canto, la asistencia a la escuela y al gimnasio...” (La Academia, 30/7/1878). Mientras que su cercano competidor, el Instituto Frenopático de Dolsa y Llorach en Las Corts de Sarriá, explícitamente busca distanciarse de cualquier parecido con los temidos manicomios: “Por otra parte, este asilo, lejos de parecer un manicomio, donde se alberga el mayor de los infortunios humanos, parece más bien uno de esos arrogantes palacios que la opulencia construye para su solaz y diversión. Rodeado por inmensos jardines, elegantes parques... multitud de salas dedicadas a labores, según el sexo, biblioteca, billar, pianos... grandioso departamento de baños a lo oriental destinado a aplicar la hidroterapia en toda su extensión” (Almanaque del Diario de Barcelona, 1879).

Otros muchos hospitales privados que entrarían dentro de la categoría actual de “concertados”, además de similares prácticas publicitarias (folletos, postales, inserciones en prensa...) dirigidas a la captación de clientela privada, también recurrieron a reportajes periodísticos aparentemente independientes aunque presumiblemente pactados con el editor de la publica-

ción, generalmente en momentos delicados que bien por desafortunados sucesos ocurridos en su interior o por otro tipo de amenazas externas, estaban necesitados de mostrar una imagen más amable o eficiente de sí mismos.

Fue el caso de Ciempozuelos que, con ocasión del debate suscitado ante la necesidad de un nuevo hospital para Madrid (6), no escatimó esfuerzos para ver reflejadas sus propuestas excelencias en páginas de diarios y revistas de diversa índole (ABC, 6/2/1931; Crónica, 1/3/1931). Una idílica visión de su quehacer contestada desde otros frentes, como denunciaba Jacinto Thoryo tildándolo de “*fábrica de locos*” (Solidaridad Obrera, 1933), con una detallada descripción de algunas alarmantes prácticas allí observadas (7).

4. Aspectos del imaginario social

Por otra parte, no podemos perder de vista que si bien los medios de comunicación forman y modelan la opinión pública, la relación inversa también es un fenómeno a considerar. Desde esta perspectiva, la mayoría de las veces lo publicado se correspondería ni más ni menos que con las propias impresiones, prevenciones y prejuicios del ciudadano medio, simplemente aireadas a través del redactor.

4.1. Extravagancias y locuras

Las más insospechadas extravagancias y locuras son reproducidas, y previsiblemente aumentadas, una y otra vez en las páginas de todo tipo de publicaciones periódicas: “*otro... ha inventado un puente de alambre entre Gibraltar y Ceuta, y un método rapidísimo para envío de cartas, que consiste en unos tubos paralelos a la vía del tren, que funcionan por medio del aire*”. Mientras que “*un caballero... dice con toda tranquilidad que los Hermanos ponen piedrecitas en el pan*”. Referencias a las que se acompaña de la reproducción de un diagrama del “*aparato eléctrico ‘imaginativo’ para apropiarse ‘ideas’ contra la voluntad de quien las concibe*” (El Imparcial, 6/8/1930).

Sabemos de la influencia que el contexto histórico y cultural tiene sobre el contenido de los delirios, pudiendo figurarnos lo que la progresiva electrificación de la vida cotidiana tuvo que suponer en este sentido. Se da cuenta de ello en alguna que otra noticia, como la del suicida que, poco después de las visitas de Thomas Edison a París, clamaba: “*Quiero morir porque soy tenazmente perseguido por la electricidad; siento el fluido en los pies, en la cabeza, en los cabellos, y no puedo llevar las manos a mi cuerpo porque enseguida siento el efecto de una horrible descarga eléctrica y el retroceso... Si Edison estuviera aún en París, ¡Cuánto partido*

no sacaría de mí!” (El País, 7/3/1890). Otro rotativo, interesado en narrar “la triste vida de los dementes” titulaba sin pudor en uno de sus apartados “Una visita a Leganés. Piruetas, manías y extravagancias de los dementes”, donde describía algunos casos entre curiosos y tragicómicos, acompañados de un expresivo dibujo de un orejudo y rapado personaje, con una gran lengua asomando de su boca (Fig. 1). Una expresiva caricatura de lo que la excéntrica sinrazón supondría para la época (Heraldo de Madrid, 29/4/1929).



Figura 1.
Caricatura de un enfermo de Leganés (Heraldo de Madrid, 29/4/1929).

Pero ese gusto por las insólitas anécdotas de los dementes no fue afición exclusiva de la prensa profana. En 1865 vio la luz “*La Razón de la Sinrazón. Eco del Manicomio de San Baudilio de Llobregat*”, la primera revista en nuestro país redactada por enfermos. Una de sus secciones regulares, y visto el eco obtenido quizás también una de las más esperadas, fue la titulada “*Episodios de los locos*” donde se relatan los casos más extraños, insospechados o cómicos del hospital: “*Uno de los enfermos más notables de nuestro manicomio ha sido un artillero, cuyas alucinaciones se referían preferentemente a millares de soldados, cañones de oro, acémi-*

las que hablaban, etc. Se creía ser padre de 30 millones de hijos que tenía ocupados predicando, por la tierra y por los demás planetas, la superioridad del hombre sobre la mujer”. “...Otro enajenado que decía llevar en el vientre al cura de su pueblo. Pasados algunos meses se vio de pronto libre de este, siendo trasladado, en su concepto, al estómago de un hijo pequeño que tenía. Tal idea motivó que en cierta ocasión, al recibir la visita de este, lo cogiera con sumo cariño y amabilidad de los brazos de su esposa, con el objeto de sacarle el cura”. “Como tipo de loco feliz,... todas las hormigas del mundo eran suyas y con ellas poseía un enorme capital, toda vez que cada una valía una onza de oro... se pasaba las horas enteras pescando onzas de oro, que sepultaban los bolsillos. Mas como estas onzas tenían la facultad de trasladarse, apenas las metía en sus faltriqueras buscaban la escapatoria, resultando de ello que se convertía el paciente en una especie de hormiguero ambulante. Los paseos y los picotazos de tales animalitos eran simples o expresivas caricias de sus queridas monedas. Las hormigas muertas eran onzas falsas, y no hay que decir el cuidado que pondría en no maltratarlas” (La Razón de la Sin Razón, 1/6/1879).

A nuestros ojos, una poco aceptable práctica para una institución psiquiátrica, pero que sin embargo supuso un inesperado medio publicitario, tanto para la revista como para el propio centro, en la medida que fueron muchos los periódicos desde diversos puntos del país que reprodujeron en forma de sueltos los locos episodios.

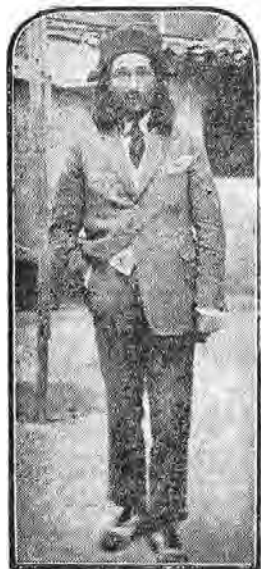
La aparición de corrientes artísticas tales como el dadaísmo y surrealismo, así como el impacto que el pensamiento psicoanalítico tuvo en las sociedades occidentales, hicieron que la producción artística de los enfermos mentales pasara de ser considerada una educada ocupación desde punto de vista del tratamiento moral a expresión del mundo inconsciente y atormentado del enfermo, ganando un interés creciente tanto desde un punto de vista diagnóstico como desde una perspectiva ocupacional o terapéutica (8). Así, bajo titulares del estilo de “*Cómo se entretienen los locos*”, se divulgaron fotografías y texto, que mostraban, entre otras imágenes, al denominado “*emperador del mundo*” dibujando sus tesoros, o al “*compositor demente*” pergeñando los inacabables compases de su imposible melodía. Imágenes hasta cierto punto diferentes a las que hasta entonces venían asociándose con el mundo de la locura y que de alguna forma dejaban entrever un cierto rayo de esperanza (Estampa, 22/10/1932).

Estas corrientes de pensamiento en nuestro país se dieron a conocer sobre todo con ocasión de la VI Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental y VII Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, celebradas a finales de 1935 en Madrid y de las que los diarios de la época se hicieron eco recogiendo algunos de los pocos aspectos reseñables de la realidad psiquiátrica española (El Sol, 24/12/1935). Las obras reproduci-

das entonces en ciertas publicaciones seguramente sirvieron para ofrecer nuevas perspectivas de los enfermos mentales, si bien no pudieron tampoco abstraerse de los prejuicios imperantes: “*Lean ustedes en este mismo número el gran reportaje que se publica sobre las extrañas e inquietantes actividades artísticas de los dementes*” (Mundo Gráfico, 11/12/1935). El artículo incluía reproducciones de cuadros y dibujos, así como una muestra de seis de los denominados “600 retratos más extraños del mundo” pertenecientes a la colección de Rodríguez Lafora y de los que únicamente se han conservado diecisiete, precisamente los elegidos para ser expuestos entonces (9). Entre las líneas del artículo se deslizaba otra de las presunciones extendidas con cierta frecuencia incluso hasta nuestros días, intentando establecer similitudes evidentes entre la producción artística del arte moderno y la de los enfermos mentales. No sabemos si en un intento de ponderar la calidad de la producción de los enfermos o desprestigiar o ironizar sobre la de los artistas.

4.2. Chistes y mofas

Los “chistes de locos”, también abundantes hoy en día, tuvieron su reflejo entre las páginas de la prensa popular, especialmente en revistas humorísticas y satíricas, así como tebeos y otras publicaciones, editándose incluso monográficos o números extraordinarios dedicados al tema. Pero lo que pudiera no resultarnos tan extraño tratándose de revistas de humor, si se nos antoja chocante en otras publicaciones y encuadres como unas imágenes fotográficas de estudiantes de medicina en visita escolar a San Baudilio de Llobregat posando como entretenidos turistas con “*las cinco alienadas expresamente escogidas para ser objeto del estudio de los alumnos*”, o “*en uno de los patios, los alumnos platicando con las pensionistas*” en aparente divertida actitud (La Actualidad, 31/5/1913). Más lejos van en sus comentarios otros articulistas como aquel que, incluyendo la imagen fotográfica de un peculiar personaje enrajado, de larga cabellera y chocante tocado (Fig. 2), escribe: “*Un tipo verdaderamente extrava-*



Y aquí tenemos a Colón, olímpico y estático, desafiando la curiosidad de las gentes

Figura 2.
“Primero de Colón”, ingresado en Alcalá de Henares (Heraldo de Madrid 24/10/1929). Imagen reproducida también posteriormente en otros medios (El Imparcial, 13/8/1930).

gante quiere conversar con nosotros para referirnos un invento del que es autor. Dice llamarse el Primero de Colón, asegura ser virrey del Rif, y no duda en conceptuarse como el mejor caballista del mundo. Es inventor de la estabilidad aérea, cuyos principios pudo descubrir en el vacío de las moscas, y está, como podrá apreciar el lector en la fotografía que de él publicamos, como para renunciar a toda posibilidad de curación” (El Imparcial, 13/8/1930). Retratos de otros personajes que poblaron las instituciones asilares fueron igualmente reproducidos con cierta frecuencia, como los de “Eusebita”, con 29 años de residencia en el manicomio de Toledo, de quien se dijo que su *“imbecilidad es originalísima”*, o “Mateo G.N.”, el *“Banquero de la casa. El que toda su inteligencia la dedicada a traficar con sus compañeros, comprando y vendiendo chucherías –obteniendo grandes ventajas-, siendo de admirar la forma hábil de tratar a todos cuantos negocios de esta índole plantea”* (La Campana Gorda, 15/1/1914), con la curiosidad añadida de que dichos retratos habían sido publicados previamente en la Revista Sanitaria de Toledo por el médico director del manicomio bajo el título de *“Dos casos notables. Microcefalia y atavismo”* (10).

4.3. Intereses económicos

Otro tópico, relacionado con algunos casos de institucionalización forzosa, es aquel relativo a posibles intereses económicos ocultos, que serían los que justificarían el ingreso como mejor forma de quitar de en medio al familiar de cuyo patrimonio o derechos de herencia se esperaba un beneficio. Noticias de este tipo, con mayor o menor dosis de veracidad, se repiten a lo largo de los años. Uno de estos sonados episodios fue el ocurrido en un pueblo valenciano donde *“por cuestiones de herencia raptan en un taxi a una mujer”* (Heraldo de Madrid, 22/8/1935), a la vez que se da cuenta de la espontánea reacción del *“motín femenino contra uno de los secuestradores”* (La Voz, 23/8/1935). Un suceso que, de igual manera en que otros por aquellos años, tuvo gran eco tal y como atestigua el texto: *“continúa apasionando a la opinión el traslado al manicomio de Teresa Tur, en el pueblo de Quart... los rumores que señalan el ingreso de dicha mujer a la codicia del marido”* (La Prensa, 24/8/1935), si bien todo ello son extremos que finalmente quedaron diluidos sin aclarar con el paso del tiempo, no sin antes presentar el supuesto raptor, el propio hijo de Teresa Tur, una querrela por calumnias contra el periódico local (ABC, 25/8/1935).

Otros casos similares fueron los de Juana Sagrera (11) en 1862, en el que se vio torpemente implicado el Dr. Pujadas, o el protagonizado entre hermanos de una conocida familia leridana (La Vanguardia, 26/3/1902).

4.4. La agresividad

Pero lo que ineludiblemente ha estado vinculado al enfermo mental a lo largo de los tiempos es la imprevisible y temida agresividad a ellos atribuida, no siendo difícil encontrar ejemplos, la mayoría de las veces presentados con una gran dosis de realismo y morbosidad asociada, incluidas impresionantes imágenes que no harían más que alimentar temores y fantasías en la población. “*Sacrificio de una niña en un pueblo de Santander*” en el que “*el padre destrozó horrorosamente el cuerpo de su hijita. Esta familia de fanáticos soportaba las mayores miserias y flagelaciones con un estoicismo asombroso. Los trágicos pormenores del bárbaro sacrificio*” (El Heraldo, 4/8/1926), a la vez que la prensa gráfica incluía unas impactantes fotografías de “*Antonio López Malo, que en un momento de exaltación fanática asesinó bestialmente a una de sus hijas, de 20 meses, ... al ser conducido por los loqueros al manicomio*” (Fig. 3), o “*El juez Sr. Barbadillo y el secretario en el momento de tomar declaración a*

UN ESPANTOSO CASO DE FANATISMO SALVAJE EN SANTANDER



Antonio López Malo, que en un momento de exaltación fanática asesinó bestialmente a una de sus hijas, de veinte meses, diciendo que Dios le mandaba imitar el sacrificio de Abraham, al ser conducido por los loqueros al manicomio

Figura 3.
(Mundo Gráfico, 11/8/1926).

la esposa del delincuente y al hijo mayor del matrimonio, contaminados también del bestial fanatismo”, o “*las tres hijas del fanático asesino en la escalera de la casa del crimen... la más pequeña fue también herida por su padre de una cuchillada en la espalda*” (Mundo Gráfico, 11/8/1926).

De igual forma, encontramos otros efectistas titulares redactados con un ánimo inequívocamente sensacionalista: “*Un loco homicida. Aventura extraordinaria ocurrida a una joven y contada por ella misma*” (Por esos mundos, 23/2/1901); “*En el Hospicio de Badajoz. Un asilado loco hiere a una Hermana*” (La Época, 4/4/1902); “*Hazañas de un loco... Saliendo a la calle desnudo, cogió o a un niño en brazos, tratando de estrangularle*” (La Correspondencia, 31/5/1907); “*Un loco sanguinario*” incluido a continuación el nombre y apellidos de un conocido sevillano (El Imparcial, 8/10/1907); “*De Bilbao. Demente furioso... Después de feroz lucha pudo ser desarmado, colocándosele una camisa de fuerza, para conducirlo al manicomio de Bermeo*” (ABC, 28/8/1911).

Noticias y representaciones del enfermo mental desde las que resulta fácil dar el salto a la criminalización del mismo y directa asociación con malhechores y penados. Desde esta perspectiva, parecería entonces totalmente apropiada la mezcolanza de casos y destinos que se pudo leer en esta serie concatenada de gacetillas pamplónicas, donde sin solución de continuidad se confunden los ingresos hospitalarios entre los penitenciarios: “*Han ingresado en la cárcel de esta capital... los penados Francisco Ramírez Lecumberri e Ildefonso Ibero Cardona. En el Manicomio provincial ingresó ayer por orden del gobernador civil María del Campo Blasco, de Corella. A cumplir una pena impuesta por el Juzgado municipal, ingresó ayer en el depósito la vecina Emilia Macua. Ante la Alcaldía fueron ayer denunciados: dos dueños de un coche y un carro, por dejarlos abandonados; dos vecinas de la calle de Tejería por escándalo; dos sujetos por escándalo... un individuo por sucio y siete mozalbetes por jugar a las chapas*” (El Eco de Navarra, 18/6/1912). Confusión que denunció, ya hace casi cien años, el psiquiatra José M. Sacristán, señalándola como fruto del atraso secular que en cuestiones psiquiátricas se mantenía el país. Al punto que, bajo el conciso título de “*Locos o presos*” escribía: “*Las noticias que los diarios españoles insertan ordinariamente referentes a los enfermos mentales expresan claramente el atraso de nuestra asistencia psiquiátrica oficial y, sobre todo, la absoluta incomprensión de la generalidad respecto de cuanto se relaciona con la psiquiatría en su aspecto más elemental. Es suficiente coleccionar estas noticias durante algún tiempo para obtener una documentación demostrativa de nuestro primitivismo psiquiátrico*” (España, 4/3/1922).

El enfermo mental aparecía entonces como subsidiario de “ser capturado”, como si de una bestia salvaje o peligroso fugitivo se tratara, dando

noticias de ello incluso sin ocultar la mayoría de las veces la identidad de los infelices así apresados: *“En septiembre último fue encerrado en el manicomio de San Boy de Llobregat un sugeto (sic) de esta con verdadero motivo o sin él... fue capturado por orden del alcalde y encerrado en el castillo y al día siguiente conducido hacia Tarragona para encerrarlo otra vez en el Manicomio”* (La Iberia, 7/4/1865); *“Ha sido capturado por la Guardia Civil... el sacerdote Sr. Maciel, y trasladado al manicomio de la ciudad de Mérida”* (La Época, 21/11/1871); *“Del manicomio de Valencia se ha fugado otro loco, y van cuatro en pocos días”* (El Globo, 21/6/1875); *“La policía ha encontrado tras largas pesquisas al súbdito otomano Mohamed Kalid, fugado del manicomio... Cuando la policía le encontró estaba totalmente desnudo en actitud de orar, y costó bastante trabajo reducirle a la obediencia... fue conducido al manicomio, entre numeroso público que presenció la escena de la captura”* (La Correspondencia Militar, 7/9/1911); *“Captura de un demente. Ha sido conducido al manicomio de Miraflores Manuel Campos Redondo... que hace poco tiempo se fugó de dicho establecimiento”* (La Voz, 1/7/1926); *“Fuga de una demente... fue comunicado a la policía que María Viñal Muntaner... se había fugado”* (Solidaridad Obrera, 22/6/1937).

“Fugas” que, a tenor de la frecuencia con la que se hacen eco los periódicos, debieron ser habituales y que llevaron aparejadas ocasionales discusiones en torno al tema en el seno de las Diputaciones Provinciales, depositarias entonces de la responsabilidad sobre el cuidado y tutela de los enfermos mentales: *“...un largo discurso acerca de lo que sucede en el Manicomio de Ciempozuelos, del que con tanta facilidad se escapan los asilados... El Sr. Soria está bien al pedir que se saquen fotografías de los alienados y que se devuelvan a sus provincias los que no pertenezcan a la de Madrid”* (El Liberal, 1/11/1913). Retratos fotográficos que durante largos años fueron habituales en las historias clínicas de las instituciones asilares y de los que, además de su supuesto valor fisionómico, ya mucho tiempo antes Hugh W. Diamond, considerado el Padre de la fotografía psiquiátrica, señaló su utilidad para el reconocimiento de pacientes y recuerdo en caso de necesitarse una readmisión (12).

4.5. Ausencia de confidencialidad

En la mayoría de sucesos relacionados con la enfermedad mental es evidente la absoluta falta de confidencialidad y desprecio de la intimidad de las personas, que veían su nombre y dos apellidos asociados a los más dramáticos o intrascendentes episodios relacionados con su salud mental: *“Ha sido encerrado en el manicomio de San Baudilio de Llobregat un hermano del Comandante Ferrándiz, fusilado en Gerona. Era revisor de billetes en la línea férrea de Tarragona a Reus...”* (El Día, 3/10/1884);

“El célebre astrónomo D. Mariano de Herrera, conocido por ‘El Zaragozano’, ha sido encerrado en el manicomio de Zaragoza” (La Unión Católica, 21/3/1890); *“Vidal Montero Millán, de 36 años, tiene la desgracia de padecer perturbación de sus facultades mentales”* (El Siglo Futuro, 13/12/1914); *“Fue detenido en un tranvía el demente Alfredo Pons Sánchez por no pagar el importe del billete”* (El Heraldo, 17/2/1932); *“Aprobar el expediente de pobreza de los familiares del demente D. Ángel Conde Arroyo, que se encuentra recluido en el manicomio de Bermeo... Confirmar el decreto... la urgente reclusión en el Manicomio de Bermeo del demente D. Manuel Arrieta, siendo por cuenta del Ayuntamiento de Bilbao...”* (Diario Oficial del País Vasco, 9/12/1936).

Pero lo que nos llama especialmente la atención es la frecuencia y profusión con la que las gacetillas del apartado de sucesos hacían referencia a los suicidios, explicando tanto el método utilizado como dejando constancia inequívoca de la identidad del desgraciado protagonista, en un ambiente social y religioso poco favorable a la comprensión de estas conductas. Recordemos aquí la negativa valoración que el suicidio ha tenido para la Iglesia a lo largo de los siglos. El código de derecho canónico de 1917, refrendado en 1954 y solo reemplazado en 1983, recogía una regulación referente al suicidio, donde se incluía entre las causas que excluyen el enterramiento en suelo santo (cementeros) a *“quien con libertad y dominio de sus facultades se mata a sí mismo”*. Práctica que venía manteniéndose de manera ininterrumpida desde tiempos muy antiguos, posiblemente desde el Concilio de Braga (año 563) (13), contribuyendo de manera importante al estigma asociado al mismo entre la población.

“En el Manicomio de Valencia se suicidó ayer, ahorcándose, el acogido Rafael Hernández. Ayer, al pasar el tren por la estación de Liría, un sujeto llamado Salvador Guillot, se arrojó a la vía, siendo arrollado y muerto por el tren” (El Adelanto, 26/11/1913); *“Anciana suicida. Comunican de Orduña que se ha suicidado colgándose de un árbol la anciana de sesenta años Francisca Isada, que tenía perturbadas sus facultades mentales y había salido del Manicomio de Zaldivar hace cinco días”* (El Sol, 20/4/1932); *“Al tercer intento. Se arroja al paso de un camión y muere aplastado... el marinero Celestino Barreiro Carnero, de 38 años. Quedó destrozado”* (La Voz, 11/7/1934); *“Una demente pone fin a su vida... arrojándose a la presa... la vecina de Muriel Viejo Sotera Yagüe Marina, de 27 años... Hace ocho días había salido del Manicomio de Palencia”* (El Sol, 8/1/1936). Noticias que muchas veces se acumulaban de forma alarmante, una tras otra, en una misma página del mismo periódico, como aquellas del joven suicida de diecisiete años que se arrojó al tren en Bilbao por no tener trabajo, el camarero que se acuchilló desesperado por la grave enfermedad de su hijo, el guarda nocturno que en Gandía se cortó yugular

y muñeca tras un tiempo de cierto desvarío mental, Ana de 29 años que ingirió medio litro de lejía por hallarse cansada de la vida, y José que intentó colgarse con su cinturón mientras esperaba en el calabozo su traslado al manicomio (El Sol, 16/1/1930).

Otro ejemplo de la falta de respeto a la intimidad y el derecho a la propia imagen lo tenemos en el siguiente episodio, también de especial relevancia en base a la identidad del protagonista de la misma: el cura Galeote que en 1886 asesinó de tres tiros por la espalda al obispo de Madrid-Alcalá (14). En un reportaje realizado durante una visita al manicomio de Leganés, se publica una fotografía (Fig. 4) donde vemos retratada la imponente

figura de Galeote, como apartado a la derecha de una risueña pareja formada por el “El Duende de la Colegiata” (autor del reportaje) junto a Carreño (otro “famoso” alienado de la época). Pero mientras ellos dos parecen disfrutar del posado, no lo aparenta así Galeote que es obvio pretende quedar al margen, inconsciente de que la lente angular también encuadraba su hierática figura. Y si tan extraña composición solo pudiera estar justificada en el interés que la imagen del descabellado cura

despertaría en los lectores, no deja de sorprendernos la lectura del texto del artículo, donde explícitamente se relata: “*Las fotografías. ...el cura Galeote... exclamó: -Con ese no me retrato yo. Y con dignidad solemne se apartó del grupo...*”, es decir, parecería que no solo no se había pedido



El Duende de la Colegiata en el patio del manicomio de Leganés. A su derecha se halla el enfermo Sr. Carreño, y á su izquierda, el célebre cura Galeote. Fotografía de Almansa.

Figura 4.

El cura Galeote en Leganés (Heraldo de Madrid, 15/2/1912).

permiso para la publicación de la imagen de uno de los protagonistas, sino que incluso se reconoce públicamente el no haber tenido la consideración y el respeto a la voluntad del cura quien explícitamente manifestó su oposición a ser fotografiado (Heraldo de Madrid, 15/2/1912). Pero en esta ocasión no se calculó bien la personalidad del personaje retratado que, a diferencia de otros desgraciados, bien supo hacer valer sus derechos, denunciando de la misma el atropello: “*El célebre cura Galeote... ha presentado una querrela contra ‘El Duende de la Colegiata’ por haber publicado en el Heraldo su retrato, sin previo consentimiento*” (El Noroeste. 6/3/1912). Aún desconociendo el resultado de la querrela, es en base a este suceso que podemos presuponer que la reiterada falta de confidencialidad de los periódicos no tendría que ver con que a las personas no les importara ser expuestas públicamente, sino posiblemente con la dificultad y desconocimiento para hacer valer sus derechos. Mientras tanto, no deja de llamar la atención que una persona ingresada en un manicomio, además con antecedentes tan terribles a sus espaldas, pudiera realizar esa denuncia (recordemos que incluso las cartas eran censuradas y muchas veces retenidas).

Por otra parte, la falta de respeto a la privacidad de las personas tampoco podemos pensar que se correspondiera precisamente con una actitud tolerante de la sociedad frente a la enfermedad mental, y por la que la publicación de nombres y apellidos en relación con una enfermedad no tendría mayor inconveniente para la persona así reconocida. Es evidente que no, y en ese sentido resulta interesante el testimonio que encontramos en el periódico quincenal del manicomio de San Baudilio al que nos hemos referido antes, y que nos pone sobre la pista de una posible práctica institucional de ocultación de identidades de alcance desconocido: “*Dejando aparte las preocupaciones sociales, aún muy arraigadas en la llamada raza latina, de querer ocultar, como si se tratase de un delincuente, al infeliz loco... que su padecimiento ha de guardarse en el mayor de los secretos, su nombre mismo ha de perderse en algún Manicomio al ser anotado en el registro, sustituyéndolo por un apodo más o menos ingenioso...*” (La Razón de la Sin Razón, 1/10/1879). Una publicación que se muestra incluso contraria a la inveterada costumbre institucional de abrir las puertas a visitantes, vecinos y curiosos con ocasión de diversas festividades (La Razón de la Sin Razón, 1/4/1880), si bien este posicionamiento verbal choca frontalmente con la práctica de la misma institución de incluir dicha visita ni más ni menos que como “*espectáculo comprendido en el programa de festejos (del pueblo vecino)*” (La Razón de la Sin Razón, 1/6/1879).

5. Las visitas promovidas por la curiosidad

Quizás el tipo de reportajes o publicaciones más sorprendentes e interesantes para nosotros son precisamente aquellos que se ocupan de relatar al lector diferentes visitas, en mayor o menor profundidad, al interior de los manicomios de la época y de las que ya hemos dado alguna referencia en páginas anteriores.

Por ejemplo, bien a principios del pasado siglo, ABC publicó un artículo sobre el hospital toledano del Nuncio donde, bajo el sugerente título de *“Una tarde entre locos”*, pareciera que su único objetivo es el de narrar diferentes ocurrencias *“de los infelices alienados que pasean su imbecilidad”* como la de aquellos que, unos a otros, se culpaban de demencia: *“-Deje usted á ese, señor, que está loco perdió”* (ABC, 12/1/1904).

Afortunadamente, no todas las crónicas realizadas tras una fugaz visita al manicomio tienen el tufo amarillista y tremendista, encontrando también algunas de un carácter innegablemente erudito y didáctico. El Heraldo de Madrid (10/2/1928), en una de sus secciones regulares a doble página titulada *“Una información todas las noches”*, publicó un extenso reportaje, ilustrado con fotografías, del psiquiatra César Juarros acompañado de sus alumnos en una visita al manicomio de Santa Isabel en Leganés durante una de sus gratuitas clases dominicales. En cualquier caso, si hacemos caso al cronista, parece evidente que los domingueros alumnos eran algunos más que los estrictos estudiantes de medicina, atraídos seguramente por la mera curiosidad acerca del tema a estudio: *“A escuchar las disertaciones del doctor Juarros acuden alumnos de las más diversas condiciones sociales, desde la «niña bien», que va acompañada de su correspondiente «carabina», al obrero más humilde, pasando por el estudiante de medicina, la maestra, el abogado y algún que otro médico. Una gran temporada estuvo asistiendo asiduamente a esta clase, para oír las sabias explicaciones del conocido psiquiatra, el popular escritor Joaquín Belda, que obtuvo enseñanzas en las que más tarde se fundó para construir su interesante novela titulada «La diosa razón».*

Una pedagógica y constructiva, a la vez que efímera, actitud editorial del rotativo que poco se mantiene en el tiempo, enviando con posterioridad a otro reportero a visitar de nuevo el manicomio, con el fin de dar a *“conocer a los locos que pudiéramos llamar oficiales, locos de solemnidad, dementes doctorados en locura... Para saber cómo viven, o mejor, cómo vegetan, hemos hecho la presente información sobre el manicomio de Leganés, emporio de la locura y de la excentricidad”* (Heraldo de Madrid, 29/4/1929).

Una especie de Corte de los Milagros que el mismo periódico amplía medio año después con personajes descritos y retratados durante la visita

a un efímero manicomio instalado en el Hospital de San Juan en Alcalá de Henares. A lo largo del artículo se da cuenta de la “*la complejidad de tipos, sus extravagancias y, en fin, la fluida casuística que existe es tema inagotable y pintoresco*”. Y a partir de ahí conocemos al joven que en un arrebato de su crisis esquizofrénica se tiró desde un balcón, para luego, arrepentido y culpabilizado no parar de escribir pidiendo perdón continuamente a su padre. Al General Prim, viejo simpático y dicharachero, flamenco que en una noche de juerga mató a un hombre, dueño de todos los bares de Madrid, los tranvías de España y los mercantes de Inglaterra, y a quien por la noche visitaban Pastora Imperio y la Niña de los Peines. Al “tonto” Casiano, recluido en Alcalá por ciertas costumbres poco honestas. Al joven que no se consideraba loco, a quien escribía Cervantes y decía estar allí empeñado en estudiar la filosofía de los locos, además en verso. A Colón, a quien ya nos hemos referido antes, o al malogrado poeta riojano Buscarini, perdido ya para el mundo de las letras (Heraldo de Madrid, 24/10/1929). (Fig. 5).

A INFORMACION

REPORTAJE DE
MARIANO VIDAL

UNA VISITA AL MANICOMIO



Hay un taller pequeño donde los enfermos distienden su ocio

todos los bares de Madrid y de las bodogas que hay en Jerez. Y de nequitas sin importancia; por ejemplo, los tranvías de toda España y los barcos mercantes de Inglaterra.

—Además, no sale nada otra cosa— agrega D. Francisco—. Por la noche recibe las visitas de sus amigos.

—¡Ah!, eso es seguro. Hoy vienen a cenar conmigo Pastora Imperio y la Niña de los Peines.

El viejo ha cogido una tabla que simula una guitarra y estrinando su talle costureros un fandanguito.

—Este individuo— aclara el doctor Górriz— tiene una historia famosa. Tipo de faranero, en una noche de juerga, por una cuestión baladí, mató a un hombre.

CASIANO. UN FILOSOSOFO Y UN POETA

Dentro de las formas demenciales existe el tipo del oligofrénico, conocido vulgarmente por el tonto. El tonto, que tan variados matices presenta, es tipo muy digno de atención.

Aquí nos hemos encontrado con Casiano, que aparece en dos de nuestras fotografías.

Figura 5.

Pero aún más extrema resulta la serie, tipo breve folletín por entregas, que vio la luz en 1935 en “*La linterna*”, semanario gráfico de corte extremadamente sensacionalista que se propuso retratar la vida en el interior de un manicomio. A lo largo de la serie publicada en seis entregas (*La linterna*, 20 y 27/8/1935 - 3, 10, 17 y 24/9/1935), los autores (escritor y dibujante) pretenden hacer creer al lector que han conseguido ingresar durante diez días en la unidad de observación de beneficencia del establecimiento (fácilmente reconocible como Ciempozuelos), haciéndose pasar por locos, de forma en cierto modo análoga a lo relatado en 1887 por Nellie Bly en “*Diez días en una casa de locos*” (15), no explicando sin embargo la facilidad con la que se mueven y entrevistan con internos y personal de la casa y mucho menos la presencia del ubicuo y evidente fotógrafo que los acompaña en sus paseos. Pero a diferencia de Bly, ocupada en la denuncia del lamentable estado y prácticas de la temida institución neoyorkina, en este caso el principal objetivo periodístico y fotográfico es la mera descripción de la inquietante y angustiada sucesión de personajes que se encuentran intramuros, así como los supuestos peligros e imprevisibles situaciones a las que se enfrentaron. La mayor extensión del reportaje se dedica a enumerar algunos de los más peculiares moradores de la institución junto a sus sorprendentes andanzas y descabelladas convicciones, muchas de ellas aparentemente caricaturizadas si no francamente literaturizadas (Tabla 1).

Tabla 1.

Galería de pacientes varones publicada en La linterna tras su visita a Ciempozuelos (1935).

1. Un agresivo amenazante	23. Sebastián. Temeroso de morir
2. El hombre estatua	24. Elías. Representante de Dios a comisión
3. Uno que piensa que tocan a muerto por él	25. Ezequiel. Con miedo a haber muerto sin sentirlo
4. Chonín. Grotesco	26. Juan. Que no recordaba a su esposa
5. Juan Paul. Artista bohemio	27. El barbero degollador
6. Un caballero simpático	28. Heliodoro. Que contaba sus pasos
7. Uno que se lava continuamente	29. Peláez. Cleptómano de trenzas
8. Uno que repite palabras	30. Ataulfo. Blasfemo piadoso.
9. Jenaro. Que acusa de asesinato	31. Sánchez. Compositor
10. Uno que vive sin dormir	32. Lerín. Actor y poeta
11. Un suicida ahorcado	33. Guillermo. Que quería sacar palabras como chocolate
12. Un traga piedras	34. Luis. Violador de niñas homosexual
13. Jacinto. Maniaco depresivo	35. Paco. A quien le crecían los pies constantemente
14. Román. Epiléptico	36. Gabriel Albo. Reformador del sistema monetario
15. Un joven de 17 años estrangulador	37. Arsenio. Que creía que un sapo le babeaba la cara
16. Máximo	38. Rosaura. La titiritera enamorada
17. Un marqués que piensa no estar loco	39. Un sacerdote loco
18. Un maniático de las medallitas	
19. Esteban. Alegre paralítico general	
20. Uno que se creía gato	
21. Amalio. Alucinado por una titiritera	
22. Cosín. Con erotomanía	

Al parecer el reportaje fue del interés de los lectores, animando al semanario a repetir el ensayo en una institución para mujeres, publicando al año siguiente la “*Vida alucinante de las locas*” en Leganés (La Linterna, 17, 24 y 31 marzo 1936), también con referencia a una multiplicidad de casos que se acompañaron de las correspondientes fotografías de sus protagonistas (Tabla 2).

Tabla 2.

Galería de pacientes mujeres publicada en La linterna tras su visita a Leganés (1936).

1. La viejecita que espera casarse	15. Dos Hermanas que no se recuerdan.
2. La que se casó con un alacrán	Una delirio de persecución
3. La maniática elegante	16. Dos Hermanas que no se recuerdan.
4. La que se tiene por bebedora	Otra demencia precoz
5. La veterana que se tiñe el pelo con tinta	17. La que perdió al marido por cortarse el pelo
6. La que usa a todas horas sombrero	18. La que duerme todo el día
7. La que pasa el tiempo llorando	19. La mujer que tiene un hijo de cartón
8. La que se cree injustamente encerrada	20. La profesora que no habla
9. La que se cree interna en un colegio	21. La que permanece quieta con el brazo levantado
10. La perseguida por fantasmas	22. La que espera a su marido
11. La demenciada que no comía	23. La enferma agresiva que insulta al fotógrafo
12. La maniática que se excitaba con el fotógrafo	24. La que se pasa la vida haciendo punto
13. La sombrerera traviesa y glotona	25. La enferma excitada que le ponen inyecciones
14. La excitable Doña María	

Para acabar, señalar que sólo ocasionalmente algunos de esos reportajes, hacen también referencia a las dificultades observadas para poder introducirse libremente por la institución y fotografiarla, algo muy difícil de conseguir en todos aquellos casos en los un reportero pretende un relato más o menos objetivo de lo observable intramuros (El liberal, 4, 5 y 6/2/1913). Casi siempre recurriendo como justificación para la negativa al conveniente respeto a la intimidad de los pacientes que, sin embargo, se puede pasar por alto cuando se trata de visitas menos amenazantes para la institución aunque estas pudieran atentar estrepitosamente contra la intimidad de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Martínez Azumendi O. Periodistas y reporteros gráficos como agentes de cambio en psiquiatría. Imágenes-denuncia para el recuerdo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2005; 25(96):9-28.

(2) FEAFES. Salud Mental y Medios de Comunicación – Guía de Estilo. Madrid: Ed. FEAFES, 2003.

(3) Thornicroft A, Goulden R, Shefer G, et al. Newspaper coverage of mental illness in England 2008-2011. Br. J. Psychiatr 2013; 202:s64-s69.

(4) Villasante O. La polémica en torno a los manicomios, 1916. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011; 31(112):767-789.

(5) Pujadas A. Prospecto y Reglamento del Instituto Manicomio de San Boy de Llobregat. Imprenta El Porvenir de Buenaventura Bassas, 1857.

(6) Martínez Azumendi O. De visita al manicomio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011; 31(11):555-69.

(7) Rey González A, Martí Boscà JV. En una fábrica de locos. Psiquiatría y prensa obrera en la segunda república española. En: Martínez Pérez, J. et al. (Coord.). La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2008. p. 165-96.

(8) Hernández Merino A, Piqueras N. Pinacoteca psiquiátrica en España. 1917-1990 (Catálogo de la exposición). Valencia: Universitat de Valencia, 2009.

(9) Cea Gutiérrez A, Huertas García-Alejo R. Locura de Santidad. Un caso del doctor Lafora. En Ortiz García C, Sánchez-Carretero C, Cea Gutiérrez A. Maneras de mirar. Lecturas antropológicas de la fotografía. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2005. p.123-159.

(10) Sánchez F. Dos casos notables. Microcefalia y atavismo. Revista Sanitaria de Toledo 1913; 1(11 y 12):9-14.

(11) Rey A, Plumed J. La verdad sobre el «Caso Sagrera». En Álvarez JM, Esteban R, coord.. Crimen y Locura. Madrid: Asociación Española Neuropsiquiatría. Colección Estudios nº 31, 2004: 85-132.

(12) Martínez Azumendi O. Fotografía y Psiquiatría. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 2008; 8(1):63-75.

(13) Gómez de Rueda I. Ritos exequiales. No creyentes, no bautizados y suicidas. Revista Murciana de Antropología 1997; 2:179-187.

(14) Campos Marín R. Criminalidad y locura en la restauración. El proceso del cura Galeote (1886-1888). Frenia (Madrid) 2003; 3(2):111-45.

(15) Bly N. Ten days in a mad-house. New York: Ian L. Munro Pub, 1887

PRIMEROS INTENTOS DE PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA: DE LA SEGUNDA REPÚBLICA A LA POSGUERRA ESPAÑOLA*.

Olga Villasante

Introducción

El objetivo del trabajo es analizar algunos aspectos de lo que, consideramos los primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica en nuestro país que están, sin duda, en relación con la institucionalización de la enfermería general. La creación de la Escuela Nacional de Sanidad, el reconocimiento legal de los planes de estudio oficiales de practicantes y matronas, la apertura de las primeras escuelas de enfermería, entre otros factores, facilitaron las condiciones para cambios legislativos y reformas que, durante la Segunda República, alcanzaron también al personal de las instituciones psiquiátricas.

Si bien podrían existir diferencias con el modelo que algunos historiadores como Rosa Medina Domenech han utilizado para la especialización de la radioterapia en España (1), se pueden, al menos plantear algunas cuestiones en relación a dicha hipótesis que considera que un colectivo profesional presenta interés en erigirse en “especialistas” en su materia. En el caso de la psiquiatría, como especialidad médica, Rafael Huertas en su conocido libro *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)* (2), plantea algunos mecanismos legitimadores que utilizaron los alienistas desde el siglo XIX como las revistas, la prensa, los textos, los congresos o la intervención en juicios como expertos en medicina mental. En la enfermería psiquiátrica hay algunos ejemplos de interés que trataremos de abordar en los que se perciben intentos de “organización” como la legislación que reconocía el diploma de enfermero psiquiátrico, la publicación de textos específicos para enfermeros, cursos en los hospitales psiquiátricos y debates periodísticos. Además algunos practicantes trataron de “erigirse como los únicos especialistas capacitados para el cuidado de los enfermos mentales”, acusando de intrusismo a aquellos que podrían obtener el diploma de enfermero psiquiátrico, con sólo dos años de estudios teóricos y prácticos en un establecimiento oficial o privado.

* Trabajo realizado en el marco de los Proyectos de Investigación HAR2012-37754-C02-01 (Ministerio de Ciencia e Innovación): *Prácticas asistenciales y estrategias de institucionalización de la psiquiatría franquista (1939-1960)*. E-mail de contacto: ovillasante.hsvs@salud.madrid.org

Reformas psiquiátricas durante la Segunda República: las enfermeras psiquiátricas visitadoras

La historia de la enfermería en España ha sido estudiada, entre otros, por Francisca Hernández Martín en diversos trabajos (3), y se admite, en general que la institucionalización de esta profesión sanitaria ha sido un proceso accidentado, y, sin duda, más tardío que en otros países (4). Recién instaurada la República se editaron las órdenes del 3 de noviembre y del 14 de diciembre de 1931 que modificaron los requisitos para poder iniciar los estudios de practicante y matrona. En las sucesivas reformas ambos colectivos pasaron a integrarse en el nuevo organigrama sanitario al constituirse, por decreto de 14 de junio de 1935, el *Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria y de las Matronas Titulares Municipales* (5).

Por otra parte ya durante las primeras décadas del XX, se había iniciado una campaña de reforma de la atención a los enfermos mentales que coincide con la llamada “Edad de Plata” (6). Esta generación en la que se incluyen nombres como José Miguel Sacristán (7), Gonzalo Rodríguez Lafora o Fernández Sanz que participaron en un nuevo plan para la asistencia a los alienados en 1926, facilitó diferentes cambios legislativos. El cambio acometido en la legislación para enfermos mentales tuvo su máxima expresión en el *Decreto sobre asistencia a enfermos mentales* del 3 Julio de 1931 (8), al que le siguió el Decreto relativo a la creación de un Consejo Superior Psiquiátrico (9). Poco después se creó en cada Inspección Provincial de Sanidad una Sección de Psiquiatría y enfermos mentales que debía permanecer en contacto con la sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad, entre cuyos cometidos estaba el registro de los hospitales, la organización del archivo de documentos y el envío mensual de la lista de enfermos ingresados. A finales de 1931 Marcelino Pascua reguló detalladamente cómo, desde los establecimientos psiquiátricos, oficiales o privados, debían realizarse las estadísticas psiquiátricas de acuerdo a la clasificación de Kraepelin, su frecuencia y plazos de envío a la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad (10). El día 16 de abril de 1932 se crea en Madrid el primer Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica, en cuyo artículo sexto se disponía que, para la labor práctica del Patronato, se debía contar con un grupo de enfermeras psiquiátricas visitadoras y un local de trabajo y archivo en el Dispensario de Higiene Mental (11). Estas visitadoras con funciones asistenciales, docentes e investigadoras que debían realizar visitas a las familias y a los pacientes institucionalizados y actuar de nexo entre ellos y facilitar su adaptación social, son un meritorio avance de los programas de continuidad de cuidados establecidos actualmente en las unidades de salud mental.

Es interesante reseñar que la ley de asociaciones de 1887, había permitido crear la *Sociedad de Neurología i Psiquiatría* en 1911, cuyo germen había sido el primer Certamen Frenopático en 1883 (13). Esta Sociedad fundada en Cataluña y cuyo primer presidente fue Arturo Galcerán ya consideró, entre otros objetivos, la organización de un cuerpo de enfermeros/as previa enseñanza en los asilos (14). De hecho se ha considerado que el proceso de profesionalización de la enfermería, en general, fue más avanzado en Cataluña, aunque Federico Rubio y Galí había creado la primera escuela de enfermeras “Santa Isabel de Hungría” en Madrid, en 1896 (15). En la Real Orden del 7 de mayo de 1915, la Mancomunitat de Catalunya fundó la Escuela de Santa Madrona en Barcelona y en la Asamblea del 30 de noviembre de 1917, se creó la *Escola d’Infermeres-Auxiliara* de Medicina de la Mancomunitat de Catalunya (16).

Sin duda organizaciones como la AEN, constituida en 1924 bajo la presidencia de Saforcada, o la Liga de Higiene Mental, que celebró su primera reunión en 1926, contribuyeron al debate sobre la formación del personal de las instituciones psiquiátricas. Entre las conclusiones del primer congreso de la AEN, retomando las peticiones de la *Sociedad de Neurología i Psiquiatría*, recomendaba la formación de personal subalterno y el aumento del número de técnicos, internos y enfermeras y, en la cuarta Asamblea de la Liga de Higiene Mental, celebrada en Zaragoza, Guija Morales presentó una ponencia sobre la formación y admisión del personal subalterno de los manicomios públicos (17).

La organización del personal subalterno: El diploma de «Enfermero Psiquiátrico»

El 16 de mayo de 1932, a través de una orden ministerial firmada por el Director General de Sanidad Casares Quiroga, se establecía el personal sanitario subalterno que debía existir en los establecimientos psiquiátricos públicos y privados. Se dividía en personal sanitario y no sanitario incluyéndose, en este último grupo, el jefe de taller para la laborterapia, nombrado según el criterio del director y los sirvientes o mozos, a cargo de la limpieza y cuidado del establecimiento y contratados según la legislación vigente.

Entre el personal sanitario estarían, por un lado, los practicantes en medicina y cirugía con del diploma de enfermero psiquiátrico, cuyo cometido era “asegurar la práctica médica y quirúrgica de urgencia, diurna y nocturna, y auxiliar a los médicos”. Establecía un mínimo de dos por establecimiento que albergara 50 enfermos. Por otro lado, estaban los enfermeros y enfermeras psiquiátricos que debían estar “al cuidado directo del

enfermo mental, cumpliendo las indicaciones especializadas que marque el médico. Será el elemento auxiliar principal de la asistencia psiquiátrica intramanicomial”. La proporción establecida, en este caso era de 1 por 10 enfermos de “vigilancia continua” y uno por 150 de “vigilancia discontinua”. Además en esta misma orden se detallaban los requisitos para obtener el diploma de «Enfermero Psiquiátrico», cuyos exámenes se realizarían anualmente en los distritos de Madrid, Barcelona, Granada, Santiago. Para obtener el diploma se requería ser mayor de veintidós años y presentarse a los correspondientes exámenes, así como obtener un certificado del médico director de un establecimiento psiquiátrico oficial o privado sobre la conducta, la aptitud y los estudios prácticos y teóricos de un mínimo de dos años. En el caso de los practicantes sólo precisaban la estancia de un año en un establecimiento adecuado para presentarse al examen. El programa oficial para obtener el certificado de aptitud de “enfermero psiquiátrico” comprendía 24 lecciones, supervisadas por el Consejo Superior Psiquiátrico (18). Poco después de esta orden el director y subdirector del Manicomio Provincial de Valencia presentaron una instancia para incluir el distrito universitario de esa ciudad como opción para realizar los exámenes, que fue aceptado el 19 de julio de 1932 por el Director General de Sanidad, Marcelino Pascua (19).

Sin embargo, aunque este pequeño paso hacia la profesionalización fue visto de forma positiva por muchos profesionales, los practicantes percibieron, durante el primer tercio del siglo XX que los programas de formación de enfermeras y el título de enfermero psiquiátrico invadían sus competencias progresivamente. De hecho, la orden del 16 de mayo de 1932, permitía que con sólo dos años de formación se reconociera el “diploma de enfermero psiquiátrico”, con lo que los practicantes vieron amenazadas algunas de sus atribuciones profesionales. Así en la prensa de la época encontramos algún ejemplo de airadas críticas de practicantes, que desataron una polémica con Gonzalo Rodríguez Lafora. Alfonso Serrano, practicante de Cádiz, desde el *Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Cádiz y su provincia*. El practicante gaditano lanzó un abierto y duro reproche al presidente del Consejo Superior Psiquiátrico (20), responsable, al menos en parte, de la regulación del personal sanitario en los establecimientos psiquiátricos ordenada en 1932. El practicante argumentaba que sólo 24 meses de práctica no podía capacitar a los cuidadores, de escaso nivel cultural, e igualarlos a los practicantes. Así pues consideramos que, al menos parte del colectivo de practicantes, trataron de erigirse en los profesionales especializados y diferenciarse de otros cuidadores de enfermos mentales que recibían nombres como criados, loqueros, guardianes, vigilantes o “mozos limpia-bacines”, como los definió el mismo practicante Alfonso Serrano (21).

Esta polémica, que alertaba sobre el intrusismo de los «enfermeros psiquiátricos», fue clarificada y modificada, en parte, por una Orden de 31 de diciembre de 1932. En ésta se especificaba que a los practicantes que obtuviesen el mencionado diploma les acreditaba únicamente como «Practicantes Psiquiátricos», mientras que a los enfermeros psiquiátricos no se les autorizaba para las intervenciones médico-quirúrgicas.

Libros especializados en cuidados al enfermo mental

Si bien no es la intención de este artículo, sería interesante analizar las publicaciones periódicas de la enfermería en esta época que, prácticamente se redujeron a boletines provinciales y la revista mensual *Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía: órgano oficial de los Colegios Unidos*. Esta revista sirvió como órgano de expresión de los Practicantes desde el año 1907 hasta 1936, pero aún hay que esperar casi hasta la actualidad para encontrar una revista especializada en el cuidado de enfermos mentales.

Nuestro objetivo en este apartado es centrarnos en la literatura del primer tercio del siglo XX, sin embargo merece la pena señalar el *Prontuario del enfermero* publicado, por primera vez, en 1891. El fin de este libro, reeditado en 1932 por José Rodrigo, director facultativo de los manicomios de Ciempozuelos era enseñar a los Hermanos Novicios ligeras nociones de fisiología, anatomía, cirugía, así como “los mejores métodos para cuidar como enfermeros a la diversa clase de enfermos en que han de emplear sus caritativos auxilios”, tal como reza el preámbulo. Además, en el capítulo tres dedica unas páginas para establecer unas reglas prácticas para los “enfermeros”, con un apartado sobre los manicomios que incluye 12 páginas sobre las actitudes para tratar a agitados, sucios, encamados, ayunadores, desfilachadores...” (22). Este libro cronológicamente próximo al *Handbbook for the instruction of attendants on the insane* (23), publicado en 1885 por la Médico-Psychologique Association, sin embargo, no es un libro específico de cuidados psiquiátricos y parece más una necesidad de formar a los religiosos que contaban con escasa instrucción académica. Desde luego no formó parte del proceso de cambio en la formación del personal de las instituciones psiquiátricas, para lo que fueron precisas determinadas condiciones sociopolíticas que permitieran cambios legislativos como la creación del Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica o la obtención del diploma de enfermero.

Es, probablemente el *Manual del Enfermero en los Manicomios* (24) (imagen 1), el que, quizá ya se puede encuadrar en el proceso de transformación de la atención a los enfermos mentales que tuvo lugar en las

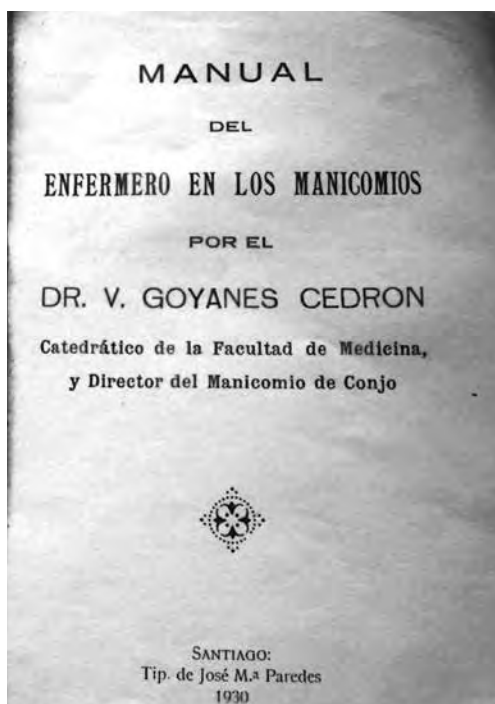


Imagen 1.

Manual del enfermero en los manicomios, editado en 1930.

primeras décadas del siglo XX. Este libro escrito en 1930 por el orensano Vicente Goyanes Cedrón fue dedicado al Arzobispo de Compostela y a la memoria de Sánchez Freire, primer director del Manicomio de Conxo. Goyanes había trabajado en el manicomio gallego desde su apertura y después fue vicedirector y director, permaneciendo allí durante 24 años. Este catedrático de Histología y Anatomía Patológica en Santiago había prologado, en el año 1923, *Las carreras auxiliares médicas* de Emilio Alonso García Sierra, en el que se dedicaban unas páginas al cuidado de los enfermos delirantes (25). Aunque Goyanes había estudiado Medicina en Santiago, quizá su formación en París, Berlín, Bruselas le llevó a publicar este libro de 30 páginas en el que se describían las condiciones de trato al enfermo mental y concluía con quince “deberes del enfermero”. De hecho en las primeras décadas del siglo XX se habían editado diversos manuales en Francia, Alemania o Suiza que, como veremos, Valenciano iba a citar

poco después. El pequeño libro de Goyanes se complementó con *Atribuciones y deberes del personal facultativo en armonía con lo que dispone el Reglamento del Manicomio de Conjo* (1930), aprobado por la Junta de Gobierno y Administración del Manicomio, en mayo de 1931, que trataba de organizar la asistencia en la institución gallega, al estipular las funciones no sólo de los médicos, sino también de los practicantes.

Tres años después del libro de Goyanes, se publicó *La asistencia al enfermo mental* (26), de Luis Valenciano, subdirector del Sanatorio Neuropático de Carabanchel bajo. Es probablemente el texto más importante de la época ya que fue revisado y recomendado por el Consejo Superior Psiquiátrico y premio de la Dirección General de Sanidad (27). Prologado por Lafora utilizó, en la bibliografía, manuales en lengua inglesa, alemana, francesa y finlandesa (traducido al alemán), que habían sido publicados en los años veinte o primeros de los treinta. Estos libros fueron impulsados por sociedades médico-psicológicas y, en ocasiones, por “asociaciones de auxilio a pacientes mentales”, agrupaciones prácticamente desconocidas en España.

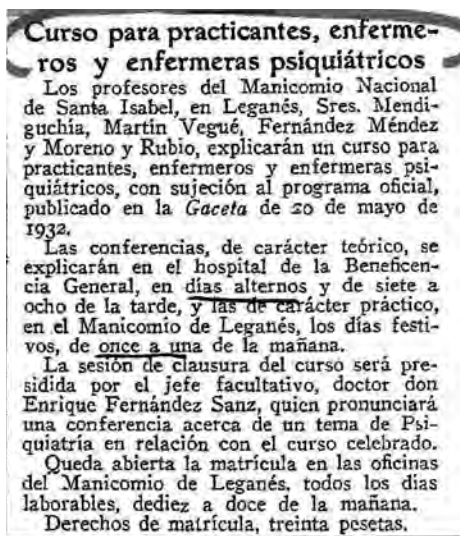
El subdirector del Sanatorio de Ciempozuelos, Eulogio García de la Piñera escribió *Lecciones teóricas y prácticas para contestar al curso elemental de enfermeros psiquiátricos* en 1935 (28). Este médico era, además, auxiliar del Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina (29), y explicó 20 lecciones teóricas de anatomía, fisiología y de tratamiento de algunos síntomas (hemorragias, fiebre..) y 10 lecciones prácticas (curas, vendajes..). Su objetivo era facilitar el estudio de las materias del programa para el certificado de aptitud de enfermero psiquiátrico y, además recomendaba el libro de Valenciano y el *Vademecum Médico Quirúrgico para uso de los Religiosos de la Orden de San Juan de Dios. Auxiliares de Médico*, escrito por Fray Justiniano Valencia y prologado por Antonio Fernández Vitorio en 1921. José Salas, otro médico que trabajó en el manicomio de Mujeres de Ciempozuelos publicó, en 1935, *Manual de la enfermera general y psiquiátrica* (30), cuyo fin principal era la instrucción de las cuidadoras de enfermas mentales. Estaba dividida en dos partes: la primera dedicada a la enfermera general que ocupaba 43 capítulos, con un atlas con gráficos de apósitos y vendajes y una segunda parte dedicada a la enfermera psiquiátrica con 30 capítulos. En ésta se explicaban las condiciones que debía presentar el personal, cuestiones de asistencia y terapéutica, nociones de psicopatología o organización general de la asistencia al enfermo psíquico (31). La monografía de Francisco Ventosa Esquinaldo, *Cuidados psiquiátricos de enfermería en España (siglos XV al XX), Una aproximación histórica* (32), además de analizar estos manuales, reconstruye la historia de los cuidados al enfermo mental en los primeros hospitales psiquiátricos del siglo XV, prestando especial atención a la Orden de San Juan de Dios.

Por otra parte Francisco Domingo Simó (33), que era director del Manicomio de Valencia desde 1931 publicó el *Prontuario del enfermero psiquiátrico* (34), en 1936. El libro estaba estructurado como el programa para el examen de enfermeros psiquiátricos en 24 lecciones y describía algunos requisitos y cualidades del enfermero que incluían una buena condición física, amabilidad, paciencia, sangre fría, capacidad de observación, discreción y moralidad. Domingo Simó equiparaba la atención al enfermo a la atención a un menor y el enfermero debía ser modelo e influirle con su autoridad.

La organización de la formación: Cursos para enfermeros psiquiátricos

Desconocemos si en todas las instituciones psiquiátricas se organizaron lecciones teóricas y prácticas durante las primeras décadas de siglo, pero, sin duda, podemos afirmar que la Orden ministerial del 16 de mayo de 1932 fue un detonante para el inicio de actividades formativas de los cuidadores de enfermos mentales. Algunos ejemplos, ya citados, como las lecciones impartidas en el Manicomio Provincial de Valencia que se materializaron en el *Prontuario del enfermero psiquiátrico* de Fernando Domingo Simó. También ya hemos mencionado cómo la Orden de San Juan de Dios facilitó la formación a los hermanos hospitalarios y José Salas en el *Manual de la enfermera general y psiquiátrica* de 1935 describió que había sido elaborado después de varios años de formación en el Manicomio de mujeres. En general, las personas más capacitadas de las órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos se formaron para ocuparse de las actividades auxiliares al médico.

Por otra parte en Madrid, el 18 de septiembre de 1933, se comenzó un curso para practicantes, enfermeros y enfermeras psiquiátricos (35), cuya matrícula se había abierto en agosto, previo anuncio en el *ABC* (36) (imagen 2). Las conferencias de carácter teórico eran im-



Curso para practicantes, enfermeros y enfermeras psiquiátricos

Los profesores del Manicomio Nacional de Santa Isabel, en Leganés, Sres. Mendiguchía, Martín Vegué, Fernández Méndez y Moreno y Rubio, explicarán un curso para practicantes, enfermeros y enfermeras psiquiátricos, con sujeción al programa oficial, publicado en la *Gaceta* de 20 de mayo de 1932.

Las conferencias, de carácter teórico, se explicarán en el hospital de la Beneficencia General, en días alternos y de siete a ocho de la tarde, y las de carácter práctico, en el Manicomio de Leganés, los días festivos, de once a una de la mañana.

La sesión de clausura del curso será presidida por el jefe facultativo, doctor don Enrique Fernández Sanz, quien pronunciará una conferencia acerca de un tema de Psiquiatría en relación con el curso celebrado.

Queda abierta la matrícula en las oficinas del Manicomio de Leganés, todos los días laborables, dediez a doce de la mañana.

Derechos de matrícula, treinta pesetas.

Imagen 2.

Extracto *ABC*, viernes 4 de agosto de 1933, p.28

partidas, en días alternos por las tardes en horario de 7 a 8 en el Hospital de la Beneficencia General por Mendiguchía Carriche, Fernández Méndez, Martín Vegué y Moreno Rubio. La parte práctica en días festivos, de once a una, en el Manicomio de Leganés (37), donde trabajaban los citados médicos (38). Fernández Sanz, médico de la Beneficencia Municipal y de la Beneficencia General del Estado y, entonces, jefe facultativo del Manicomio Nacional, pronunció la conferencia de clausura del curso. Como ya hemos mencionado Fernández Sanz, además de gran publicista, formaba parte de ese grupo que ejerció gran influencia en la reforma psiquiátrica ya que había sido presidente de la Liga de Higiene Mental (1927) (39), Inspector de Manicomios Nacionales (1930) y Vicepresidente del Consejo Superior Psiquiátrico (1931) (40).

Pero fue Cataluña, sin duda, la abanderada del movimiento para formar una enfermería especializada y, durante la República, el psiquiatra Oscar Torras había sido uno de los comisionados para discutir los términos de la formación de enfermeros psiquiátricos (41). La transformación fue incompleta y la confusión entre “enfermero” y “sirviente” o “mozo” persistió en la posguerra. Probablemente uno de los textos que más influyó en la formación del personal de enfermería en Cataluña fue el *Manual del enfermero para pacientes nerviosos y mentales* de W. Morgenthaler, profesor de psiquiatría de la Universidad de Berna, y O. L. Forel, docente en la Universidad de Ginebra y presidente de la Sociedad Suiza de Psiquiatría (42). Este libro había sido traducido al español por F. Capó Balle y E. Irazoqui Villalonga y fue uno de los citados por Valenciano. Belarmino Rodríguez Arias, profesor de Neurología de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, Presidente de la Comisión asesora psiquiátrica de la Generalitat de Catalunya y, sin duda, promotor de la formación de enfermeros había dirigido a los médicos del Manicomio de S. Baudilio de Llobregat (Barcelona) para su publicación en español. Si bien no tuvo lugar hasta 1936, los médicos catalanes lo conocían ya que se había editado en alemán, francés e italiano para cubrir las variaciones idiomáticas de Suiza (43), y partía del interés y necesidad que el personal de los asilos suizos había mostrado en su propia instrucción. De hecho, ya en 1927, Kielholz había presentado un informe a la X Asamblea de Directores cantonales de los Servicios sanitarios con el proyecto de escribir un Manual de enfermeros.

Es interesante señalar que la formación en España en estas décadas fue impulsada desde las asociaciones de facultativos que trabajaban en las principales instituciones psiquiátricas del país. Si bien tampoco los neuropsiquiatras, como ocasionalmente se denominaban, tenían reconocida oficialmente la especialidad, llevaban ya algunas décadas intentando legitimarse como especialistas y percibieron la escasez de la formación del personal subalterno que cuidaba a los enfermos mentales. A mi modo de

ver, la falta de un “grupo de practicantes o enfermeros” que reivindicara su especialización, la escasa organización de dicho colectivo y ausencia de un órgano de expresión van a ser (44), entre otros factores, algunas de las causas que retrasarán la conformación de la especialidad dentro de la enfermería en España.

Un proceso de involución: de la Guerra civil a la posguerra

A primeros de 1936 se convocaron los exámenes para la concesión del *Diploma de Practicantes y Enfermeros psiquiátricos* (45), y pocos días antes de iniciarse la guerra fue publicada la lista de aspirantes (46), pero la contienda fragmentó la sociedad civil y se derrumbaron muchas de las estructuras organizativas. Aún así podemos identificar algunos ejemplos de profesionalización que se mantuvieron una vez comenzado el conflicto bélico como el libro de Emilio Pelaz, *Asistencia al enfermo mental* (47) (imagen 3). Impreso en 1937 en Santander en la Casa de Salud Valdecilla, se afirmaba en su prólogo que no sería preciso si el libro de Luis

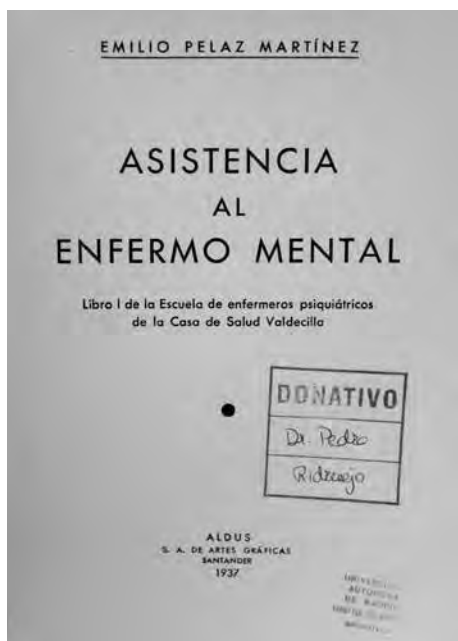


Imagen 3.

Libro *Asistencia al enfermo mental* de Emilio Pelaz Martínez, editado en 1937.

Valenciano estuviese disponible, pero sin duda la guerra impedía el tráfico comercial entre las diferentes regiones españolas. El libro también estaba adaptado al programa oficial del 20 de mayo de 1932 y lo describían como un complemento al *Libro de la enfermera* de Usandizaga (48). Manuel Usandizaga, al frente de la dirección facultativa del Hospital y director de la prestigiosa Escuela de enfermeras de Valdecilla, acababa de publicar un texto, reeditado en múltiples ocasiones, que ha servido de referencia a muchas generaciones de enfermeras (49). En la *Asistencia al enfermo mental* se recogían las enseñanzas de un curso para especialización de las enfermeras ya graduadas, inaugurado por López Albo (50), médico que también había participado en el, ya citado, plan moderno de asistencia a los alienados y en el proyecto de un pabellón, un dispensario psiquiátrico y un instituto de orientación profesional en Santander (51). En este libro merece la pena destacar un interesante cuestionario que el enfermero debería conocer sobre las actitudes del enfermo (suicida, homicida, uso de cerillas, posibilidades de fuga, régimen alimenticio..) ocho días después del ingreso, a los tres meses del ingreso y antes de irse de alta. En nuestro trabajo con historias clínicas no hemos hallado un cuestionario semejante de preguntas clínicas orientadas al “enfermero”, que incluyan aspectos susceptibles de vigilancia en un enfermo mental

Por otra parte en el Manicomio de Valladolid, bajo la dirección de José María Villacián también se impartió el primer cursillo para enfermeros entre marzo y mayo de 1937. En 1939 el vallisoletano presentó un proyecto de “Cartilla del enfermero y vigilante” y proponía que los subalternos se presentaran a un examen y una selección profesional. En 1940 el director del Manicomio intentó instaurar un examen para los enfermeros como se había legislado en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago y Valencia y, en 1941, se determinó que sólo se concedería el título de enfermero después de un curso en H. psiquiátrico o la Facultad de Medicina, a la que se había adscrito el hospital en 1941-1942.

Es interesante constatar como, a pesar de la guerra, en alguna institución catalana como la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet, proyectada bajo las reformas de la Mancomunitat de Cataluña en 1914 para ser un centro de diagnóstico, clasificación y tratamiento de enfermos agudos (52), se percibe un esfuerzo en la formación y profesionalización de los cuidadores de enfermos mentales (53). No obstante, el conflicto entre el personal de enfermería cualificado y el empleo de “criadas” o “mozos” sin cualificar, también se puede encontrar en otras instituciones catalanas como el Sanatorio Martí i Julià de Salt en la provincia de Gerona (54). Durante los años de la guerra, observamos que en las listas de personal los términos se usan indistintamente y, en alguna ocasión, se señalaba el bajo nivel cultural y formativo de los trabajadores. De hecho en el personal

contratado para cubrir las bajas del sanatorio de Salt constaba la calificación de “criados”, mayoritariamente mujeres que, a veces, sustituían a sus maridos o hijos llamados a filas. Estas mujeres adjuntaban certificado médico y del sindicato que garantizaba su ideología antifascista, pero no méritos formativos (55). La particular situación de Cataluña, política y geográfica, probablemente favoreció unas mejores posibilidades organizativas durante la guerra, sin embargo en otras regiones de la España republicana, el desarrollo de la organización asistencial fue bien distinto.

Sin duda el prematuro intento de profesionalización de la enfermería fue paralizado por la guerra y, una vez finalizada la contienda el personal de enfermería también se enfrentó a los procesos de depuración de profesionales, según la Ley de 10 de febrero de 1939 (56). Comelles señala que, diversas órdenes religiosas regresaron a los manicomios y se registró una tendencia a sustituir personal más formado por religiosos contribuyendo así a una disminución de los gastos fijos de las instituciones (57). Es necesario esperar al 15 junio de 1949 para observar algún interés por retomar la formación de los cuidadores de enfermos mentales, momento en que se editó otra circular dirigida a la obtención del diploma de enfermero psiquiátrico (58). En octubre del mismo año se publicaban los aspirantes al Diploma (59), pero esta formación no se generalizó y, por ejemplo en Valladolid los primeros diplomas oficiales de algunos enfermeros y Hermanas de la Caridad no se obtuvieron hasta 1956 (60).

De todos modos más allá de la concesión de estos diplomas, la falta de estructuras asociativas (61), publicaciones científicas específicas y, en general un escaso interés de los profesionales de la enfermería en erigirse como grupo “especializado en el cuidado de los enfermos mentales” han mantenido paralizado el proceso de profesionalización más de cincuenta años. La introducción del personal más formado en las instituciones psiquiátricas ha sido y aún es un proceso tortuoso y lento que se corresponde con esta escasa especialización de la enfermería y merece, no obstante, un estudio más detallado.

A modo de reflexión

Las primeras décadas del siglo XX supusieron un avance legislativo en la profesionalización de la enfermería que alcanzó al personal subalterno que debía trabajar en los establecimientos psiquiátricos. La constitución del título de diploma de enfermero psiquiátrico, la organización de cursos en diversas instituciones y la publicación de los primeros manuales, dedicados específicamente a los enfermeros psiquiátricos, constituyó un tímido avance en la profesionalización. Sin embargo, la implantación de

la categoría “enfermero psiquiátrico” contó con la oposición de algunos practicantes que lo consideraron intrusismo profesional.

A este primer intento, cercenado por la guerra civil, habría que añadir otros factores que han dificultado la profesionalización de la enfermería psiquiátrica, entre ellas, la falta de estructuras organizativas como asociaciones u órganos de expresión específicos. Probablemente por ello, durante la República, las iniciativas surgieron fundamentalmente desde los equipos facultativos, cuestión sobre la que es preciso realizar un abordaje más profundo para llenar esta laguna historiográfica respecto al proceso de especialización de la enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Domenech R. ¿Curar el cancer? Los orígenes de la radioterapia española en el primer tercio del siglo XX. Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada, 1996.
- (2) Huertas R. Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936). Madrid: Frenia, 2002.
- (3) Hernández Martín F, editores. Historia de la Enfermería en España. Madrid: Síntesis, 1996: 227- 240
- (4) Nolan PW. A history of the training of asylum nurses. J Adv Nurs. 1993; 18 (8):1193-1201.
- (5) Bernabé J, Gascón E. Historia de la enfermería de Salud. Pública en España (1980-1977). Alicante: Universidad de Alicante, 1999.
- (6) Campos R, Huertas García-Alejo R. Estado y asistencia en España durante el primer tercio del siglo XX. Rev Asoc esp Neuropsiq (Madr) 1998; 65(18):99-108.
- (7) Sacristán JM. Para la reforma de la asistencia de los enfermos mentales. Arch Neurobiol(Madr) 1921:2: 1-15.
- (8) Gaceta de Madrid, 7 Julio de 1931,188,186-189.
- (9) Gaceta de Madrid, 12 Noviembre 1931,316, 932-933.
- (10) Gaceta de Madrid, 2 diciembre 1931,336, 1376-1377.
- (11) Gaceta de Madrid, 17 de abril de 1932.
- (12) Siles J, Cibanal L, Vizcaya F, Solano M, García E. Gabaldón E. De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. Cultura de los cuidados. 2001; 9: 27-33
- (13) Villasante O. Primer Certamen Frenopático Español (1883): estructura asistencial y aspectos administrativos. Asclepio (Madr) 1997, 49 (1): 79-93.
- (14) Galcerán Granés A. Sociedad de Neurología i Psiquiatría. Discurso inaugural del presidente. Rev Frenop Esp (Ba) 1911; 9: 85-93.
- (15) Hernández Martín F, Pinar García M E. Primera Escuela de Enfermería. “Santa Isabel de Hungría” Revista de Enfermería Rol 1997; 224: 42-43.
- (16) Siles González J. El proceso de Institucionalización de la enfermería española (1900-1936). En Hernández Martín F. editores. Historia de la Enfermería en España. Madrid: Síntesis, 1996.
- (17) Lázaro J. Historia de la Asociación española de neuropsiquiatría. Rev Asoc esp Neuropsiq. (Madr) 2000; 75: 399-473. p. 422.
- (18) Gaceta de Madrid, 20 mayo de 1932.

(19) Gaceta de Madrid, 28 de julio de 1932.

(20) Orozco Aguaviva A. Notas para la historia de la Enfermería gaditana. Cádiz: Universidad de Cádiz, 1983.

(21) Herrera Rodríguez F. La titulación del enfermero psiquiátrico en la II República española. *Minutos Menarini (Ba)* 1990; 167: 4-8.

(22) Rodrigo J. *Prontuario del enfermero*. Madrid: Imprenta y librería de Nicolás Moya, 1891

(23) *Handbook for the instruction of attendants on the insane*, consultado el texto el 25 de abril de 2013 en <http://archive.org/details/handbookforinst01assogooq>

(24) Goyanes Cedrón V. *Manual del Enfermero en los Manicomios*. Santiago: Tipo de José M^a Paredes, 1930.

(25) Alonso García Sierra, E. *Las Carreras Auxiliares Médicas*, Madrid: Librería internacional de Romo, 1923. p.290-2.

(26) Valenciano L. *La asistencia al enfermo mental*. Publicaciones de Archivos de Neurobiología, 1933

(27) Gaceta de Madrid, 5 julio 1932.

(28) García de la Piñera E. *Lecciones teóricas y prácticas para contestar al curso elemental de enfermeros psiquiátricos*. Ciempozuelos: Imprenta hermanos de San Juan de Dios, 1935.

(29) Decreto de 3 de julio de 1931. Gaceta de Madrid, 7 de julio de 1931; 188: 186-189

(30) Salas J. *Manual de la enfermera general y psiquiátrica*. Madrid: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 1935.

(31) Arribas Marín JM. José Salas. *Manual de la enfermera general y psiquiátrica*. *Archivo hospitalario (Madr)* 2007; 5: 279-283.

(32) Ventosa Esquinaldo F. *Cuidados psiquiátricos de enfermería en España (siglos XV al XX)*.

Una aproximación histórica. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 2000.

(33) Heimann C. El Manicomio de Valencia 1900-1936. En: Livianos L, Ciscar C, García A, Heimann C, Luengo MA, Troppé H. editores. *El Manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols, orats e ignocents al convento de Jesús*. Valencia: Ajuntament de Valencia, 2006.p. 401-479.

(34) Domíng Simó F. *Prontuario del enfermero psiquiátrico*. Valencia. Imp. V. Climent Vila, 1936

(35) ABC, 6 de setiembre de 1933, p. 31.

(36) ABC, 4 de agosto de 1933, p. 28

(37) Villasante O. The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900). *History of Psychiatry* 2003; 14 (1): 3-23.

(38) Vázquez de la Torre P. Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Leganés (1931-1952). *Frenia (Madr)* 2008; 8: 69-96

(39) Fernández Sanz E. *Reforma de los Manicomios Españoles*. Madrid: Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, 1921; 41: 109-135.

(40) Candela R, Villasante O. Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía Kraepeliniana. En: Martínez Azumendi O, Sagasti Legarda N, Villasante O. editores. *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*. Madrid: AEN, 2011. p. 201-220.

(41) Comelles J. M. El purgatorio del Doctor Torras. *Reforma y reacción en la psiquiatría catalana del XX*. *Frenia (Madr)* 2005; 5: 101-132.

(42) Morgenthaler W, Forel OL. *Manual del enfermero para pacientes nerviosos y mentales*. Barcelona: Salvat Editores, 1936.

(43) Herrera Rodríguez F. Un manual de enfermería, Híades. *Revista de Historia de la Enfermería (Cad)* 2000; 7: 127-132.

- (44) Bases para la publicación de una revista nacional (1934). En: Álvarez Nebreda CC. *Semblanzas de la profesión de enfermera (1862-1953)*. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, 2011. p. 651-5.
- (45) Gaceta de Madrid, 18 de febrero de 1936, 49: 1434.
- (46) Gaceta de Madrid, 3 de julio de 1936, 185: 109-110.
- (47) Pelaz Martínez E. *Asistencia al enfermo mental*. Libro I de la Escuela de enfermeros psiquiátricos de la Casa de Salud Valdecilla. Santander: Aldus, 1937.
- (48) Usandizaga Sonaluce M. *Manual de la enfermera*. San Sebastián: Librería Internacional, 1934.
- (49) Crítica y noticias de libros. ABC de Sevilla, 2 de mayo de 1935: p 4.
- (50) Huertas R. Spanish Psychiatry: The Second Republic, the Civil War and the Aftermath. *International Journal of Mental Health* 2007; 35 (4): 61-72
- (51) López Albo W, Plan moderno de asistencia a los alienados, *Arch Neurobiol (Madri)* 1926: 6: 219-226
- (52) Siguán M. (1991), Un siglo de psiquiatría en Cataluña, *Anuario de Psicología*, 51, pp. 195-201.
- (53) Arxiu Nacional de Catalunya FGR, caja 479. Documento fechado el 9 de abril de 1937.
- (54) Arxiu Nacional de Catalunya FGR, caja 516. Documento fechado el 21 de abril de 1937.
- (55) Vázquez de la Torre P. *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939)*. Población manicomial y prácticas asistenciales. Tesis doctoral. Madrid: UCM, 2012.
- (56) Boletín Oficial del Estado, 14 de febrero de 1939, 45, pp. 856-859.
- (57) Comelles JM. *La razón y la sinrazón*. Barcelona: PPU, 1988. p. 165-170.
- (58) Boletín Oficial del Estado, 15 de junio de 1949, 166, p. 2689.
- (59) Boletín Oficial del Estado, 26 de octubre de 1949, 299, p. 4516.
- (60) García Cantalapiedra MJ. *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*. Valladolid: Diputación de Valladolid, 1992. p. 253. p. 289.
- (61) Segura López G, Hernández Conesa JM, Beneit Montesinos JV. *Los sistemas formativos enfermeros durante la guerra civil española (1936-1939)*. Murcia: Diego Marín Librero editor, 2012. p.261-7.

COMPARATIVA ENTRE “LAS MUJERES” INGRESADAS EN LA BENEFICIENCIA Y “LAS SEÑORAS” DEL HOSPITAL PRIVADO SAGRADO CORAZÓN: APROXIMACIÓN A LAS NUEVAS TERAPÉUTICAS A PRINCIPIOS DE S. XX EN MÁLAGA.

Celia García Díaz, Laura López Alonso y Daniel Gutiérrez Castillo

A principios de S.XX se produjo un auge de terapéuticas físicas nuevas aplicadas al ámbito de la psiquiatría en el intento de ser reconocida y homologada como “ciencia” separándose de teorías como el mesmerismo o el espiritualismo, para acercarse al lado de las ciencias biomédicas “rígidas” como la neurología y la patología. En concreto, en nuestro país, tuvieron una recepción muy importante, aunque sus bases empíricas, eran cuestionables. Incluso influyó en la recepción de conceptos como la demencia precoz de Kraepelin que fue paulatinamente sustituido por el de Bleuler, ya que éste describía mejor los cuadros leves, que tenían mejor respuesta a los tratamientos físicos (1). De hecho, el organicismo fue un postulado básico que se ha relacionado como una consecuencia de la aspiración de la psiquiatría a acercarse profesionalmente al resto de especialidades médicas.

Al aplicar las nuevas técnicas lo que sí se conseguía era la “sujeción del sujeto”: se aplicaban directamente sobre el cuerpo de los pacientes y por tanto, siguiendo el concepto Foucaultiano de biopoder, de estructura tentacular, se ejercía directamente la violencia sobre los cuerpos, para invisibilizar, acallar y contener, excluyendo así, a los locos de la sociedad.

El discurso científico en el que nos situamos es un discurso hegemónico, de ciencia androcéntrica y positivista, con características performativas, creando realidades que no existen. Éste discurso conformó igualmente, la subjetividad de la loca, subjetividad entrevelada, que tratamos de visibilizar a partir del estudio de historias clínicas de mujeres, de dos instituciones de Málaga, a principios del S. XX: el hospital provincial de la beneficencia, público; y el hospital Sagrado Corazón de carácter privado.

Expondremos en nuestro trabajo, a partir de historias de ambas instituciones, las diferencias en cuanto a la aplicación de éstas técnicas, sirviéndonos también de un análisis de clase, por la diferencia social que existían en cuanto al tipo de pacientes ingresadas en ambas instituciones. De aquí parte el título de nuestro trabajo, ya que los documentos acreditativos de las historias clínicas estaban encabezados por “sala de mujeres” en el caso de la Beneficencia y por “manicomio de señoras” en el caso de la institución privada.

Hemos distinguido varios grupos de terapéuticas: la piretoterapia, donde se incluyen todos aquellos métodos basados en producir la curación del paciente mediante la provocación de picos febriles. Se incluyen la malarioterapia, la reacción leucogénica mediante nucleinatos, el absceso de fijación y vacuna tífica. También apuntaremos hacia otros métodos como la insulino-terapia, hidroterapia y psicoterapia.

Tratamos de dar respuesta a varias cuestiones con nuestro trabajo: ¿Hay diferencias entre los tratamientos aplicados a mujeres ingresadas en ambas instituciones? ¿Qué métodos terapéuticos tuvieron mayor acogida en una y otra institución? ¿Existen documentos específicos dentro de las historias clínicas donde se recojan los datos de dichas técnicas?

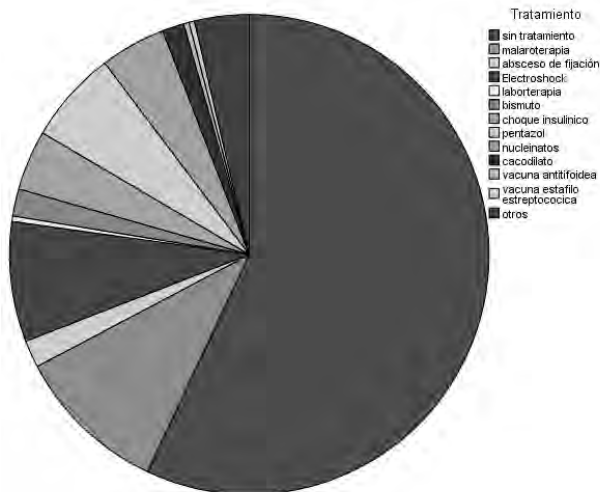


Figura 1.

Distribucion de tratamientos aplicados en el Manicomio Provincial de Málaga, primera mitad del S. XX

Como se puede observar, más de la mitad de las historias clínicas, carecen de referencia alguna sobre los tratamientos aplicados. ¿Por qué ingresaban entonces estas mujeres? ¿Por qué no eran tratadas? ¿Qué criterios de ingreso y de inclusión en la institución se aplicaban? En muchas de esas historias, presentadas en anteriores trabajos, no había ninguna justificación clínica para ello, por lo que la institución se presentaba como lugar de contención de conductas, de invisibilización, encontrando así datos objetivos que nos hacen reflexionar sobre cómo funcionaban verdaderamente éstas instituciones, si como lugares donde querer “curar” la enfermedad mental, o

meros dispositivos de contención de conductas que resistían al rol femenino tradicional y así funcionar como mecanismos de control social.

Reacción Leucogénica mediante nucleinatos

Donath fue el primero en publicar en 1913 una comunicación donde reflejaba que con éste tratamiento había conseguido el 53% de remisiones. El método consistía en la administración de 5 cm³ de una solución de nucleinato de sosa al 5%, cacodilato al 3% y suero glucosado al 10%. Se consideró éste tratamiento como un medio específico consecuencia del conocimiento directo de la verdadera patogenia de la esquizofrenia, el proceso autotóxico que defendía Kraepelin. A pesar de que Rodríguez Lafora reconocía que la intervención en los aspectos psicógenos podían reconducir el proceso morboso, fue un gran defensor de este tipo de terapéuticas, ya que proporcionaban terapéuticas específicas para tratar la enfermedad mental.

Otros autores, sin embargo, señalaban hacia la posibilidad de que muchas de las curaciones de las que se hablaban en las publicaciones no eran más que remisiones espontáneas

Sin embargo, nos encontramos que en centros privados tan relevantes como el Sanatorio de Lafora se utilizaba como parte del protocolo de actuación ante el paciente psicótico de forma generalizada.

A finales de los años 20, el método perdió prestigio en la literatura, coincidiendo con la aparición de métodos piretotépicos más novedosos como la malarioterapia, el absceso de fijación y la vacuna tífica. Rodríguez Lafora, años más tarde seguía recomendando su uso, pero de una forma menos entusiasta.

Malarioterapia

La malarioterapia consistía en inyectar una suspensión atenuada del plasmodio por vía venosa o intramuscular, en una cantidad de 5 cm³ cúbicos, con la intención de provocar de 8 a 10 accesos febriles y tratar al enfermo posteriormente con quinina o esanofel. El método fue introducido por Wagner Von Jauregg aplicado como tratamiento en la PGP. En España fue introducido por Rodríguez Lafora, pero su uso en psicosis no luéticas no comenzaría hasta 1923, cuando Aguglia y D'Abundo trataron a un catatónico, consiguiendo la remisión del síndrome. En 1925 Lafora defendía la utilización de la malarioterapia como tratamiento en la esquizofrenia, aunque con casuísticas limitadas.

En el total de historias estudiadas pertenecientes a la institución de la beneficencia (266 casos revisados), la malarioterapia ocupa el primer lugar (después de las historias "sin tratamiento" como muestra el diagrama) lo que

nos indica que fue un método terapéutico muy aceptado por los psiquiatras que trabajaban en la institución. Sin embargo, la primera historia de la que tenemos constancia en la que se trata a la paciente con malarioterapia data de 1933. Es curioso observar cómo en 1939, al terminar la guerra Civil, aumentan los casos tratados por malarioterapia en relación a otros años.

También hay que reseñar las diferentes patologías en las que era aplicada esta terapéutica, no sólo en PGP y esquizofrenia sino en otros diagnósticos como la psiconeurosis de situación, psicopatía, oligofrenia, psicosis de la involución, PMD y psicosis orgánicas.

A pesar del éxito inicial, que fue valedor del premio Nobel para su autor, fue quedando progresivamente en el olvido y a finales de los años 30 fue extensamente criticada. Esto contrasta con los datos recogidos en las historias de la Institución de la Beneficencia malagueña, ya que el tratamiento se prolongó hasta en pacientes con fecha de ingreso de 1941.

Éstos datos contrastarían con la escasa aceptación en otras instituciones del país, como el manicomio de Leganés (2), e incluso con la diferencia de que en el manicomio malagueño sí que existía un documento donde se reflejaban las gráficas con los picos febriles, la cantidad inoculada, lugar de administración, de quién procedía el suero, y el tratamiento posterior, como se muestra a continuación.

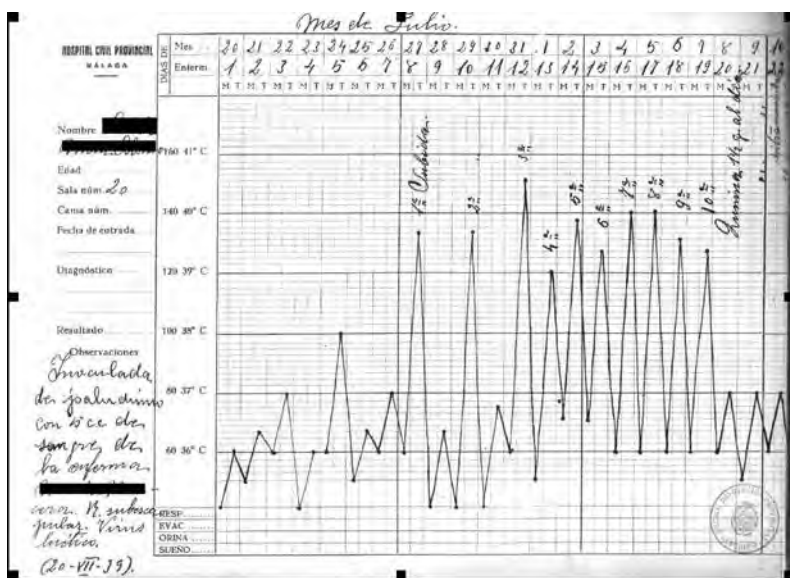


Figura 2.

Gráfico donde se recogen los accesos febriles de una paciente sometida a la inoculación de paludismo.

Absceso de fijación:

Pascal y Davese fueron los primeros en aplicar esta técnica en series amplias de pacientes, en el año 1926. La técnica consistía en la inyección subcutánea de esencia de trementina, produciéndose un absceso y el consiguiente cuadro febril. Se mantenía unos cinco días y después se drenaba el absceso y se añadía antisepsia.

En ese mismo año, Villar y Germain, miembros de la policlínica neurológica de Rodríguez Lafora referían mejorías sorprendentes con éste tratamiento. Mira y López hablaban de ciertos matices clínicos en los que la terapia era más recomendable: cuadros exógenos, existencia de síntomas de agitación, estados confusionales y fenómenos alucinatorios intensos. La recomendaba sobre todo en casos como las formas hebefrenocatatónicas, en la amencia y en psicosis infecciosas y postinfecciosas. Pérez López Villamil afirmaba que el método era la mejor piretoterapia disponible ya que proporcionaba un mayor número de remisiones. Además, el dolor que producía la técnica pensaba que era especialmente útil para controlar el autismo esquizofrénico.

Vacuna Tífica

La técnica consistía en la inyección de una vacuna sensibilizada utilizando entre 30 ó 40 millones de bacterias, aumentando progresivamente hasta 50 millones. Se aplicaban en serie de inyecciones separadas por descansos de 10 días. Introducida por Rodríguez Lafora y Germain, perseguían producir los picos febriles que revertirían la enfermedad.

Vallejo Nágera hablaba de lo específico de este método para las formas catatónicas y alucinatorias de este método, frente a la inutilidad con respecto a las formas paranoides.

Muchos de los profesionales, que aplicaron éstas técnicas, eran eclécticos en su práctica diaria, e insistían en la necesidad de éstos métodos para “favorecer” el abordaje del paciente hacia encuadres más psicoterapéuticos. Pérez López Villamil en su casuística de 43 casos de pacientes esquizofrénicos tratados mediante piretoterapia, fundamentalmente usando la vacuna antitífica, sólo obtenía un 13.8% de mejorías.

Insulinoterapia:

En el año 1935, el austriaco Manfred Sakel estudió la utilización de insulina como terapia de choque en pacientes esquizofrénicos. La técnica

clásica consistía en 4 fases: la primera se daba dosis crecientes de insulina hasta conseguir el primer choque hipoglucémico, en la segunda se producían intensos choques hipoglucémicos, en la tercera fase se intercalaban días de descanso con días de choque, y en la cuarta se iba disminuyendo las dosis de insulina. El tratamiento duraba entre 3 y 6 meses, oscilando la dosis entre 24 y 300 U, considerando el fin de la terapia los cambios conductuales en el sujeto (3).

Éste tratamiento fue utilizado en la institución pública malagueña en la década de los 40, siendo el último tratamiento en 1951, en las historias estudiadas hasta ahora, en su mayoría aplicados a enfermas diagnosticadas de esquizofrenia.

En las historias, también existen documentos dentro de las mismas, con los registros de administración de unidades insulínicas, las glucemias que llegaban a provocar e incluso las reacciones de las pacientes al despertar de este tipo de terapias.

Terapéutica en el “Manicomio de Señoras”:

En esta institución, se han estudiado las historias de los años comprendidos entre 1907 y 1935. De las 26 historias clínicas que existen hasta el año 25, ninguna recoge tratamiento alguno y es destacable las escasas descripciones y evolutivos recogidos de estas pacientes.

El primer tratamiento descrito aparece en febrero de 1925 (H^oN^o 402, F.G.P) y consiste en farmacoterapia e hidroterapia, en una paciente religiosa diagnosticada de esquizofrenia. Los primeros fármacos utilizados fueron los arsenicales, los compuestos fosforados, los sedantes e hipnóticos y los nucleinatos. No se encuentran referencia alguna en las historias pertenecientes a la institución pública, sobre aplicación de tratamiento de hidroterapia a las pacientes ingresadas.

En casi la totalidad de pacientes con diagnóstico de psicosis se practicaba la técnica de reacción leucogénica por nucleinatos (por lo que se podría concluir que en esta época seguía un patrón protocolizado de terapia en pacientes con psicosis). Esta técnica continúa practicándose en el Manicomio de Señoras hasta los años 30.

En el año 1925 encontramos además las 2 únicas Historias clínicas con referencia a un tipo particular de piroterapia, la vacuna tífica intravenosa (H^oN^o 412, A.G.R e H^oN^o 415, J.V.R), ambas realizadas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y en régimen de ingreso de 2^a clase.

No se encuentra referencia alguna hasta el año 1940 hacia la malarioterapia.

Cabe destacar la primera mención al tratamiento psicoterapéutico en el año 1925 (H^anº 415, V.P.J) en una paciente diagnosticada de esquizofrenia y débil mental. Y a partir de este año se suceden las indicaciones de psicoterapia sobretodo en diagnósticos de psicosis de involución y esquizofrenia. En el caso de la institución de la Beneficiencia, sólo hay dos referencias a tratamiento psicoterapéutico, en los años 1935 y 1940, del total de historias revisadas.

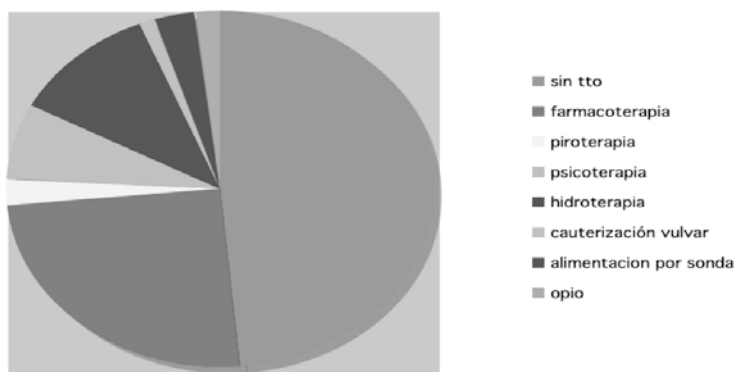


Figura 3.

A modo de reflexión, nos preguntamos ¿por qué la malarioterapia fue tan poco utilizada en la institución privada? ¿Por qué no hemos encontrado ninguna historia de la institución pública donde se aplique la hidroterapia?

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Plumed J, Rojo L. El tratamiento de las psicosis funcionales en España a principios del siglo XX (1917-1931). *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38(3):163-169.
- (2) Villasante O. La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España. En: Fuentenebro F, Huertas R, Valiente C. editores. *Historia de la Psiquiatría en Europa. Temas y Tendencias*. Madrid: Frenia, 2003. p. 175-188.
- (3) Conseglieri A. La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el manicomio de Santa Isabel. *Frenia* 2008; VIII: -160.

EL HOSPITAL CONDE DE FERREIRA A TRAVÉS DEL TRAZO BIOGRÁFICO DE SUS PACIENTES: UN FRAGMENTO DE LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN PORTUGAL

Bruno Ribeiro, Orlando von Doellinger, José Manuel Romero

y Adrián Gramary

La memoria está ligada a la tradición, por tanto, a los testimonios vivos, y se mantiene mientras haya grupos humanos que recuerden lo sucedido. La historia, por su parte, está especializada en hechos que siempre estarán ahí. Son dos momentos diferentes, de suerte que la historia comienza cuando acaba la tradición.

REYES MATE. (1)

Inaugurado en 1883, el Hospital Conde de Ferreira (HCF) fue la primera institución proyectada y concebida originalmente para la prestación de cuidados psiquiátricos en Portugal. En la época de su construcción solo existía otro establecimiento hospitalario dedicado a una función semejante: el Hospital de Rilhafoles, en Lisboa.

En el momento de su apertura, el HCF contaba con trescientas veintinueve camas, distribuidas por catorce enfermerías. La Santa Casa de la Misericordia de Oporto, institución responsable de la gestión del hospital, invitó, para ocupar el cargo de director clínico de esta nueva unidad especializada en salud mental, a António Maria de Sena (1845-1890), un médico que se había doctorado en la Universidad de Coimbra, y que se tornó una de las figuras más notables de la fase inaugural de la psiquiatría portuguesa. Personalidad de valor científico y humanístico destacados, Sena creó un modelo de organización hospitalaria avanzado para su tiempo, en favor de aquellos que describió como «seres humanos infelices, afectados del padecimiento más cruel». Fue además inspirador de la redacción de la primera ley psiquiátrica portuguesa, conocida como Ley Sena (2).

A lo largo de su existencia, el hospital sufrió alteraciones profundas, no solo en su dinámica organizacional, sino también en los modelos asistenciales dirigidos a los pacientes, que fueron mudando como consecuencia de los avances médico-científicos y de la evolución de la propia sociedad portuguesa.

Algunos de estos cambios significativos pueden observarse a través de breves extractos de los historiales clínicos de algunos pacientes residentes en esta institución durante varias décadas y a través de su testimonio oral.

E. fue ingresado el 26 de Noviembre de 1955, a los seis años de edad (había nacido el 8 de febrero de 1949), como respuesta al pedido de su abuela. Le fue atribuido el diagnóstico de oligofrenia: «Nuestra opinión es que está afectado de imbecilidad» (informe médico de la consulta externa fechado el 26/11/1955). Clasificado como indigente por vivir en condiciones paupérrimas con sus padres y cuatro hermanos, ingresó en régimen abierto en la Clínica de Neuropsiquiatría Infantil, donde pasó toda su infancia.

Participaba de forma placentera en las actividades de la enfermería (barrer el jardín, limpiar el polvo, llevar la ropa a la lavandería, doblar las servilletas), y, con el tiempo, aprendió a cuidar su higiene personal, colaborando a veces con las empleadas en la higiene y alimentación de los otros niños. En 1967 empezó a trabajar en la tipografía del hospital. En 1972 contrajo hepatitis. Actualmente continúa participando en las actividades del hospital, y ayuda a los visitantes que llegan a la institución, conduciéndolos a los lugares de aparcamiento disponibles y transmitiéndoles información sobre la localización de los servicios a donde desean dirigirse. No genera conflictos en la enfermería, está siempre disponible para ayudar a otros pacientes y a los técnicos, y muestra un humor alegre. Se sabe que tiene al menos una hermana, de quien recibe visitas regulares.

M. ingresó el día 22 de agosto de 1958 a los tres años de edad. Su madre había fallecido por tuberculosis pulmonar quince meses antes, y el niño quedó al cuidado de una tía soltera y de un ama de cría. Padre desconocido. Fruto de un embarazo de riesgo (debido a la enfermedad infecciosa de la madre), no recibió lactancia materna. Vivió con la madre hasta los seis meses de edad y hasta esa época tuvo un desarrollo psicomotriz normal. Sufrió meningitis tuberculosa, que motivó el ingreso durante tres meses en el Hospital Joaquim Urbano de Oporto, una institución especializada en enfermedades infecciosas. En el momento del alta, la tía refiere que el niño no veía ni conseguía levantar la cabeza, lo que determinó su ingreso en el Hospital Pediátrico Maria Pia de Oporto. Salió de aquí consiguiendo mantener en equilibrio la cabeza y con capacidad para sentarse apoyado. Estuvo otros tres meses internado en el Hospital de la Prelada, progresando positivamente: comenzó a sentarse, gatear y mantenerse en pie agarrado a una silla (a los dos años y siete meses). Presentó enuresis y encopresis. Su alimentación era deficiente en proteínas, nunca comía carne, ni pescado, ni huevos, y tenía dificultad para masticar.

En la nota de ingreso en el HCF el médico concluye: «Mi opinión es que presenta un atraso en el desarrollo psicomotriz con gran erectismo, como consecuencia de la meningitis tuberculosa, y necesita ser hospitalizado para tratamiento, en régimen abierto». El paciente se mantiene hoy en el hospital, como residente de una enfermería de evolución prolongada,

conservando graves déficits psicomotrices, después de cincuenta y cuatro años desde el momento de su primer ingreso en la institución.

F. ingresó el día 13 de julio de 1972, a los once años de edad, en la 11.^a enfermería, de donde fue transferido para la 4.^a enfermería el día 22 de marzo de 1984. En el registro de admisión se alude al diagnóstico de «trastorno de conducta en oligofrénico».

El paciente nació en Matosinhos, en el seno de una familia de escasos recursos económicos. Tras la muerte de la madre, pasó a vivir con el padre, alcohólico, y con la nueva esposa de este. Mantenía una relación problemática con la madrastra. En la escuela «no era capaz de aprender, escapaba de casa y de la escuela para ir a la playa». Fue institucionalizado en la Casa de los Pobres de Carvalhido antes de su ingreso en el Hospital Conde de Ferreira. Tuvo una crisis epiléptica (gran mal) el 25 de diciembre de 1980.

Entrevista individual:

F. refiere haber sido ingresado en la 11.^a enfermería a los once años de edad, el 13/07/1972. Ahí encontró a E. y a M., que ya estaban en el hospital desde hacía bastante tiempo.

Lo trajo su padre al hospital, tras haber vivido durante algunos meses en casa de una tía, después de la muerte de su madre. Regresó durante un breve período de tiempo a la casa del padre, pero, debido a los conflictos con la madrastra, tuvo alteraciones de conducta que determinaron su ingreso en el Hospital Conde de Ferreira.

Durante la entrevista, F. refiere que no fue capaz de estudiar y que nunca usó dinero. Describe las enfermerías, a su llegada, como «demasiado llenas». En una de ellas (la 10.^a enfermería de adultos), «los pacientes estaban siempre cerrados» y «algunos andaban desnudos por los jardines» (interiores) de las enfermerías. En las restantes, «los pacientes entraban y salían siempre que querían».

Habla de la finca agrícola que existía en esa época: de las legumbres y árboles de fruto (peras, manzanas, uvas) cultivados, de los invernaderos y de los animales que se criaban (cerdos, bueyes y otros). Recuerda la existencia de una carnicería, un matadero y una lavandería en el hospital, así como de la gran cocina central del hospital (donde se elaboraban las comidas). Afirma que la comida elaborada en la cocina del HCF «era mejor antiguamente», ya que «era casera» (y describe los platos tradicionales portugueses que se servían en esa época, como «*rojões*», la «*feijoada*» o el cocido portugués). F. participaba en la vendimia y en las faenas con el ganado (alimentación e higiene), y llegó a trabajar durante algunos años en el taller de tipografía que también existía en el hospital.

Destaca las mejoras en las condiciones de higiene del hospital: «Los pacientes orinaban y hacían sus necesidades en el suelo de las enfermerías y no se bañaban (tan asiduamente como en la actualidad)».

Cuando estaba en la 11.^a enfermería, recuerda que tomaba muchos comprimidos. Hoy en día, explica, «tomo menos comprimidos y me siento mejor con estos medicamentos». Afirmo que antiguamente los pacientes estaban «más presos y parados» y presentaban sialorrea. Algunos pacientes hacían pruebas «con cables en la cabeza»; ahora «los pacientes están más controlados». Explica que conoció muchos médicos que ejercieron su profesión en el HCF.

Tuvo una relación sentimental con una paciente de la 5.^a enfermería de mujeres, que ya acabó. Niega relaciones afectivas en el momento actual.

«Mi casa está aquí, mi familia son las personas de aquí», afirma. No se sorprende, por ello, de que «hasta las Navidades» las pase en el hospital.

El relato en «primera persona» de F. nos permite reconocer la evolución observada a lo largo de los años en los cuidados de salud prestados a los enfermos mentales ingresados en hospitales psiquiátricos, con un especial enfoque en las condiciones higiénico-sanitarias y residenciales y en la mejor tolerancia y eficacia de los tratamientos farmacológicos.

Las actividades de terapia ocupacional, así como las actividades desarrolladas en las oficinas y las de tipo agropecuario sufrieron transformaciones, de acuerdo con los parámetros clínicos y de rehabilitación psicosocial actualmente aceptados.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Mate R. Tratado de la injusticia. Barcelona: Anthropos, 2011.
- (2) Sena AM. Os Alienados em Portugal. Lisboa: Ulmeiro, 2003.

DEGENERACIONISMO Y “ESCRITURA” EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS (1911-1924): JOSÉ SALAS Y VACA*.

Ruth Candela, Olga Villasante

Introducción

La Ley de Beneficencia de 1849, editada en el marco de las reformas isabelinas, permitió la apertura de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés (Madrid), más conocida como Manicomio Nacional de Leganés (1). Esta paradigmática institución inaugurada en 1851 en el medio de un debate sobre el Manicomio Modelo (2), nunca pudo responder a estas expectativas ya que, entre otras cuestiones, presentó graves deficiencias arquitectónicas al construirse sobre un viejo caserón nobiliario de limitada capacidad (3). El orden interno quedó oficialmente establecido en el Reglamento Orgánico del Manicomio de Santa Isabel de Leganés del 12 de mayo de 1885, y al menos teóricamente se separaron algunos departamentos para los menores o los penados (4). Se determinó la población máxima de este establecimiento de Beneficencia General que podía, además, albergar pacientes privados (30 pensionistas y 40 medio pensionistas) y 130 pobres (5). José Salas y Vaca, neuropsiquiatra de origen cordobés y discípulo de José Miguel Sacristán (1887-1957) (6), ocupó la vacante de Jefe Facultativo en esta institución, tras el fallecimiento de Ramón Ezquerro. Permaneció en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés desde Abril de 1911 hasta diciembre de 1929, con algunos períodos de interrupción que, coincidieron con su ejercicio como Gobernador Civil en diferentes provincias (Albacete (7), Cádiz (8) y Huelva (9)), sucediéndole en el cargo Enrique Fernández Sanz (1872-1952) (10). Las reformas de la institución fueron una prioridad para la jefatura de Salas y Vaca, como se refleja en *Frenocomios Españoles. Bases para la Reforma de nuestros servicios de alienados* (11) y *Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional* (12).

El objetivo de este trabajo es conocer la influencia de la teoría de la degeneración mental, no tanto en la obra escrita de Salas y Vaca, tema ya abordado en otro trabajo previo (13), sino la repercusión en su quehacer

* Trabajo realizado en el marco de los Proyectos de Investigación HAR2012-37754-C02-01 (Ministerio de Ciencia e Innovación): *Prácticas asistenciales y estrategias de institucionalización de la psiquiatría franquista (1939-1960)*. E-mails de contacto: ruthcandela79@gmail.com; ovillasante.hsvo@salud.madrid.org

clínico. Para ello se han estudiado 415 historias clínicas del Archivo Histórico del Manicomio Nacional que corresponden a los pacientes ingresados durante el período que este neuropsiquiatra ejerció como jefe facultativo (1911-1924). Nos centraremos, sobre todo, en los diagnósticos relacionados con la degeneración que ascienden hasta 41 (415 historias clínicas), algunos de los cuales inspiraron su obra *Degenerados en sociedad* (1920). Además se realizará una breve aproximación a algunos textos escritos por los pacientes internados o sus familiares, a petición de los médicos.

Los “degenerados” ingresados en el manicomio de Leganés

Salas y Vaca perteneció a ese colectivo de médicos que conjugaban conocimientos en neurología y enfermedades mentales, especialmente relevante en las primeras décadas del siglo XX. Durante los primeros años de ejercicio la mayor parte de sus publicaciones estuvieron centradas en patología neurológica y aparecieron, principalmente, en *Revista de Especialidades Médicas*, *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* y *Archivos de Neurobiología*. Posteriormente se observó un creciente interés de Salas por la patología mental que se percibe, entre otros textos, en *La neurastenia, sus causas y tratamiento* (14), *Las Neurosis Sintomáticas* (15), *Psicosis epilépticas* (16), *Paranoicos familiares* (17). Sin duda hay que destacar *Degenerados en sociedad* (18), obra gestada previamente y publicada en la *Medicina Social Española* (19). Basada en la teoría de la degeneración formulada, en 1857, por Benedict A. Morel (1809-1873) en el *Traité de dégénérescences physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine* y en la obra de Valentín Magnan (1835-1916) y P. M. Legrain en *Les degeneres* (1895), también se aprecia una clara influencia francesa de autores como Jean-Pierre Falret (1794-1870), Charles E. Lasègue (1816-1883), Valentin Magnan (1835-1916), Paul Serieux (1864-1967) y Joseph Capgras (1873-1950). En general, se ha afirmado que los frenópatas españoles presentaron cierta reticencia a aplicar la teoría de la degeneración en el terreno clínico (20), si bien Salas constituye una excepción a dicha afirmación, como se puede comprobar por el estudio de las historias clínicas de este periodo.

Salas aceptaba la idea moreliana de la herencia con ciertas restricciones y admitía una gradación en los síntomas desde las neurosis y los síndromes psicopáticos parciales hasta los imbéciles e idiotas, último grado de degeneración. No obstante, en esta agravación progresiva de los estigmas transmitidos de padres a hijos, el alienista andaluz observó que, frecuentemente, en la práctica aparecían individuos estériles a modo de protección de la especie. Precisamente estos estigmas habían sido utili-

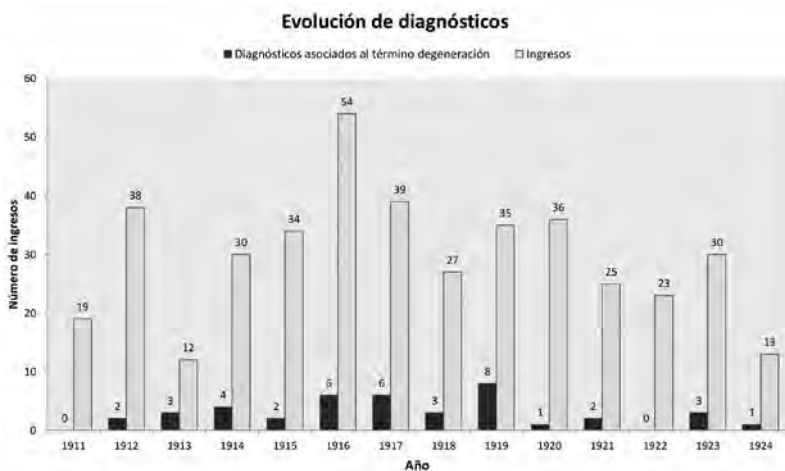
zados, en ocasiones, como argumento en los tribunales para determinar la locura de los penados y justificar un ingreso psiquiátrico como el cura Galeote (21), acusado de asesinar al obispo de Madrid-Alcalá el 18 de abril de 1886, en cuyo polémico juicio intervinieron Jaime Vera (1859-1918), Luis Simarro (1851-1921) y Escuder y que le llevó al Manicomio de Leganés el 15 de Marzo de 1888 (22).

Por otra parte, Salas consideraba que otros factores (enfermedades diatésicas, infecciones agudas, tuberculosis, intoxicaciones profesionales de los obreros, alcohol, morfina o cocaína) podían provocar degeneración, susceptible, sin embargo, de prevenirse con las ligas defensivas sociales. De ese modo, Salas y Vaca se desmarcaba del nihilismo propio de la degeneración al considerar ciertos factores preventivos agrupados bajo el nombre de *higiene integral* que incluían la educación, la alimentación sana y el trabajo constante y moralizador “alejado de los vicios”. Consideró determinados procedimientos encaminados a prevenir los “actos morbosos” de los degenerados, entre los que incluía la Escuela-modelo como primera opción, el reformatorio (23), cuando la enseñanza y educación han sido insuficientes para adaptarlos al medio y en último término, el Manicomio-Asilo modelo. La degeneración no era, para Salas, una enfermedad en sí misma sino una desviación del tipo ordinario y los sujetos predispuestos mostrarían, en ocasiones y sin ser exclusivo de ellos, trastornos abúlicos como las obsesiones o las fobias (24). En un grado mayor de alteración de la conciencia, situaba las impulsiones de los degenerados -impulsión motriz del epiléptico, la cleptomanía, la piromanía, la dipsomanía, la morfomanía, el suicidio y el homicidio-. Asimismo, el autor incluyó algunos otros estados psicopáticos o psiconeurosis, como las psiconeurosis de guerra, pero sin duda, para Salas los cuadros típicos de los degenerados fueron las locuras sistematizadas (las formas alucinatorias, el delirio de interpretación y reivindicación, la locura moral, entre la que distinguía a los locos morales homicidas, perseguidos alucinados-forma megalómana, perseguidos interpretadores, perseguidos perseguidores y perseguidores reivindicadores-tipo reformador místico homicida). El director de Leganés asociaba la degeneración con diferentes síndromes delirantes -delirio sistematizado progresivo, delirio de persecución, síndrome paranoide de interpretación, demencia precoz, dromomanía impulsiva-, pero también consideraba la posibilidad de una degeneración mental o un síndrome degenerativo no asociados a ninguna otra patología y en pacientes sin implicaciones legales asociadas.

Es preciso señalar que los diagnósticos asociados con la degeneración son más frecuentes que en épocas previas (25), y como hemos señalado ascienden a 41 pacientes, con denominaciones muy diversas como degeneración congénita, psicosis degenerativa, psicosis razonadora degenera-

tiva (locura moral), esquizofrenia degenerativa, alcoholismo con fondo degenerativo, psicopatía degenerativa, demencia degenerativa o degenerado dipsómano (gráfica 1). Algunos de estos casos clínicos sirvieron para ilustrar la teoría y la psicopatología que Salas reprodujo en *Degenerados en sociedad*, transcribiendo de forma literal los escritos o cartas de los pacientes, algunas de gran extensión, como aquella dirigida al médico Ignacio del Mazo en la que, en 30 páginas, un comerciante de 50 años diagnosticado de “psicosis sistematizada progresiva forma delirante de persecución y grandezas” describía su delirio (26).

Gráfica 1.



Las narraciones de los locos: la experiencia subjetiva del internamiento

Salas y Vaca estuvo, sin duda, muy interesado en el abordaje de los escritos de los pacientes como forma de mejorar el diagnóstico y la comprensión clínica de los enfermos mentales, circunstancia ya señalada por autores del siglo XIX como Brierre de Boismont (27) o Louis Víctor Marcé (28). Si bien en algunas instituciones los médicos alentaron el uso de la escritura con fines diagnósticos y terapéuticos en los alienados (29), esta circunstancia no había sido observada en otros periodos del Manicomio de Leganés estudiados, donde los escritos son francamente escasos (30). Salas, sin embargo, estimuló a los pacientes a redactar, ya que dicha información podía acercarnos al diagnóstico, tal como expone el neurop-

siquiatria: “*El diagnóstico pocas veces sale completo de un interrogatorio por bien dirigido que se lleve; en cambio, estudiando los escritos de estos enfermos, abundantes siempre y de ordinario ampulosos, se encuentra más bien la falsa interpretación de sus concepciones delirantes(...); dad cuartillas y pluma a cualquiera de estos sujetos y el aislamiento de su casa o el silencio de su celda les hará, a unos más y a otros menos, trasladar al papel alguna idea delirante o punto de partida*” (31). En relación a los escritos de los propios internos redactados, a veces, sobre papel oficial de la institución, se han registrado en 20 pacientes, que correspondería aproximadamente al 4% del total de historias de este período. El historiador británico Roy Porter ha llamado la atención sobre la necesidad de acometer la escritura de los enfermos mentales como fuente para la historia de la psiquiatría, añadiendo una perspectiva socio-cultural que tenga en cuenta la subjetividad del paciente (32), acercamiento ya realizado en algunos trabajos recientes (33). La gran mayoría de los relatos de los pacientes del manicomio de Leganés provienen de diagnósticos de paranoia, síndromes delirantes o psicosis (34), aunque también aparecen en demencia precoz,

MANICOMIO DE SANTA ISABEL
 1894
 LEGANÉS
 Sr. Miguel del Val.
 Haga el favor de mandar un carruaje a Leganés para que me pueda volver a Madrid cuanto antes. Hasta ahora los médicos no me dan medicina alguna. Cuando vengán a buscarme a Leganés pueden traer la málleta que se quedó en Madrid. Dígame donde está fray Mariano. No tengo ropa para mudarme. Puede mandarme algunos cigarrillos y cajas de cerillos. Aquí estoy sin fumar. De mandar aquí a Leganés el carruaje para que me pueda volver a Madrid no se olvide.

Imagen 1.

Escrito de paciente diagnosticado de Melancolía (Historia clínica XX-385 del Archivo del IPJG de Leganés)

melancolía (imagen 1), psiconeurosis, degeneración y epilepsia. Si bien el contenido y estilo de estas narrativas es variado, es muy frecuente la queja y el malestar por el internamiento: “*arrebatao por el engaño y la fuerza bruta he sido ignominiosamente separado del seno de mi familia, recluyéndome en esta casa de dementes sin más razón que la del más fuerte sumiéndome con ello en la amargura de verme privado de los cuidados de mi familia(...)*”, “*terminado con exceso el plazo de observación militar y civil, la libertad es un derecho legítimo*”, “*me han encerrado en el manicomio de Santa Isabel que es en parte manicomio y en parte cueva de ladrones*” (35). La intensa desesperación por esta ubicación paradójica, que Gándara ha entendido como una paratopía (36), llevó en alguna ocasión a verbalizar el suicidio: “*estoy harto de esta horrible prisión*

y si no recupero pronto mi libertad y mi casa, me mataré” (37). Los pacientes reivindicaban su salida del manicomio, como aquél paciente diagnosticado de demencia precoz, en una carta dirigida al propio Salas y Vaca: “han transcurrido 15 meses desde que ingresé en este establecimiento durante los cuales no se habrá observado nada anormal en mí...espero atienda mi pretensión de darme salida pronto(...) no hay ningún motivo para mi reclusión” (38), o el siguiente retazo de un escrito de un interno afecto de síndrome paranoide-psicosis sistematizada progresiva: “después de cuatro años de observación me encuentro en esta casa de Santa Isabel sin estar enfermo ni preso” (39). En muchas de estas narraciones se pueden rastrear diversas peticiones y solicitudes que los pacientes hacían a familiares, amigos o al personal de la institución, o la exposición de las vivencias delirantes como las expresadas por un paciente diagnosticado de psicosis sistematizada progresiva forma delirante de persecución y grandeza: “necesito una ayuda de cámara(...) su trabajo consistirá en vestirme, desnudarme y acompañarme donde yo necesite(...)para los trabajos de limpieza de habitaciones (...)tomaré otro chico que no será ciertamente ninguno de los que en esta casa me han servido” (40). Muy distintas son las vivencias de austeridad redactadas por un paciente melancólico: “puede mandarme unos cigarrillos y cajas de cerillas(...) aquí estoy sin fumar”, “aquí no tengo nada para que pueda escribir con facilidad aunque lo pida (...) puede mandarme sellos y papel para poder escribir fácilmente” (41).

Si bien Salas las utilizó para una mejor comprensión psicopatológica de los pacientes, las escrituras también nos acercan a las experiencias subjetivas del internamiento, en su mayoría, desoladoras y que, sin duda fueron utilizadas como un recurso para sobrevivir al aislamiento, cuestión ya abordada por Molinari en las autobiografías de mujeres internadas en un manicomio italiano (42). Las condiciones hoteleras son descritas en las siguientes líneas: “mal instalado en una habitación sumamente húmeda y fría, sin brasero, helado de frío, hambriento en ocasiones”, “aquí estoy sin fumar”, “aquí no tengo nada para que pueda escribir con facilidad aunque lo pida”, “los médicos no me dan medicina alguna”, “no tengo ropa para mudarme”, “mal alimentado y mal vestido”, “sigo en esta prisión comiendo de segunda y pasando hambre(...)tampoco tengo luz eléctrica en mi celda, ni los médicos me hacen caso ni me dan medicina alguna”, “los mozos me menosprecian” (43).

Mención especial requieren dos casos porque en ellos los pacientes reconocen la enfermedad, cuestión poco habitual en los textos; el primero de ellos es un paciente diagnosticado de psicosis razonadora degenerativa (locura moral) que se expresa del siguiente modo: “lo primero que hago es pedirte perdón a ti, al tío, a mi hermana de todo lo que os hice sufrir”, “mamá, en mi alma sé que soy un loco y que me he portado muy mal con

vosotros (...) si me pudieras perdonar” (44). El segundo caso corresponde a un paciente diagnosticado de síndrome degenerativo-dromonomanía impulsiva- que se dirige a Salas y Vaca así: “todos los actos de mi vida tienen un parecido muy grande (...) las mujeres, las bebidas, amigos de todas las esferas sociales y sobre todo un ansia nunca satisfecha de placeres nuevos (...) terminada una de estas acciones me pesaba y sentía el haber disgustado a mis padres y me avergonzaba de mi proceder (...) estos datos creo serán suficientes para que usted diagnostique mi estado y me imponga el régimen curativo que convenga” (45) .

En las 415 historias clínicas estudiadas, además de los escritos de 20 internos, tenemos registrados un total de 26 escritos de los familiares, también solicitados por los médicos. Estos textos que, básicamente relatan las historias personales de los enfermos, constituyen, sin duda, un material muy interesante que puede ser utilizado como fuente para analizar el papel que las familias tuvieron en los ingresos y en la propia concepción de la locura (46). El interés por la información que las personas próximas a los pacientes podían aportar sobre ellos, quedó de manifiesto en una carta dirigida a Ignacio del Mazo desde la Procuración General de Misioneros Dominicanos: “ Contestando a su muy grata del 26 de Junio próximo pasado tengo el gusto de poner en su conocimiento los datos sobre el padre Ángel...” (47) o en otro escrito que dirigen a Salas y Vaca: “Muy Sr. Mío: habiendo indicado usted a mi señor padre la necesidad de poseer una memoria de los hechos principales de mi vida (...) me apresuro a escribirla” (48). No obstante un estudio detallado de este material, sin lugar a dudas muy interesante, se escapa al objetivo de este trabajo.

A modo de conclusión

Se han estudiado 415 historias clínicas de los pacientes ingresados en el Manicomio Nacional de Leganés desde Abril de 1911 hasta diciembre de 1929. Este periodo, que corresponde temporalmente con la jefatura de Salas y Vaca, coincide con un mayor número de diagnósticos asociados a la degeneración (41 pacientes), si se compara con otras épocas estudiadas. Salas y Vaca utilizó el material clínico de los pacientes ingresados en la institución psiquiátrica de Leganés en su libro *Degenerados en sociedad*, además, de algunos textos escritos por éstos.

La escritura hallada en las historias clínicas incluye reflexiones personales de los internos, cartas a familiares y amigos, peticiones a los profesionales de la propia institución... y, al menos, 26 escritos de los familiares de los pacientes. Los propios médicos estimularon la escritura porque aportaba datos sobre la psicopatología de los pacientes pero, sin

duda, se puede analizar como un recurso personal utilizado para paliar el sufrimiento y el aislamiento manicomial. El análisis de los textos escritos por pacientes y familiares merece un abordaje historiográfico más amplio en el futuro, que tenga en cuenta la subjetividad añadiendo una perspectiva socio-cultural a la historia institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Villasante O. The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900). *Hist. Psychiatry*. 2003; 14 (1), 3-23.
- (2) Peset JL. El Manicomio Modelo en España. En: V. V. A. A. Un siglo de psiquiatría en España. Madrid: Extraeditorial, 1995. 43-51.
- (3) Dr. Fernán- Pérez. En Leganés. El manicomio del Estado. España Médica. 1º de diciembre de 1912; p. 8.
- (4) Villasante O. Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851-1900): El discursar diario del paciente decimonónico. *Frenia (Madr)*. 2008; 8: 33-68.
- (5) Real decreto aprobando el reglamento orgánico del Manicomio de Santa Isabel de Leganés. *Gazeta de Madrid*, nº135 (15/05/1885).
- (6) Valenciano Gayá L. El Doctor Lafora y su época. Madrid: Ediciones Morata, 1977. p. 81.
- (7) Real decreto (rectificado) nombrando Gobernador Civil de la provincia de Albacete a D. José Salas y Vaca. *Gaceta de Madrid*, nº 176 (24/06/1924).
- (8) Real decreto nombrando Gobernador Civil de la provincia de Cádiz a D. José Salas y Vaca, que desempeña igual cargo en la de Albacete. *Gaceta de Madrid*, nº 135 (15/05/1925).
- (9) Real decreto nombrando Gobernador Civil de la provincia de Huelva a D. José Salas y Vaca, cesante de igual cargo. *Gaceta de Madrid*, nº 21 (21/01/1927).
- (10) Candela, R. Villasante, O. Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía Kraepeliniana. En: Martínez Azumendi, O., Sagasti Legarda, N., Villasante, O. (eds.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, Madrid: AEN, 2011. 201-220
- (11) Salas y Vaca J. Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados. Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos; 1924.
- (12) Salas y Vaca J. Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas; 1929.
- (13) Villasante O, Candela R. El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. En: Brigidi S, Comelles JM. (eds). *Locuras, culturas e historia*. Tarragona: Publicacions URV, 2013.
- (14) Salas y Vaca J. La neurastenia, sus causas y tratamiento. *Rev. med. cir. práct.* 1903; 60: 361-370; 401-413; 441-459.
- (15) Salas y Vaca J. Las neurosis sintomáticas. Estudio clínico de los neurosismos de causa orgánica. *Rev. med. cir. práct.* 1906; 71: 321-332; 361-373; 401-417; 441-456.
- (16) Salas y Vaca J. Psicosis epilépticas. *Rev. med. cir. práct.* 1911; 93: 289-299.
- (17) Salas y Vaca J. Paranoicos familiares. *Siglo méd.* 1922; 69: 176-178.
- (18) Salas y Vaca J. *Degenerados en Sociedad*. Madrid: Imprenta y librería de Nicolás Moya; 1920.
- (19) Álvarez R. Origen y desarrollo de la eugenesia en España. En: Sánchez Ron JM. *Ciencia y sociedad en España: de la ilustración a la guerra civil*. Madrid: Ediciones El arque-

ro; 1988. 179-204.

(20) Campos R, Martínez-Pérez J, Huertas R. Los ilegales de la naturaleza. Madrid: CSIC; 2000.

(21) Varela J, Álvarez-Uría F. El cura Galeote, asesino del obispo de Madrid-Alcalá. Madrid: Ediciones La Piqueta; 1979.

(22) Campos R. Criminalidad y locura. El cura Galeote. *Frenia (Madr)*. 2003;3: 111-145.

(23) Salas y Vaca J. La más peligrosa de las locuras. *España Médica*. 1º de diciembre de 1912; p. 4.

(24) Salas y Vaca J. *Degenerados en Sociedad*. Madrid: Imprenta y librería de Nicolás Moya; 1920. p. 25-27.

(25) Mollejo E. *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*. Madrid: ICOMEM, 2011.

(26) Historia clínica número 308 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés

(27) Briere de Boismont A. Des écrits des aliénés. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1864 ; 1 : 257-263.

(28) Marce L. De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale. *Ann Hyg Publique Ind Soc*. 1923; 21 (2): 379-408.

(29) Rigolfi J. Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle. Paris: Fayard, 2001.

(30) Vazquez de la Torre P. El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales, Tesis doctoral: UCM, 2012.

(31) Salas y Vaca J. *Degenerados en Sociedad*. Madrid: Imprenta y librería de Nicolás Moya; 1920. p. 44.

(32) Porter R. The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory Soc*. 1985;14:175-198. Porter R. A Social History of Madness. *Stories of the Insane*. Londres: Weidenfeld and Nicolson, 1987.

(33) Campos R. El caso Morillo: crimen locura y subjetividad en la España de la Restauración. Madrid: CSIC.

(34) Huertas R (en prensa). "You will have observed that I am not mad": Emotional Writings inside the Mental Asylum". En: Delgado E, Fernández P, Labanyi J. *Engaging the Emotions in Spanish Culture and History (18th Century to the Present)*. Nashville-USA: Vanderbilt University Press.

(35) Historias clínicas números 390, 481 y 460 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés.

(36) Gándara, L. Voces en cautiverio. Un estudio discursivo del graffiti carcelario. En: Castillo, A., Sierra, V. *Letras bajo sospecha, Escritura y lectura en centros de internamiento*. Gijón: Trea, 2005. p. 237-256.

(37) Historia clínica número 482 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés.

(38) Historia clínica número 17 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés.

(39) Historia clínica número 481 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés.

(40) Historia clínica número 308 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés.

(41) Historia clínica número 385 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés.

(42) Molinari A. Autobiografías de Mujeres en el Manicomio italiano a principios del siglo XX. En: Castillo A, Sierra V. *Letras bajo sospecha, Escritura y lectura en centros de internamiento*. Gijón: Trea, 2005. 379-399.

(43) Historias clínicas números 308, 385, 460 y 482 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés.

(44) Historia clínica número 725 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés.

(45) Historia clínica número 573 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés.

- (46) Prestwich P. Family strategies and medical power: “voluntary” committal in Parisian asylum, 1876-1914. *J Soc Hist.* 1994; 27 (4): 799-818.
- (47) Historia clínica número 385 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés.
- (48) Historia clínica número 573 (siglo XX) del Archivo del IPJG de Leganés.

LAS LETRAS DE LA LOCURA: CARTAS Y DIBUJOS DE PACIENTES EN EL MANICOMIO DE NACIONAL DE LEGANÉS (1939-1952) *.

Ana Conseglieri Gámez

Introducción

En las últimas décadas han ido apareciendo diversos estudios sobre establecimientos psiquiátricos que han enriquecido la historiografía española empleando como fuente principal las historias clínicas de pacientes (1). En este sentido, la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés, fundada en 1852, como primer Manicomio Nacional, ha sido también objeto de trabajos que han analizado diversos aspectos de su funcionamiento utilizando dichos documentos (2).

Más allá del uso de las historias clínicas, otro tipo de documentación interesante para los investigadores como los escritos de los pacientes -cartas, dibujos, diarios y autobiografías-. A partir de mediados del siglo XIX la atención de algunos alienistas franceses se enfocó en estos escritos que pasaron a ser objeto de estudio en el proceso de diagnóstico del loco. Autores como Brierre de Boismont (3) o Louis Víctor Marcé a mediados del siglo XIX (4), ya señalaron la importancia de la escritura en la psicopatología y en la Medicina legal. En algunas instituciones, los médicos alentaron el uso de la escritura con fines diagnósticos y terapéuticos en los alienados concediendo a estos documentos gran valor histórico (5). Historiadores como Roy Porter han señalado que los escritos de los locos pueden leerse, no sólo, como síntomas de enfermedades o síndromes, sino también como comunicaciones coherentes por derecho propio (6). Por otra parte, Philippe Artières ha recuperado las autobiografías de presos llamando la atención sobre la necesidad de estudiar fuentes escritas de personas privadas de libertad (7).

En este trabajo, nos acercaremos a los pacientes que permanecieron ingresados en el Manicomio de Leganés durante la posguerra revisando la subjetividad de éstos, cuestión ya estudiada por otros autores (8), con el objetivo de conocer cuál fue la vivencia de los pacientes acerca de su enfermedad, su internamiento y del contexto social en el que se encontraban. Para ello hemos utilizado las producciones directas, escritos y dibujos, y

* Trabajo realizado en el marco de los Proyectos de Investigación HAR2012-37754-C02-01 (Ministerio de Ciencia e Innovación): *Prácticas asistenciales y estrategias de institucionalización de la psiquiatría franquista (1939-1960)*.

algunas transcripciones del discurso del enfermo realizadas por el personal del establecimiento. Estos escritos de pacientes fueron archivados junto a las historias clínicas, indicando, quizás, una cierta importancia otorgada por el médico como información adicional para el manejo clínico o de su actitud ante el internamiento. No obstante, concretamente en Leganés no parece que ningún médico de posguerra indujera a los internos a escribir.

Por un lado estudiamos el material desde el punto de vista de la experiencia del internamiento del propio paciente, que nos permiten ver las condiciones y funcionamiento de la institución y así esta perspectiva nos aportará una profundización en la percepción que el paciente tiene de su propia locura y su vivencia del aislamiento manicomial, y por otro, examinar escritos y dibujos que trascienden más allá de la vida en el Manicomio y que nos reflejan aspectos de la sociedad de la época, y del contexto histórico. Para ello se han revisado un total de 615 historias clínicas abiertas desde el 1 de abril de 1939 hasta el 31 de diciembre de 1952, de las cuales, alrededor del 5% contenían en su interior producciones de los pacientes realizadas durante la década de los cuarenta. Se ha seleccionado el material de dos pacientes que representan varias de las cuestiones que queremos destacar.

Las cartas de “Lili” durante su internamiento y su canción del “Tatuaje”

En este primer apartado vamos a detenernos en una serie de cartas de una paciente que ingresó durante la posguerra española, y que abordan su vida durante el internamiento en la institución y de las censuras que pudo sufrir dentro de él.

Como sabemos, la práctica de la escritura ha servido, entre otros fines, como recurso para sobrevivir a una condición de aislamiento (9), sirviendo como testimonios escritos de personas que han vivido en esas condiciones, y cuya importancia ya ha sido estudiada por algunos autores (10).

Esas cartas fueron redactadas por una mujer de 32 años que, internada en el manicomio en 1944 por toxicomanía y personalidad psicopática redactaba una canción y una serie de epístolas denunciando su condición de aislamiento y demandando salir del encierro institucional en el cual se hallaba (11). La canción que escribió iba dirigida a los facultativos y a su esposo, les responsabilizaba del ingreso y revelaba críticas manifiestas al internamiento. En la letra, la paciente adoptó sus vivencias a la famosa copla de “Tatuaje” (1941) de Conchita Piquer (figura 1). Las coplas de Piquer habían sido utilizadas por los vencidos de la Guerra Civil como un canto a la supervivencia de los republicanos en la España de posguerra, y como una forma de realizar el duelo por los familiares perdidos (12).

«(*Sin fecha*) Canción escrita por la enferma A. D. Música del Tatuaje. Me metió en un taxi, entre dos loqueros, y dijo ¡arreando hacia Leganés! Más por si las moscas, mí adorado esposo a venir conmigo no se atrevió él. Y vine rabiando gimiendo y llorosa, hasta que por fin llegamos al portal y al verme el portero y otros empleados dijeron a coro en ¡una loca más! Y voy por el pasillo siempre del costurero al comedor del comedor al costurero pero sin dar un tropezón. D. Manuel ¡ay!, D. Aurelio que me lo traigan por favor, yo quiero ver a mi marido que se me parte el corazón ¡ay! D. Aurelio que me lo traigan de Madrid pero en un taxi y con loqueros lo mismo que él me trajo a mí».

Musica del Tatuaje.

Me metió en un taxi
entre dos loqueros
y dijo ¡arreando
hacia Leganés!
mas por si las moscas
mi adorado esposo
a venir conmigo
no se atrevió él.

--- --

Y vine rabiando
gimiendo y llorosa
hasta que por fin
llegamos al portal
y al verme el portero
y otros empleados
dijeron a coro
¡una loca más!

--- --

Y voy por el pasillo siempre
del costurero al comedor
del comedor al costurero
pero sin dar un tropezón.
D. Manuel ¡ay! D. Aurelio
que me lo traigan por favor
yo quiero ver a mi marido
que se me parte el corazón
¡AY! Manolote ¡AY! D. Aurelio
que me lo traigan de Madrid
pero en un taxi y con loqueros
lo mismo que él me trajo a mí.

Lili.

Figura 1.

Canción del Tatuaje de una paciente *Lili* del Manicomio de Leganés

Algunos textos más guardados dentro de su historia, dirigidas a su marido y a un amigo, revelaban por un lado la importancia que las familias jugaban en la decisión del internamiento psiquiátrico (13). Vuelven a reflejarse aspectos del contexto social y de género de la época. Son cartas íntimas y autobiográficas, advirtiendo del esfuerzo realizado por modificar sus ideas religiosas adecuándolas al entorno y asumiendo los valores que la iglesia y la familia, en dicho contexto social de posguerra imponían (“buena madre”, “buena esposa”, prácticas religiosas, etc.).

Son misivas que dejan entrever otros aspectos y manifestaciones, como son determinados comportamientos o actitudes de la mujer (14), que, entendidos dentro de un ideario moral de género, eran empleados con frecuencia por los clínicos como forma de patologizar la feminidad (disposición o pereza para servir o coser, la maternidad o la coquetería) (15). Cuestiones sobre moralidad e higiene que no solo se podían observar como parte de las anotaciones dentro de las historias o de los escritos, sino a través de documentos oficiales como fue el *questionario interrogatorio* que se encontró en las historias clínicas, y que registraba tanto antecedentes familiares y personales, como actitudes, costumbres higiénico-dietéticas, aspectos sexuales, religiosos o del hogar, entre otros, y que fue utilizado en la institución durante la Segunda República, desapareciendo posteriormente con el régimen franquista (16).

«(Sin fecha. A su marido) *Antonio de mi vida: empezaré diciéndote que ayer día de la virgen confesé y comulgué y tú ya sabes lo que eso significa en mí que jamás lo hice. La vida de una persona puede cambiar solo en unas horas y la mía ha cambiado y ha sido al golpe tan fuerte y doloroso que hasta mis ideas se han transformado. Lo único que no cambia por más esfuerzo que hago, es el pensamiento que lo tengo fijo, obsesionado en nuestros hijos, nuestros, Antonio, no lo dudes ni un momento, tuyos y míos, pero sobretodo mi niño, mi Rafaelín, ese es mi mayor martirio. ¿Cómo están? ¿Y qué toma el niño? Si te ofendí perdóname y ven por mí. Hazlo por su madre y sobre todo por ellos. Lili.*»

Líneas de desesperación y resignación frente a su ingreso, dirigidas a un amigo, y que mostraban la autorización de la madre superiora para redactar la carta, aludiendo así al poder de las monjas y a su papel coercitivo como cuidadoras-controladoras en el mismo, así como la autoridad y supervisión de las monjas en lo que se escribía dentro de la institución. Estas cartas halladas en la historia clínica, y nunca enviadas, dejaban percibir componentes de censura, como la supervisión que sufrían tras su redacción, y el temor de las repercusiones que pudiesen tener su contenido.

Si bien no hemos hallado en España ninguna normativa sobre el control de la correspondencia de los pacientes como ocurría en otros países (17). Las inspecciones de las cartas que redactaban los pacientes en Leganés no fue un control exclusivo de Leganés, ya que se ha constatado en otros establecimientos como el de Valencia (18).

«(14 de Agosto de 1944. A un amigo). Querido Luís, por el cariño que siempre nos has demostrado a mis hermanos y a mí, y

apelando a tus buenos sentimientos, te suplico que en cuanto recibas esta vengas a verme, aunque no sea más que un instante. No te cuesta ningún trabajo y para mí sería un bien tan grande, que me ayudase a resignarme con mi suerte. Estoy aquí en el manicomio de Leganés, con esta sola frase te darás cuenta de mi pena que es infinita, más que por mí, por encontrarme separada de mis hijos y sobretodo de mi pequeñín al que no consigo olvidar ni de día ni de noche. Lili. Las hermanas me tratan con mucho cariño, pero ni aún esto me hace olvidarme de ellos, y más que nada la incertidumbre de saber quien me cría a mi Rafalito acaba conmigo. Por dios ven que yo pueda verte y consolarme un poco. Te espera ansiosa, Lili. Esta la escribo con la autorización de la superiora quien sabe que eres un buen amigo nuestro».

En esta última carta volvía a dirigirse a su marido insistiendo, con reproches y sensación de abandono, en su desesperación por salir de su reclusión. Desconocemos si las quejas precipitaron su salida, si bien, pocos meses después disfrutó de un permiso temporal de tres meses tras el cual no regresó al establecimiento.

«(16 de Agosto de 1944. A su marido). Anúlame de tu vida, pero ¡por dios! Déjame al lado de mis hijos. *Déjame cuidar nuestra casa y atenderlos a ellos, que tú bien sabes que eso siempre lo hice con esmero.* Antonio! Por la virgen, ¿tú sabes dónde me has enviado?, ¿tú tienes idea si quiera lo que es un manicomio? No; tú no lo sabes, no es posible que si así fuese, me hubieses traído aquí, que a mi aunque ya no me quieras, soy la madre de tus cinco hijos, y tú sabes lo que yo te quiero. Yo envidio a la Nora, y si no vienes pronto, acabaré sólo dios sabe cómo. No te hagas de piedra y ten compasión de tu desgraciada mujer, que sólo quiere a sus hijos. Lili».

Psicosis maniaco depresiva y creatividad. El ingeniero inventor

Las pinturas de enfermos mentales han sido para la psiquiatría un instrumento de apoyo en el diagnóstico, una actividad ocupacional y, más recientemente, un modo de terapéutica (19). Desde el siglo XIX, ya se habían efectuado numerosos intentos para establecer correlaciones entre características del estilo artístico de la pintura de los pacientes y los diferentes tipos de locura (20), coincidiendo muchos autores con las aportaciones del psiquiatra e historiador del arte Hans Prinzhorn como pioneras en este campo (21).

Si bien no hemos hallado pintura, en sentido estricto, si hay constancia de escritos y dibujos de un ingeniero catalán de 58 años con psicosis maniaco depresiva que entró en el establecimiento en el departamento de pensionado en 1944 (figura 2), autodefiniéndose como “inventor” (22). En varios de sus dibujos diseñaba una serie de mapas de España, que representaban posibles redes ferroviarias que atravesaban la península y canales a las islas Baleares. Los dibujos, sin duda, reflejan el contexto de posguerra, durante el que existieron grandes dificultades para las comunicaciones y abastecimiento de materias y, además, en el documento transcrito, el paciente presentaba un proyecto para una comisión para la paz.

«(Sin fecha). Primer proyecto. Invento de una canoa con diez motores y veinte caballos para ir a donde se encuentra la Paloma de la Paz de todo en Mundo y la más Felicidad deseo su vondad por su bien y honor en traer felicidad por un delegado. Segundo proyecto y invento de un bonito coche de veinte caballos con diez motores para ir a buscar la bonita Paloma de la Paz y preparación en ser el trayecto tierra, aire y mar. Confianza en mi persona. A mis hijos y mi familia, 1945. Feliz año 1945. Dirigido a el excelentísimo y generalísimo Mar, Tierra y Aire. Sr. D. Francisco Franco todo por la gracia de Dios. Con mi amavilidad (sic) le invito a su Excelentísimo y el gobierno en pleno y su jerarquía y demás autoridades de su Criterio Senadores y Diputados sin olvidar su vellísima (sic) Sra. Esposa y su gentileza Señorita Hija Carmen con la conformación de mi familia en el Hotel de su Excelentísima confianza en primero del año Santo de Dios.

J.C. G. Archiduque del Puerto de Santa Cruz de Puesto de la Selva. Provincia de Gerona todo por Dios por la Patria “Viva Franco”, “Viva la España grande y libre”, “Viva Cristo Rey”, “Viva los embajadores de todos los Gobiernos Extranjeros”, confianza en mis sentimientos de buen Español Catalán. Trabajar por la Paz. Excelentísimo Sr. D. F. Franco todo por la Paz esta buena Felicitación en invitación de mi inteligencia y sentimiento. Saludos».

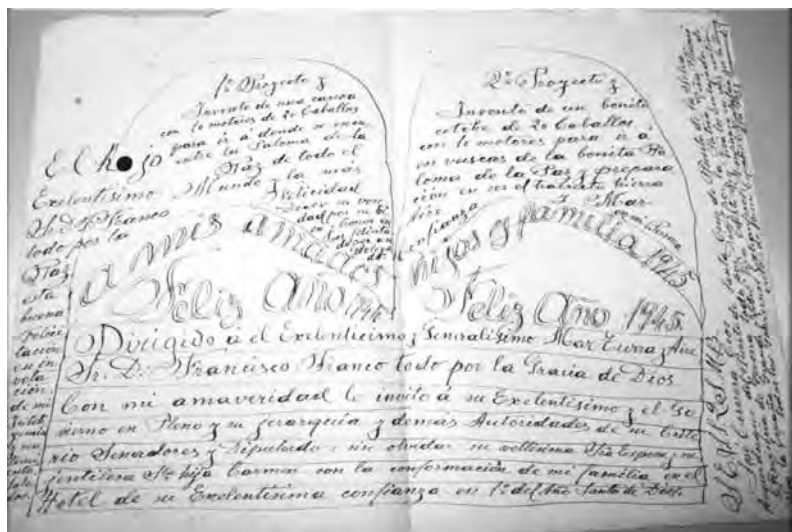


Figura 2.

Dibujo de un paciente "inventor" del Manicomio de Leganés

El siguiente escrito se trataba de una correspondencia dirigida al alcalde de Leganés Antonio Martín Vegué que, en esa fecha, era además facultativo del establecimiento. En la correspondencia el paciente solicitaba la aprobación del regidor para organizar unas fiestas en el pueblo, fiestas a las que salían, en ocasiones, acompañados de vigilantes, si bien desconocemos la frecuencia. Este documento nos permite pensar en la relaciones del Manicomio con el pueblo de Leganés. De algún modo este paciente intenta hacer resplandecer al pueblo de Leganés organizando estas fiestas. Como también pareció preocuparse por la economía del Manicomio, pues trató también de organizar una lotería en el establecimiento y destinar parte de las ganancias al mismo.

«(27 de julio de 1945). El Excelentísimo Alcalde de Leganés Sr. D. Antonio Martín y el Ayuntamiento en Pleno y sus vecinos. Hago saber que mi deseo es en preparar unos días de fiesta Mayor del día 14-15-16-17-18-19-20 si ustedes; lo acuerdan con una orquesta con 12 unidades de la policía de Gerona Catalanes todos a mi criterio y amigos todos con la buena unión de Castilla y Cataluña. La fiesta de estos días será en la Villa de Leganés deseando la conformidad de todos ustedes; y contestación pronto. Espero de vuestro Excelentísimo Sr. D. Antonio Martín Alcalde y Médico de mi salud al Manicomio Santa Isabel».

Por último reproducimos un pequeño texto en el cual el paciente, demanda ser escuchado y atendido, en sus proyectos y denuncias, como un sujeto, más allá de su enfermedad.

«(Sin fecha). (Dibujo donde escribe: camarotes de lujo para la comisiones por la Paz) *En tener confianza confianza en mis letras* y mi criterio de Inventor y Capital a Hacienda de primero de este año de 365 mil millones de trillones, entre España y el Extranjero en oro y plata y propiedades de la Naturaleza junto a Minas oro, plata y aguas minerales y crédito en muchos negociantes».

A modo de resumen

El contexto político y social de posguerra influyeron en el funcionamiento y discurrir del Manicomio Nacional de Leganés e impregnaron los escritos y dibujos de los pacientes que allí se encontraban. Algunos de los facultativos que trabajaron y/o dirigieron la institución durante estos años fueron durante la posguerra alcaldes de Leganés y esto medió en las actitudes de los pacientes y sus relaciones. Todos estos escritos nos permiten acercarnos a la situación de escasez económica de España en esos años y en concreto a los establecimientos psiquiátricos públicos, reflejando las dificultades por las que atravesaban tanto los pacientes dentro del manicomio, como la sociedad del momento.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Huertas R. Historia cultural de la psiquiatría. Madrid: Catarata, 2012.
- (2) Conseglieri A, Villasante O. La actividad clínico asistencial del Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. En: Campos R, Villasante O, Huertas R, editores. De la «edad de plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española. Madrid: Frenia, 2007; p. 269-285
- (3) Briere de Boismont AJF. Des écrits des aliénés. Annales médico-psychologiques 1864 ; 1: 257-263
- (4) Marce L-V. De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale. Annales d'Hygiène publique et de médecine légale 1864 ; 21 2ª serie: 379-408
- (5) Rigolí J. Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle. Paris: Fayard, 2001
- (6) Porter R. A Social History of Madness. Stories of the Insane. Londres: Weidenfeld and Nicolson, 1987
- (7) Artieres P. Le livre des vies coupables. Autobiographies de criminels (1896-1909). Paris: Albin Michel, 2000

- (8) Ríos Molina A. Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX. *Frenia (Madr)* 2004; 4 (2): 17-35.
- (9) Molinari A. (2005), Autobiografías de Mujeres en el Manicomio italiano a principios del siglo XX. En: Castillo A, Sierra V, coordinadores. *Letras bajo sospecha, Escritura y lectura en centros de internamiento*. Gijón: Trea, 2005; p. 379-399
- (10) García Díaz C, Jiménez Lucena I. Género, regulación social y subjetividades. *Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (El Manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950)*. *Frenia (Madr)* 2010; 10: 123-144
- (11) Historia clínica 1433. *Archivo Histórico del IPSSM José Germain*
- (12) Sieburth S. Copla y supervivencia: Conchita Piquer, "Tatuaje", y el duelo de los vencidos. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares (Madr)* 2011; 66 2: 515-532
- (13) Prestwich P. Family strategies and medical power: "voluntary" committal in Parisian asylum, 1876-1914. *Journal of Social History* 1994; 27 (4): 799-818
- (14) Cuñat Romero M. Las cartas "locas" de doña Juana Sagrera. *Frenia (Madr)* 2007; 7: 89-107
- (15) Marmitt Wadi Y. Recreando la vida. Catarsis y escritura íntima en las cartas de una paciente psiquiátrica. En: Castillo A, Sierra V, coordinadores. *Letras Bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento*. Gijón: Ediciones Trea, 2005; p. 421-447
- (16) Vázquez de la Torre P. Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia (Madr)* 2008; 8: 69-96
- (17) Beveridge A. Life in the Asylum: patients' letters from Morningside, 1873-1908. *History of Psychiatry* 1998; 9: 431-469
- (18) Heimann C. (2006), El manicomio de Valencia 1900-1936. En: Livianos L, Ciscar C, García A, Heimann C, Luengo MA, Troppé H, El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. *Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús*. Valencia: Ajuntament de Valencia, 2006; p. 401-479
- (19) Hernández Merino A. De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España. (1917-1986). Tesis doctoral: Universidad politécnica de Valencia, 2000
- (20) Peset JL. Genio y degeneración en Gina Lombroso. *Frenia (Madr)* 2001; 1 (1): 121-128.
- (21) Guimón J. Terapia por el Arte. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria* 2008; 8 (1): 9-25.
- (22) Historia clínica 1448. *Archivo Histórico del IPSSM José Germain*

MANUEL PERAITA PERAITA: DIRECTOR FACULTATIVO DEL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS (1944-1950) *.

Ana Conseglieri Gámez

Introducción

El Manicomio Nacional de Leganés fundado en 1852 fue el primer Manicomio Nacional y albergó, desde su fundación, al menos teóricamente pacientes de todo el país, tanto de beneficencia como pensionistas. El único facultativo que ejerció durante las primeras décadas del establecimiento fue el médico de la villa de Leganés. En sus primeros años de funcionamiento, la importancia del personal religioso fue muy relevante, quedando la dirección a cargo de los presbíteros y la administración, gobierno y economía del establecimiento sobre las Hijas de la Caridad, siendo el papel del médico relegado a un segundo plano (1).

A través de la llegada del Decreto de julio de 1931 y la implantación de los sucesivos reglamentos internos, con los cuales se establecía un orden interno en el manicomio, se fue otorgando más poder a los facultativos así como aumentando progresivamente la plantilla. De esta manera, el Reglamento Interno de 1941 determinaba que el personal médico quedaba constituido por un jefe facultativo, dos médicos supernumerarios residentes, un médico auxiliar y un médico del laboratorio de análisis (2).

Algunos de los médicos del establecimiento que ejercieron tras finalizar la Guerra Civil venían haciéndolo ya desde los años treinta. No obstante, en la década de los cuarenta hubo nuevas incorporaciones entre las cuales podemos destacar, sin duda, la entrada de Manuel Peraita Peraita. Este neuropsiquiatra asumió el cargo de jefe facultativo en 1944 e introdujo novedades infraestructurales como el servicio de rayos X, laboratorios, quirófanos y talleres de laborterapia con el fin de mejorar la actividad clínico-terapéutica y asistencial. En el presente trabajo, repasaremos la labor profesional de Peraita en el manicomio. Revisaremos además tanto su obra como la influencia de esta junto con sus conocimientos germánicos en el desempeño de la actividad como clínico en la institución.

* Trabajo realizado en el marco de los Proyectos de Investigación HAR2012-37754-C02-01 (Ministerio de Ciencia e Innovación): *Prácticas asistenciales y estrategias de institucionalización de la psiquiatría franquista (1939-1960)*.

La llegada de Manuel Peraita Peraita (1908-1950) al Manicomio Nacional de Leganés

Manuel Peraita Peraita (1908-1950), neurólogo y psiquiatra de formación germánica, fue sin duda una figura relevante en la institución durante el período de la posguerra. Nacido en Madrid, estudió medicina en San Carlos siendo admitido en el Laboratorio de Neurofisiología del Instituto Cajal de investigaciones biológicas (CSIC) junto al profesor Negrín, aunque su formación clínica tuvo lugar al lado de Sacristán en el Manicomio de Mujeres de Ciempozuelos desde 1931 hasta 1933. Así mismo, cooperó en la revista *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, siendo el primer secretario de la redacción y publicando en ella varios artículos.

Escribió sus primeros trabajos junto a Severo Ochoa y Francisco Grande Covián continuando sus estudios en neurología gracias a una beca que obtuvo en 1933 por parte de la Junta de Ampliación de Estudios al lado del profesor Ottfrid Foerster en Breslau (3). Tras permanecer becado en Alemania, en 1935 una lesión tuberculosa le hizo regresar a Madrid donde permaneció durante toda la Guerra Civil, estudiando a pacientes carenciales junto a Grande y Llopis (4). Colaboró en el Hospital San Carlos con López Ibor hasta 1942, y fue propuesto por éste para el cargo de profesor auxiliar de la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Madrid (5).

En 1941, Manuel Peraita junto a Grande Covián describieron a través de importantes trabajos, como fue el libro *Avitaminosis y sistema nervioso* (6), una pluralidad de síndromes de evidente origen carencial que hicieron su aparición en Madrid durante la Guerra Civil (7). Respecto a las enfermedades carenciales como la pelagra clásica, fueron ampliamente investigadas por Llopis y Peraita durante la Guerra Civil y la inmediata posguerra. No obstante, aunque Peraita escribió sobre dicha patología (8), sus aportaciones estuvieron centradas en las neuropatías carenciales que observó en Madrid durante la contienda y la descripción de lo que él denominó *El complejo sintomático de Madrid o síndrome de Madrid: síndrome parastésico-causálgico* que obedecía a la ausencia en la dieta de un factor distinto a la tiamina, el ácido nicotínico y la riboflavina (9). Sobre las neuropatías carenciales en la Guerra Civil, Isabel Del Cura y Rafael Huertas desarrollan una minuciosa descripción en el trabajo *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre, España, 1937-1947* (10).

El hallazgo de Peraita pudo ser confirmado al demostrar Coluther Gopalan (1918-?) en la India que un síndrome similar conocido como *Síndrome Burning feet* o *Síndrome de Grierson-Gopalan* se curaba al administrar ácido pantoténico. Sobre Gopalan y la carencia de esta vitamina, Peraita respondía al periódico *El Alcazar*, en mayo de 1947, a la salida de una conferencia sobre “*Avitaminosis y sistema nervioso*” en el servicio de neuropsiquiatría del Hospital General (11).

«¿Una nueva vitamina indispensable para el sistema nervioso?. Encontramos al doctor Peraita en el momento en que se dispone a salir para el manicomio de Leganés del cual es director y le preguntamos sobre los recientes avances a los que se ha referido en su conferencia sobre *Avitaminosis y sistema nervioso* en el servicio de neuropsiquiatría del Hospital General.-Para contestar con algún detalle a su pregunta tendría que repetirle mi conferencia y naturalmente ni usted ni yo estamos dispuestos a ello. En mi disertación quise hacer resaltar sobretudo la aportación de los médicos al conocimiento de este interesante problema. Que concierne a la significación de las vitaminas para el sistema nervioso. Como resultado de una serie de investigaciones en Madrid efectuadas durante la guerra, llegué a la conclusión de que el sistema nervioso precisaba para su normal funcionamiento de alguna vitamina más que las hasta entonces consideradas indispensable para este fin. Y hace aproximadamente un año el Doctor Gopalan de Coonor (India), ha observado entre los habitantes de algunas regiones de la península indostánica sometidos a una alimentación insuficiente, trastornos enteramente análogos a los que surgieron en Madrid. Al mismo tiempo a confirmado nuestra tesis acerca de la existencia de una nueva vitamina que parece ser indispensable para la normalidad nerviosa. Dicha vitamina es el ácido pantoténico».



Figura 1.
Recorte del periódico *El Alcázar*,
Madrid, 22 de mayo de 1947.

Su compañero Carlos Castilla del Pino ensalzó sus conocimientos en neurología y el dominio del alemán, idioma que le permitió traducciones como el libro de Hoffmann, *La teoría de los estratos psíquicos* (12).

«López Ibor, Jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital General, era, por así decirlo, más psiquiatra que neurólogo. Al ocupar el Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital General de Madrid, recibió la influencia de uno de los más grandes neurólogos españoles, que ocupó la dirección del Servicio de Psiquiatría de Leganés: Manuel Peraíta. A Peraíta le ocurría lo contrario que a López Ibor, que era más neurólogo que psiquiatra. Se había formado en Alemania con Förster y Altenburger y la Psiquiatría le venía, por así decirlo, por añadidura (...)».

Finalizada la Guerra Civil, Peraíta se hizo cargo del departamento de psiquiatría del Hospital General, donde López Ibor fue jefe de servicio. Allí trabajó como psiquiatra junto a Bartolomé Llopis entre otros profesionales y, tras la marcha de Peraíta al Manicomio de Leganés, Castilla del Pino, estudiante en el Hospital general, se hizo cargo de la sala antes regentada por Manuel Peraíta.

Mejoras en el Manicomio Nacional de Leganés durante la jefatura de Peraíta

Peraíta fue nombrado por oposición jefe facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (13), desempeñando su actividad asistencial desde 1944 hasta finales de 1949 poco antes de su fallecimiento, trabajando paralelamente como profesor en el Hospital de la Princesa (14). Los requisitos para la plaza de jefe facultativo del Manicomio de Leganés habían sido publicados en mayo de 1942 y debían entregarse al Director General de la Beneficencia. La plaza estaba dotada con 5000 pesetas anuales y tras una primera convocatoria en abril de 1943 que se declaró desierta, fue necesario convocar una segunda (15).

Aprobada la oposición, Manuel Peraíta se incorporó al Manicomio de Leganés en 1944, recibiendo poco después la visita de Spillane. El mismo año de su llegada, Manuel Martínez, Director General de la Dirección General de Beneficencia, solicitó a Peraíta que junto a López Ibor preparasen una ponencia con el programa de necesidades para la construcción de “un gran Manicomio Modelo”.

«Ministerio de Gobernación. Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales. Sección 1ª, Número 13.134. Con esta fecha se dice por esta Dirección General al Sr. Decano-Jefe del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General, lo siguiente: Para ilustrar a este Ministerio en la realización de su propósito de construir un gran Manicomio Modelo y a fin de que personas competentes en la materia orienten a la ejecución del proyecto y presupuestos, formulando un programa de necesidades. Esta dirección general ha acordado, al fin expresado, que, bajo su presidencia, se constituya una Ponencia integrada por el Director Facultativo del Manicomio de Leganés, Don Manuel Peraita y el Catedrático de Medicina y Psiquiatría del Hospital Provincial, Don José López Ibor. Lo traslado a usted para su conocimiento y efectos. Dios guarde a usted muchos años. Madrid, 22 de Agosto de 1944. El Director general (Manuel Martínez). Sr. Don Manuel Peraita, Jefe Facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés».



Figura 2.
Manicomio Nacional de Leganés.

Aunque no hemos encontrado la referida ponencia, en febrero de 1945, Peraita, a través de la Administradora-Depositaria del Establecimiento, solicitó a la Dirección General de Beneficencia la instalación de unos servicios de rayos X, laboratorios y quirófanos, utilizando para ello las habitaciones destinadas al capellán del establecimiento. El servicio de rayos X fue instalado ya que a finales de junio de ese mismo año, Peraita solicitaba las placas al Hospital de la Princesa para probar el funcionamiento de la maquinaria colocada:

«Ministerio de Gobernación. Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales. Sección 1ª, Número 4582. Con fecha 20 de diciembre último, la Administradora- Depositaria interina de ese establecimiento, me dice, entre otros particulares lo que sigue: Al propio tiempo y como de ser nombrado este padre, no tendría necesidad de vivir en el Establecimiento, por radicar en esta localidad el Colegio el cual regenta, y teniendo necesidad de habilitar la casa destinada al capellán para la instalación de los servicios de Quirófano, rayos X, y otros concebidos por V. I. recientemente, solicito la autorización de V. I para la habilitación de dicha vivienda, comprometiéndome por mi parte a facilitar al que en propiedad se nombre, Casa-Habitación, bien en el Establecimiento o fuera de él. Ilmo. Señor».

Durante su estancia como director del Manicomio realizó algunas aportaciones científicas como los trabajos publicados junto a Ángel Fernández-Sanz Méndez en 1946 en la *Revista Clínica Española*, con casos clínicos de pacientes ingresados en la institución (16). En 1947, presupuestó la construcción de unos pabellones de talleres de terapia ocupacional que incluían carpintería, sastrería y salas de tratamientos (17). Si bien las estructuras físicas donde se desarrollaban los talleres no se conservan actualmente, sí se guardan los planos sobre papel que efectuó Manuel Martínez Chumillas, arquitecto de la Dirección General de la Beneficencia y Obras Sociales (18). Otros documentos oficiales dan prueba de ello, como por ejemplo una respuesta del Ministerio de Gobernación de mayo de 1947 aprobando los gastos propuestos por el arquitecto de la Beneficencia (19). También en ese año aparecía en ABC la visita del profesor de la Facultad de psicología y psiquiatría de la Universidad Católica de Washington Th. V. Moore, junto a José Germain en el Manicomio de Leganés .

Dos años después, ya al final del ejercicio de Peraita, en octubre de 1949, el presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Antonio Vallejo Nágera solicitaba información al jefe facultativo sobre el número de psiquiatras que ejercían en el establecimiento de Leganés (20).

«Interesando a la subsecretaría del Ministerio de la Gobernación, el conocer plazas vacantes de médicos psiquiatras que puedan existir en los establecimientos oficiales, con objeto de convocar la oposición le agradecería que comunicase a esta asociación las que haya en ese de su digna dirección a fin de cumplimentar la orden de la superioridad. Dios guarde a usted muchos años. Ciempozuelos a 1 de octubre de 1949, Del presidente de la Asociación al Director del Manicomio de Leganés». «En contestación a su

oficio de fecha primero de los corrientes tengo el honor de participar a usted que en el día de la fecha no existe vacante alguna de médicos en este establecimiento, estando todas ellas ocupadas. Dios guarde usted muchos años, a Leganés 8 de octubre de 1949».

Un mes después, tras recibir un escrito del Director Provincial del Instituto Nacional de Estadística requiriendo el movimiento de pacientes durante ese año, Peraita envió un documento oficial con el censo de la población manicomial, el personal adherido al establecimiento y las instalaciones (21). El documento comenzaba por describir el establecimiento que, dependiente del Ministerio de Gobernación de la Sección de Beneficencia, estaba sostenido con fondos del Estado con un presupuesto anual en personal de 218.875 pesetas. Se afirmaba que los acogidos eran enfermos mentales de ambos sexos, mayores de 17 años, y que el enfermo pensionista debía pagar según categoría 10 o 7,50 pesetas. Estas tarifas, idénticas a las estipuladas en el Reglamento de 1941, no habían aumentado a pesar de que habían transcurrido casi diez años desde la entrada en vigor del reglamento. En el documento se especificaba el número de acogidos de 17 a 65 años en 349 (171 varones y 178 hembras) y el número de camas que era de 363 (185 para hombres y 178 para mujeres). Una oferta de plazas discretamente menor que las 400 estipuladas por el Reglamento de 1941, quizá porque las ampliaciones y mejoras de los pabellones señaladas anteriormente no fueron tan grandes como las previstas inicialmente.

Peraita describió que el Manicomio contaba con un quirófano, una sala de rayos X, una sala de electrochoque y tres talleres de aprendizaje o reeducación (uno para trabajos de madera y otros dos para labores) y que el servicio médico era formado por un médico internista y 4 neuropsiquiatras. El resto del personal lo constituían 3 practicantes como personal auxiliar, 18 religiosas hijas de la caridad que cobraban un sueldo por su labor (22), 3 plazas de personal administrativo y 43 de personal subalterno sin especificar. El personal sanitario y subalterno había disminuido en al menos diez plazas con respecto a las plazas ocupadas durante la Segunda República, quizás debido a que éstas fueron ocupadas o sustituidas por el personal religioso de la institución (23).

Conclusiones

Manuel Peraita Peraita como jefe facultativo, desde 1944 en el Manicomio Nacional de Leganés, contribuyó con novedades infraestructurales durante su ejercicio. Se instalaron laboratorios, quirófanos, un servicio de rayos X y talleres de laborterapia con el fin mejorar la actividad asisten-

cial y clínico-terapéutica. Peraita destacó, además, por sus publicaciones y como clínico, realizando exploraciones psicopatológicas muy exhaustivas a sus pacientes, incluyendo estudios a nivel neurológico. En sus historias clínicas empleó el idioma alemán, los diagnósticos kraepelinianos y aplicó métodos terapéuticos, introducidos en España en esa época, como las terapias de choque (Cardiazol, Cura de Sakel, y Electrochoque) o la primera leucotomía registrada en el Manicomio Nacional de Leganés.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Villasante O. Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico. *Frenia (Madr)* 2008; 8: 33-68.
- (2) Reglamento orgánico para el régimen y gobierno interior del manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1941, *Boletín Oficial del Estado*, Orden del 3 de noviembre de 1941, 311, 8697-8701.
- (3) Peraita M. Otfried Foerster y su época. *Actas Españolas de Neurobiología y Psiquiatría (Madr)* 1946; 4: 2-18.
- (4) García-Albea Ristol E. Las neuropatías carenciales en Madrid durante la Guerra Civil. *Neurología* 1999; 14 (3): 122-129.
- (5) López Ibor JJ. Necrológicas. *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría (Madr)* 1950; 9 (1): 53-56.
- (6) Grande F, Peraita M. Avitaminosis y Sistema Nervioso. Barcelona: Miguel Serret, 1941.
- (7) Peraita M. La clínica de las neuropatías carenciales observadas en Madrid. *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría (Madr)* 1943; 4: 32-53.
- (8) Peraita M. Efectos terapéuticos del ácido nicotínico sobre los síntomas nerviosos y mentales de los pelagrosos. *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría (Madr)* 1940; 1: 97-105
- (9) Peraita M. Deficiency neuropathies observed in Madrid during the civil war (1936-1939). *The British Medical Journal* 1946; 23: 784
- (10) Del Cura I, Huertas R. Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre, España, 1937-1947. Madrid: CSIC, 2007.
- (11) El Alcázar, Madrid, 22 de mayo de 1947
- (12) Castilla Del Pino C. Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica. *Revista de la AEN (Madr)* 2007; 99: 105-118
- (13) *Boletín Oficial del Estado*, 4 de abril de 1943, 94, pp. 2970-2971.
- (14) Boaseglieri A, Villasante O. Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés. *Revista de la AEN (Madr)* 2007; 99 (1): 119-141
- (15) *Boletín Oficial del Estado*, 18 de mayo de 1942, 138: 3501-3502; 26 de febrero de 1943, 57: 1892; 1 de abril de 1943, 91: 2883; 4 de abril de 1943, 94: 2970-2971
- (16) Peraita M, Fernández-Sanz Méndez A. Sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva mediante la administración intrarraquídea de penicilina. *Revista Clínica Española (Barc)* 1946; 2 (20) 2: 144-145.
- (17) Gimeno Álava A. Neurología de ayer, Manuel Peraita Peraita (1908-1950). *Revista Española de Neurología (Barc)* 1986; 1: 41-48.
- (18) Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): códigos de referencias (08) 25 44 /2848.
- (19) Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares (AGA), Fondo del

Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): códigos de referencias (08) 21 44/3108.

(20) *Abc de Madrid*, 17 de junio de 1947, 5.

(21) Documento oficial del Instituto Nacional de Estadística, Censo de Establecimientos Benéficos y Sanitarios, fechado el 2 de noviembre de 1949. Archivo Histórico del IPSSM José Germain, Jefatura facultativa, estadísticas.

(22) Ley de 23 de diciembre de 1948, que modificaba las dotaciones del personal de la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 26 de diciembre de 1948, 361: 5791-5792

(23) Tierno R, Villasante O, Vázquez de la Torre P. *El Manicomio Nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931- 1936)*. En: Campos R, Villasante O, Huertas R, editores. *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*. Madrid: Frenia, 2007; p. 107-128

SOBRE “BAÑOS TIBIOS PROLONGADOS”, BALNEARIOS Y LOCURA EN GALICIA (FINALES DEL SIGLO XIX Y PRIMEROS AÑOS DEL SIGLO XX).

Tatiana Bustos Cardona, David Simón Lorda, Xaqueline Estévez Gil y
Claudia Ximena Muñoz Anduquia.

“Los baños tibios, más o menos prolongados, cubierta la cabeza con paños mojados en agua fría o con irrigación continua [...] figuran en primera línea entre los medios sedantes de la agitación y el delirio maníaco”

(GINÉ I PARTAGÁS, 1876) (1)

Introducción

Con este trabajo pretendemos investigar y arrojar alguna luz acerca del uso de la hidroterapia y crenoterapia en el tratamiento de la enfermedad mental en Galicia durante el período de finales del siglo XIX y principios del XX.

Desde tiempo inmemorial la humanidad ha utilizado el agua para el alivio de sus enfermedades (2, 3). Hipócrates recomendaba el agua fría como sedante para la melancolía, Celso para la locura triste, Areteo para el frenesí y el síncope. Pero no fue sino hasta los siglos XVIII y XIX cuando volvió a considerarse el agua como materia de estudio y se sistematizó su aplicación.

Desde primeros años del XIX, a raíz de la publicación del *Traité* (Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma ó Manía) de Pinel en 1801, la hidroterapia se convierte en una de las más populares propuestas terapéuticas empleadas en los hospitales psiquiátricos de todo el mundo occidental (4).

La hidroterapia se recomendaba específicamente para el tratamiento de las enfermedades mentales (5), como la hipocondría, la manía, la melancolía, la epilepsia, la clorosis y la parálisis (2).

“Los baños tibios obran frecuentemente como poderosos sedantes del dolor moral. Están principalmente indicados en los casos recientes, en personas jóvenes; cuando la melancolía está ligada á la amenorrea; en las melancolías simples iniciales; en las melancolías maníacas; cuando se advierten tendencias eruptivas ó sudóricas, y en los casos en que puede suponerse que la melancolía depende de la supresión de una dermatosis. La duración de

estos baños es variable; ya hemos emitido sobre los efectos de los baños tibios prolongados; en Nueva-Belén raras veces los hacemos durar más de cuatro horas. Se comienza administrándoles diariamente, luego en días alternos y después dos por semana". (Juan Giné i Partagás, 1876, *Tratado de Frenopatología*) (1)

Para finales del siglo XIX, la hidroterapia era una disciplina con bases fisiológicas modernas y un cuerpo de conocimientos sólido (6). Se decía que los fenómenos que producía el agua cuando se usaba frecuentemente y por largo tiempo modificaban el temperamento, la composición de la sangre, la digestión y la absorción.

En cuanto al termalismo, la crenoterapia y los balnearios, decir que autores como Rodríguez Sánchez indican que el fenómeno balneario tiene una complejidad que "necesita un análisis histórico que contemple los diversos elementos que intervienen en el mismo: grupos humanos constituidos en torno a los manantiales minero-medicinales (bañistas, empresarios y científicos), interrelaciones entre ellos en el marco del establecimiento termal, localidad en que asienta el balneario, las actitudes generales de la ciencia hacia la cura hídrica y la valoración que la sociedad ha hecho del agua en cada época". Trataremos de en próximas líneas de apuntar algunos datos que contextualicen y den una idea del marco histórico de nuestra investigación.

Aunque la costumbre de visitar los balnearios para tratar los trastornos mentales se había mantenido intacta desde el siglo XVIII, en todo el mundo occidental en el siglo XIX se produjo un importante incremento en la frecuentación en los balnearios (8). A todos ello contribuyeron el incremento y ascenso de la clase media -burguesa en este período de entresiglos (XIX-XX), el interés por la mejoría personal y en el cuidado de la salud y del cuerpo debido a las difusión de las ideas higienistas, así como una mejora en las comunicaciones. También contribuyó "el esnobismo que producía la imitación de los hábitos de las clases superiores, la falta de recursos curadores para ciertas dolencias y los avances experimentados en la química para conocer la composición de las aguas minerales potenciaron el auge de la balneoterapia en Europa durante el siglo XIX" (9). En 1900 el balneario era el lugar preferido por la clase media para el tratamiento de las enfermedades crónicas, y entre ellas las psiquiátricas, y sobre todo para dolencias psiquiátricas menores y "nerviosas". Como dice el historiador de la psiquiatría Edward Shorter (8) tomando una frase de unas memorias de una paciente, muchos de los balnearios "eran en realidad "rústicas repúblicas de bebedores de agua" en las que se respiraba el espíritu de la hipocondría ansiosa y de la neurosis".

En la España de 1851, se estimaba en 60.000 el número de enfermos que habían utilizado instalaciones balnearias y en más de 30.000 la can-

tividad de acompañantes distribuidos entre los casi 85 balnearios con dirección médica (10). La segunda Ley de Desamortización planificada por Madoz (1855), hizo que en pocos años las propiedades de fuentes, manantiales, balnearios, casas de baño (hasta entonces en manos de municipios y órdenes religiosas) pasaran a manos de particulares y empresas propicianddo sin duda una nueva actividad balnearia. En 1892, los 152 balnearios abiertos en ese año llegaron a albergar a 150.000 agüistas. Un volumen nada despreciable para la España de la época. Este período de la historia de España, de 1874 a 1923, conocido como el período de la Restauración, va a ser una época de cierta tranquilidad, moderación y conciliación (recordemos a su vez que estamos en el momento de la llamada Belle Époque, que llega hasta 1914). Permitió configurar la etapa de máximo esplendor y madurez de la Hidrología Médica en España, y también en Europa. En este contexto debemos recordar que Galicia tiene más de 300 manantiales mineromedicinales catalogados en su territorio, lo que la colocaba a la cabeza del termalismo en España (6, 9, 11).

La hidroterapia en el Manicomio de Conxo en el período de finales del siglo XIX y primeros años del XX

La tardía manicomialización de la locura/enfermedad mental en la Galicia del siglo XIX está representada por la apertura en verano de 1885 del llamado Manicomio Central de Galicia (12, 13), situado en el antiguo monasterio de Conxo, un municipio colindante con el de Santiago de Compostela (A Coruña). Será durante varias décadas el único manicomio abierto en Galicia, y funcionó como un establecimiento privado inicialmente benéfico y luego ya con una orientación más claramente mercantilista (explotado por la Iglesia y la Banca compostelana) que concertaba las estancias de los enfermos (dementes-alienados-locos) con las Diputaciones gallegas (12, 14).

A través de trabajos previos (4,12,15-17) ya teníamos algunas referencias al uso de la hidroterapia dentro del escaso arsenal terapéutico que se usaba durante el tratamiento y reclusión de los “dementes” en este centro. Dichas referencias se completaban además con las fotografías o postales promocionales del establecimiento manicomial que se editaron en torno a 1900-1910 y en donde se mostraba una foto de una flamante Sala de Hidroterapia situada en el hospital.

Los tratamientos eran indicados por los médicos que ejercieron en el Manicomio durante este período (4,12,13, 18), todos ellos a su vez vinculados como profesores de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela. El primer director de Conxo fue Timoteo Sánchez Freire (1838-

1912), que será el primer director del Manicomio, fue Catedrático de Patología General y Anatomía Patológica (1871) y de Clínica Quirúrgica (1872). Publica poco a lo largo de su vida y del campo de la psiquiatría hay que destacar la obra “La hipnología en nuestros días” (1888). Será una de las piezas fundamentales en la apertura y primeros años de Conxo, centro que dirigirá hasta su fallecimiento.

La segunda figura importante en este período es Juan Barcia Caballero (1852-1926). Fue Catedrático de Anatomía (en 1897), médico titular del Seminario diocesano, de todos los conventos de clausura y de los Arzobispos Martín de Herrera y Lago. Entra a trabajar en Conxo poco después de su apertura y llega a dirigir el Manicomio en donde sucede a Sánchez Freire. Fue uno de los miembros Fundadores de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924). De ideología católico-conservadora, perteneció a la Real Academia Gallega. Destacado periodista, traductor, literato, novelista y poeta. Tuvo una producción científica extensa, destacando sus trabajos en el campo de la Morfología y la Psiquiatría. Su obra más interesante “De Re Phrenopática”(1915), dedicada a temas de psiquiatría, en donde con una orientación organicista, aborda aspectos médico legales, la psicoterapia y la laborterapia, y es asimismo crítico con el uso indiscriminado de la hidroterapia (4).

Para analizar el uso de las diferentes variantes de hidroterapia en el tratamiento de los enfermos internados en Conxo, consultamos los historiales clínicos que se conservan de los enfermos ingresados en dicho centro desde el año 1890. Dichos historiales (19-21) se custodian en el Archivo Central de Galicia (en la Cidade da Cultura, Santiago de Compostela) y que están accesibles a los investigadores desde el 2012.

Pudimos consultar los expedientes clínicos desde el año 1890 hasta 1915, en donde recogimos fecha de ingreso, diagnósticos y tratamientos hidroterápicos y sus diferentes asociaciones. Tratamos también de ver si algunos de los historiales estaban firmados por los médicos antes referidos, pero no encontramos firma o anotaciones con los nombres de los facultativos en dichos historiales.

En el conjunto de documentación consultada hay muchos casos de diagnósticos de idiocia, demencia, delirio crónico, locura epiléptica, manía, melancolía, locura circular, locura puerperal...

Se usaban diferentes formas de tratamientos hidroterápicos: baños prolongados, ducha escocesa, duchas frías, duchas calientes, afusiones frías... los cuales eran indicados en casos variados: manías, locuras puerperales, delirios crónicos, melancolías... y en muchas ocasiones eran combinados con otros tratamientos como bromurados, hidrato de cloral, evacuaciones sanguíneas, afusiones, vejigatorios, opiáceos.

Exponemos a continuación una tabla con los casos y datos recogidos:

Análisis de historias clínicas de pacientes del Manicomio de Conxo (1890-1917),
Arquivo de Galicia (Santiago).

NHC	F.Ingreso	Sexo	Diagnóstico	Tratamiento
233	23/10/1890	H	Locura religiosa/mística	Bromuro de sodio.
264	10/09/1890	H	Locura alcohólica	Evacuación sanguínea +baños prolongados templados +bromuro
289	8/02/1891	H	Parálisis general	Baño templado+ bromuro potásico+ láudano de Sydenham
344	18/01/1892	M	Locura puerperal	Bromurados + baños tibios prolongados.
363	8/06/1892	M	Delirio crónico	Bromuro potásicos + baños prolongados.
454	23/04/1892	H	Manía	Bromuro potásico + baños tibios prolongados + compresas frías en la cabeza
495	23/08/1893	H	Manía	Bromurados + baños prolongados, opioides + afusiones frías+ tónicos.
521	12/02/1894	M	Locura histérica	Baños tibios + bromuro potásico.
534	10/04/1894	H	Manía	Bromuro potásico en dosis crecientes + baños tibios + compresas frías en la cabeza.
1362	10/11/1909	H	Melancolía crónica con tendencia a la demencia	Hidroterapia + vejigatorios.
1657	26/01/1914	H	Parálisis general	Baño + Luminal.
1627	1914	M	?	Baños calientes y prolongados +Clinoterapia+ Luminal
1368	10/12/1909	H	Melancolía simple	Morfina en dosis crecientes + duchas generales + vejigatorios en la nuca.
1820	1915	H	Manía aguda	Hidroterapia + baños calientes prolongados
1677	21/05/1915	M	Locura puerperal	Ducha vaginal caliente + 28 inyecciones de cacodilatos
1820	junio 1916	H	Manía aguda.	Hidroterapia., dieta láctea....
1847	enero 1917	H	Esquizofrenia.	Baños hirvientes

Quisimos complementar nuestro trabajo acerca del uso de las hidroterapias en el tratamiento de las enfermedades mentales en Galicia en este período, explorando una variante de la hidroterapia, en concreto la llamada Crenoterapia, la cual consiste en la aplicación terapéutica de aguas minero-medicinales.

Hemos acudido a fuentes de información que nos posibilitaran ver qué patologías acudían a los numerosos establecimientos balnearios que estaban funcionando en esos años en Galicia (6, 9, 11, 22). Nos referimos a las Memorias impresas y manuscritas de los Médicos Directores de los balnearios, las cuales son de suma importancia pues estos facultativos fueron actores y testigos de todos los acontecimientos y hallazgos que se producían en los centros que dirigían (23, 24). En todas ellas hay listados y estadísticas con los diagnósticos de las dolencias que presentaban los bañistas y agüistas que allí acudían. En nuestro caso acudimos a ellas buscando casos de diagnósticos del campo de la psiquiatría.

Aunque no hemos podido realizar una consulta exhaustiva y completa de las Memorias de Establecimientos Balnearios de Galicia a finales de siglo XIX y primeros años del XX, hemos tenido acceso a un número importante de las mismas, las cuales están digitalizadas y accesibles desde Internet. Hemos revisado (25) 23 memorias de los establecimientos balnearios de la provincia de Ourense (Baños de Molgas, Caldas de Ourense, Carballiño, Caldelañas-Sousas en Verín...), Lugo (Lugo, O Incio), Pontevedra (La Toja, Caldelas de Tui) y A Coruña (Carballo), casi todas ellas pertenecientes al período entre 1876 a 1901.

Durante estos años y hasta 1914 convivieron en Galicia dos modelos de balneario (22). De un lado encontramos los balnearios tradicionales, con instalaciones hosteleras y terapéuticas modestas. Algunos tenían gestión privada-familiar y otros era de titularidad vecinal o municipal. En estos años analizados, la crisis agraria de fin de siglo y la subida del coste de la vida, produjeron un cierto descenso de su clientela, mayoritariamente popular y campesina. Pensemos además que en 1900, solo el 9% de la población gallega vivía en un entorno urbano.

Al lado de estos establecimientos convivieron otros de mayor lujo y confort, como La Toja y Mondariz (9), que trataban de reproducir el modelo centro-europeo de las grandes estaciones balnearias. Contaban con hoteles, comedores decorados, actividades lúdicas varias y modernos gabinetes hidroterápicos orientados a una demanda de mayor poder adquisitivo, que concebía el balneario como lugar de curación, descanso estival y sociabilidad (9, 22).

En la mayoría de las Memorias que hemos podido consultar, figuran listados con los diagnósticos que hacían los médicos de los balnearios al

final de la temporada balnearia. Diagnósticos como histeria, “histerismo de todas las formas”, “neurosismo”, neurosis funcionales, neurastenia, neurosis tróficas, vesania, clorosis, dispepsias, asma nervioso, reumatismo nervioso, corea, herpetismo, parálisis... aparecen en muchas de estas memorias si bien en un porcentaje pequeño respecto al número total de “agüistas” que acudían a estos establecimientos crenoterápicos. No hemos visto especiales diferencias entre las dos tipologías de balnearios gallegos antes descritos. Pensamos que es muy posible que un estudio más completo de todas las memorias no haría variar esta impresión respecto a los diagnósticos del orden “psi” que hacían los médicos del Cuerpo de Baños o de los balnearios.

Del Manicomio de Conxo al Balnerio do Tremo: ¿A tomar las aguas al balneario?

Investigadores como Gago (17) afirman que en la época de Timoteo Sánchez Freire como director, se programaron tratamientos para algunos de estos enfermos en algún establecimiento balneario cercano al manicomio, en concreto en el Balneario de Tremo de Nuestra Sra. Dos Ánxeles en Brión, a unos 10 km de Santiago de Compostela. El propio Sánchez Freire gustaba de frecuentar las visitas a balnearios (18) siendo frecuente que acudiese al Balneario de Cuntis. En su ambicioso y exhaustivo tratado “Hidrología Médica de Galicia”, el insigne médico D. Nicolás Taboada Leal, publicado en el año 1877, describe (11) con detalle las propiedades físicas, químicas y medicinales de las aguas de Tremo-Brión. Sus aguas son de tipo sulfuradas, bicarbonatado-sódicas, silicatadas y fluoradas. Su composición parece que las hace indicadas para tratamiento de problemas reumáticos, respiratorios y dermatológicos, pero también para combatir trastornos de tipo psicológico como estrés, ansiedad y depresión. Las gentes de la zona aún se refieren a este balneario como la Burga do Tremo y todavía acuden muchas personas a recoger agua para llevarse a su domicilio. Del viejo balneario queda la fuente o burga y un roble centenario, ahora situado en el jardín de un moderno hotel-balneario.

En la documentación examinada en el Archivo de Galicia, ningún referencia encontramos acerca de tratamientos crenoterápicos de pacientes del manicomio de Conxo en el Balneario do Tremo. Está por estudiar con más profundidad esta posible relación entre el balneario do Tremo y Conxo en esos años.

Resultados/Conclusiones:

La investigación acerca del uso de la hidroterapia y la crenoterapia en el tratamiento de la enfermedad mental en Galicia realizada en este trabajo nos permite ir dibujando y arrojando alguna luz sobre las indicaciones, las prácticas concretas y los espacios/lugares de tratamiento.

Así, por un lado, hay evidencia de uso de tratamientos hidroterápicos en el interior del Manicomio de Conxo que se usaron en el tratamiento de los enfermos mentales allí internados al menos desde 1890 hasta 1917 que es el período en el cual se han podido consultar los expedientes clínicos en sus diferentes formas de hidroterapia (baños prolongados, ducha escocesa, duchas frías, duchas calientes, afusiones frías...) eran indicados en casos variados: manías, locuras puerperales, delirios crónicos, melancolías... y combinados con otros tratamientos como bromurados, hidrato de cloral, evacuaciones sanguíneas, vejigatorios, opiáceos...).

En la documentación consultada hasta la fecha no hemos conseguido encontrar referencias documentales acerca de tratamientos crenoterápicos en los establecimientos balnearios cercanos al manicomio.

Por otro lado, y aunque aún estaría pendiente de un análisis mas exhaustivo y pormenorizado, pensamos que sí que se puede afirmar que al mismo tiempo que parece que a algunos enfermos mentales graves se les aplicaban curas hidroterápicas en el Manicomio de Conxo, a toda la red de balnearios de Galicia acudían numerosos pacientes (clientes) con problemas de orden neurótico (diagnosticados o etiquetados como histeria, neurosismo, neurastenia,...) y psicossomático (reumatismo nervioso, clorosis, dispepsias, herpetismo, parálisis...) en donde eran diagnosticados y/o tratados por los médicos de estos balnearios gallegos del período de la Restauración y la *Belle Époque* (1875-1914).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Giné Partagás J. Tratado Teórico-práctico de Freno-patología ó Estudio de las enfermedades mentales fundado en la clínica y en la fisiología de los centros nerviosos. Madrid: Edit. Moya y Plaza, 1876.
- (2) Ramos de Viesca B. La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX. *Salud Mental* 2000; 23(5): 41-45.
- (3) Montiel L. La medicina de la mente en el período moderno. En: López-Muñoz F, Álamo C. Eds. Historia de la Neuropsicofarmacología. Una nueva aportación a la terapéutica farmacológica de los trastornos del Sistema Nervioso Central. Madrid: Eurobook, 1998, p 39-49.
- (4) Villasante O. El estupor melancólico, bajo los presupuestos orgánicos de Juan Barcia Caballero (1852-1926). En: Angosto T, Rodríguez A, Simón D, editores. 1924-1999 Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. Orense: Asociación Española de Neuropsiquiatría y Asociación Galega de Saúde Mental, 2001, p.277-290.
- (5) Ceballos MA. Hidroterapia y crenoterapia en la psiquiatría del siglo XIX. *Boletín de la Sociedad Española de Hidrología Médica* 2006; XXI(1): 22-27.
- (6) Rodríguez Míguez L, editor. Ourense termal. Ourense: Alva Gráfica, 2001.
- (7) Rodríguez Sánchez JA. Agua que aún mueve molino: aproximación a la historia balnearia. *Anales de Hidrología Médica* 2007; 2: 9-26.
- (8) Shorter E. Historia de la psiquiatría: Desde la época del manicomio a la era de la Fluoxetina. Barcelona: J&C Ediciones Médicas, 1999.
- (9) Vilar Rodríguez M. Balnearios, intereses políticos y desarrollo turístico en el noroeste de España: el caso de A Toxa y Mondariz (1874-1935). *Cuadernos de Historia Contemporánea* 2011; 33: 163-185.
- (10) Maraver Eyzaguirre F. L'hydrologie médicale dans L'Espagne de "La Restauration": 1874 – 1902. *Press Therm Climat* 2007; 144:151-163.
- (11) Taboada Leal N. Hidrología médica de Galicia: ó sea noticia de las aguas minero-medicinales de las cuatro provincias de este antiguo reino. Madrid: Establecimiento tipográfico de Pedro Nuñez, 1877. (Edición Facsímil. Rodríguez Míguez L, Legio JL, editores, Santiago: Tórculo, 2011).
- (12) Simón Lorda D. Locura, medicina y sociedad: Ourense (1875-1975). Ourense: Fundación Cabaleiro Goás, Xunta de Galicia, 2005.
- (13) González Fernández E. A psiquiatría galega e Conxo: Madrid: Edición do Rueiro, 1977.
- (14) Torres Cubeiro M. Cuentas del manicomio de Conxo: 1885-1924. *Historia de un préstamo hipotecario. SISO/SAÚDE* 2010. 50: 27-50
- (15) González Fernández E, Simón Lorda D. Una historia de la psiquiatría gallega en el siglo XX. *Archivos de Psiquiatría* 2001. 64 (2):101-136.
- (16) Couselo Barrio, Alfredo. Una aproximación a la asistencia social al loco en la Galicia del XIX: el Sanatorio de Conxo. En Balboa X, Pernas H. Entre nós. Estudios de arte, xeografía e historia en homenaxe ó profesor Xosé Manuel Pose Antelo. Santiago: Universidade de Santiago de Compostela, 2001.
- (17) Gago Pérez JA, Gago Ageitos AM. El hospital de Conxo: una historia de la psiquiatría. Santiago: Fundación Pfizer, 2010.
- (18) Ponte Hernando FJ, Rego Lijó I. La locura y el bistorf. I Centenario de don Timoteo Sánchez Freire (1838-1912). Santiago: Seminario Mayor Compostelano y Universidade de Santiago de Compostela, 2012.
- (19) Archivo de Galicia, Fondo Archivo clínico hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. Hº nº 216 (1889) a nº1366 (1909). Caja G5812.
- (20) Archivo de Galicia, Fondo Archivo clínico hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. Hº nº 1367 (1909) a nº1814 (1915). Caja G5812.

- (21) Archivo de Galicia, Fondo Archivo clínico hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. Hº nº 1820 a 1847 (años 1916 y 1917). Caja G5814.
- (22) Alonso Álvarez L, Lindoso Tato E, Vilar Rodríguez M . O lecer das augas. Historia dos balnearios de Galicia, 1700-1936. Vigo: Editorial Galaxia, 2011.
- (23) Maraver Eyzaguirre F. El termalismo y culto a las aguas en la Prensa médica Española. Espacio, Tiempo y Forma, Serie II, Hª Antigua 1992; V: 195-210.
- (24) Méndez JA. Memorias de las aguas mineromedicinales españolas. (Siglos XIX y XX). Balnea, núm 3 (Extraordinario). Madrid: Publicaciones UCM, 2008
- (25) Colección digital de Baños y Aguas minero-medicinales de España. Madrid: Biblioteca Complutense. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/med/24509.php>.

Relación de memorias consultadas:

- Establecimiento balneario de Caldas de Orense : memoria anual reglamentaria, temporada oficial de 1896 / el médico-director D.Manuel Martínez de Ealo, 1896
- Carballino y Partovia: Memoria de la temporada oficial de 1882 / Medico-director Eduardo Menéndez Tejo, 1882
- Memoria de los establecimientos de aguas minero-medicinales de Carballino y Partovia : año de 1876 / director Juan José Ferrer, 1876
- Memoria anual del balneario de Verín : [1880] / [Mariano Carrero], 1880
- Aguas bi-carbonatado sódicas de Sousas y Caldeliñas : Memoria de la temporada oficial de 1888 / Médico-Director Juan Fuentes Oterino, 1888.
- Establecimiento hidromineral de Sousas y Caldeliñas ,Verín, provincia de Orense : temporada de 1894 / [director] Felipe Isla, 1894
- Memoria reglamentaria al balneario de Verín (Orense): temporada oficial de 1895 / el médico-director Joaquín Aleixandre, 1895
- Aguas del Incio (en Lugo): memoria de la temporada de 1894 / H. Rodríguez Pinilla, 1894
- Baños y aguas minero-medicinales de Lugo: temporada de 1901 / [director] Dr. Arsenio Marín Perujo, 1901.
- Memoria de los efectos que han producido las aguas minero-medicinales de Lugo, en la temporada de 1893 / por D. Hilarión Rugama, médico director propietario del establecimiento, 1894.
- Memoria reglamentaria anual de los baños de Carballo / por el médico-director Dr. Benito Avilés, Madrid, 1901
- Aguas medicinales-naturales de Carballo: memoria á los efectos del párrafo 9º del artículo 57 del reglamento, año 1900 / [el medico-director]D.Marco Antonio Díaz de Cerio.
- Establecimientos balnearios de Caldas de los Reyes en la provincia de Pontevedra: memoria correspondiente al año de 1885... / por Antonino Caña y Gamero, medico-director de los referidos establecimientos
- Memoria anual de las aguas de Caldas de Reyes (en la provincia de Pontevedra), 1883: presentada á la Dirección Gral de Beneficencia y Sanidad / por el médico director Enrique Ranz de la Rubia, 1885.
- Memoria de los baños de Loujo ó la Toja, provincia de Pontevedra, correspondiente á la temporada oficial de 1883 / director Vicente García Millán, 1883.
- Memoria de los baños y aguas minero-medicinales de la Toja, correspondiente a la temporada de 1891 / el Médico Director Vicente García Millán, 1891.
- Memoria de las aguas minero-medicinales de la Toja en la provincia de Pontevedra : 1898 / el médico-director V. García Millán, 1898.
- Memoria de los baños minero-medicinales de la Toja correspondiente á la temporada oficial de 1901 / el medico-director V. García Millán, 1901.

- “Memoria sobre las aguas mineromedicinales de Villaza” Orense, 1901, por Dr. Juan Manuel Espada, 1901.
- “Baños de Molgas. Memoria del Director correspondiente a la temporada de 1892” al director”, Luciano Courel Armesto, 1892.
- “Establecimiento Balneario de Molgas (Orense). Memoria del director correspondiente a la temporada de 1894”, Luciano Courel Armesto.
- “Memoria sobre las aguas mineromedicinales de Villaza” Orense, 1901, por Dr. Juan Manuel Espada.

CULTURA, RAZÓN,
LOCURA Y SOCIEDAD

LA PSIQUIS, PERIÓDICO DEL BELLO SEXO (VALÈNCIA, 1840). UNA EMPRESA PROTOFEMINISTA LLEVADA A CABO POR HOMBRES.

Cándido Polo Griñán

En el curso de una investigación paralela, por azar vino a caer en nuestras manos el prospecto anunciador de una revista decimonónica que hasta entonces permanecía cubierto por el polvo del olvido entre otras vetustas ediciones de una librería de lance. No se trataba de una publicación psicológica o psiquiátrica, como pudiera desprenderse de un título tan familiar para las disciplinas mentales; pero su estilo, tipografía y ornamentación romántica despertaron de inmediato nuestra curiosidad bibliófila, casi tanto como su prometedor subtítulo. No menos sugerente resultaba el contenido ideológico ni la actitud militante de aquel manifiesto de ocho páginas que inauguraba la aventura periodística, como podemos apreciar entresacando algunas de sus opiniones*.

Arrancaba el primer párrafo en tono apasionado, reivindicando para la mujer, “esa bella porción del linaje humano, ese hermoso ornamento de las sociedades civilizadas”, un destino supremo contrariamente a las opiniones de algún monarca trasnochado como el rey Carlos XI de Suecia, quien sostenía “que las mugeres solo sirven para dar hijos y no consejos”. Afortunadamente, la aparición del periodismo había permitido un gran avance hacia la regeneración del hombre iniciada con la invención de la imprenta, que ahora permitiría una proyección universal, según se vaticinaba. Pero esta distribución del progreso dejaba una vez más en evidencia la exclusión de la mujer, que seguía mereciendo en la prensa una atención muy secundaria, por más que apareciera de cuando en cuando algún artículo “en obsequio de ellas”:

“Esta indiferencia sigue. Uno que otro periódico de modas ha parecido suficiente indemnización de la injusticia cometida con el bello sexo, y pago de una deuda sagrada; cuando no es sino el reconocimiento casi ofensivo de una de las debilidades, aunque seductoras, de la muger. (...) En una palabra, no existe en el día un periódico dedicado exclusivamente á la muger, y escrito para ella sola. Es un vacío vergonzoso; y nosotros queremos librar a nuestro siglo y nación de tal vergüenza; por eso escribimos LA PSIQUIS, cuyo fin único y exclusivo es la instrucción y entretenimiento del bello sexo”.

* A lo largo del presente trabajo reproduciremos literalmente los textos seleccionados entre comillas, citados al final entre las referencias bibliográficas sólo cuando sea imprescindible, y respetando siempre la ortografía, acentuación, estilo y usos gramaticales del momento.

Loable iniciativa que pasaba por alto la visible paradoja de que los encargados de redimir este vejamen pertenecieran al sexo masculino. Se trataba de los escritores Pascual Pérez y Juan Arolas, quienes en 1834 habían puesto en marcha EL DIARIO MERCANTIL DE VALENCIA, “*dedicado a S.M. la Reina Gobernadora*”, en defensa de la causa isabelina dentro del moderantismo liberal (1). Comprometidos ahora mano a mano con la vocación docente de su inédita empresa, los promotores asumían en aquel texto que iban a someterse a unos jueces “que lo son acaso por primera vez desde el principio de la sociedad”, dispuestos a acatar su sentencia “contentándonos si es rigurosa con besar la mano que nos hiera”. Eso sí, para evitar cualquier interpretación suspicaz, “el mayor decoro, la circunspección más nimia presidirán la redacción”, como cabía esperar de dos reputados escolapios, recién exclaustrado el primero de ellos. Las lectoras podrían quedar bien tranquilas: el periódico pasaría de manos de madres a hijas para deleite y honesta diversión de unas y otras, sin el menor peligro. Y como las suscripciones serían sólo para señoras, los sujetos interesados deberían pedir el favor de un nombre en “galante homenaje de espaciación y desquite á las humillaciones que en otras cosas se complace el hombre en hacer sufrir a la pobre muger”.

Tras este preámbulo equitativo que dejaba bien a las claras la rectitud de sus intenciones, se informaba del compromiso de donar a la Casa de la Beneficencia los ingresos obtenidos por publicidad sobre “labores y adornos mugeriles”, así como los remitidos “con las iniciales de la autora, si gusta; pero nunca con el nombre entero”. Periódicamente podría reproducirse la lista de suscriptoras que lo quisieran, del mismo modo que serían respetadas aquellas señoras que deseasen “guardar el incógnito”. Después se describían las secciones (educación, historia, tocador y variedades) y los detalles de periodicidad semanal y precio (2 reales de vellón; 6 a las suscriptoras y 8 a las de fuera, franco de porte), mientras dejaban bien claros sus presupuestos: “Así como suponemos que nadie nos ha precedido en la concepción de la idea, pretendemos que la belleza y aun lujo de la impresión no tengan igual en la clase de periódicos”.

El formato sería de 12 páginas en cuarto, en papel de Alcoy prensado y satinado, lo que le daría “un lucimiento extraordinario” y cuya calidad “casi puede sostener la competencia con el extranjero”. No menos importancia debía concederse a las ilustraciones de la revista, desde sus cubiertas en color y litografías en la portada y el respaldo, hasta el figurín iluminado de última moda que vendría como obsequio mensual. La primera llana contaba con una viñeta principal en la que aparecía la escena final de *Psiquis* en el cielo llevada en brazos por *Cupido* hasta *Júpiter*. Además, cada una de las páginas estaba enmarcada por diferentes orlas, obra de artistas valencianos, que representaban los contenidos de referencia, des-

de la religión y las labores hasta la cultura y las artes liberales, siempre protagonizadas por mujeres. Finalmente, se justificaba el rótulo latino por su inspiración mitológica en la bella historia de amor y deseo entre *Eros* y *Psyché* que abriría el primer número: nada mejor que un nombre de princesa para encabezarla. Recordemos la etimología griega (alma o espíritu), cuyo símbolo es representado con alas de mariposa, como tradicionalmente hicieron los poetas y pintores desde la Antigüedad clásica. “Con toda intención pues hemos dado el título de PSIQUIS á nuestro periódico, pues él esplica el pensamiento esencial que preside á su redacción”. Así reafirmaban explícitamente sus convicciones: “La muger es el alma de la sociedad; es el espíritu que embellece la existencia del hombre; es el principio de las acciones grandes, el estímulo á la virtud, el descanso de las fatigas”.

Bellas palabras de reivindicación del lugar de la mujer en la comunidad, que se sostenían con argumentos gentiles para elevar su reconocimiento, aunque siempre supeditadas al protagonismo masculino en una marginación tradicional que tantas alabanzas no conseguirían ocultar. No hace falta señalar que esta amable idealización bien poco tenía que ver con la posición secundaria que hasta entonces le era asignada al sexo femenino, todavía más acusada en los estamentos inferiores donde predominaba la lógica de la exclusión social. Pero aún así la revista prometía constituir un excelente material para examinar la proyección pública de los estereotipos sobre la psicología femenina, y si bien no quedaba satisfecha la intuición psiquiátrica de la que habíamos partido, al menos sería de interés indagar la presencia de la mujer en el imaginario colectivo. Especialmente si constituía una primicia, como sus promotores reclamaban, lo que nos obligaba a contrastar el alcance real de su iniciativa pionera. Así que, siguiendo el “Prospecto” del que hemos extraído las citas anteriores, hubo que embarcarse en la búsqueda de los semanarios editados entre el 2-III y el 28-XI de 1840, que constituyeron la serie de treinta finalmente publicados. (2) (fig. 1)



Figura 1.

Una ojeada a la prensa a comienzos de la España Isabelina

Un breve recorrido por las producciones periodísticas hasta mediados del siglo XIX nos permite apreciar una creciente proyección pública de la burguesía, de manera proporcional a su protagonismo histórico, por más que en nuestro país la revolución burguesa no llegara a completarse entonces. En efecto, sería la nueva clase en ascenso la impulsora de numerosas publicaciones para ganar crédito ante la opinión pública, desde los primitivos panfletos de agitación en la *guerra del francés* y los textos a favor de la Constitución de Cádiz, hasta los periódicos radicales del Trienio liberal. También surgirían órganos de expresión conservadores, conscientes de la importancia de los medios de comunicación en la cultura de masas, por lo que la prensa moderna nunca dejó de tropezar con los poderes del Antiguo Régimen, que seguían monopolizando la instrucción desde el púlpito y la escuela como vehículos de la ideología dominante. Este fenómeno era un reflejo aproximado de la pugna entre los nuevos movimientos sociales y los sectores empeñados en la resistencia al cambio histórico mediante la imposición de la censura sobre religión y política. La limitación de libertades sería constante en la primera mitad del siglo, con mayor contundencia en los periodos absolutistas, pero la connivencia entre prensa y poder siempre se mantuvo para ganar favores ante el pueblo por el desigual arbitrio de los partidos alternantes en el gobierno. Y tanto progresistas como moderados impusieron medidas represoras en todos los niveles del sector, desde la censura de opinión hasta la distribución entre los editores, como sabemos por Valls (3).

Hablamos de tiradas reducidas, menos de 1.500 ejemplares mediada la centuria, hasta que el periódico llegó a ser el instrumento de comunicación social más importante del siglo, desplazando a las pintorescas tradiciones orales que aún seguían vigentes. Un buen ejemplo de este anacronismo es la Hermandad de Ciegos, los “aristócratas de la pobreza”, en palabras de J-F. Botrel por su relevancia como agentes de *mass media* (4). Esta cofradía fue finalmente disuelta en 1836, tras haber monopolizado durante siglos la difusión de la lectura mediante los populares recursos de la literatura de cordel (aucas, estampas, pliegos, aleluyas...), por más paradójico que pueda resultar. También es preciso resaltar la elevadísima tasa de analfabetismo –cerca del 85% en el caso de las mujeres de entonces (5)--, lo que debió constituir un acicate para la iniciativa editorial. Puede concluirse que el impacto de los medios hubo de resultar incontenible conforme se multiplicaron los gabinetes de lectura y los debates en espacios públicos y privados, al tiempo que crecían las suscripciones desde gremios, casinos, ateneos y otras entidades cívicas o asociaciones culturales.

No es de extrañar que algún compromiso semejante con la divulgación cultural pudieran adoptar los escritores que desembocaron en el pe-

riodismo, si revisamos la nómina de colaboradores entre los hombres de letras (6). Así pudo producirse una cierta revolución del lenguaje, cada vez más culto y refinado, en sintonía con los modales burgueses y con las innovaciones críticas por el ímpetu del Romanticismo en boga en los países europeos. Lejos quedaban aquellos panfletos incendiarios de tosca ortografía, para dar paso a una prensa ilustrada que difundía a los autores de moda incluyendo entre sus páginas traducciones de poemas y novelas por entregas. La literatura romántica penetraba así de la mano de los liberales españoles repatriados del exilio, que ponían al alcance de amplios sectores pensamientos avanzados y nuevas corrientes estéticas, rápidamente incorporados al ideario de la joven burguesía cada vez más combativa (7). En efecto, los contenidos giran desde el discurso anticlerical y la sátira contra la monarquía, a veces con caricaturas cáusticas, hasta las reivindicaciones nacionalistas que dan soporte a movimientos como *La Renaixença* en el territorio catalán (8). Reportajes y entrevistas, artículos de divulgación histórica y relatos costumbristas adornados con ilustraciones a la moda, marcarían una nueva etapa en la tarea periodística que ganó terreno entre los lectores capaces de leer. Sólo faltaba actualizar el proceso productivo mediante la tecnología de los países avanzados para consolidar una industria que entre nosotros aún habría de aguardar decenios; en efecto, sólo después de la Restauración podemos aceptar una profesionalización, en consonancia con los cambios sobre normas de censura y marco jurídico, que hizo posible el auge de la prensa radical y jocoseria. Se produjo así una proliferación de boletines obreros, panfletos anticlericales, proclamas cívicas y libelos satíricos como portavoces de asociaciones y entidades muy diversas. Y también publicaciones femeninas, que hasta el final de la primera guerra carlista no existían, más allá de folletines de modas y labores del hogar, de los cuales sólo en Madrid han sido registradas ocho revistas de títulos muy significativos. (9)

Si recordamos que la contienda se había desencadenado tras derogar Fernando VII la ley sálica que impedía el acceso de las mujeres al trono español, para resolverse el conflicto sucesorio por no tener descendencia masculina, podemos indagar claras razones sexistas desde el mismo levantamiento en armas de los partidarios de su hermano, Don Carlos. El nuevo marco legal dejaba expedita la entronización de su primogénita Isabel, de 3 años, ocupándose M^a. Cristina, su viuda, de atender como regente las obligaciones monárquicas hasta que aquella alcanzara la edad reglamentaria. Así fue durante los largos años de enfrentamiento entre las dos facciones dinásticas, que dio lugar a una cruenta guerra civil entre liberales y absolutistas (1833-39). Ya en la paz, la España de las regencias prolongó su interinidad con el relevo de la Reina gobernadora impuesto por el general Espartero, que antes había sido nombrado por aquélla duque de la

Victoria por los méritos contraídos en su defensa. Pero no fue esta la única convulsión del orden institucional durante el reinado de Isabel II, quien hubo de soportar sucesivamente hasta 62 asonadas y pronunciamientos militares antes de su exilio definitivo en 1868. No se pueden eludir, por tanto, las connotaciones misóginas que sirvieron como detonante en los momentos más crispados de aquella etapa, por más que los pilares del Antiguo Régimen no llegaran a tambalearse por la nueva moral del liberalismo. Ni ante los escándalos palaciegos que trascendían a la calle desde aquella “corte de los milagros” que ridiculizara Valle Inclán, ni siquiera por las radicales medidas durante la desamortización de Mendizábal, que tampoco consolidaron la revolución burguesa de otros países europeos. En esta apreciación coinciden los historiadores más reputados de la España isabelina, cuya lectura nos ha permitido entender mejor el momento histórico, especialmente la galardonada obra de I. Burdiel (10). De alguna manera, la reina niña encarnaba a sus trece años el anhelo de regeneración de la patria y el restablecimiento constitucional para muchos ciudadanos deseosos que reivindicaban el Trienio liberal. Justamente aquellos principios interrumpidos de manera brusca por su progenitor durante la Década ominosa (1823-33), en la que se produjeron los peores desmanes del régimen absolutista.

Puede que no fuera del todo casual que, durante este tiempo de moderados y progresistas alternando en el nuevo régimen constitucional representado por una mujer, viera la luz una prensa con protagonismo netamente femenino, sino más bien una consecuencia directa del agravio secular que ahora quedaba de manifiesto de manera vergonzante. Sobre todo si consideramos que la única publicación conocida, *El Periódico de las damas* (1822), era un semanario de modas a imitación de *Ladies Journal* y *Journal des Dames*, que también había surgido de una pluma masculina pero con aspiraciones muy distintas (11). Se comprende pues el menosprecio que los redactores de LA PSIQUIS dedicaban a este tipo de prensa considerada alienante, que contribuía a consolidar los peores tópicos de la vanidad femenina. Si comparamos el contenido ideológico y la intencionalidad didáctica, el repertorio temático y la representación social que se desprenden de la lectura de su publicación pionera, podemos encontrar una fuente privilegiada para examinar la situación de la mujer en aquellos tiempos. En efecto, bastan los números editados durante aquel primer año de paz para permitirnos examinar la proyección pública de la mujer lugar en el imaginario colectivo y sus connotaciones sociológicas. Sin olvidarnos de partir de una premisa bien elocuente: no encontraremos ni un artículo firmado por mujeres, porque no eran ellas quienes escribían. Y aquellas que cultivaban esta afición propia de hombres quedaban bajo sospecha y señaladas por su intrusismo, si es que no optaban por enmas-

cararse bajo un pseudónimo varonil: un recurso bien conocido para evitar descalificaciones morales. Comprenderemos así que fueran dos poetas, liberales y afrancesados, vivos animadores del Romanticismo valenciano, quienes se encargaran de promover esta iniciativa cuyo acierto fue resaltado por la crítica contemporánea al calificar a LA PSIQUIS como “periódico dedicado al bello sexo, que alcanzó merecida y universal reputación”. (12) (fig.2)

La instrucción del “Ángel del hogar”

Si bien el semanario trató de ajustarse a la estructura prevista, el índice de materias hubo de alterarse a veces por las polémicas suscitadas —no sólo entre las señoras, sino también entre los caballeros que curioseaban la revista—, hasta merecer alguna explicación de los autores. Quedaba claro que la sección más influyente era la de educación, que arrancaba en destacado con una máxima tradicional sobre la diferente participación de los roles sexuales en la res pública: “*Los hombres hacen las leyes; las mugeres forman las costumbres.*” Así que era preciso esmerarse en su contenido “para formar buenas hijas, esposas amables y madres de familias respetables”, desterrando funestas preocupaciones para que “pudieran desempeñar los sagrados deberes de su sexo, y cumplir la misión de paz y felicidad á que las destinó la naturaleza”: *La perfecta casada*, en definitiva, según el modelo popularmente aceptado de Fray Luís de León.

Empeñados en conseguir que un día no muy lejano el nombre de mujer llegase a ser “emblema de respeto y veneración para unos, de adoración para otros, de amor para todos”, comienzan los editorialistas por reclamar que el hombre empiece por ser justo. “Es preciso conozca que cuanto bien hay en este mundo, todo viene de la muger”, desde el seno de la naturaleza hasta los brazos de una madre, que será la primera guía en la infancia, hasta el permanente magisterio que ha de representar en lo bueno y en lo malo de la vida. Pero sin caer en el peligro de ser malinterpretados, como aclaran enseguida:



Figura 2.

“No es nuestra intención, siguiendo a los sansimonianos, trasladar á la muger los negocios domésticos al manejo de los públicos, é intervención de los grandes intereses del estado; sin embargo de que repetidos ejemplos de todas épocas prueban que la muger es tan apta como el hombre para dirigir la vasta máquina del gobierno, entre los cuales solo necesitamos levantar los ojos al ángel que en figura de muger tiene en su mano los destinos de España” (13).

Insisten en la excelente condición femenina para la reforma social, al tiempo que se desmarcan de Saint Simon por su “delirio imaginario” de la emancipación sexual, para apostar por un justo término medio, igualmente alejado de cualquier servidumbre: “Queremos que la muger sea considerada como compañera, no como esclava”.

No resultarían menos utópicos aquellos planteamientos en la España de la época que el sueño libertario iniciado en los falansterios de Fourier, que surgían en la Europa de la Revolución industrial. Aunque sería preciso recorrer un largo camino hasta poner al día a las españolas sobre cuestiones que se debatían en los países avanzados, si tomamos en cuenta la deficiente formación de que partían al componer una mayoría social abrumadoramente iletrada. Se comprende pues que nuestros articulistas hubieran de esforzarse en la necesidad de implantación de sus propuestas pedagógicas, dedicando una serie de capítulos a “los estudios que se deben proporcionar á la muger (14).

“No se puede mirar sin sentimiento la poca estimacion que se da á su inteligencia”, comienzan, para resaltar lo poco que a las féminas les costaría hacer valer sus felices disposiciones, fino tacto y aguda penetración. “Lástima es que una culpable indiferencia ahogue en ellas los dones mas preciosos”. Así que insisten en su cruzada docente, convencidos de que ambos sexos resultarían beneficiados por los mayores vínculos que podrían establecerse “cuanto mas estienda la muger sus conocimientos”. Ahora bien, no todos los saberes resultan a su juicio igualmente apropiados para su carácter y modo de vida: “Guárdense sobre todo las mugeres de engolfarse en ciencias abstractas y espinosas indagaciones, cuyos detalles embotarían su espíritu, y la finura que es su mas bella prerrogativa”. No recomiendan, pues, los tratados griegos, ni cuestiones de honda filosofía, ni erizadas ciencias, poco acordes con su destino en el mundo y su dulce fisonomía. En resumen: “No conviene a la sociedad poblarse de doctoras, por amables que sean”. Proponen acotar de entre los vastos campos de conocimiento las partes más afines a sus inquietudes, aquellas disciplinas capaces de excitar su curiosidad y su imaginación como la física o la historia, sin por ello exceder ni humillar a los hombres. La

observación de la naturaleza que nos rodea, así como el estudio de las bellas artes que tanta analogía guardan con las mujeres, constituyen el mejor remedio contra el aburrimiento y el fastidio. Esta es, sin duda, la forma de enriquecerse mediante su propio “fondo de ideas”, que prolonga el imperio de mujer hermosa más allá de la madurez, perpetuando con el talento lo que empezó la belleza: “No hay cosa mas seductora que la conversación y sociedad de una muger más atenta á adornar su espíritu que su persona”. Y para incrementar ese acervo, nada mejor que instruir al bello sexo sobre mundología y viajes repletos de exotismo y curiosidades, sobre todo si las protagonistas tienen biografías originales. Las heroínas literarias tendrán un lugar preferente entre las veladas artísticas y culturales, o los *álbumes* personales en boga, junto a la poesía y las novedades editoriales, entre las cuales no han de faltar Lord Byron y Lamartine, los dos grandes poetas del siglo según LA PSIQUIS.

Al poco de comenzar su andadura, los redactores se ven obligados a recapitular por las “numerosísimas suscripciones” llegadas en su corta existencia, envaneciéndose de contar con la prueba más lisonjera: *S.M. la Reina Gobernadora*. No eluden responder a críticas recibidas sobre aspectos morales, como tampoco a quejas sobre la tendencia del periódico a “promover emancipaciones quiméricas, y á despertar en la muger un sentimiento de orgullo é independencia” (15). Tras descartar el propósito de componer un tratado pedagógico, reivindican su examen de la historia comparativa del sexo en las diferentes épocas para una mejor comprensión de las necesidades educativas en la sociedad. Rechazan la inspiración de orgullo y vanidad a la mujer con que son acusados como cargo principal, así como cualquier subversión del templo de la familia, exaltando sus obligaciones como hija, esposa y madre en defensa de una armonía con el hombre que respete por igual su dignidad y su decoro. Y todo ello sin renunciar a su línea: “Hemos creído además no ser un delito el estilo cortes y aun galante en un periódico dedicado por primera vez á sola la muger”; por eso encajan las críticas de alguna lectora respondona, “para que no creamos que las mugeres se pagan solo de frivolidades”.

Y es que, a veces, se pronuncia el periódico sobre aspectos delicados que no pueden evitar la polémica, como cuando se traza una estricta división para no confundir “*mugeres de moda con premeditacion y mugeres de moda sin saberlo*”. Siguiendo su proposición, las segundas se caracterizan por su espontaneidad y su sencillez, lo que las lleva a ser imitadas sin que ellas se copien de nadie, aunque las mujeres hermosas rara vez son las más elegantes. En cuanto a las mujeres de moda, casi nunca son lindas y tratan de repararlo a veces con demasiado esmero de tocador, porque su necesidad primera es producir efecto. Y así, empeñadas en la idea fija de agradar, transitan por su vida rutinaria hasta lograr su deber primero --“atar á su

carro al hombre de moda”--, aún a sabiendas del gran riesgo que les va en ello, para consuelo de los envidiosos” (16).

Más adelante vuelven a fustigar la indolencia burguesa apelando al sagrado deber del trabajo como ley natural que constituye la gloria de la especie humana, porque “no hacer nada, es en cuando depende de uno, volver á entrar en la inexistencia”. Por ello opinan que “matar el tiempo” sólo puede causar el perjuicio de la salud y la belleza, y es una práctica propia de las mujeres volubles que viven en una “calma peligrosa”, hasta que las domina el placer y se dejan llevar por el “huracán de las pasiones”. Tampoco están exentas de ello las damas de privilegiada posición, aunque no sienten el apremio de las mujeres más menesterosas o de humilde fortuna; sobre todo aquellas que se levantan a mediodía y van pasando de la cama a la mesa, sin dejar de acudir al tocador para aderezarse antes de las comidas, el paseo, el juego, la tertulia o el teatro:

“Hé aquí la vida de muchas, y lo que forma una serie no interrumpida durante muchos años, sin otra alternativa que alguna intriga galante, ó un matrimonio de conveniencia, que se mira en la vida de ciertas mugeres como un episodio mas insignificante que la estrena de un vestido ó de una joya”.

El Tocador, santuario de la intimidad femenina

Una sección fija a lo largo de la publicación fue la dedicada al espacio preferente de la privacidad, el tocador, que es descrito con aprecio por su innegable utilidad como “gran restaurador de bellezas arruinadas y conservador de las que brillan aun en todo su esplendor”.* Sin duda, su gran aceptación pudo deberse al contrapunto que representaba para la lectura de los artículos de mayor calado filosófico ponerse al corriente de las últimas tendencias de la moda y las novedades llegadas de París. Informarse sobre prendidos, maquillajes, bordados y abalorios, conocer las normas de etiqueta en las ceremonias de gala, o distinguir la elección idónea de perfumes y las alhajas más adecuadas a las modalidades de escote era imprescindible para cualquier dama que se preciase de estar al día (18). Y era el tocador el lugar donde se practicaban los rituales más íntimos para demostrarlo mediante un elaborado proceso que hacía posible la magia de “realzar gracias a quien ya las poseía o darlas a quien carecía de ellas”, se-

* Como los editores hacen notar por una curiosa coincidencia, *psiquis* es precisamente la denominación francesa de aquel enorme tocador oval que era considerado entonces “de gran tono”.

gún los autores. La diferencia estaba en el gusto --“la poesía de la moda”, una virtud que en su opinión “no se compra ni se adquiere: nace con la muger”. Y es precisamente para ella para quien se escribe, para ayudarla a descubrir esos atributos y educarlos con el mejor tono, ya sea entre crónicas de sociedad sobre los bailes de máscaras o el ambiente de los palcos en los últimos estrenos teatrales. Porque, más allá de la chismografía, las lectoras van a poder así tomar contacto con las obras de Víctor Hugo y Walter Scott y las óperas melodramáticas de Donizetti o Bellini, junto a los éxitos de las sopranos del momento, quizás inducidas por los figurines regalados mensualmente como reclamo.

Tratando de profundizar en sus especulaciones platónicas sobre lo bello y dando por sentado que “la perfección solo existe en lo ideal, no en el individuo”, los redactores acometen una curiosa indagación por entregas sobre la “Patria de la belleza” que les permita comparar los rasgos femeniles según las diferentes latitudes del planeta (19). Lo más curioso es que sus conclusiones son extraídas sin necesidad de un mínimo trabajo de campo, obviamente, impensable, y apenas sostenidas por una suerte de antropología casera o lecturas científicas superficiales. Es el caso del magnetismo, que también es citado a vuelapluma dentro de la corriente divulgadora de conocimientos psicológicos que se produjo en la España liberal, según Novella (20). Aunque no se les cita, también se deja entrever la influencia de la fisiognómica de J. C. Lavater o la geopsique propuesta por W. Hellpach, si bien se ironiza por la “peregrina idea” de la configuración física del cráneo en relación con el grado de talento y la fuerza intelectual. Con todo, terminan por adscribirse a las modernas teorías, buscando en la historia natural algún indicador que pudiera ser de utilidad antropométrica, hasta tomar prestado el concepto

anatómico de ángulo facial. Y en este empeño por un canon estético objetivable bromean sobre “el eslabon que une al hombre con el mono” --19 años antes de *El origen de las especies de Darwin--*, ilustrando con dibujos la degradación que va desde la Venus de Médicis hasta el perfil de un simio, para concluir que “la hermosura se mide con un compás” (fig. 3). Creen que esa idea resultará divertida a las ilustradas lectoras que no



Figura 3.

se extrañen de este lenguaje algo científico, “como tal vez lo era á nuestras abuelas, y en épocas en que se miraba como un sacrilegio y profanidad el que una señora supiese leer y escribir” (21).

Estas especulaciones les permiten incluso ubicar en los países situados entre los 45°-65° de latitud septentrional el verdadero canon de belleza, con mayor precisión en los alrededores de la cordillera del Cáucaso, cuyas regiones lindantes constituyen la genuina patria de la beldad. Algo parecido exponen acerca de nuestro país, donde encuentran rasgos físicos determinantes según se desciende a las regiones centrales y meridionales, hasta caer en chocantes contradicciones que se ven obligados a corregir. Así ocurre cuando dan por sentada la primacía salubrista de las alturas, porque a causa del aire denso e impuro de las tierras bajas “los moradores del campo son mal formados, y sus mugeres feas”, lo que les obliga a exceptuar “no obstante su llanura, la ciudad y huerta de Valencia”. Citan después a Cervantes para reafirmar la hermosura de las mujeres del reino que ya celebrara aquél en *Los trabajos de Persiles y Segismunda*, para concluir con una nota zalamera: “La belleza de las valencianas se distingue por cierto carácter femeníl, delicado y de hechicera debilidad...”. Nada mejor que remitir a sus fieles paisanas que pudieran quedar desencantadas a la sección de tocador, donde se habla de los prodigios logrados con ungüentos y esencias. Y, sobre todo, se anuncia el último grito en París, el corsé mecánico, que junto a los ahuecadores harán las delicias de las damas, porque “Valencia no es de aquellas capitales de tercer orden, donde las modas llegan de tercero o cuarto rechazo, cuando son una antigüalla en París y Madrid.”

No les parece preciso a nuestros articulistas insistir más. A fin de cuentas, recuerdan, “un antiguo poeta trágico decía que el silencio era el mayor ornato de las mugeres”, con lo que dan por resuelto cualquier agravio comparativo entre ellas, sin apercibirse de estar creando otro aún mayor sobre los hombres por sus dimensiones sexistas. En cuanto a la diversidad de opiniones suscitada por la condición femenina, su interpretación es que “tal vez existe en el bello sexo cierta cualidad sobrenatural é inexplicable, la cual le hace objeto de admiración y observación continua”. Así que dan por finalizado el asunto con otra sentencia lisonjera sobre su idealización:

“La muger no tiene egoísmo. ¡Cuán completo olvido de sí misma se advierte en sus sentimientos! En todas las cosas se cuenta por nada, y el sacrificio es tan perfecto, que ha hecho creer residía en su naturaleza; así es que consiguientes á esta errada convicción, todas las leyes han pesado sobre ella...”

Unos renglones de recomendación sobre los últimos cosméticos para emplastos y mascarillas de los más afamados “tocadores del gran tono

parisien” serán bienvenidos por las hermosas que quieren prevenir la aparición de arrugas y mantener la tersura de sus rostros. Si bien es cierto, matizan, que las españolas pueden agradecer al cielo la prolongación de su beldad por don de la naturaleza, que a otras sólo se les presta, sin recurrir a remedios auxiliares condenados al fracaso. Y con estos acertados consejos pueden las lectoras adentrarse en la crónica más esperada, “la más coqueta cestilla de flores que se pueda imaginar”, repleta de joyas y piedras preciosas: el baile ofrecido en la embajada de Inglaterra con motivo del casamiento de la Reina Victoria, “una reunión altamente hermosa y aristocrática que ha hecho sello en el mundo *fashionable* de París”.

“Este sexo astuto y dominador”: la influencia de las mujeres en la sociedad

En su empeño por reivindicar el lugar que la mujer merece a lo largo de la historia, LA PSIQUIS dedica una serie que comienza al principio de la creación, con su aciago protagonismo en el origen de la maldición bíblica, en lo que coinciden muchos otros autores, como B. Vias (23): “Cometióse el primer crimen, y Dios dijo a la muger: hasta aquí eras compañera del hombre; ahora serás dependiente no solo de su voluntad, sino de las pasiones y caprichos de un esposo. Ejercerá sobre ti la superioridad natural de su sexo, y una dominación continua (24)”. Así lo vemos en los días de los patriarcas, cuando aquella sociedad esclavista se sostenía sobre la utilización de las mujeres, obligadas a soportar una poligamia generalizada que no distinguía esposas legítimas de concubinas más que en la dignidad de sus hijos herederos. Prevalecía sobre la virtud de la virginidad el interés de la fecundidad, que era valorada como la cualidad más preciosa en aquella comunidad tribal de ganaderos y pastores, entre los cuales la mujer tenía una función servicial incontestable dentro de un orden social humillante. “De allí provino la desgracia de las mugeres”, denuncian sus paladines, anunciando el cambio de uso aún más degradante que representaba el paso de tomar una mujer por esposa a convertirla en objeto sumiso de compraventa. De aquellos primeros siglos de la humanidad extraen una conclusión más que evidente: “El amor era desconocido”.

Un breve acercamiento a las culturas egipcias y griegas permite a los redactores inferir ciertos avances en la situación femenina, considerando como indicadores la práctica de la poligamia o la protección del estado virginal, así como los ritos nupciales y el protagonismo ejercido en ellos por la tradición familiar. Paralelamente se publican reportajes sobre casamientos chinos, ceremonias esquimales o leyendas de oriente y distintas civilizaciones que, sin duda, excitarían la curiosidad de las lectoras por sus alejadas costumbres, destacándose la obediencia prometida por el marido

a la mujer en algún insólito contrato matrimonial. Pero, volviendo a Europa, la revisión histórica del protagonismo femenino presta mayor atención a la Roma pagana de los primeros tiempos y su degeneración posterior, hasta que el caos terminó con la adopción del cristianismo, que permitió equilibrar la balanza a favor de las mujeres. Las romanas pasaron a officiar este ritual por “su gusto dominante de subyugar y ejercer su poderío”, al transmutarse por la religión la sensibilidad de su sexo en piedad dulce y consoladora. “Convertir es una especie de seducción”, sostienen los autores, asegurando que las mujeres pudieron ejercer el proselitismo con más ardor que los hombres, para lograr de este modo que muy diversos países pudieran recibir el Evangelio al llegarles de manos de la belleza:

“No es extraño. El culto que con tanto celo defendían protegía su debilidad. Establecía un círculo de ideas é instituciones nuevas, ofrecía á sus ojos otro orden social, en el que podían ocupar un lugar mas decente y con total independencia de los hombres. Si permanecían en el mundo, una ley sagrada las unía á su esposo; si se consagraban al altar, no dependían sino de Dios: en una palabra, de esclavas que antes eran se veían completamente libres”. (25)

Sólo los avances de la civilización pondrían fin a tan prolongado suplicio desde los tiempos de las “mugeres salvages”, que aún mantenían su horrorosa suerte entre algunas comunidades aisladas; por no hablar del exterminio femenino durante la caza de brujas y los años oscuros del medioevo, que apenas son examinados en su recorrido. Pero hubo un tiempo en el que mujeres como Juana de Arco llegaron a tomar parte activa en las hazañas guerreras y “no tardó la belleza en brillar aun en medio de la carnicería”; sobre todo entre los siglos XV y XVI, durante la invasión turca que amenazaba la cristiandad, cundiendo “el horror á los mahometanos, por la esclavitud á que reducían á las mugeres”. Fueron las creencias religiosas las que prendieron el celo heroico, y “esa mezcla de pensamientos santos, amorosos y caballerescos, fue la que produjo tantas mugeres célebres”. Esta aproximación de ambos sexos en situaciones extremas como la guerra, no sería para nuestros moralizadores sino una muestra del intercambio de valores y la secreta imitación de unos y otros, entre la admiración y el menosprecio. Hasta la decadencia del código caballeresco que, tras haber alcanzado la gloria con el triunfo sobre los pueblos bárbaros, favoreció el devenir de los guerreros en cortesanos y el olvido de sus principios: “Los hombres se envilecieron; las mugeres se degradaron”. Esta corrupción de costumbres acabó con la poesía del amor cortés y ya no pudo frenarse la expansión del vicio, que vino a significar el fin de una época al perder

su prestigio la bella institución de la caballería; “y finalmente el célebre romance de Don Quijote con el suceso que obtuvo y la filosofía oculta bajo el manto de chistosas ficciones, acabó por poner en ridículo hasta sus recuerdos”.

Aquellas ideas heroicas de lances de valor fueron sustituidas en Europa por gustos más tranquilos como las ciencias, la literatura y los idiomas, mientras las mujeres más elevadas buscaban su espacio propio de brillantez, entre las que son citadas Mme Pompadour y Mme. Lavaillière; aunque no siempre contarían con la aprobación general. Ni siquiera entre sus congéneres, como afirma M^a. I. Marrades en su investigación sobre el tema, acerca de una anticipación feminista del siglo XVIII, *La Pensadora gaditana*, publicada por Beatriz Cienfuegos, cuya identidad fue puesta en duda: “Toda mujer sabía que firmar con su nombre era arriesgarse al escándalo y al ludibrio; demostrar una cierta cultura era asimismo exponerse al ridículo y a ser mal vista por las mujeres de aquella sociedad” (26). Tampoco lo asimilaban un siglo después nuestros liberales críticos, que no dudan en llamar a la polémica Mme. Dudevant (George Sand) “la varonil escritora” (27), capaz de reírse desde un palco de la desaprobación popular que sus dramas provocaban. Más adelante insisten en este prejuicio como un mal menor, ya que “una muger erudita no siempre es la mas amable” y para despuntar no es necesario apartarse tanto de la modestia y decencia que le impone el sexo. Pero, aún así, “los ojos prefieren encontrar á una muger con la pluma en la mano en un retrete, que el brazo armado de una adarga en el campo de batalla ó abrazando la palma de los mártires sobre una pira” (28).

Pero, esto no era tan fácil; “no se podía pasar de repente de una vida ignorante y guerrera á una meditación científica; antes de reflexionar uno por sí mismo quiso saber lo que pensaban los antiguos”, por lo que el aristotelismo ocupó universidades y claustros, mientras que el platonismo encantó a los amantes, poetas y filósofos. Y, cómo no, a las mujeres, que “se iban instruyendo á porfía”. Siguiendo su peculiar enfoque, la revista dedica un par de entradas a la Revolución francesa para dar testimonio de “admiración y gratitud hácia el sexo encantador” por la valerosa conducta mostrada durante la época del terror, cuando tanto arriesgaron las mujeres a favor de quienes eran prisioneros o aguardaban turno en la guillotina, hasta llegar a compartir su suerte. Bastan estas muestras de martirologio durante la “larga y espantosa tragedia” para simplificar aquel acontecimiento histórico del que ni siquiera se hace una lectura liberal como correspondía a la ideología de los autores. Lo único que LA PSIQUIS pretende destacar es el heroico comportamiento femenino en esas anécdotas para otorgar su reconocimiento a “la bondad de los ángeles consoladores que con nombre de mugeres hacen las veces de la Providencia en los días de tribulación, y en las épocas del crimen”.

Ya en su tiempo, y partiendo de una premisa razonable según la cual las mujeres de regiones con un grado de civilización semejante deberían disfrutar de parecidas condiciones de vida, los promotores de LA PSYCHIC se embarcan en un recorrido especulativo por los países europeos hasta llegar a conclusiones bien distintas. Atribuyen a la caprichosa conducta de los hombres, sus leyes y sus gobiernos estas diferencias, y creen que la infinidad de variaciones, sólo en el continente europeo, obedece a una razón material: “la existencia de las mugeres se calcula sobre la mayor o menor fortuna independiente de que disfrutaron...” (29) Ponen ejemplos muy distintos para sostenerlo, en base a su peor suerte en las herencias familiares o en sus derechos dinásticos al trono en muchas monarquías, y aún más expeditivo en las repúblicas para frustrar las ambiciones femeniles. Pero en todos los casos esta discriminación es debida a un proceso que no se sostiene por el orden natural: “la fantasía del más fuerte”.

No podemos reproducir aquí el esfuerzo de los autores en diferenciar las peculiaridades de las regiones que se recorren en pinceladas costumbristas, pero si merece la pena resaltar su convicción de que “la suerte del sexo no se mejora sino en cuanto se aproxima á las costumbres francesas”. Excepto en los países mediterráneos como Italia, donde el chichisbeo se produce por la sumisión consentida de los hombres, atribuyéndoles el tópico de que “las sensaciones de todas clases son el único objeto de un sexo que solo piensa incesantemente en dar y recibir el placer”. Si bien hay mayor similitud con las italianas, sostienen los reporteros otro cliché según el cual las mujeres españolas no desconocen la galantería, pero la ejercen de una forma más reflexiva:

“siendo la vanidad la base del carácter de la muger, el país donde mas deferencia hay hácia ella, es en el que se cuenta el sexo por mas dichoso. Hasta los celos proverbiales de los españoles fueron una especie de ocupación inspirada por mugeres, la cual les dio grande importancia á sus propios ojos.” (30)

Estas pasiones dieron lugar a numerosas intrigas y ardides en la época del espíritu caballeresco, donde campeaban la destreza latina y el honor castellano para rivalizar en valor entre serenatas y raptos, tapadas y dueñas, o los conquistadores y maridos celosos que vemos en las descripciones literarias de Lope de Vega, Calderón y Cervantes. Así que terminan su periplo histórico con una recomendación algo intuitiva: “*Si la muger quiere vivir es preciso que vuelva a la naturaleza y á la acción*”.

La suspensión: despedida y cierre

El último número de la LA PSQUIS salió a la calle con su habitual contenido de poesías, curiosidades, historia, modas o tiempos de caballerías. Nada hacía presagiar la noticia de la última página anunciando el cierre, tras felicitarse de que todos los demás periódicos literarios dedicasen ahora alguna atención a las mujeres desde que salió a la luz el semanario. “Tenemos pues la gloria de haber reparado hacia esta bella porción del linage humano una falta que se hacía de notar”. Puede que no les faltara razón, si eludimos entrar en cuestiones primigenias, considerando que en los años y las décadas siguientes se multiplicaron las cabeceras de prensa para el público femenino con expectativas mucho más amplias que el hogar y la moda (31). Tras reivindicar su iniciativa, anunciaban “un nuevo giro, que lo acerque mas al grandioso fin que lo creó”, para lo cual necesitaban un paréntesis de meditación por algún tiempo. Pero este cambio de rumbo nunca llegó y nos quedamos sin saber las nuevas expectativas que lo animaban.

Sea como fuere, aquellos portavoces del Romanticismo que pretendieron un ideal femenino a la medida de su época, habían cumplido con creces su objetivo al penetrar en el alma de la mujer desde el seno del hogar burgués, superando la barrera entre la vida pública y la privada. Al mismo tiempo adelantaban, sin ser conscientes de ello, una muestra bien visible de otro concepto universal que muchos años después haría fortuna gracias a las teorías junguianas (32): el *anima* como arquetipo de ese *alter ego* femenino que anida en la psique más profunda de los hombres, y que ellos dejaron plasmado en cada número de su periódico al proyectarla al exterior. Hasta el cierre, cuyas circunstancias de fondo desconocemos, excepto por el devenir de sus promotores.

Pascual Pérez siguió como periodista en sucesivos medios, hasta dedicarse finalmente a su estudio de fotografía, introduciendo la técnica del daguerrotipo francés con la que consiguió las primeras imágenes de Valencia que se conservan, de gran valor histórico y testimonial. En cuanto al padre Juan Arolas, alma romántica que concentró en su persona las convulsiones más intensas del movimiento hasta llegar a ser uno de los poetas más célebres, no pudo evitar el contagio de la auténtica epidemia de aquellos días: “el mal del deseo” (33). Poco tiempo después del cierre de LA PSQUIS cayó en una devastadora demencia de la que ya nunca pudo recuperarse, hasta su muerte en 1849, tras cinco años de reclusión en la celda de escolapio donde había creado toda su obra, entre otros estos versos premonitorios inspirados a la puerta del manicomio:

No necesito entrar para ver locos,
Que el mundo lleno está, si bien se mira;

Porqué sufren tal cárcel unos pocos?... Rogad por todo el mundo que delira

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Laguna Platero A. La Prensa liberal valenciana. En: Ramírez Aledón G. (ed). El primer liberalismo: l'aportació valenciana. València: Generalitat Valenciana, 2001. p. 72-88
- (2) Puede consultarse la colección completa de LA PSIQUIS –en adelante, L.P.– en soporte microfilmado en el Fons Nicolau Primitiu que se conserva en la Biblioteca Valenciana
- (3) Valls J-F. Prensa y burguesía en el XIX español. Barcelona: Anthropos, 1988. p. 97-120
- (4) Botrel J-F. Libros, prensa y lectura en la España del siglo XIX. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez, 1993. p. 99-147
- (5) Marco C. La mujer española del Romanticismo. León: Everest, 1969. p. 281
- (6) Zavala I. Románticos y socialistas. Prensa española del XIX. Madrid: Siglo XXI, 1972. p. 46-56
- (7) Llorens V. Liberales y románticos. Una emigración española en Inglaterra (1823-34). Madrid: Castalia, 2006.p. 681-688
- (8) Valls, op. cit. p. 146-152
- (9) Rubio E. Análisis de la publicación de El pensil del bello sexo. En: Mayoral M (coord.). Escritoras románticas españolas. Madrid: Fundación Banco Exterior, 1990. p. 95-6
- (10) Burdiel I. Isabel II. Una biografía (1830-1904).Madrid: Taurus, 2010
- (11) Hartzzenbusch J E. Apuntes para un catálogo de periódicos desde 1661 a 1871. Madrid: Rivadeneyra, 1904. p. 37
- (12) Tramoyeres L. Catálogo de los periódicos de Valencia. (ed. facsímil) París-Valencia: 1991. p.35
- (13) L. P. nº 1. p. 4-5
- (14) Véanse los números 15, 16 y 17 de L. P.
- (15) L. P. nº 7. p. 2
- (16) L. P. nº 9. pp. 4-5
- (17) L. P. nº 18. p. 2
- (18) Descola J. La vida cotidiana en la España romántica 1833-1868. Barcelona: Argos Vergara. p 101-14
- (19) Véanse los números 2, 3 y 4 de L. P.
- (20) Novella E. “La difusión del conocimiento psicológico en la España romántica”, En: Martínez O, Sagasti N, Villasante O (eds.). Del Pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría. Madrid: AEN. p.155-176
- (21) L. P. nº 11. p. 5
- (22) L. P. nº 3. p. 3
- (23) Vias B. La imagen de la mujer en la literatura occidental. Madrid: Anaya, 2000. p. 13-22
- (24) Véase este tema en los números 5, 6, 9, 10, 11, 12 y 13 de L. P.
- (25) L. P. nº 12, p. 2
- (26) Marrades M I. Feminismo, prensa y sociedad en España, Papers Revista de Sociología (Valencia) 1978;9:93
- (27) L. P. nº 18. p. 7
- (28) L. P. nº 30. p. 2
- (29) L. P. nº 21. p. 1
- (30) L. P. nº 22. p. 2

(31) Torres B (dir.) Amor y muerte en el Romanticismo. Barcelona: Museo Romántico, M.E.C/ Ámbit, 2001.p.26-7

(32) Jung CG. Arquetipos e inconsciente colectivo. Buenos Aires: Paidós, 1977.p. 49-68

(33) De Paz A. La revolución romántica. Poéticas, estéticas, ideologías. Madrid: Tecnos/Alianza, 1985.p. 55-78

LOS DEMONIOS DE LOUDUN.

Marta González Rodríguez, Elena Fernández Rodríguez
y Laura López López

Introducción.

“Los demonios de Loudun” es probablemente el caso más famoso de “*posesión diabólica colectiva*” que se conoce. Tuvo lugar en 1634 en la pequeña localidad francesa de Loudun. Afectó a las monjas ursulinas, supuestamente hechizadas por el padre Urbain Grandier, quien fue acusado de brujería y condenado a morir en la hoguera.

Durante el siglo XX, el caso de las posesiones de Loudun ha llamado la atención de varios autores. El escritor británico Aldous Huxley (1) publicó en 1952 un ensayo interpretativo sobre el tema, titulado “*Los demonios de Loudun*”. El francés Michel de Certeau publicó en 1970 su obra “*La possession de Loudun*”. La historia también ha sido reinterpretada por el séptimo arte y llevada al cine al menos en dos ocasiones: en 1961, el polaco Jerzy Kawalerowicz dirigió “*Madre Juana de los Ángeles*”, y en 1971 el británico Ken Russell estrenó “*Los diablos*”. John Whiting llevó a la historia al teatro en un drama titulado “*Los Demonios*” basado en la obra de Huxley. Y existe también una ópera basada en las posesiones de Loudun: “*Los diablos de Loudun*”, de Krzysztof Penderecki.

Desde una perspectiva menos dramática y más científica, Gabriel Legué y Gilles de la Tourette revisaron el caso y publicaron en 1886 la “*Autobiographie de la Madre Juana de los Ángeles*”, donde describen los grandes fenómenos históricos y sus síntomas característicos. Legué y De la Tourette aseguraron que todo era debido a autosugestión y lo comparaban con algunos casos de estigmatización histórica. Michel Foucault también se interesó por el caso de Loudun, explica la posesión como el resultado de la introducción de un nuevo aparato de control y poder en la Iglesia: la confesión y la dirección de conciencia.

Material-métodos.

Revisión bibliográfica sobre los sucesos de Loudun y la histeria.

Resultados.

La historia sucedió en el año 1632, en la pequeña ciudad de Loudun, situada al noroeste de Poitiers. La población de la ciudad estaba desesperada

y traumatizada, habían sufrido una tremenda epidemia de peste que había acabado con la vida de más de 3.700 personas. Y debemos recordar que por aquel entonces la calamidad era interpretada como signo de la cólera divina.

Es en este contexto de juicio final en el que aparecen los primeros casos de posesión, en nuestra historia fueron dos los principales protagonistas: Urbain Grandier y Sor Juana de los Ángeles.

Urbain Grandier era sobrino del canónigo Grandier de Saintes. Había ingresado con apenas 14 años en el Colegio de Jesuitas de Burdeos, en 1604 sin demasiada devoción. Fue ordenado novicio en 1615, pero no tenía ninguna intención de ingresar en la Compañía cuyas normas consideraba demasiado rígidas y exigentes. Aunque debido a sus habilidades teológicas y filosóficas y a su diligencia y buena conducta, la Compañía de Jesús le ofreció el beneficio eclesiástico de Saint-Pierre-du-Marché, en Loudun, siendo nombrado a su vez canónigo de la Colegiata de la Santa Cruz.

Los escritos de la época dicen de Grandier que era un hombre atractivo e inteligente. No estaba falto de habilidades oratorias y cautivaba a su auditorio cuando subía al púlpito y cuando bajaba, pues se dice que era grande su popularidad entre las féminas... Tan grande como su enemistad con algunos varones, sobre todo con Louis Trincant fiscal del rey en Loudun. Grandier mantuvo un romance con Philippe Trincant, la virginal hija del fiscal, a la que dejó embarazada y de la que luego renegó.

Pero no era la única. Grandier fue amante también de Madeleine de Brou, hija de René de Brou, un importante personaje de la ciudad. De esta mujer llegó a enamorarse realmente, por ella escribió un tratado contra el celibato de los sacerdotes y se casaron en una ceremonia secreta. Esta osadía enfureció aún más a sus parroquianos.

Tenía numerosos enemigos en Loudun. Entre ellos se contaban personajes ilustres e influyentes como el médico, el boticario, diversos monjes y Jacques de Thibault, agente del cardenal Richelieu, que llegó a golpear al párroco. Grandier marchó a París para denunciar a Thibault ante el rey Luis XIII; pero mientras tanto sus cada vez más numerosos enemigos se juntaban para intrigar en su contra, y su contraataque consistió en acusarlo de inmoralidad ante su superior eclesiástico, el obispo de Poitiers, Henri-Louis Chasteignier de la Rochepozay.

En Loudun se llevó a cabo una investigación acerca de la conducta de Grandier, dirigida por el fiscal Louis Trincant, nuestro protagonista fue puesto bajo arresto y luego condenado a abstenerse de ejercer sus funciones eclesiásticas durante cinco años en la diócesis de Poitiers, y durante el resto de su vida en la ciudad de Loudun.

Poco tiempo más tarde y gracias a sus influencias en las altas esferas, logró que le fuera levantada la suspensión a divinis y fue restaurado en su dignidad eclesiástica.

El caso es que Grandier tenía otro enemigo aún más peligroso: Riche-lieu. Al que había ofendido públicamente en una procesión, solicitando de forma grosera prioridad sobre él, en lugar de cederle el puesto y después oponiéndose públicamente a su designio como cardenal.

Se cuenta que la ursulina protagonista de esta historia, la hermana Juana de los Ángeles, había sido una muchacha difícil ya desde su juventud. Sus padres la habían mandado a un convento junto a una anciana tía que era la priora de una abadía. Pero las monjas después de dos o tres años al no conseguir que se adaptara a las normas religiosas la enviaron de vuelta a casa, con la deshonra que esto suponía. La vida en el castillo paterno se hizo tan odiosa que enclaustrase en un convento le pareció mejor opción e ingresó por voluntad propia en la casa de las ursulinas de Poitiers.

Juana era una chica inteligente, pero nada atractiva físicamente por causa de una deformidad física. El saberse fea despertó en ella un permanente resentimiento, no sentía afecto por nadie ni lo despertaba en los demás. Su defensa era un buen ataque y se preocupaba sólo de ofender a las demás con sus burlas e ironías. No tenía vocación, pero su familia era rica e influyente, así que la superiora juzgó conveniente mantenerla a su lado.

Algo la hizo cambiar de actitud desde que llegó a Loudun, ya que pasó a convertirse en una religiosa perfecta, obediente y diligente, descubriendo que su cambio de comportamiento le comportaba claros beneficios. Así, cuando un año después la superiora es trasladada, decide que Sor Juana de los Ángeles ocupe su lugar. Juana pasó a ser la reina del convento y las demás monjas estaban obligadas por el voto de la santa obediencia a cumplir sus órdenes y a escuchar sus consejos.

El único contacto que tenían las ursulinas con el exterior era a través de sus alumnas. Ellas les contaban los rumores que corrían por la ciudad, y por ellas supieron de Grandier. Sor Juana era una de las que más disfrutaba de las hazañas del fascinante párroco. Pronto se convirtió en un hombre irresistible para ella, llegando a obsesionarla.

Tras la muerte de su confesor, la superiora solicitó a Grandier que ocupase su lugar, para poder así tener la oportunidad de seducirle. Pero Grandier se negó, frustrando sus fantasías, pasando a ser su enemigo más profundo. Tras su rechazo mandó buscar para el cargo al canónigo Mignon, que era el rival de Grandier en la carrera eclesiástica, y que había perdido recientemente un pleito contra él.

Sor Juana odiaba a Grandier, pero la obsesión continuaba, y seguía fantaseando con él tanto despierta como dormida. Hasta perder el control sobre sus propias fantasías, contaba sus sueños a sus compañeras que pronto comenzaron también a tener extraños sueños eróticos con Grandier y otros clérigos.

Las monjas también comenzaron a ser testigos de extrañas sucesos: veían el espíritu de su difunto confesor, el prior Moussaut, como una bola negra que volaba a través del refectorio, o como un fantasma que se paseaba por los pasillos... Comunicaron todo esto a su director espiritual, el padre Mignon, quien investigando descubrió que eran bromas de las monjas más jóvenes, pero no las delató, sino que instó a pensar a las monjas que era cosa de demonios. Confirmó a la hermana superiora y a sus visionarias compañeras sus alucinaciones, asegurándoles que sus visitantes nocturnos eran reales y manifiestamente satánicos.

A principios de octubre, varias hermanas dan señales de demencia, gritan y ruedan por el suelo. Las contorsiones se generalizan, y pronto el convento entero se ve afectado...

¿Pero cuáles eran las intenciones de Mignon? Vengarse de Grandier.

Mignon se reúne junto con los demás enemigos del párroco en la casa de Trincant y conciben un plan para aprovechar la situación del convento en contra de Grandier: culpan a Grandier de brujería y de invocar a los demonios que poseen a las ursulinas.

Así comienzan los exorcismos, durante los cuales varias de las monjas, incluida la superiora, sufrieron violentas convulsiones, chillaron e hicieron proposiciones sexuales a los sacerdotes. La gente acude en masa a ver a las endemoniadas de Loudun, las observan contorsionarse, gritar el nombre de su demonio e injuriar a los sacerdotes.

También son visitadas por diversos médicos que concluyen que no hay posesión demoníaca, sino que todo es debido a causas naturales y su diagnóstico mayoritario era: melancolía y “*furor uterinos*”, con síntomas como: “*acaloramiento acompañado de un inextinguible apetito por el acto venéreo, y una incapacidad por parte de las hermanas más jóvenes de pensar o hablar de otra cosa que no fuera sexo*”.

De las muchas personas ilustradas que fueron a presenciar los exorcismos, muy pocas creyeron que las monjas estuvieran realmente poseídas, por lo que creían en la inocencia de Grandier, pero la autoridad suprema era uno de sus archienemigos, el cardenal Richelieu.

El proceso se abre el 8 de julio de 1634. Se designan doce jueces, que proceden de pequeños tribunales de la región. Grandier es acusado y el 18 de agosto, a las cinco de la mañana, los jueces pronuncian la sentencia. Dos horas más tarde, Laubardemont recoge a Grandier en la prisión. Es torturado y hacia el mediodía, es llevado a la plaza del mercado, donde le espera la hoguera.

De este modo, la histeria de algunas monjas junto con la sed de venganza de algunos hombres le cuesta la vida a un hombre culpable tal vez de una vida no demasiado virtuosa, pero desde luego no de brujería.

Hoy en día ya no quedan a penas vestigios de “los diablos” en Loudun. El convento de las endemoniadas apenas duró un siglo más en pie. Lo úni-

co que aún recuerda a Grandier es la iglesia de Saint-Pierre-du-Marché, frente a la cual este atípico sacerdote fue quemado vivo.

Conclusiones.

En los siglos posteriores a las Endemoniadas de Loudun dos eminentes doctores como Gabriel Legué y Gilles de la Tourette revisaron el caso de las posesas y publicaron en 1886 la “*Autobiographie de la Madre Juana de los Ángeles*”, texto reeditado (2) por la A.E.N. en el 2001. En este documento psicopatológico se relata el caso y se muestra todo el cortejo de los grandes fenómenos histéricos y sus accidentes característicos (grandes ataques, anestias, trastornos vaso-motores –vómitos de sangre y estigmas–, visiones y pseudoalucinaciones auditivas, pseudociesis histérica, etc.). Finalmente aseguraron que todo era debido a autosugestión y lo comparaban con algunos casos de estigmatización histérica.

La histeria se ha vinculado al género femenino, particularmente a ciertas perturbaciones del útero suscitadas por el descontento. La insatisfacción ha sido una característica constante en las descripciones de la histeria. Haciéndose eco de esa tradición, Freud señaló que el deseo ni puede satisfacerse ni tampoco destruirse. Briquet en su “*Traité*” reflejaba la mayor prevalencia de la histeria entre las monjas de clausura por la represión sexual que sufrían.

Según los relatos, la insatisfacción se hallaba presente en Sor Juana desde su juventud, sintiéndose rechazada por sus defectos físicos y condenada a una vida religiosa que no deseaba. Grandier se convierte en el objeto de su deseo, pero él se niega a ser su confesor, su única oportunidad de seducirle y sus fantasías se ven incumplidas.

Otro factor es el efecto de la imitación y contagio que tiene la histeria, y más cuando la histérica era la superiora, una figura de clara influencia para las monjas. Esto junto con la presión sufrida por los monjes, que tenían motivos políticos contra Grandier, preparó el campo para la posesión.

Otro autor que ha estudiado el caso de Sor Juana desde una perspectiva científica ha sido Michel Foucault, quien dedica un capítulo de “*Los anormales*” (3) a los fenómenos de posesión, en el que alude al caso de Loudun. En dicho capítulo Foucault contrapone la posesión a la brujería, y dice que se distinguen radicalmente.

Las grandes epidemias de brujería de los siglos XV y XVI y las oleadas de posesiones de los siglos XVI y XVII aparecen en una suerte de continuidad histórica y sitúa a ambas entre los efectos generales de la gran cristianización. Pero Foucault opina que son dos series de efectos distintos y con causas diferenciadas.

En cuanto a la brujería opina que es un fenómeno periférico de la cristianización, que se daba en las aldeas, pero no en las grandes urbes. Su objetivo era acabar con los vestigios de las antiguas tradiciones paganas que aún persistían pese a los primeros esfuerzos cristianizadores de la Edad Media.

La posesión en cambio sería un efecto más interno que externo. Debido a la investidura religiosa y detallada del cuerpo, de la carne, y por el doble mecanismo de la confesión (discurso exhaustivo y autoridad exclusiva, es decir, se debe contar todo, toda la existencia debe examinarse en la confesión y únicamente a una persona, el confesor se convierte en una autoridad de poder exclusiva y muy estricta). La carne es, de esta forma, en S. XVII no lo que se hace, sino lo que se confiesa, y como se puede confesar en muy buenas condiciones, debe callarse además en todas las otras situaciones.

Además hay muchas diferencias entre la bruja y la poseída, la bruja es la mujer de la aldea, esa a la que sus vecinos denuncian, la mala cristiana. La poseída en cambio no es en absoluto denunciada por otra persona, es la que confiesa espontáneamente y no es la mujer de campo, es la mujer de la ciudad y no cualquier mujer, sino la religiosa. Y de hecho tampoco cualquier religiosa, dentro del convento es más probable que la poseída sea la priora, como en el caso que nos ocupa, que cualquier otra monja.

De hecho las endemoniadas de Loudun no son ni de lejos el único caso de supuesta posesión diabólica de monjas. Llegó a haber una auténtica oleada de tales fenómenos, entre los que podemos incluir los hechos ocurridos en Cambrai en el S. XV, donde también hubo un contagio del fenómeno entre todas las monjas del convento o en el Convento de San Plácido en España en el S. XVII, por poner algunos ejemplos.

Como decíamos, la brujería se establece en el exterior, pero la posesión ya no es marginal, sino que se establece en el núcleo mismo de la tecnología del catolicismo. Aparece en el núcleo interno. La posesión aparece cuando el cristianismo intenta poner en marcha unos mecanismos individualizadores y obligatorios de control y discurso.

Para Foucault esto se traduce en que los escenarios y los elementos principales de la brujería y de la posesión sean totalmente diferentes.

El protagonista de la posesión va a ser el director espiritual, el confesor, el guía, como en Loudun con el padre Grandier, que para desgracia de Sor Juana no llegó a ser su confesor, pero sí era una figura religiosa de capital importancia en Loudun.

En la brujería la relación era dual entre la bruja y el demonio. Sin embargo en la posesión la relación va a ser triangular teniendo en un vértice a la monja, en otro al demonio y en el tercero al confesor que va a ser una figura principal y muy compleja porque se desdoblará, el confesor que en

un principio será el buen director, se pasará después al otro lado, será malo; o bien habrá dos grupos de confesores o directores que se enfrentarán. El caso de Loudun es del segundo tipo, por un lado tenemos al cura seglar Grandier y por el otro toda una sucesión de representantes del clero regular durante los 6 años que duró la posesión, y dentro de este último grupo un nuevo desdoblamiento entre los que van a ser los exorcistas y los que van a ser los curadores o sanadores. En la posesión se reflejan los propios conflictos internos de la Iglesia entre capuchinos, carmelitas, jesuitas, etc.

También se desdobra la poseída, puesto que aunque está bajo el poder del diablo, se resiste. Por lo que tendremos por un lado lo que dependerá del diablo y ya no será ella; y ella misma tratando de hacerle frente. En la poseída se cruzan los efectos maléficos del demonio y los efectos benéficos de las protecciones divinas o sacerdotales a las que va a apelar. Mientras que en la bruja no existía esa fragmentación puesto que nacía de un pacto que ésta hacía con el demonio: ella le servía y éste le daba poderes. En la poseída no hay pacto, el demonio entra e invade, posee su cuerpo llenándolo de sacudidas, movimientos, sensaciones, dolores y también placeres.

Además la invasión es insidiosa, no es como la bruja que se ofrece sexualmente al demonio. En la posesión hay sensaciones, hay una transmisión de un objeto (en el caso de Loudun unas espinas de majuelo recibidas en un sueño y un ramo de rosas supuestamente lanzado por Grandier al patio del convento) y a partir de ese momento se producen pequeños y extraños cambios.

El pacto en la brujería implica una voluntad de tipo jurídico, la bruja suscribe el intercambio, firma el pacto. Sin embargo en la posesión la voluntad está cargada con todos los equívocos del deseo: la voluntad quiere y no quiere. En el caso de Sor Juana de los Ángeles este juego de la voluntad que se afirma y se sustrae de inmediato es algo de lo que ella era claramente consciente, ella reconocía que el demonio podía actuar a través de ella en cierto modo porque ella le daba su consentimiento.

Foucault también subraya las diferencias entre brujas y poseídas a nivel corporal. El cuerpo de la bruja era un cuerpo con poderes sobrenaturales derivados del pacto con el diablo, puede teletransportarse, volverse invisible y en algunos casos ser inmortal. Y a cambio de los poderes que le confieren una cierta transmaterialidad, el cuerpo era marcado, se decía que el demonio dejaba su firma en el cuerpo en forma de zonas de insensibilidad, era su forma de reconocer a sus súbditos.

El cuerpo de las poseídas es como una fortaleza donde se libra la batalla entre la dualidad que antes comentábamos: la poseída y las fuerzas invasoras demoníacas. Una batalla entre lo que en ella resiste y la parte de sí misma que consiente y traiciona y se deja llevar por el juego de los placeres. Es un cuerpo en perpetua agitación y temblor, un cuerpo a través del cual se pueden seguir los diferentes episodios de la batalla.

Y este combate tiene también su marca, la forma plástica y visible de la lucha, que en este caso va a ser la convulsión, ya sea en forma de rigidez, arqueamientos imposibles, insensibilidad, gestos involuntarios, actitudes de negación, blasfemias, etc.

Para Foucault esta carne convulsiva es la resistencia a la cristianización en el plano de los cuerpos individuales, es el mutismo total o el grito frente a la regla del discurso total, de la confesión exhaustiva de la que hablábamos antes, es el cuerpo que se niega a ser sometido a examen. Para Foucault la posesión es la rebelión contra la confesión y la dirección de conciencia. No inscribe la posesión dentro de las enfermedades mentales ni físicas, sino que la entiende y la explica dentro de la historia política del cuerpo.

En el caso de Loudun se entremezcla como vimos la posesión de Sor Juana y sus compañeras y la brujería de Grandier. Pero para Foucault, Loudun fue un caso puro de posesión tal y como él la analiza ligada a una rebelión frente a la confesión exhaustiva. Cree que la brujería entró en escena para dar una interpretación alternativa y conocida, a lo que realmente estaba pasando que era que su nueva técnica de poder tenía unos indeseables efectos colaterales. Grandier fue la cabeza de turco y después aplicaron tres anticonvulsivos para paliar los efectos secundarios del control de la carne: el primero fue el paso de la confesión exhaustiva al discurso reservado, la transmisión de la convulsión misma al poder médico y la búsqueda del apoyo de los sistemas disciplinarios y educativos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Huxley, A. Los demonios de Loudun. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1999.
- (2) De los Ángeles, J. Juana de los Ángeles: Autobiografía. Madrid: AEN, 2001
- (3) Foucault M. Los anormales. 4ª ed. Buenos Aires: FCE, 2007

LA ESPIRITADA DE MOECHE.

Miguel López López, Amirashkan Espandian, Luis Delgado Charro y
David Simón Lorda

El caso de Manuela en Moeche

El día 28 de Enero de 1925 el periódico coruñés *El Orzán: diario independiente* (12) se hacía eco de un caso que tenía conmovida a toda la comarca de Moeche, zona situada al noroeste de la provincia de A Coruña. La prensa comienza a hablar de “*El caso de Moeche*” o de *La “iluminada” de Moeche*.

Manuela era una mujer joven de 22 años, labriega, que desde hacía 4 años, padecía una enfermedad de tipo tuberculoso, que le mantenía postrada en su cama y le llevaba a un progresivo, debilitamiento, y deterioro físico – orgánico. Fue restringiendo en grado extremo su alimentación. Había sido ya visitada por algún médico, el cual no pudo ayudarla a sacarla de ese estado, y la había diagnosticado de *neurastenia aguda*.

Vivía en la parroquia de San Jorge, municipio de Moeche, pueblo cercano a Ferrol en una casa labriega con sus padres, que trabajaban las tierras propiedad del Marqués de Cavalcanti. Era hija de un labrador que también había sido “santero”.

El 12 de Enero de 1925 se operaron una serie de cambios repentinamente; la enferma empezó a hablar en tercera persona, dirigiéndose a sí misma como la “niña”, comentando que quien hablaba por su boca era un clérigo de Ortigueira muerto en La Habana. A partir de ese momento comienza a hablar con acento cubano y voz ronca, da consejos, moraliza con tino, predica y sabe la liturgia de la misa. Muestra además conocimientos de dogmática y de filosofía que no se le presuponían... y parece que todo ello con la aprobación y beneplácito del cura del lugar ante la oleada de seguimiento y veneración que despierta en las gentes del lugar. Comienzan a acudir peregrinaciones a la aldea de Manuela para escuchar sus “misas”. Además ésta recupera un apetito, y come vorazmente, e incluso se dirige a las gentes desde el balcón de la casa para un sermón dominical...

Desde el periódico *El Orzán* se organiza un viaje para entrevistar a la afectada en su propia casa y para recoger impresiones. Todo ello (2) se publica el 3 de Febrero de 1925. Visitan a la enferma en su cama, generándose la impresión que estaban ante una enferma de aspecto frágil aunque elegante, y que se mostraba locuaz. Durante la entrevista, la afectada cuenta que el espíritu del clérigo entró mientras bebía en agua en un arroyo, también que el espíritu estaba purgando por unas faltas cometidas en vida, y que profetizó que la “niña” contraería matrimonio.

Se recogen así mismo una serie de incoherencias, que no se corresponden con la veracidad del caso como fue al principio contado, por ejemplo de sus conocimientos de latín o con la celebración de la liturgia. Tampoco nunca se llegó a tener noticia del supuesto cura. La impresión que deja en los que allí acudieron es que están ante un caso de *histerismo* con una enferma con la sensibilidad exaltada, y también ante un hogar colapsado por tanto ir y venir de gente.

A partir de la primera publicación en prensa acerca del caso se suceden en los siguientes días diversas opiniones de expertos. Aparecerán tanto en *El Orzán* como en algún otro de ámbito más estatal como por ejemplo el *ABC*, diario madrileño de tirada nacional. Así, Wenceslao Fernández Flórez (autor de “El bosque animado”) escribe una columna (3) en *ABC* (4-2-1925) sobre el caso y la titula “Un reclamo gratuito” contextualizándolo en una llamada de atención de la prensa del momento para tener publicidad.

Pero otras voces de la época opinaron también sobre el caso a petición del diario *El Orzán*. El prestigioso médico (coruñés pero afincado en Madrid en ese momento) Eduardo Pérez Hervada en el artículo de prensa (4) “Sobre el caso de Moeche” (*El Orzán*, 4 de febrero de 1925) cree que el caso entra de lleno en el terreno del *histerismo*. Señala desde Madrid que la tradición popular gallega con sus supersticiones y “meigallos” (5) constituyen un terreno propicio para que surjan estos casos de *histerismo* que reflejan temores y deseos que anidan en forma de ideas fijas subconscientes.

Sigue el diario coruñés tratando del caso, y así en primera página de *El Orzán* del 6 de febrero de 1925 se da amplia cobertura al caso con declaraciones de médicos, teólogos y teósofos en un artículo (6) titulado “Lo que dicen los doctos”.

Así, el doctor Sergio Álvarez Rodríguez Villamil, médico de Madrid, ciudad de la que será alcalde en 1935-1936, y que en 1925 era director de la revista *Anales Españoles de la Beneficencia Municipal*, se muestra muy escéptico ante el caso. Refiere además que el caso de Moeche le recuerda a otros muy polémicos, como el de las mediums Catalina y Margarita Fox (unas hermanas de Estados Unidos que comenzaron a protagonizar con fenómenos de este tipo en 1848).

El teólogo Amor Ruibal destaca que estamos ante un caso de Mediumnismo, en que la personalidad “mediánica” se superpone a la personalidad principal, y que en estos casos no es fácil separar lo patológico de lo sobrenatural, pues en estados morbosos de descentralización cognoscitiva pueden producirse fenómenos del tipo referido, considerándose como algo extranatural.

Muy interesante es la intervención del teósofo y masón extremeño Mario Roso de Luna (1872-1931), quien estaba en los años 1911 a 1920

muy relacionado con grupos de intelectuales gallegos interesados en el espiritismo y la teosofía (Matías Usero, Waldo Álvarez Ínsua, Vicente Risco –uno de los fundadores y pilares de la revista *Nós*-). Roso de Luna indica a El Orzán que el caso de Moeche es un caso de doble personalidad, similar al caso Félida (de Azam) y cita también a Blavatsky...

El médico y profesor de la Facultad de Medicina de Santiago, Roberto Nóvoa Santos (7), no se mostró muy colaborador al ser inquirido por *El Orzán* a pronunciarse sobre el caso e indica que lo que más le sorprende es la reacción de las personas que acuden a visitar a Manuela a su casa de Moeche.

El caso de Moeche llega a tener repercusión en la prensa internacional. Así en el periódico *El Orzán* del día 10 de febrero de 1925, se hace referencia a que los periódicos *The Chicago Tribune* y *Le Petit Parisien* han reflejado el caso en sus ediciones aunque señalan en el diario coruñés que se habían armado un “no pequeño lío con nombres de personas y de lugares”.

La espiritada de Moeche en la Revista Nós (1926)

Un año más tarde, en 1926, en el número 29 de la revista *Nós*, se publica (8) un fragmento de la conferencia “A espiritada de Moeche e o poseo Antón Ramilo”, impartida por el médico coruñés Urbano Losada Martínez en una sesión científica celebrada en el Seminario de Estudios Gallegos. La revista *Nós* y el Seminario de Estudios Gallegos fueron dos de las instituciones más importantes en el galleguismo intelectual de los años 1920-30 y tendrán fértil actividad hasta el estallido de la Guerra Civil en verano de 1936.

Es curioso que el Dr. Losada se refiera al caso como el de la Espiritada de Moeche, y no como el de la “Iluminada” o “Alumeada”, que era como se habían referido a ella en lo publicado en prensa. El primero que introduce el término Espiritada es el Dr. Losada. Pensamos que lo hace por la similitud que comparte en muchos aspectos con otro famoso caso que dio lugar publicaciones y dictámenes de médicos y religiosos en el siglo XIX. Nos referimos al caso de la Espiritada de Gonzar, que fue estudiada por el gran galeno compostelano Varela de Montes. A este caso, que parecía corresponder a un caso de inedia, se le dedicaron unas jornadas monográficas (9) en el Museo do Pobo Galego en Santiago de Compostela ya hace unos años.

En la explicación del caso de Moeche, el Dr. Losada se centra especialmente en la tesis de la autosugestión “acción de sugerir en la mente... determinadas representaciones sobre las que no puede o no sabe influir y

que exterioriza y efectúa de una manera más o menos automática...” Se acude a la tesis del polígono de Grasset (1903), para explicar como por determinadas impresiones que luego se exteriorizan. Resalta el papel de la misma como causa de la histeria y afirma que se puede destacar el de la libido reprimida, de Freud.

Recurre a Babinsky para reafirmar su argumentación “en la histeria la sugestión lo es todo” en contra de Raymond, Dejerine, Janet y Bernheim, que traen al campo el papel de la emoción sin entrar en esas diferencias.

Se apoya también en Claude y en su tesis del origen de los actos automáticos, originada en el plano subconsciente, donde se almacenan todas nuestras adquisiciones: “Cuando el control de la conciencia sobre ella se debilita una idea falsa almacenada se realizará automáticamente”.

Con respecto a Freud habla de un factor sexual en la influencia de estas manifestaciones: la represión sexual relega “las emociones de la sexualidad a el plano subconsciente, que luego resurgen formando parte de un círculo neuropático”.

Es de destacar cómo está presente en el artículo, a principios del siglo XX, la confrontación (10) entre las teorías de la escuela de Nancy (Hippolyte Bernheim, 1889), para quien la sugestión prueba el carácter psicológico-relacional de las afecciones nerviosas, separándolas de lo neurológico; en contraposición a Charcot, en la Salpêtrière, que libra a las crisis histéricas de la acusación de simulación, poniendo su origen en un trauma vinculado a el sistema genital, y demostrando la histeria masculina. Pero Freud aprecia el error de ambos y avanza por el camino del inconsciente y de la transferencia. Así, en 1893, “la escucha se convierte en una herramienta de una nueva clínica de la neurosis”. Sin embargo en 1925, el Dr. Losada, apenas entra muy superficialmente en esta nueva tesis del “saber del enfermo” y permanece mayormente a la teoría poligonal de Grasset, sin correlato neuroanatómico conocido hoy. Éste lo pone como ejemplo para explicar el proceso de la sugestión en la histeria. Además se cita que la paciente antes de su sintomatología más aguda, ya sufría de parálisis psicógena en sus miembros inferiores, dando mayor veracidad a la entidad morbosa de la personalidad de la paciente

¿Qué ocurrió con Manuela?

Muy poco se sabe del destino de nuestra protagonista, más allá del impacto inicial que tuvo su caso. Una visita realizada a Moeche en el verano de 2012, lugar en donde vivió Manuela, nos permitió obtener algún testimonio de memoria oral del caso además de poder visitar la casa en la que vivió y fue visitada por médicos, periodistas, curiosos y creyentes. Según

los lugareños, parece que tuvo muerte temprana, pues era una mujer de delicada salud, postrada en su lecho, durante largas temporadas sin alimento. No queda en Moeche descendiente alguno que se sepa, solo queda el lugar en el que moraba y desde el que asombró a lugareños y expertos de la prensa y la medicina del momento. Su familia se vio desbordada ante tanta atención recibida y según la memoria oral de la zona parece prevalecer la hipótesis de que la figura paterna zanjó el caso de forma contundente, cerrando el paso a la casa a las visitas y curiosos.

El caso de Manuela sí que, sin embargo, no ha sido olvidado en la literatura gallega de los últimos años. Así, Xosé Luis Méndez Ferrín en su cuento “Lobosandaus” de su libro “Arraianos” (11) parece inspirarse en el caso (12) para una de sus protagonistas principales... También el escritor y columnista Manuel Rivas ha retomado y usado el caso para sus trabajos tanto en una de sus columnas de prensa (13) en *El País* (12-2-2005) como en uno de los capítulos de su novela “Los libros arden mal”, y que titula “El cuerpo abierto” (14).

Discusión psicopatológica.

A través de datos de los documentos que narraron aquellos hechos, pensamos que el caso de Manuela, tendría un diagnóstico de la esfera de la histeria. Todo ello con las debidas reservas que deben guardarse en un análisis realizado en la distancia temporal y a través de documentos no clínicos e interpretaciones parciales por testigos no versados, cuando no por versiones sensacionalistas de la prensa de la época.

La permanencia en cama, postrada durante años, sin un diagnóstico fiable, seguida de una recuperación mágica acompañada del fenómeno de la “posesión” y exposición a la mirada de aquel público crédulo y atónito, seguido del cese brusco de las mismas ante la intervención del padre de Manuela, alarmado por el cariz rocambolés que iban tomando los acontecimientos, así nos inclinamos por esta hipótesis psicopatológica.

Las teorías etiológicas de la histeria se han agrupado en tres perspectivas:

1. La orgánica-biológica: Janet (1892). Postulaba que los síntomas histéricos derivaban de una debilidad del tono de la conciencia. Esta debilidad llevaba a un estrechamiento del campo de la conciencia y la atención y a una dificultad para integrar y sintetizar los fenómenos psicológicos.
2. La psicoanalítica: (Freud, 1895-1905). Inicialmente Freud hacía derivar los síntomas histéricos de un hecho traumático y el desplazamiento corporal de sus afectos. Posteriormente cambió su teoría e hizo derivar los síntomas histéricos del conflicto edípico en el contexto del

desarrollo psicosexual. El síntoma histérico sería una solución de compromiso entre el deseo y lo prohibido. A través del síntoma el sujeto logra una satisfacción parcial de su deprime inconscientemente las pulsiones sexuales

3. La conductista. De los síntomas histéricos a partir de experiencias de tensión aversiva (traumas, conflictos mantenidos, etc.) que producen respuestas condicionadas distinta a la ansiedad (aunque también puede condicionarse ésta).

La neurosis histérica se caracterizaría por la expresión somática de ideas, imágenes y afectos inconscientes. Los aspectos fundamentales del carácter histérico o neurosis histérica son la sugestibilidad, mitomanía y alteraciones sexuales. El DSM-IV elimina el término “histeria” y se refiere a estos trastornos agrupándolos en dos grandes grupos: los trastornos disociativos y los trastornos somatomorfos.

No menos interesante resulta en este caso al igual que en otros ya estudiados (como el de las visionarias (15) de Ezquioga, en junio de 1931 en Guipúzcoa o como el de la llamada “doentinha” Alexandrina de Balazar en Portugal también en esos años (1928-1948 aproximadamente)) la participación de un público que asiste atónito a un fenómeno de carácter mágico -religioso inusual. Sin embargo, a diferencia del de Ezkioga y otros conocidos de apariciones marianas, aquí se deduce de los testimonios de la época una actitud más curiosa que de fe ciega en el fenómeno sobrenatural, y más allá de una supuesta creencia en el “don de lenguas y de metafísica o teología” de Manuela, que pronto se desvela como fraudulento, no se apreciaron en Moeche fenómenos de histeria colectiva entre los asistentes, tal vez por la corta duración de la sintomatología del caso.

Para Freud “la religión es una psicosis colectiva”, como una alucinación que afecta a toda la sociedad, causante de razonamientos anómalos y conductas inadecuadas: tergiversa hechos, produce desvaríos, que escapan a lo natural en los humanos, y que es de carácter colectivo. La creencia que generan este tipo de acontecimientos se gestiona en lo colectivo en función de una serie de factores: la ansiedad y el número de personas propagadores del rumor, la incertidumbre general y la credibilidad; también se citan como precondiciones básicas para el modelo de conducta histérico: un estado general de tensión y la percepción, por otros de que la respuesta histérica es adecuada a la situación en que se produce (refuerzo).

Varios factores parecen no estar presentes en aquel momento en Moeche necesarios para que se produjera la respuesta colectiva histérica totalmente conformada que sí se produce en otras situaciones: no hay un clima de tensión social claro aunque hay que señalar que estábamos en la Dictadura de Primo de Rivera y que la emigración a Hispanoamérica por motivos socioeconómicos llevaba años en pleno apogeo...

Por otro lado asistimos a una religiosidad más animista que mariana por la influencia de los mitos célticos en Galicia. El artista gallego Luis Seoane escribía así al comienzo del libro “Supersticiones de Galicia y Preocupaciones Vulgares” del Dr. Jesús Rodríguez López que “la tendencia a lo sobrenatural se manifiesta en Galicia de mil maneras como en la Santa Compañía y en el supuesto popular de a transmigración de almas, que establece una identidad del hombre con la naturaleza y pervive en alguna romería sin que la Iglesia pudiese hacer otra cosa que adaptar estas creencias con más o menos suerte y disimulo...El fin del mundo, la muerte, las campanas, el diablo, las ánimas dieron lugar a preciosas leyendas y de ellas se desprende el sentido religioso de este pueblo, en el que estos se funden con otros de con otros de índole cósmica, con la fuentes, los ríos, los montes, el mar, que perviven cristianizados y son de clara procedencia pagana” (17).

Sin querer entrar a analizar lecturas antropológicas que nos desbordan y que no es el objetivo inmediato del trabajo, sí dejar apuntada la cuestión de si el caso de Manuela sería un “meigallo” o un “corpo aberto”, tema que está muy claro para los literatos como Manuel Rivas. En el “Diccionario dos seres míticos galegos” (18) se define que un “corpo aberto” es el de una persona en el que entra o puede llegar a entrar un espíritu extraño debido a una especial predisposición, y que dicho espíritu es a menudo el alma de un difunto que escoge un cuerpo para hablar y manifestarse. Queda abierta la discusión para futuros estudios o nuevos acercamientos al caso.

Conclusion

Aplicar diagnósticos de hoy en día a pacientes de hace un siglo puede adolecer de ser una falacia categorial (19)...Sin embargo, los datos del caso del “la espiritada de Moeche” así como lo que podemos inferir de los informes de la prensa y de los médicos que la examinan cuenta la información obtenida sobre el caso, podríamos pensar que estamos ante un caso de la esfera de la Histeria (disociativo, personalidad múltiple, psicosis histérica...). Lo cierto es que la histeria es una de esas entidades que se reinventa a lo largo de los tiempos y tiene una enorme maleabilidad cultural (Emilio González (5), Lisa Appignanesi (20) o Elaine Showalter (21))... Nuestro caso recuerda en muchos aspectos a otros famosos casos ya estudiados (Ezkioga, Gonzar, Balazar...) ¿Estamos ante una más de las “Hystorias” de la “Hysteria”, tal y como lo plantea Elaine Showalter?

Hasta aquí todo lo que hemos recogido de este llamativo caso que ha llegado hasta nuestros días, envuelto en un entramado de datos un tanto inconexos, pero del hoy sabemos ya algo mas gracias al esfuerzo de cronistas e intelectuales de la época. *More studies are needed...*



Cabecera de El Orzán: diario independiente (A Coruña), Febrero de 1925.



Cabecera de la revista Nós (1920)



Antigua casa de Manuela, la iluminada de San Jorge de Moeche.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) El Orzán: diario independiente, 28 de enero de 1925.
- (2) El Orzán: diario independiente, 3 de febrero de 1925.
- (3) Fernández Flórez W. Un reclamo gratuito. ABC, 4 de febrero de 1925.
- (4) Pérez Hervada E. Sobre el caso de Moeche. El Orzán: diario independiente, 4 de febrero de 1925.
- (5) González Fernández E. Medicina popular: Racionalidad de las crisis históricas y de la respuesta a las mismas. En: Gondar M, González E, editores. Poseídos. Ensayos de Etnopsiquiatría Gallega". Santiago: Laivento, 2003; p.207-225.
- (6) Lo que dicen los doctos. El Orzán: diario independiente, 6 de febrero de 1925.
- (7) Fraga Vázquez XA, González Guitián C. Roberto Nóvoa Santos. En: Álbum da Ciencia. Culturagalega.org. Consello da Cultura Galega; 2013 [lectura: 26/05/2013] [URL: <http://www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=449>].
- (8) Losada Rodríguez U. A Espiritada de Moeche e o Poseso Antón Ramilo: Fragmento da Conferencia no Seminario de Estudos Galegos sobre Superstición, Suxestión e Meiciña. Nós 1926, 29.
- (9) Anorexia. Dieta estética, Crenzas. Actas do Seminario. Santiago: Museo do Pobo Galego, 1995.
- (10) Roudinesco, E. (1990): La Batalla de 100 años: Historia del Psicoanálisis en Francia. Ed. Fundamentos
- (11) Méndez Ferrín XL. Arraianos. Vigo: Xerais, 1991.
- (12) Simón Lorda D, González Fernández E. Arraianos y otros asuntos. En: III Xornadas de Psiquiatría, Psicoanálise e Literatura". Ourense: Asociación Galega de Saúde Mental, 1993.
- (13) Rivas M. Misterio. El País, 12 de Febrero de 2005.
- (14) Rivas M. Os libros arden mal. Vigo: Xerais, 2007.
- (15) Polo C, Martínez Azumendi O. Visionarios e inquisidores: las apariciones de Ezquioga. En: Martínez Azumendi O, Villasante Armas O. Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. p. 237-256.
- (16) Simón Lorda D. De Prisciliano a Otero (Pasando por Rof y por Portugal). En V Xornadas de Psiquiatría, Psicoanálise e Literatura. Santiago: Asociación Galega de Saúde Mental, 1996. p. 83-91.
- (17) Seoane L. Limiar. En Rodríguez López J. "Supersticiones de Galicia y Preocupaciones Vulgares" Buenos Aires: Editorial Nova, 1943.
- (18) Reigosa A. Diccionario dos Seres Míticos Galegos. Vigo: Edicións Xerais de Galicia, 2004.
- (19) Livianos-Aldana L. et al. Inmates of the mid nineteenth century Valencian asylum "Hospital dels Ignoscents, folls e Orats". Is their illness diagnosable?. History of psychiatry 2001; XII: 387-404.
- (20) Appigananesi L. Mad, Bad and Sad: A History of Women and the Mind Doctors from 1800 to the Present. London: Virago Press, 2008. p. 162-3.
- (21) Showalter, E. Hysterical: hysterical epidemics and modern media. New York: Columbia University Press, 1997.

ANTÓN MOREDA.

Elena Gato Gómez, Jorge L. Begazo Salas y Laura López López.

O presente traballo describe o Proxecto Moreda, que trata de impulsar a iniciativa de homenaxear ó histórico galeguista Antón Moreda adicándolle un espacio no novo hospital Xeral Calde. Devandito espacio non podía ser outro que a biblioteca, que pasaría a chamarse Biblioteca Antón Moreda.

Neste traballo descríbense os obxectivos do proxecto, a súa fundamentacións, e as accións a levar a cabo para acadalos.

1.-Obxectivos.

O primeiro obxectivo trátase dun traballo de investigación sobre a figura de Antón Moreda.

O segundo obxectivo sería a celebración dun acto conmemorativo do nomeamento da Biblioteca que posibilite a visibilización do proxecto.

O terceiro obxectivo será o recabar dotación para a biblioteca, mediante doazóns de libros e lectura. Para acadar este obxectivo confeccionarase un blog: *bibliotecaantonmoreda.blogspot.com* no que se colgará toda a información relativa ó proxecto e que permitirá á xente e ás institucións interesadas entrar en contacto e colaborar con nós.

O cuarto e último obxectivo é dotar á biblioteca dun sentido rehabilitador e autoxestionado. Dous residentes do Hospital serán os encargados, coa axuda do personal, de, primeiro, clasificar os libros e segundo das labores de bibliotecarios, levando o control dos préstamos e do coidado dos libros e do espacio.

2.-Fundamentación teórica.

A historia clínica de Moreda está vencellada de forma inseparable coa historia do seu tempo, sendo imposible entender a súa deriva vital sen ter en conta os aspectos biográficos, sociais e políticos que o levaron ó encerramento no manicomio de Castro.

Para Antom Santos, *“na figura de Antón Moreda (...) aparécense os elementos transcendentais e recorrentes na historia secular da nosa afirmación colectiva: (...) o papel fundamental da emigración na articulación asociacionista arredista, (...) o chamado coloquialmente “piñeirismo” e que representa unha das moitas tentativas de disociar a cuestión galega do enfrontamento con España, da loita polo poder e, en síntese, da soberanía plena; e finalmente (...) o peso da mocidade en todas as apostas independentistas habidas*

en Galicia-sen excepción-e a recorrencia do conflito interno, da purga e da escisión interior do movemento galego” (1).

No intento de entender esta escisión interior do movemento galego, da que fala Santos, que é tamén a escisión interior do propio Antón Moreda, ofrece un breve percorrido histórico no esforzo de entender os acontecementos vitais que, con mellor ou peor sorte, éste enfrentou.

3.-Os inicios de Antón Moreda.

Antón Moreda nace no 26 de xuño de 1934 en San Miguel de Reinante. O seu pai estaba emigrado en Cuba e non estivo presente na súa inscrición no rexistro.

Cando ten un ano de idade, él e mais a súa nai viaxan a Cuba para se reunir co pai. Esta estapa familiar non dura apenas un ano, pois o neno é retornado de novo a Galicia, xa que non paraba de berrear e patalexar, segundo o propio Antón Moreda conta en *Antón Moreda. Loita dun galeguista*, e o médico decreta que ó pequeno non lle vai ben o clima do Caribe. Regresa, pois, para a casa vilega que mercara o seu pai, e alí vaise criando cos avós maternos, sempre de maneira desfogada, xa que o pai adoitaba a mandar remesas de cartos de Cuba. Alí, en Reinante, coñecáno como Antoñito de Doña Amadora, a avoa.

Conta Antón, en *Antón Moreda. Loita dun galeguista* que a súa nenez non foi igual á dos demais nenos, senón marcada pola ausencia dos pais.

En 1950, dous anos despois do regreso do seu pai da Habana, e seis meses despois da morte de éste afectado de tuberculose, Antón marcha para a emigración, en avión, e aproveitando as redes que a familia ten alá, para iniciar o seu traballo como contable nunha empresa de tamaño medio. Dous meses antes da súa chegada a Bos Aires falecera Castelao (1).

4.-O galeguismo no exilio, a escola de Moreda.

Nos anos cuarenta vivían en Bos Aires ata 400.000 galegos e galegas. Nesa década sería Castelao o líder indiscutible e o nexo de unión entre os exiliados, militantes do movemento identitario galego do exterior (1).

Son claves para entender o pensar ideolóxico de Moreda, herdeiro deste nacionalismo do exilio :

- A Irmandade Galega, entidade creada no ano 1941, da que é principal responsable Castelao, que según Santos, *aglutinaría a galegos de diversas tendencias (anarquistas, comunistas, autonomistas, independentistas...) co fin de levantar os pilares do vello movemento soberanista galego.* (1)

- A Sociedade Nazionalista Pondal, fundada no ano 1927, e que protagonizara episodios de grande relevo na loita arredista décadas atrás, tendo como voceiro A Fouce, e que viña de renacer en agosto do 1941. O grupo sería calificado por Suárez Picallo como un “*sector activo, e valeroso, extremista e separatista, que actúa con nós para derribar a Franco e conquistar a liberdade de Galicia*” (1)
- O “Manifesto das Mocidades Galegas. Aos mozos galegos”, de Manuel Pedreira, Bernaldo Souto, A. González Blanco e A. Buxán Rivas, que proclamaban desde o exilio a creación en Bos Aires dun secretariado das Mocidades Galegas. (1)
- O Consello de Galicia, instituído en Montevideo no ano 1944, do cal Castelao sería o primeiro presidente e do que serían parte os deputados Alonso Ríos, Ramón Suárez Picallo, Elpidio Villaverde e Alfredo Somoza, e que trataría de ser unha sorte de goberno galego no exilio pero que non sería recoñecido polo galeguismo do interior. (1)

Na primeira época Antón Moreda será vogal e posteriormente responsable de Festas e Actos e finalmente secretario Xeneral das Mocidades.

A finais dos anos cincuenta e comezos dos sesenta asistimos á creación de diversas plataformas culturais de Galicia como madrileña “Brais Pinto” e en menor medida, da denominada “Mocidade Galega”, de Barcelona, que cumpriran un importante papel na superación do culturalismo estricto imposto polos galeguistas de Santiago e que xurdiran a mediados da década precedente (2).

E é a súa volta, en 1960, cando Antón Moreda entra en contacto co grupo Brais Pinto en Madrid, gracias Luis Seoane, que antes de regresar, lles recomendara, a él e a outros retornados das Mocidades, unirse ó comunismo. O que atopa Antón é un grupo muy laxo, unido por certas inquedañas políticas pero lonxe dunha organización de partido. A primeira reunión prodúcese no bar La Región Gallega, como recordará Méndez Ferrín: “*Alí Moreda fixo un detallado informe da situación do nacionalismo en Bos Aires, referíndose ao Consello de Galiza, á Irmandade Galega e ás Mocidades, coido que foi cando lle sentín por primeira vez as palabras militante e militancia*” (1).

Por outra banda, os integrantes do grupo Brais Pinto, no ano 1963, en oposición ó galeguismo culturalista e apolítico de Santiago, que xa se coñece de forma despectiva como “piñeirismo”, fundan unha formación política que recibe o nome posteriormente rescatado de “Unión do Pobo Galego”(UPG), que, durante a que se conformará como primeira e máis efémera etapa, só será capaz de sacar á luz, en novembro do ano 1963, un documento titulado Constitución da Unión do Pobo Galego. Este texto vai recoller de maneira global os grandes eixes definidores desta nova formación como eran o seu fundamento, fins, composicións e outros aspectos relacionados con cuestións de tipo orgánico. Malia a súa brevidade, a vocación frontista coa que partía o

proxecto era evidente, como demostra a aceptación da participación doutros partidos (2).

Neste mesmo ano, Antón Moreda, por suxestión de Fernández del Riego, acada un traballo como viaxante de Galaxia, o que lle vai permitir entrar en contacto con todo o tecido galeguista do país, e nese momento, logo de encontros previos cando os compoñentes desta primeira UPG, X. L. Méndez Ferrín coma home destacado, e o propio Moreda van deseñar a denominada “Operación Pomba Mensaxeira”, que tiña o obxectivo da construción dunha formación política ampla, que, dentro do espectro do nacionalismo galego, recuperase a estela do histórico “Partido Galeguista”, e superase a rémora do culturalismo no que se atopaba ancorado. Despois dunha serie de contactos por carta, teléfono ou de forma directa, levaranse a cabo varias assembleas en A Coruña, Vigo, Lugo e Santiago, cunha principal decisión que será a de crear o chamado “Consello da Mocidade” (2), formación dentro da cal se disolverá a recén creada UPG.

A denominación desta formación aludía, por unha banda, á decisiva vontade de se transformar nunha prolongación no interior do “Consello de Galicia”, e por outra banda, co nome do “Consello da Mocidade”, facíase referencia ao principal compoñente sociolóxico do mesmo, isto é a xuventude galeguista. Tratábase pois de crear unha organización á marxe dos principais representantes do galeguismo histórico anterior, encabezados por Ramón Piñeiro, cunhas formulacións, que polo menos boa parte dos seus compoñentes, xulgaban negativas para o desenvolvemento desta formación política galeguista acabada de crear (2).

O Consello da Mocidade chegaría a agrupar unha cincuentena de persoas de diferentes procedencias políticas e ideolóxicas. Ademáis do grupo de Brais Pinto (Méndez Ferrín, Raimundo Patiño, Xosé Alexandre Cribeiro, Bautista Álvarez, Xosé Antonio Arjona, Herminio Barreiro...) atopamos a Antón Moreda, elixido, precisamente secretario xeral deste organismo. Así como mozos que traballaban no interior como Arcadio López Casanova, Salvador García-Bodaño, Xosé Luis Fontenla, Xosé Luis Rodríguez Pardo, estreitamente vencellados ás posicións do nacionalismo da editorial Galaxia, e mesmo algúns máis que non coñecían aínda o que era tomar parte nunha estrutura de carácter político, e sen esquecer ós contactos en América Latina.

Neste Consello se enfrentaron dous posicionamentos ideolóxicos definidos e opostos, como afirma Rubiralta Casas: *“Por unha banda, a formulación dos mozos aliñados xunto a Piñeiro e, con el, o grupo de militantes históricos dos tempos da posguerra, que optaron por unha saída culturalista e no plano ideolóxico, representan un nacionalismo moderado, con moitos prexuízos anticomunistas extendidos durante a guerra fría, que preconiza a supervivencia de Galicia dentro dun europeísmo que toma como modelo a estrutura partidaria de ser asumido pola totalidade dos partidos políticos, principalmente*

nunha versión democr cristiá e outra social demócrata, e non por un partido que defenda en exclusiva a bandeira do nacionalismo. Pola outra, un nacionalismo progresista radical, bastante inseguro pero capaz xa de estruturar unha organización fugaz como a inicial UPG, defende un galeguismo de novo cuño, permeable a ideas máis avanzadas como o marxismo, e dirixido xenéricamente ás clases populares (2).

Estas dúas posturas antiteticamente declaradas farán imposible a convivencia dos dous grupos nunha mesma formación, e o Consello disolverase, logo dunha situación de intrigas personais e acusacións, ó pouco tempo de ser creado.

Para Rubiralta Casas *“a fugaz experiencia do Consello da Mocidade tivo a virtualidade, cando menos, de decantar e consolidar unha serie de posicións dentro do nacionalismo galego que soamente uns meses antes a penas parecían difusas” (2).*

4.-A vida despois do Consello da Mocidade.

A documentación sobre esta etapa da vida de Moreda é escasa, sendo a novela de Margarita Ledo Andión, *Porta Blindada*, o texto clave para entender esta etapa, como o propio Moreda lle recoñecera á autora, após de ler o manuscrito, cun rotundo *“Explicáchesme a miña vida...”* que da conta da importancia que este libro tivo para Moreda, tanto dende o punto de vista vital/social como psicopatolóxico, e que posibilitará, a finais dos anos oitenta que comece a ter un espazo público recoñecido e motivación para levar a cabo numerosas actividades intelectuais e asociativas fora do manicomio.

Segundo o libro de Margarita Ledo, logo do fracaso do Consello da Mocidade, Moreda perde o seu traballo como viaxante de Galaxia e acada outro como viaxante de pensos compostos.

Despois desto, decide marchar para Barcelona, onde frecuenta os clubs de jazz e as tertulias do hotel Manila.

En Barcelona trata de buscar traballo nunha editora, pero de novo, segundo a novela de Margarita Ledo, a súa fama de tipo *perigoso*, politicamente falando, marcáralo, e non conseguiu atopar nada.

Daquela, en Barcelona, namorou dunha modelo fotográfica americana, cunha paixón propia de Moreda, similar á que puxera no independentismo. Como os cartos se lle acaban decide vender os libros que lle foran quedando de cando era viaxante de Galaxia, nun xesto simbólico no que se desfai daquel pasado e da súa relación coa editorial e os que o traizoaran.

É nese momento cando ten un episodio depresivo que aparece reflexado no libro de Margarita Ledo, que o fai ingresar no Preventorio Psiquiátrico

de Barcelona o 23 de setembro de 1965, ingreso que se reflexa tamén na súa historia clínica, como veremos.

5.-O internamento no psiquiátrico.

Sobre a historia psiquiátrica de Antón Moreda, aparte das súas reflexións recollidas en *Porta Blindada*, a única documentación que existe é a propia historia clínica que se achaba no arquivo do Hospital San Rafael e que podemos consultar. Esta historia caracterízase por unha imprecisión e falta de datos abraiante, que dificilmente permite chegar a unha conclusión diagnóstica, despois dos documentos consultados, por non ser posible trazar con claridade o debut e a evolución da enfermidade de Antón.

A parte destes documentos, na historia clínica non hai máis anotacións psiquiátricas ata o ano 1984, salvo dous informes máis do doutor Usero, así que é bosome no libro de Margarita Ledo, e nas propias palabras de Moreda, no vídeo de presentación de Gaiola Aberta, para documentarme sobre este primeiro ingreso e os sucesivos ata esa data.

Sobor deste primeiro ingreso, Margarita Ledo reflexa no seu libro, *Porta Blindada* as reflexións de Antón sobor dos malos tratos que recibira naquel internamento.

“Dor de estómago, que non é unha dor senón unha manía, cousa de terco, por eso metérono no patio (...) Pero en toda a estadia naquel patio, veña a vomitar e as monxiñas veña a lle dicir que todo era adrede ata que, á fin, aplícaronlle o electro-choc. E foi o da súa salvación. A chispa eléctrica, o aparato que xera no organismo os efectos dun ataque epiléptico, a meirande das torturas, xunto coas inxeccións de augarrás que che apodrecen a carne (...) Porque co chupinazo do aparato a vida túa tállase. E se despois do electro-choc segues coa teima de que algo está fodendo decote o teu estómago é que algo manca realmente o teu estómago. Entón podería tratarse dunha úlcera” (3).

Moreda vai ser trasladado, ó borde da morte, ó hospital de San José para se operar de úlcera sangrante.

A conciencia deste maltrato está reflexada nun escrito de Moreda recollido en *Antón Moreda. A loita dun galeguista*.

“Algúns ao millor teríamos dereito a unha indemnización por privación de liberdade e malos tratos, pode ser...” (3).

Parece que tras este ingreso en San José o paciente é dado de alta e vai vivir de novo á vila de Reinante coa nai, que casara de novas cun empresario, xefe dunha empresa de transportes, que tanto ideolóxica como afectivamente era completamente oposto a Antón.

Reingresa o 12 de xaneiro de 1970, sendo alta o 2 de xunio de 1976, para

reingresar definitivamente o 26 de xunio de 1976, ata a data da súa morte, o 4 de febreiro de 2010.

Este último ingreso e definitivo foi voluntario, segundo o libro de Margarita Ledo, co obxectivo de irle retirando a medicación a Antón.

“Ambolos dous el e mais o director (do manicomio), falan da posibilidade de ir retirando a medicación e de arpoventar ese tempo para preparar a saída definitiva. Acordan dous meses para se deixar aplicar, sinxelamente, o tal plan de desmedicación. Que como adoita acontecer con moitos outros plans esmorece sen máis porque estas cousas ocorren porque sí” (3).

Neste plan que esmorece porque sí, que se esgota e se encora no tempo, na rutina, no día a día, está recoñecible o síntoma da institución manicomial, que sume na apatía e na repetición a uns a e a outros, deixando abandonado ó internado. Sobre a dinámica manicomial, Margarita Ledo recolle as reflexións de Moreda ó respecto de dous temas fundamentais, a necesidade de control como requisito para a alta, e a reprodución por parte da propia institución da patoloxía que tenta tratar.

“Porque un tampouco sabe nunca o que é unha alta, pensa que se as cousas fosen tal e como son toda lóxica planeamos eu e o director, hai moitos anos que eu estaría fóra. Pero unha alta nunca é unha alta se non aparece esa persoa da familia que convén con eles en sustiuílos no control e nos cuidados que hai que ter contigo. Porque eles non cren que un tolo deixe de selo nunca” (3)

“Acó vintetantos anos, ti non aturas acó vintetrés anos, sen tomar psicofármacos por moi corda que estés. Ninguén de fora aturaría acó vintetrés anos sen se someter a tratamento. Ninguén” (3).

En 1977 Antón Moreda traba contacto con Margarita Ledo e explícalle as condicións que precisa para acadar a alta, xa que quere abandonar o manicomio e acadar unha vida normal.

“Para saír de aquí (...) e isto discutino con director do sanatorio, (...) cómpre un médico que siga o caso fóra, o meu caso, e cómpreme un traballo. Nestes anos, nos derradeiro cinco anos, fixen un curso de publicidade por correspondencia, (...) porque coa publicidade haberá máior posibilidade de atopar traballo (...)” (3).

Desta data hai un informe do Doutor Usero Tiscar, que segundo revela o escrito, estaba lonxe de considerar a Moreda capaz de saír do sanatorio e de acadar un traballo.

Pese ós intentos que se fixeron, a falta de apoios fóra, e a falta de vontade da propia institución, provoca que se vise obrigado a quedar no manicomio, ata o día da súa morte.

Desde finais dos anos oitenta ata a súa morte, a vida de Antón Moreda caracterízase primeiro, por recuperar certo espazo público que lle fora

negado, grazas á publicación no ano 1990 do libro de Margarita Ledo, e segundo pola súa actividade asociacionista, coa asociación Zoelas de Castro Riberas de Lea, e coa asociación Gaiola. Nesta etapa os seus esforzos centráñse aparte da loita política, na loita pola dignidade dos enfermos mentais e a denuncia da situación dos residentes dos manicomios de Galicia.

Pese ó deterioro físico, segue en activo e en 2002 fai o cambio do nome de forma oficial, tal e como se ve reflexado nos documentos do xulgado, a partir do cal o seu nome non é máis Antonio, senón Antón. Tamén consegue acadar naquel ano o grado senior da Universidade e iniciar o seu traballo de tesina co catedrático Xusto Beramendi, o cal, nunha entrevista personal coa autora, recordará a Antón como *“un hombre muy lúcido, no tenía ningún estigma de la enfermedad mental, ningún atisbo de locura, era educadísimo, como las personas de su generación, con mucha ilusión por llevar a cabo su trabajo y estudios en la Universidad (...) Yo que conocía cómo había sido su expulsión del Consello da Mocidade, traté en muchas ocasiones de tirar del hilo, para ver si en algún momento me contaba algo, pero él jamás se enfadó o habló mal de aquellos que le expulsaron, jamás una mala palabra, jamás un enfado, ningún tipo de resentimiento”*

Antón Moreda durante os inicios do seu ingreso permanece activo e loitador dentro do manicomio, facendo unha pequena revolución, coa conseguirá acadar un espacio propio e un lugar de dignidade que a propia institución no é quen de lle retirar.

No ano 1987 o Doutor Ramón Muntzaraz, psiquiatra nese momento no Sanatorio de Conxo, traba amizade con Moreda, relación que reportará a un e a outro importantes frutos, como será a creación da asociación Gaiola e da revista *Gaiola Aberta*, e a participación de Antón Moreda en varios actos en defensa da dignidade dos enfermos mentais.

Cinco anos despois daquel encontro, no outono de 1992, un grupo de doentes e traballadores dos catro manicomios galegos, convocan unha xunta en Compostela, no local da Asociación Cultural Arco da Vella, para constituir unha Asociación Cultural e fundar unha revista de ámbito galego que fosen voceiros da denuncia da marginación dos enfermos mentais dos manicomios de Galicia. Nace entón a asociación *Gaiola*, da que Antón será nomeado presidente, o 10 de setembro de 1992, sendo o seu voceiro *Gaiola Aberta*, saíndo o número 0 en outubro dese mesmo ano. A presentación pública tivo lugar na sala de actos da Galería Sargadelos de Compostela o 25 de Marzo de 1993.

Ó respecto desta actividade o propio Muntzaraz declararíase que *todos nós eramos plenamente conscientes de que íamos contra-corrente e que a coxuntura na que estabamos non era doada para avanzar nun eido coma o dos dereitos humanos e a marginación mais cada vez nas maos das ongs cuxa fun-*

ción e desconectalas das contradicións da realidade social e da coxuntura histórica onde se producen.

Publicáronse un total de cinco números de Gaiola Aberta, en dúas etapas, os tres primeiros na primeira época (do 1992 ó 1994) e dous números na segunda etapa (de 2005-2007).

Por último e para rematar, esta interesante *Carta Aberta ó Presidente da Diputación*, recollida en *Antón Moreda. A loita dun galeguista*, na que amosa a súa inquedaanza pola dificultade dos doentes mentais para vivir con dignidade e plenamente en sociedade, lúcida mostra dunha reforma psiquiátrica que non se levou a cabo na nosa comunidade, e dunha esperanza que nas palabras do propio Moreda, nunca perdeu.

“Sr. Presidente: diríxome a Vd. porque un psiquiatra mo recomendou. Suñoño que porque il xa non tiña ren que facer connmigo. Espero que Vd. como máximo representante da Diputación nos dia unha solución os que levamos anos e anos de internamento.

A situación do Hospital cambiou. Gracias. Pero non se trata de que iso cambie, aunque iso é bon. Trátase de que poidamos vivir en sociedade (...) Non se trata de que nos den a alta e logo, para mal vivir teñamos que pedir unha esmola. Trátase de que os que sempre traballamos, teñamos un traballo de acordo as nosas posibilidades. Ou os que temos unha pensión asistencial (...) podamos vivir con dignidade.

Ist o que pedimos non é unha utopía. Trátase de rehabilitarnos e de reinsertarnos na sociedade. Política que outros centros xa levan a cabo e, por suposto, terá que considerar a nova lei de Saúde Mental.

Suñoño que co dito abonda, non queremos ser unha carga para a sociedade, pero se non queda outro remedio, que funcione a solidariedade, pois somos humáns. Ren máis.”

6.-Conclusiones

A complexa historia de Antón Moreda une, nunha sola traxectoria vital, a psiquiatría, o nacionalismo, a política e, sobre todo, a traxedia.

Para Margarita Ledo, este encontro suporá así mesmo *unha das experiencias máis profundas e tirarlle a máscara á terra, que pasa por tirar da máscara de sí mesmo, por labrar a crenza. En Porta Blindada fixemos por lle retornar o nome ás cousas e por expresar a dificultade escorregadiza da relación cunha Galicia partida en dúas: na contemplación embelesada da “Terriña”, e na violencia, sen paraxe, dun país que se nega a atinar coas orixes do mal por entre tanto ben. O país do tanto che me tén.*

Antón é un testigo de privilexio. Na súa biografía podemos achar tanto a deriva da política como a deriva da psiquiatría galega, ésta última, que puxera

porta blindada á realidade obscena e incómoda da cronicidade e do manicomio. O máis claro exemplo do tanto che me tén: a frustración dunha reforma psiquiátrica apenas bosquexada ata os nosos días.

Por esto, e pase o que pase co noso proxecto de biblioteca, Antón, o irreductible, o esperanzado, gañounos xa un espacio, que non é físico, senón mental.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Santos Pérez A, Diéguez Cequiel U. Antón Moreda. Memoria do exilio. 2ª ed. Santiago de Compostela: Asociación Galega de Historiadores, 2010. p. 20-30,101.
- (2) Rubiralta Casas F. De Castelao a Mao. Santiago de Compostela: Laidvento; 1998. p. 85-89.
- (3) Ledo Andión M. Porta Blindada. Vigo: Edicións Xerais de Galicia; 1990.

PSIQUIATRÍA Y SU REFLEJO CINEMATográfico EN ESPAÑA DURANTE LA DICTADURA FRANQUISTA (1939-1975).

María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno, Pedro Marset Campos, Isabel Muñoz González y Joaquín Cánovas Belchí

Introducción

En este estudio nos hemos propuesto analizar la relación entre dos disciplinas independientes como son el cine y la psiquiatría, así como la influencia que los acontecimientos históricos y sociales tienen sobre la evolución de esta especialidad de la medicina y de un medio accesible al público general como es el cine.

Nos proponemos realizar un estudio de la historia de la psiquiatría española durante el periodo señalado estableciendo un paralelismo con el desarrollo del cine en estos mismos años, investigando cómo se refleja la psiquiatría en el cine español, indagando la forma en que el cine, herramienta cultural a la que accede gran parte de la población, ha reflejado la figura del psiquiatra y otros profesionales de la salud mental, de los enfermos mentales y demás elementos relacionados con el ámbito de la enfermedad mental.

Nos planteamos que el marco socio-histórico debe necesariamente determinar la evolución de una y otra disciplina al estar incluidos en el mismo contexto y marco histórico, político y cultural.

Material y método

Para realizar este trabajo hemos recurrido a diversas fuentes escritas: bibliografía relativa a psiquiatría, como a cinematografía: catálogos de Filmoteca Española de este periodo señalado, información sobre los estrenos de la época y la censura, así como circunstancias de producción, distribución y exhibición de largometrajes realizados.

Hemos realizado un estudio de la etapa: destacando los acontecimientos más señalados en relación al marco histórico-político, marco médico-psiquiátrico y marco cultural-cinematográfico. A continuación hemos buscado las películas con temática sobre psiquiatría y salud mental, es decir, cuyos personajes sean enfermos mentales ó profesionales de la psiquiatría, seleccionando las más representativas.

Marco histórico-político

Al finalizar la Guerra Civil triunfa un pensamiento muy conservador dando lugar a una primera etapa de la dictadura, la autarquía, de aislamiento político y cultural, rechazando toda novedad foránea que implique una visión crítica con el pensamiento establecido (1).

Este marco sociopolítico imperante era incompatible con el desarrollo cultural ó con la creación de un ambiente favorecedor para la implantación de la convivencia de diferentes puntos de vista.

La segunda parte del franquismo coincide con los planes de desarrollo y el final del aislamiento internacional, en ella se establece el gobierno de tecnócratas. Durante este periodo se normalizan las relaciones exteriores (2), también existen cambios significativos en la estructura interna del país: aumenta el número de estudiantes universitarios, se extiende la Seguridad Social al 80% de beneficiarios de la población, también se incrementaron las huelgas y los conflictos laborales, sobre todo a partir de 1970, pero la prensa no informaba, debido a la férrea censura a la que se veía sometida, que se extendía a otros ámbitos: cómo el cinematográfico.

Marco médico-psiquiátrico

El triunfo del pensamiento conservador se manifiesta de forma clara en el ámbito psiquiátrico. Los planteamientos ideológicos del régimen condicionan la psiquiatría de estos años, se trataba de hacer una psiquiatría autóctona, fuertemente dominante.

Destacaba cómo mayor exponente la figura de Vallejo- Nágera, jefe de los servicios de psiquiatría militar del ejército de Franco. Publicó gran cantidad de trabajos en relación con la mejoría de la raza y la psicosis de guerra (3).

Otra figura a destacar fue López Ibor, que profundiza en el estudio de la psicología de la raza llegando a la conclusión de que la raza española es una mezcla ideal en la que se combinan elementos nórdicos y mediterráneos (4).

En relación a la legislación en 1944 se crea la Ley de la Seguridad Social constituyendo el Seguro Obligatorio de Enfermedad, en el cual se excluía la asistencia psiquiátrica de sus prestaciones.

Durante los primeros años de postguerra los manicomios eran el pilar básico de la asistencia psiquiátrica, sin ningún tipo de planificación sanitaria, primando el carácter caritativo o benéfico (5).

Durante la tecnocracia coexisten en el mismo escenario psiquiátrico las nuevas promociones de profesionales, sin apoyo del régimen, que fue-

ron toleradas por las promociones salidas de la Guerra Civil que aún detentaban el poder de forma hegemónica.

La organización sanitaria era deficiente, lejos de los niveles europeos, y dentro de la organización sanitaria la asistencia psiquiátrica se situaba en un lugar marginal, considerada como la cenicienta de la medicina.

La asistencia psiquiátrica se incluía como parte del programa de asistencia social, no en el programa sanitario, siendo gestionada por la beneficencia. La Seguridad Social no contemplaba la asistencia psiquiátrica hospitalaria y la extrahospitalaria se reducía a los neuropsiquiatras de zona (6).

Los planes de desarrollo incluyen a los pacientes mentales graves en el mismo grupo que los marginados, retrasos mentales, prostitutas, alcohólicos y drogodependientes siendo los manicomios lugares de confinamiento y custodia.

En 1970 surge una generación de psiquiatras jóvenes que toman conciencia de la situación denunciando la asistencia psiquiátrica y la situación de abandono. Se comienza a sensibilizar a la opinión pública de los problemas de salud mental.

En 1971 se crean los Centros de Higiene Mental, antecedentes de lo que más tarde serán los Centros de Salud Mental, con Dispensarios de Alcoholismo y Toxicomanias, dependientes de las Diputaciones Provinciales por decisión del Consejo de Ministros. Se implantaron en ocho provincias de España (7).

Marco cultural cinematográfico

A lo largo de casi cuarenta años de dictadura el control sobre los soportes de pensamiento será riguroso. Se ejerció un estricto control a través de la censura que se aplicó con todo rigor a libros, prensa, radio, teatro y cine.

El cine, medio de comunicación audiovisual que llegaba a todas las clases sociales fue el entretenimiento hegemónico más popular. El régimen se mostrará plenamente consciente de la importancia del cine en sus propósitos educativos y propagandísticos (8).

A partir del 1 de enero de 1943 los cines fueron obligados a proyectar antes de cada sesión un noticiero oficial y propagandístico: el NO-DO, controlado directamente por el gobierno. De esta manera los documentales pasan a ser monopolio del Estado, coartando la posibilidad de cualquier otra información alternativa.

Encontramos que en el cine de esta época se daba una doble censura: se realizaba un examen al guión, previo al rodaje, y posteriormente al rodaje se volvía a realizar un examen a la obra concluida (9).

Con esta doble censura, junto a las limitaciones del periodo bélico, se produce una asincronía del cine español en relación al cine mundial, al igual que se produce un desfase entre la psiquiatría española y la mundial, que conduce a un alejamiento de la realidad, ya que el abordaje directo era imposible.

Debido a las medidas que toma el Estado sobre la producción cinematográfica los productores españoles, ejerciendo la propia autocensura, orientan su actividad a financiar películas de una determinada temática, que no se considerara ofensiva con los principios básicos del régimen, exaltando los valores que constituían los pilares del franquismo: el nacionalismo y la hispanidad, realizando una apología de la raza, la patria y el caudillaje (10). Encontramos títulos como: “Raza” (J.L. Saenz de Heredia, 1941) , “A mí la legión” (Juan de Orduña, 1942), “Inés de Castro” (Leitao de Barros, 1944), excluyéndose en las producciones filmográficas las enfermedades mentales.

Esta tendencia va en consonancia con las ideas promulgadas por Vallejo-Nágera: la mejoría de la raza, con títulos tan elocuentes como “Eugenesia de la hispanidad y política de la raza” (1937), “Eugamia: selección de novios y política racial del Estado” (1938).

De tal manera que encontramos que durante este periodo la censura cinematográfica se extendió a otros ámbitos como la psiquiatría, así se excluían del visionado las enfermedades mentales que ante sus manifestaciones extremas y el papel paternalista y protector que adoptaba el Estado sobre el público les llevó a considerarlas como una “mala influencia”, a excepción de que recibieran castigos ejemplares y así el público que las veía quedaba bien aleccionado de lo ejemplarmente correcto.

En este periodo de autarquía destaca la ausencia de un código normativo explícito, por lo que se aplicaba distinto rasero a los largometrajes extranjeros y nacionales, en los que el abordaje directo de la realidad era imposible (11).

En el periodo de la tecnocracia: en 1963 José María García Escudero (director general de cine y teatro) intentó clarificar las Normas de Censura Cinematográfica, dejando por escrito y publicando los criterios. Quedaba prohibida la justificación del suicidio, del divorcio, del adulterio, prostitución y todo lo que atente contra la institución del matrimonio. También estaba prohibido el aborto y los métodos anticonceptivos. Se prohibían las desviaciones sexuales y perversiones, toxicomanías y alcoholismo. Comprobamos por tanto cómo se da vigor a la prohibición de mostrar en pantalla las enfermedades mentales mediante la publicación de estas normas.

Todos los argumentos relacionados con la psiquiatría tenían un eco muy inquietante a los ojos de los censores, considerado como algo oscuro o turbio, un tema inadmisibles, prohibiendo títulos como “Freud, pasión

secreta” (John Huston, 1962), “*Las tres caras de Eva*” (Nonnally Johnson, 1957), “*El fotógrafo del pánico*” (Michael Powell, 1960), ya que se consideraba que era mejor no mostrarlo al público general. Los censores temían la propagación de estas lacras entre el público, decantándose por su prohibición (12).

Se refleja el gran estigma que se relacionaba con las enfermedades mentales, utilizando términos insultantes y despreciativos, desprendiéndose gran cantidad de prejuicios. La enfermedad mental tenía gran carga moralizante, se interpretaba como un castigo a un mal comportamiento sin tener en cuenta el encuadre médico.

Cuando los largometrajes hacían referencias al suicidio provocaba que las películas fueran retocadas, autorizadas únicamente para mayores ó directamente prohibidas, según la importancia dentro de la trama.

La destitución de Manuel Fraga como Ministro de Información y Turismo y la ocupación del Ministerio por Alfredo Sánchez Bella supone una clara regresión en el ámbito de la libertad de expresión, intensificándose los mecanismos represores.

Así la censura actuara con gran dureza, en consonancia con el recrudescimiento general de represión del régimen, no ocultada por la administración franquista, justificando este celo censor por la necesidad de salvaguardar la moral y salud mental de los ciudadanos (13).

En 1974 Pío Cabanillas (Ministro de Información y Turismo) comienza un periodo de aperturismo en letras, prensa y teatro. Sin embargo no ocurre lo mismo con el cine, manifestación cultural que debe esperar la transición para poder liberarse del yugo de la censura previa.

Por tanto el desfase cultural del cine en relación con otras manifestaciones culturales era más grave que en etapas anteriores. Por ello en este periodo de tecnocracia no hemos encontrado ningún largometraje cuyo argumento haga referencia a la salud mental o enfermedades mentales.

Discusión

Vemos por tanto como durante la autocracia la estricta censura imperante tutelaba los principios morales y religiosos de la vida científica y cultural del país.

De esta forma la psiquiatría se pone al servicio del ideario político del régimen proporcionando la justificación científica. Así se ensalzaban y potenciaban valores nacionalistas de los españoles como “raza superior” constituyendo este uno de los pilares fundamentales del franquismo.

El papel del cine como medio de comunicación social y de propaganda ideológica era utilizado por el Estado que asume un papel paternalista

y protector sobre los ciudadanos. De esta manera el tema de las enfermedades mentales en el cine era tratado desde una perspectiva moralizante y sólo cuando los comportamientos considerados “desviados” recibían un “castigo ejemplar” se podían mostrar al público.

De 469 películas revisadas en el “Catálogo de Cine Español de películas de ficción: 1941-1950” del profesor Ángel Luis Hueso (14) sólo hemos hallado seis que estén relacionadas con la enfermedad mental. En los argumentos de estos escasos largometrajes sobre la locura y la enfermedad mental esta no es tratada con seriedad, solamente podía ser abordada desde el género de la comedia y el humor romántico.

A través de diversas fuentes escritas cinematográficas de las producciones realizadas posteriormente a 1950 (ya que no se han realizado los catálogos de producciones filmográficas a partir de dicha fecha) destaca un único largometraje: “*Manicomio*” dirigido por Fernando Fernán Gómez en 1954. Este largometraje tuvo problemas con la censura que prohibió completamente el guión: la lectura en clave política de una historia que mostraba la España de los años 50 en manos de unos locos concluyendo que el lugar idóneo para establecerse era el manicomio no podía tolerarse. La Junta de Censura argumentaba la prohibición porque la locura no era un elemento que pudiera tomarse en broma, en tono jocoso y dar como resultado una comedia.

Es importante señalar que se puede interpretar como una crítica velada a la institución que en clave de comedia alocada y absurda y por su atipicidad pudo ser estrenada.

Según los últimos estudios y análisis de José Luis Castro de Paz (15) la entronca con el humor negro y la sátira de determinados círculos de “La Codorniz”, revista que constituía el refugio de los republicanos, con figuras como Tono, Enrique Herreros, Miguel Mihura, Enrique Jardiel Poncela. Por tanto se encuadra en un ambiente muy crítico (esta hipótesis se confirma más aún viniendo de una figura como Fernando Fernán Gómez).

En el largometraje se muestran los prejuicios y estigmas hacia los profesionales de la psiquiatría, pudiendo intercambiar los roles de profesional-terapeuta y paciente, cuestionando por tanto la salud mental de los profesionales. Nos presentan a los profesionales de la salud mental con un aspecto siniestro y tosco, de trato muy inadecuado. Los psiquiatras son incapaces de diferenciar enfermo mental y sujeto sano.

Se muestran los tratamientos como represores y restrictivos, como castigos moralizantes. Destaca la falta de asesoramiento y documentación: se maneja terminología psiquiátrica pero sin nada que ver con la realidad.

Debido a la estricta censura imperante y a imposibilidad de mostrar la enfermedad mental al público la imagen de la psiquiatría estaba vetada al cine. Se transmitía una imagen de enfermedad mental obsoleta y falsa. Se

abordaba desde una perspectiva genérica y superficial donde no se mostraban patologías concretas, funciones de los profesionales, características de los manicomios ni tratamientos aplicados.

La normalización de las relaciones exteriores y la entrada de los tecnócratas al gobierno dan la falsa impresión de una nueva libertad. Pero en el ámbito psiquiátrico continúan detentando la autoridad las mismas figuras que pregonaban el triunfo de la voluntad sobre los dominios incontrolados de la mente, aunque coexisten con otras generaciones tecnócratas más jóvenes. El modelo de enfermedad mental no cuestionaba el manicomio como centro asistencial y persistían los prejuicios y estigmas sobre la locura y psiquiatría.

Hasta comienzo de los años 70 no se crean los Dispensarios de Higiene Mental ni comienza una nueva generación de jóvenes psiquiatras a contestar y proponer otras alternativas asistenciales al manicomio.

Bajo una apariencia de libertad se estrechaban más los mecanismos censores. Con el Código de Censura de 1963 se endurecían las normas de cine español, el desfase cinematográfico era más grave que en décadas anteriores. Se excluían las enfermedades mentales por ser consideradas no dignas de buen gusto, se conceptuaba al enfermo mental como un ser inferior infradotado biológicamente.

Realizando una revisión de la producción filmográfica no hemos encontrado ningún largometraje de cine español que trate las enfermedades mentales ajustándose a nuestros criterios de selección de largometrajes.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Juliá S. La Democracia. En: Juliá S, García Delgado JL, Jiménez JC, Fusi JP, editores. La España del siglo XX. Madrid: Editorial Marcial Pons, 2007; p. 227-230.

(2) Preston P. Franco, caudillo de España. Madrid: Editorial Grijalbo, 2004; p.774-775.

(3) Comelles JM. De médicos de locos a médicos de cuerdos. La transición del manicomio al gabinete e la psiquiatría de anteguerra (1890-1939). *Asclepio* 1992; 44 (1): 347-368.

(4) Carreras Pachón A. Los psiquiatras españoles y la Guerra Civil. *Medicina e Historia* 1986; 13: 1-16.

(5) González de Chávez M. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Editorial Mayoría, 1980; p. 121-122.

(6) García González J. Psiquiatría y cambio social. Análisis socio-histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: el caso del hospital psiquiátrico de Oviedo. [tesis doctoral]. Oviedo: Universidad de Oviedo, 1979; p. 74-75.

(7) Bellot López J. Los Centros de Salud Mental institucionales en la práctica psico-social. En: González de Chávez M, editor. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Editorial Mayoría, 1980; p. 152.

(8) Heredero Carlos F. España bajo el franquismo: imágenes parásitas y resistencia crítica. En: Monterde JE, Riambau E, editores. Historia general del cine, Volumen IX. Europa y Asia (1945-1959). Madrid: Cátedra, 1996; p. 183.

(9) Gubern R. La censura. Función política y ordenamiento jurídico en el franquismo (1936-1975). Barcelona: Península, 1981; p. 67-69.

(10) Montero Díaz J. Iberoamérica como imagen cinematográfica en España. Su evolución. En: Montero J, Rodríguez, editores. El cine cambia la historia. Madrid: Ediciones Rialp, 2005.

(11) Monterde JE. Continuismo y disidencia. En: Gubern R et al. Historia del cine español. Madrid: Cátedra, 2009; p. 246-251.

(12) Caparrós Lera JM. Historia del cine español. Madrid: T&B, 2007; p.119-123.

(13) Gil A. La censura cinematográfica en España. Barcelona: Ediciones B, 2009; p. 225-226.

(14) Caparrós Lera, JM. Historia del cine español. Madrid: T&B, 2009; p.138-141.

(15) Hueso AL. Catálogo del cine español. Películas de ficción: 1941-1950. Vol. F-4. Madrid: Cátedra, 1998.

(16) Castro de Paz JL. Fernando Fernán-Gómez. Madrid: Editorial Cátedra, 2010.

***Revisión de trabajo “Psiquiatría y cine en España durante la dictadura franquista (1939-1975)”, ya publicado por María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno, Pedro Maset Campos y Joaquín Cánovas Belchí en la revista Norte de salud mental, 2011, vol. IX, nº 41: 87-93.

PSIQUIATRÍA Y SU REFLEJO CINEMATográfico EN ESPAÑA DURANTE LA TRANSICIÓN (1975-1982).

María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno, Pedro Marset Campos, Isabel Muñoz González y Joaquín Cánovas Belchí

Introducción

En este estudio nos hemos propuesto analizar la relación entre dos disciplinas independientes como son el cine y la psiquiatría, así como la influencia que los acontecimientos históricos y sociales tienen sobre la evolución de esta especialidad de la medicina y de un medio accesible al público general como es el cine.

Nos proponemos realizar un estudio de la historia de la psiquiatría española durante el periodo señalado estableciendo un paralelismo con el desarrollo del cine en estos mismos años, investigando cómo se refleja la psiquiatría en el cine español, indagando la forma en que el cine, herramienta cultural a la que accede gran parte de la población, ha reflejado la figura del psiquiatra y otros profesionales de la salud mental, de los enfermos mentales y demás elementos relacionados con el ámbito de la enfermedad mental.

Nos planteamos que el marco socio-histórico debe necesariamente determinar la evolución de una y otra disciplina al estar incluidos en el mismo contexto y marco histórico, político y cultural.

Material y método:

Para realizar este trabajo hemos recurrido a diversas fuentes escritas: bibliografía relativa a psiquiatría, como a cinematografía: catálogos de Filmoteca Española de este periodo señalado, información sobre los estrenos de la época y la censura, así como circunstancias de producción, distribución y exhibición de largometrajes realizados.

Hemos realizado un estudio de la etapa: destacando los acontecimientos más señalados en relación al marco histórico-político, marco médico-psiquiátrico y marco cultural-cinematográfico. A continuación hemos buscado las películas con temática sobre psiquiatría y salud mental, es decir, cuyos personajes sean enfermos mentales ó profesionales de la psiquiatría, seleccionando las más representativas.

Marco histórico-político:

El 20 de noviembre de 1975 muere Franco y es proclamado Juan Carlos I rey de España en un contexto político de gran incertidumbre. De esta forma se inicia un complejo proceso de transición, en el que se movilizan todas las fuerzas democráticas, que lleva desde la dictadura a la implantación, consolidación y desarrollo de un sistema democrático, cambiando así las condiciones políticas de forma estable (1).

En junio de 1977 se celebran las primeras elecciones democráticas y UCD con Adolfo Suárez a la cabeza obtiene la mayoría parlamentaria. En 1978 se procede al inicio del proyecto de Constitución, su aprobación puso fin a la existencia formal del régimen de Franco, España pasaba a regirse por una Constitución que consagraba un Estado social, democrático y de derecho (2).

Marco médico-psiquiátrico:

Debido a la existencia de la dictadura la Psiquiatría Comunitaria hizo acto de presencia en España con mucho retraso en relación con otros países. De manera que tras la caída del régimen entra en escena la influencia anglosajona en la práctica psiquiátrica y así comienza a hablarse de sociogénesis, se inician avances en el terreno de la asistencia comunitaria, se reintroduce el psicoanálisis y se produce el renacer de la investigación en el terreno biológico (3).

Dentro de la sanidad española el sector psiquiátrico es el área más conflictiva. El factor determinante es la miserable situación de la asistencia relegada a las diputaciones, órdenes religiosas y a unos pocos centros del Estado. La imagen de la psiquiatría entre la población general seguía estando muy vinculada a una imagen muy decimonónica del manicomio, las instituciones frenopáticas y la locura (4).

A pesar de la censura cultural y política aún vigente en aquellos momentos algunos periodistas pudieron publicar informes muy pertinentes sobre la situación de absoluto deterioro y precariedad en que se encontraban los manicomios y la asistencia psiquiátrica española (5).

Eran momentos en que la enfermedad mental, la locura y sus mitos, los manicomios y sus puertas cerradas aparecieron en la prensa, formando parte de los debates intelectuales y las conversaciones entre los ciudadanos. Películas como “*Alguién voló sobre el nido del cuco*” (Milos Forman, 1975), “*La naranja mecánica*” (Stanley Kubrick, 1971), “*Family life*” (Ken Loach, 1971), “*Diario de una esquizofrénica*” (Nelo Risi, 1968), interpretada de manera extraordinaria por la actriz lorquina Margarita Lozano, alcanzaron gran popularidad.

De esta manera se produce una profunda renovación de las ideas imperantes sobre la locura, hay una crisis de los manicomios como establecimientos asilares provocada por movimientos sociales más amplios que abarcan a sectores de la población ajenos a la psiquiatría. Aparecen nuevas ideas sobre la concepción del sujeto que incorpora los componentes dinámico y social a los biológicos (6).

Por lo tanto lo que comenzó como una crítica ante la asistencia deteriorada y sin futuro fue madurando: primero con las ideas de la psiquiatría comunitaria y después con una formulación más sólida del modelo desinstitucionalizador. Esta maduración fue paralela al cambio político en que se enmarcó la transición desde la dictadura a la democracia plena (7).

Así, al final de la transición se mostraba la psiquiatría comunitaria como la única alternativa capaz de entender al individuo en su sentido global. La salud mental como objeto individual y colectivo pasa a ser un valor en alza. Había una creciente sensibilización de la población favoreciendo con esta actitud el proceso de desinstitucionalización.

Marco cultural-cinematográfico:

La cultura española se define a partir de 1975 por su pluralidad y diversidad de manifestaciones. Se crea el Ministerio de Cultura con amplias competencias, en 1977 se suprime definitivamente la censura de espectáculos, medida fundamental para el desarrollo de la cinematografía, al igual que se suprime la obligatoriedad del No-Do (8).

De esta manera el cine puede diversificar su temática y abordar desde distintos aspectos cuestiones prohibidas durante la dictadura franquista. Aparecen documentales sociológicos y críticos con el franquismo: “*El desencanto*” (Jaime Chavarrí, 1976), “*Ocaña, un retrato intermitente*” (Ventura Pons, 1978), “*Función de noche*” (Josefina Molina, 1981). Surge el cine de denuncia social en el que se reflejan los problemas sociales emergentes: “*Deprisa, deprisa*” (Carlos Saura, 1981), “*Maravillas*” (Manuel Gutiérrez Aragón, 1980), “*27 horas*” (Montxo Armendáriz, 1985), destaca el director Eloy de la Iglesia, en sus obras muestra la descomposición de la institución familiar, cimiento básico en que se sustentaba la dictadura franquista, “*Colegas*” (1982), “*El pico*” (1983), “*El diputado*” (1978), “*Miedo a salir de noche*” (1980), “*La criatura*” (1977).

El cine español se convierte en esta etapa en un testimonio vivo de la realidad, de la que realiza un análisis crítico. Los largometrajes realizados durante esta época tienen en común que mostraban su visión de una sociedad debilitada y enferma como consecuencia de la represión. Indagaban en la intimidad familiar, en las relaciones desquiciantes de los individuos a

los que se les había proporcionado una educación represiva con gran carga moralizante (9).

De esta forma toma gran amplitud temática y formal, coexistiendo en esta época gran cantidad de géneros, opciones ideológicas y prácticas fílmicas diversificándose así las posturas cinematográficas.

Podemos observar como tras casi cuarenta años de forzoso silencio siguió una época de efecto de “descompresión expresiva” aflorando la originalidad e imaginación que llevó a los realizadores a abordar temas prohibidos. Se descubre la realidad como objeto cinematográfico incluyéndose las enfermedades mentales. Surgen largometrajes donde se muestran las patologías psiquiátricas “*Animación en la sala de espera*”, “*Mi hija Hidelgart*” (Fernando Fernán Gómez, 1977), “*El asesino de Pedralbes*” (Gonzalo Herralde, 1978). Destaca en esta etapa un título en el cine de autor catalán realizado por Josep A. Salgot, “*Mater amatissima*” (1980), en el cual Victoria Abril realiza su primer gran papel dramático. Basado en un argumento de Bigas Luna narra las complejas relaciones entre una joven madre y su hijo autista, interpretado por un verdadero autista: Julito Cruz. De esta manera al caer la dictadura el cine español comienza a asemejarse al europeo en la diversidad temática y libertad de expresión. Surgen largometrajes cuyos personajes, marginados y ácratas, anteriormente no se podían mostrar, acercando la salud mental y problemas sociales al público general. Proliferan los largometrajes pertenecientes al género documental utilizados como instrumento válido para auscultar el presente, se pueden considerar como un espejo de la España de cambio: un retrato parcial de los aspectos de la sociedad que habían sido anulados de forma voluntaria por la dictadura (10).

Discusión:

Durante la transición se movilizan las fuerzas democráticas, cambiando las condiciones políticas, legalizando los partidos y votando la Constitución. Esto se refleja en la práctica clínica de la psiquiatría y en el ámbito cultural-cinematográfico. La censura se va relajando hasta desaparecer completamente y el cine español se convierte en uno de los más libres afrontando los temas más atrevidos con inusitada franqueza. Esto incide especialmente en el género documental, que experimenta un auge cuantitativo inédito, apareciendo registradas las enfermedades mentales protagonizadas por enfermos de forma que proporcionan una visión menos efectista acercando más a la realidad la enfermedad mental, los problemas sociales, favoreciendo la sensibilidad de la población.

Revisando la producción filmográfica del periodo destacan como mas señeros tres largometrajes de ficción “*Mi hija Hildegart*”, “*Mater amatísima*” “*Con el culo al aire*” y cuatro largometrajes pertenecientes al género documental: “*El desencanto*”, “*Animación en la sala de espera*”, “*El asesino de Pedralbes*” y “*Cadáver...es*”.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Juliá S. La Democracia. En: Juliá S, García Delgado JL, Jiménez JC, Fusi JP, editores. La España del siglo XX. Madrid: Editorial Marcial Pons, 2007; p. 227-230.

(2) Powell C. España en democracia (1975-2000). Barcelona: Editorial Plaza & Janes, 2001; p. 128.

(3) Gracia Guillén D. El enfermo mental y la psiquiatría española de la posguerra. *Informaciones Psiquiátricas* 1990; 120: 161-171.

(4) Comelles JM. La crisis de la psiquiatría española durante el tardofranquismo y la transición. El caso del Instituto Mental de la Santa Creu. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1986; VI (19): 619-635.

(5) Costa P. El principio de autoridad y la sanidad española. *Sábado Gráfico* 1971, n° 745. p. 5-9.

(6) Menéndez Osorio F. Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a 2000: de un pensamiento único a otro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2005; XXV (95): 69-81.

(7) Hernández Monsalve M. La psiquiatría comunitaria. En: *Imágenes de la psiquiatría española*. Barcelona: Asociación Mundial de Psiquiatría. Editorial Glosa, 2004; p. 585-602.

(8) Tusell J. *Historia de España en el siglo XX*. Madrid: Taurus, 1998; p. 239.

(9) Monterde JE. Veinte años de cine español. Un cine bajo la paradoja. Barcelona: Paidós, 1993; p. 23-25.

(10) Hernández Ruiz J, Pérez Rubio P. Voces en la niebla. El cine durante la transición española (1973-1982). Barcelona: Paidós, 2004; p.35-38.

***Revisión de trabajo “*Psiquiatría y cine en España durante la transición (1975-1982)*”, ya publicado por María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno, Pedro Marset Campos y Joaquín Cánovas Belchí en la revista *Norte de salud mental*, 2012, vol. X, n° 42: 75-78.

TRAS LA PISTA DE DANIEL URRABIETA VIERGE (DE COMPOSTELA Y CONXO A LA SALPÊTRIÈRE PASANDO POR EL QUIJOTE).

Xaqueline Estévez Gil, David Simón Lorda y Tatiana Bustos Cardona

1.- A modo de introducción

En este breve trabajo pretendemos recordar o recuperar para el mundo de la historia de la psiquiatría y de la medicina a la figura de Daniel Urrabieta Vierge (Madrid, 1851- París, 1904), un prolífico “Maestro Ilustrador”, pintor y acuarelista de finales del Siglo XIX (1). Es uno de los más fecundos dibujantes españoles de la segunda mitad del siglo XIX. Pese a ello ha sido un autor olvidado (2) en España hasta hace unos años. Realmente muchos opinan que no fue hasta 2005, momento en que una exposición (y un magnífico catálogo (3)) sobre Urrabieta Vierge que se organizó en Madrid, vino a llenar una laguna informativa, a nivel divulgativo, sobre el ilustrador.

Nuestro interés por este ilustrador arranca hace un par de años a raíz de la visita de uno de nosotros al interesantísimo Museo de Dibujo Julio Gavín “Castillo de Larrés” (4) en Sabiñánigo (Huesca). Allí pudimos ver un dibujo de Urrabieta Vierge que representaba unos tratamientos electroterápicos en el hospital de la Salpêtrière en París. A raíz de este dato comenzamos a buscar y ampliar información sobre este ilustrador y pintor. Cuando descubrimos que había estado por Galicia y había hecho algunos dibujos con motivo de su viaje (5), nuestro interés se acrecentó aún más todavía... Ya luego supimos que este dibujo de Urrabieta Vierge en el Castillo de Larrés había sido publicado originalmente en *Le Monde illustré* con fecha de 14 agosto de 1887, pero de eso hablaremos más adelante.

2.- Algunos datos de su biografía (1, 2, 6, 7, 8)

Su padre fue el también ilustrador, pintor y grabador Vicente Urrabieta Ortiz. Su madre era Juana Vierge de la Vega, hija de un soldado francés nacionalizado español al finalizar la guerra de la Independencia, que había sido asistente del general Hugo, padre del gran escritor francés Víctor Hugo, del que más tarde Vierge ilustrará varias obras. Siempre conocido más por su apellido materno, Vierge (otros los escriben Viergé) fue un artista precoz. A la edad de trece años ingresó en la Escuela de Bellas Artes, quizás por la mediación de su padre, donde comienza su trayectoria

como dibujante, plasmando el Madrid de aquella época, o los cuadros de Velázquez y Goya. A la edad de 18 años, su familia se traslada a París, donde el joven continúa su obra retratando las calles de la vida parisina. Les sorprende el estallido de la guerra, por lo que la familia decide abandonar el país, mientras que el joven Daniel se queda retratando las crónicas de un país en guerra. Rápidamente se hace famoso como ilustrador y cronista gráfico en grandes publicaciones por su habilidad para captar la realidad más fugaz. Esto motivó a que fuera a prisión, por la sospecha de ser un espía. Tras este período, comienza una época fructífera, en la que el pintor trabaja incansablemente en múltiples encargos, como dibujante para grandes escritores, o como ilustrador y redactor de las más prestigiosas revistas ilustradas de la época, como *Illustrated London New*, *La Vie Moderne* o *Le Monde Illustré*. Con esta última revista parisina tuvo una especial relación profesional ya que colaboró con ella desde febrero de 1870 hasta 1899 (9).

Fue artista predilecto de Víctor Hugo y amigo personal de otros grandes escritores franceses y americanos del XIX. Ilustró las obras de Michelet, Quevedo, Zorrilla, Cervantes, Chateaubriand, Rosny, Saint-Juirs, Mérimée, Tissot ó Pennell, entre otros.

Alterna este período con viajes a España, entre los que se encuentra su viaje a Galicia (1880) y sus posteriores viajes a La Mancha, donde comienza toda su obra gráfica de *El Quijote*, obra que supondría su reconocimiento como artista y la culminación de su carrera. Vierge llegó a superar a los míticos ilustradores Doré y Pellicer gracias a sus dibujos para *El Buscón* y *El Quijote*. Muere a la edad de 53 años en París.

3.-El viaje a Galicia de Urrabieta Vierge (1880) (1, 5, 10)

A la edad de 29 años (1880), Vierge hace su segundo viaje a Galicia, debido al fallecimiento de su tío Julio Urrabieta, que estaba asentado en Pontevedra. Vierge siente verdadera fascinación por Galicia, que ya había visitado en un viaje juvenil en 1865 durante su etapa madrileña. En este viaje de 1880, viajará por Pontevedra, Norte de Portugal, Tuy y Santiago.

En Galicia primero recorre Pontevedra, para luego recalar en Santiago de Compostela coincidiendo con las fiestas del Apóstol. De su periplo surgen múltiples bocetos y algunas ilustraciones que fueron recogidas por José Filgueira Valverde en un pequeño libro editado en 1969 en Santiago de Compostela.

Era además un momento muy importante a nivel de peregrinaciones jacobeanas. En esta época y de la mano de la gestión del Cardenal Payá Rico durante los años en que éste estuvo en Compostela (1875-1886), se va a producir un resurgimiento y lanzamiento del culto jacobeano al amparo del

redescubrimiento de los restos del apóstol (1878-9) en la catedral de Santiago. En el año Santo de 1880 la repercusión fue clarísima al incrementarse la afluencia de peregrinos. Se desarrolló un importante despliegue por parte de las revistas ilustradas del momento para recoger los sucesos relativos a los renovados años Santos de 1875 y de 1880 (y luego también en 1885).

En la búsqueda de los huesos del apóstol Santiago iniciada por Payá, tuvieron luego gran protagonismo para la posterior autenticación de los mismos tres figuras médico científicas gallegas de la época: Antonio Casares, Freire Barreiro y Timoteo Sánchez Freire.

Además de la Catedral y la ciudad de Compostela, Urrabieta visitó y realizó bocetos de del Claustro del ex –Monasterio de Conxo, situado a pocos kilómetros de la Puerta Santa, en un municipio colindante al de Santiago. En ese exmonasterio será donde la Iglesia Compostelana y accionistas de la banca de la ciudad (11), abrirán en el verano del Año Santo de 1885 el primer Manicomio de Galicia. Sucedió tras una larga negociación con las Diputaciones de Galicia por quién se llevaba la iniciativa de abrir un manicomio central en Galicia, Conxo será un manicomio privado (de la Iglesia y de la Banca) que concierta con las Diputaciones gallegas plazas para estancias de “dementes” pobres. Timoteo Sánchez Freire será el primer director del Manicomio de Conxo-Santiago de Compostela.

Urrabieta publicará varios grabados sobre su estancia en Compostela en una revista ilustrada francesa, *Le Monde Illustré* (en septiembre de 1880), para la cual trabajó durante muchos años de su vida profesional. Así, tiene grabados tanto del interior de la Catedral con el rito del “Botafumeiro”, como de peregrinos entrando por la Puerta Santa. Este último es el que fue usado para ilustrar la portada de la publicación de Filgueira Valverde sobre Urrabieta en 1969.

4.-Por los gabinetes de electroterapia, salas y patios de la Salpêtrière – Paris en la época de Charcot (1881-1890)

Un año después de su viaje a Galicia, en febrero de 1881, sufre un ictus estando en París. Una hemiplejía le deja todo su lado derecho paralizado, pierde el uso de la mano derecha, y le deja sin habla. Según diferentes acercamientos biográficos (1), fue incluso atendido por el famosísimo médico neurólogo Jean-Martin Charcot, quien junto con otros médicos da inicialmente el caso por perdido. Según lo que ha publicado el experto admirador y biógrafo Javier Krahe (1), Urrabieta fue tratado en Salpêtrière por el neurólogo Charcot, quien a su vez indica sesiones de electroterapia bajo la dirección del doctor Romain Vigouroux. Los doctores no tenían

esperanza en que viviera mucho tiempo, pero Urrabieta, con gran fuerza de voluntad llegó incluso a dibujar con la mano izquierda mejor que con la derecha. Desde 1883 reinicia sus colaboraciones con *Le Monde illustré*, aunque aún tardará varios años en recuperar la maestría y facilidad para dibujar que tenía con la mano derecha.

Debido a su enfermedad neurológica, tuvo la oportunidad de conocer en primera persona uno de los hospitales más importantes de Europa en esa época, la Clínica Salpêtrière de París, con Charcot al frente del establecimiento. El pintor comenzó a desarrollar un interés por los temas médicos que rodeaban a su convalecencia. Realizó muchos dibujos y grabados en madera a testa de los equipos y pacientes que había visto en el hospital de Salpêtrière.

Llegó a realizar varias ilustraciones sobre los tratamientos de electroterapia (12), tratamientos que él mismo tuvo que experimentar en la recuperación de su enfermedad. La electroterapia fue en aquellos años un método de tratamiento habitual para las parálisis en esa época (13). También se utilizaba para tratamiento de corea, trombosis cerebral, angina, reumatismos, eczema... En aquel momento estaba en máximo apogeo el laboratorio o gabinete de electroterapia (14) del Dr. Romain Vigoroux, fundado en 1875 en La Salpêtrière con el soporte de Charcot.

Urrabieta Vierge muestra en uno de sus grabados al propio al doctor Vigoroux aplicando un tratamiento electroterápico (lo publica en *Le Monde illustré*, 14 agosto de 1887, con dos ilustraciones (8) sobre electroterapia: “Service d’électrothérapie à la Salpêtrière. Électrodiagnostique par le Dr. Vigoroux” y “Service d’électrothérapie à la Salpêtrière. Bain électrique. Électrisation localisée”). Igualmente colaboró con Gastón Trouvé, en su obra *Manuel d’électrologie médicale*, París, 1893. En dicha obra (prologada por el Dr. Vigoroux) aparecieron dos estampas de Urrabieta, una de ellas en la figura 221 que representaba la propia sala de electrología (pensamos que son las mismas que publica en *Le Monde illustré* de 1887). En un reciente trabajo de Christine Blondel (13) *La reconnaissance de l’électricité médicale et ses “machines à guérir” par les scientifiques français (1880-1930)* se hace mención del libro de Trouvé y reproduce una de las ilustraciones de Urrabieta Vierge para el mismo (una de las de *Le Monde illustré* de 1887).

Entre 1877 y 1881, Charcot labra su fama como neurólogo, y organiza un servicio que se convirtió en un modelo (15): laboratorios, departamentos clínicos relacionados (como ambulatorios policlínicos u hospitalización de corta estancia). La creación en 1882 de la cátedra clínica para enfermedades del sistema nervioso coronó la empresa. Sus clases magistrales de los viernes y las conferencias clínicas de los martes atrajeron a público de todo el mundo. Charcot y su escuela hicieron de la Salpêtrière

el sinónimo de neurología de vanguardia (16). Pero, como señala Micale (17), la Salpêtrière de los años de Charcot era también básicamente una inmensa institución psico-geriátrica para proporcionar refugio a las personas de edad e internamiento para enfermos mentales. En la Exposición Universal de París de 1889 presentó, entre otros dibujos, unos denominados *Vieilles à la Salpêtrière*, y meses más tarde publica en agosto de 1890 en *Le Monde illustré* otro trabajo sobre este tema, *L'heure de diner à la Salpêtrière. Quartier des vieilles femmes*.

Libros de referencia en este tema con el de Sander L. Gilman (18), "*Seeing the insane*" (1982), o del de Georges Didi-Huberman (19), "*Invention of Hysteria, Charcot and the Photographic Iconography of the Salpêtrière*" (2003), cuentan entre sus páginas y referencias con ilustraciones de Daniel Urrabieta Vierge sobre enfermos y enfermas en la Salpêtrière en los patios y jardines de la institución. Gilman utiliza una imagen de Urrabieta tomada de la Clements Fry Collection (Yale) que titula "Yard of an asylum", pero no da mas datos acerca de ella. Esta imagen es, sin embargo, es una imagen que se publicó en *Le Monde illustré* (7 julio 1887) titulada "Paris. Les Folles á la Salpêtrière", y que representa un dibujo del natural hecho por Urrabieta Vierge en los patios del manicomio-hospital.

El trabajo de Didi-Huberman contiene la ilustración de Urrabieta en *París Illustré* en 1887, titulada "Le preau des femmes a la Salpêtrière". Esta imagen ha sido comentada por autores como Marquer (20), quien refiere que es una imagen que simboliza completamente a la inocencia delante de la alienación y a su vez confirma la asimilación entre la locura y la Salpêtrière. La muñeca de trapo colocada en el columpio entre las dos mujeres (una vieja y repugnante, y la otra joven e inocente), transmite por un lado un medio terapéutico (columpio o balancín) que se utilizaba para tratar las crisis y por otro la condición simbólica de la mujer-niña a las que la enfermedad condena. A su vez esta ilustración es acompañada en el libro de Didi-Huberman por algunas reflexiones y críticas a la situación del hospital que se publicaron en la prensa francesa de esos años. Así podemos leer por ejemplo la cita del novelista y cronista Jules Clarétie de 1903:

"Detrás de esas paredes, vive una particular población, que se aglomera y se arrastra alrededor: los ancianos, los pobres mujeres, "repositantes" espera de la muerte en un banco, lunáticos aullando su furia o llorando su pena en las salas o en la soledad de las celdas. Las paredes grises gruesas de esta ciudad dolorosa parecen conservar, en su deterioro solemne, las majestuosas cualidades del París bajo el reinado de Luis XIV, olvidado en la era de los tranvías eléctricos. Es el Versalles del dolor" (Jules Clarétie, "Charcot, le consolateur," *Les annales politiques et littéraires* 21, no. 1056 (1903): 79-80) (Didi-Huberman, 2003, p.15).

Ya otros autores del mundo de la psiquiatría española ya se habían interesado por la obra de Daniel Urrabieta Vierge, pero en obras amplias y más generales (21, 22), que relacionaban el mundo de la pintura y el de la locura. En ellos se publicaron fundamentalmente dos de sus ilustraciones más conocidas, con dibujos y acuarelas de mujeres enfermas mentales en las salas y patios de Salpêtrière... pero debemos señalar que en esos interesantes acercamientos al mundo de la pintura y la locura/enfermedad mental hay datos escasos acerca de Urrabieta Vierge, de las fechas de sus obras o de dónde fueron publicadas. Además en dos de las ilustraciones y referencias hay identificaciones erróneas del nombre del artista (lo denominan como George Vierre o también como Vierre).

5.-Conclusion

Daniel Urrabieta Vierge, más conocido en Francia como Daniel Vierge, debiera ser considerado como una de las figuras importantes del elenco de pintores españoles y europeos que se acercaron a retratar a la razón y a la locura, a sus instituciones y personajes (por ejemplo Goya (23), Gabriel o Gericault (16)). Su obra transita desde la Europa de fin de siglo (París, Madrid, La Mancha, Galicia y Santiago de Compostela) a la Salpêtrière, Charcot, el Quijote y la locura... Pensamos que a través de estas líneas hemos aportado algunos vínculos de la obra de Urrabieta Vierge con algunas "stories" de la psiquiatría española y europea del siglo XIX (y del siglo XXI).

** Queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento a Javier Krahe y Nani González Sáez por las orientaciones e información que nos han aportado. Ambos son expertos en la biografía y obra artística de Daniel Urrabieta Vierge. También agradecer a Alfredo Gavín (director del Museo de Dibujo Julio Gavín "Castillo de Larrés" (Sabiñánigo-Huesca)) y a la Wellcome Library sus facilidades para reproducir algunas de las obras de Urrabieta Vierge en este trabajo.*

BIBLIOGRAFÍA

(1) Krahe J. Daniel Urrabieta Vierge. Su vida y su época. En: Blas J, Medrano JM, editores. Daniel Urrabieta Vierge: (1851-1904) creador de imágenes, ilustrador gráfico. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 2005.

(2) Villar Garrido A, Villar Garrido J. Daniel Urrabieta Vierge, un gran ilustrador del Quijote, casi olvidado. Añil: Cuadernos de Castilla-La Mancha 2006, 30: 50-52.

(3) Blas J, Medrano JM, editores. Daniel Urrabieta Vierge: (1851-1904) creador de imágenes, ilustrador gráfico. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 2005.

(4) Página web del Museo de Dibujo Julio Gavín "Castillo de Larrés" en: <http://www.serrablo.org/museodibujo>

- (5) Filgueira Valverde J. El viaje a Galicia de Urrabieta Vierge (1880). Santiago de Compostela: Bibliófilos Gallegos, 1969.
- (6) Marthold, J. Daniel Vierge sa vie, son œuvre. [monografía en Internet]. Paris: Floury, 1906. [acceso 30 de abril de 2013]. Disponible en: http://openlibrary.org/books/OL24366627M/Daniel_Vierge
- (7) Bastida de la Calle MD. La Campaña Carlista (1872-1876) en *Le Monde illustré*: Los dibujos de Daniel Vierge. *Espacio, Tiempo y Forma* 1990; VI (3): 273-305.
- (8) Amengual LJ. Entorno productivo del dibujante Alejandro Sirio. Daniel Urrabieta Vierge, primer ilustrador moderno. [monografía en Internet]. Buenos Aires, 2007. [acceso 29 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.t-convoca.com.ar/img/amengual_apendice_tecnico2.pdf
- (9) González Sáez N. Ilustraciones para *Le Monde illustré*. En: Blas J, Medrano JM, editores. Daniel Urrabieta Vierge: (1851-1904) creador de imágenes, ilustrador gráfico. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 2005.
- (10) Vázquez Castro J. El rey de los incensarios. Víctor Hugo y el redescubrimiento romántico del Botafumeiro. *Abrente: Boletín de la Real Academia Gallega de Bellas Artes de Nuestra Señora del Rosario* 2008-2009; 40-41: 149-186.
- (11) Simón Lorda D. *Locura, medicina y sociedad: Ourense (1875-1975)*. Ourense: Fundación Cabaleiro Goás, Xunta de Galicia, 2005.
- (12) Holcomb HS. *Electrotherapy. A wood engraving by Daniel Urrabieta y Vierge (1851-1904)*. New Haven, Yale Medical Library, Clements C. Fry Collection. *J Hist Med Allied Sci* 1967; XXII (2): 180-181.
- (13) Blondel C. La reconnaissance de l'électricité médicale et ses "machines à guérir" par les scientifiques français (1880-1930). *Annales Historiques de L'Électricité* 2010 ; 8 : 37-51.
- (14) Fournier E. *Histoire de la Physiologie à La Pitié-Salpêtrière*. De Duchenne de Boulogne au Pr Jean Scherrer. Paris, 2012 [acceso 3 mayo 2013]. Disponible en: <http://web109.aphp.fr/400ans/images/stories/Historique%20Neurophysiologie%20Scherrer%20Pitie%CC%81-Salpe%CC%82trie%CC%80re%202.pdf>
- (15) Bonduelle M. *La Salpêtrière de Mazarin à Charcot*. *Histoire des Sciences Médicales* 1997, XXXI (2) : 163-170.
- (16) Giménez-Roldán S. *La Salpêtrière antes de Charcot: una visita de Pedro González Velasco*. *Neurología*. 2013; 28: 52-6.
- (17) Micale MS. *The Salpetriere in the Age of Charcot: An Institutional Perspective on Medical History in the Late Nineteenth Century*. *Journal of Contemporary History* 1985; 20 (4): 703-731.
- (18) Gilman SL. *Seeing the Insane*. New York: John Wiley, 1982. p.211.
- (19) Didi-Huberman G. *Invention of Hysteria, Charcot and the Photographic Iconography of the Salpêtrière*. London: MIT press, 2003. p.15-16.
- (20) Marquer B. *Les romans de la Salpêtrière: réception d'une scénographie clinique : Jean-Martin Charcot dans l'imaginaire fin-de-siècle*. Geneve : Droz, 2008
- (21) Barcia Salorio D, Ayuso Arroyo PP. *El Arte de la Locura*. Madrid, I. M. & C. para Janssen Farmacéutica como contribución al desarrollo de la Historia de la Medicina, 1995.
- (22) *El arte de la psiquiatría*. Tomo I, La depresión y la ansiedad comentadas por psiquiatras españoles a través de la pintura / [Prólogo Luis Caballero Martínez]. Madrid: You&Us, 2002.p.156-7, 219-220.
- (23) Fernández Doctor A, Seva Díaz A. *Goya y la locura*. Zaragoza: INO Reproducciones, D. L. 2000. Disponible en: http://155.210.60.69/InfoGoya/Repositorio/Libros/Fernandez2000_Goyalocura



Figura 1.
Portada libro de Filgueira Valverde (1969)



Lám. 7. Procesión mitrada en el interior de la catedral de Santiago. Grabado sobre dibujo de Daniel Urrabieta Vierge. 1880.

Figura 2.
Procesión en el interior de la Catedral de Santiago. Dibujo de Daniel Urrabieta en Le Monde illustré en septiembre de 1880. Tomado de Vázquez Castro (200-2009).



Figura 3. Dibujo de Urrabieta Vierge «Service d'électrothérapie à la Salpêtrière» (47x62.5 cm, tinta y aguada / papel; fondos del Museo de Dibujo Julio Gavín "Castillo de Larrés") (reproducción para este trabajo con permiso del Museo <http://www.serrablo.org/museodibujo>). Fue también una ilustración en blanco y negro en *Le Monde illustré*, 14 agosto de 1887. "Service d'électrothérapie à la Salpêtrière. Bain électrique. Électrisation localisée".



Figura 4. Dibujo de Daniel Urrabieta Vierge. Tomado y modificado de libro de Gilman (1982, p.211) y también en la colección de la Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library (Yale University). Esta ilustración de Daniel Urrabieta Vierge fue publicada en *Le Monde illustré* (7 Julio 1888) y se titulaba "Paris. Les Folles à la Salpêtrière".



Figura 5. Dibujo de Daniel Urrabieta Vierge en *Le Monde illustré* (7 Julio 1887) titulada “Paris. Les Folles á la Salpêtrière” Tomado y recortado del libro de Didi-Huberman (2003, p.16).



Figura 6. “A doctor demonstrating electrotherapy on a young semi-naked woman in front of other doctors and a nurse, other female patients are waiting in the background. Process print of a wood engraving by G.D.I. after D. Urrabieta Ortiz y Vierge”. (Reproducido con permiso de Wellcome Library, London). Fue publicado en *Le Monde illustré*, 14 agosto de 1887. “Service d’électrothérapie à la Salpêtrière. Électrodiagnostique par le Dr. Vigoroux”.



Figura 7. A doctor demonstrating electrotherapy on a young semi-nude woman in front of an audience of physicians (?), her mother or chaperone is seated at the front. Coloured pencil drawing by D. Urrabieta Ortiz y Vierge. (Reproducido con permiso de Wellcome Library, London).

**GUERRA CIVIL, MEMORIA HISTÓRICA
Y SALUD MENTAL**

1937, EPISODIOS NACIONALES: ASESINATOS EN EL PSQUIÁTRICO DE VALDEDIOS.

Iñaki Markez

La manipulación en el pasado reciente de lo acontecido en el último siglo, sobre todo lo relativo a numerosos acontecimientos de la guerra española de 1936 a 1939 ha sido una constante desde entonces. Fue una trágica etapa con fuertes medidas coercitivas, represivas y de persecución que duraron al menos hasta bien avanzados los años 50, con muchos republicanos, con muchos inocentes que estaban allí cuando “los otros” también pasaban por allí y optaron por asesinarlos. Enterrados en muchas ocasiones en paradero desconocido, sin reconocimiento alguno, sin dignidad. También hubo muchas víctimas en el bando vencedor pero estas, en su mayoría, fueron reconocidas, contadas, certificadas e incluso glorificadas en calles, escuelas, bibliotecas, lápidas, monumentos públicos, etc.

Ante la mantenida contundencia de la represión franquista, las víctimas y los “vencidos” o quienes quedaron anteriormente en territorio de estos se refugiaron en un prolongado silencio, resignados fuera por miedo o por instinto de supervivencia acabó cercenando aquellas parcelas dolorosas de sus recuerdos. Aun con el paso de los años, más de 70 después de aquella guerra, no estamos libres del impacto de ese trauma colectivo, aunque no nos demos cuenta o no lo aceptemos. Sabemos que se hicieron desaparecer 100.000 personas, que murieron posiblemente más de 200.000 durante la guerra y 190.000 en las cárceles de la posguerra, que somos el segundo país del mundo con más fosas comunes sin abrir (1.204) después de Camboya, la conexión entre el trauma subconsciente que compartimos nuestra generación ahora y la situación de trauma original se ha perdido del consciente (1) que nos lleva a no entender síntomas que emergen, y desarrollamos conclusiones erróneas sobre los mismos.

Los hijos de aquellas víctimas, la siguiente generación, heredaron su tara, sacrificando el derecho a la restitución de la dignidad de sus antepasados en la engañosa “recuperación de las libertades democráticas”, claudicación consumada (en aras a la reconciliación) en la ley de la Amnistía de 1977 que cancelaba sine die las responsabilidades penales de los verdugos del franquismo y finalizaba con un pacto: la renuncia a la utilización política del pasado (2).

Pero los nietos y biznietos, las siguientes generaciones se levantan hoy contra las pretensiones de confundir amnistía con amnesia, contra la prevalencia del perdón del verdugo sobre la dignidad de las víctimas. Nuevas aristas de los traumas transgeneracionales.

El 27 de octubre de 1937, en Valdediós (Asturias), según diferentes testimonios fueron fusiladas 26 enfermeras y practicantes, 4 celadores así como una niña de 15 años, hija de una de las enfermeras. Es el episodio en el que más mujeres “enfermeras” fueron asesinadas en España. Su delito fue ser mujeres que cumplían con su deber de cuidar a enfermos mentales, hasta morir.

En julio de 2003 se halló una fosa con 17 cadáveres pertenecientes a este grupo de enfermeras. También habían aparecido otros dos cadáveres muchos años antes. Se desconoce el lugar donde puedan encontrarse el resto de los cuerpos.

Ahora, en estos momentos donde muchos se empeñan en arrojar oscuridad, es oportuno divulgar el conocimiento de aquellos hechos con el deseo de que nunca vuelva a repetirse. La investigación en torno a los hechos acaecidos en Valdediós, surgió de la Asociación para la Recuperación de la Memoria Histórica (ARMH), enmarcada en la Declaración sobre la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, aprobada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 47/133 de 18 de Diciembre de 1992. La finalidad de la investigación fue y es de carácter puramente humanitario, para recuperar la dignidad de los asesinados, reconfortar a los familiares y ofrecer una sepultura digna, evitando cualquier atisbo de rencor, odio o venganza. Recuperar este dramático episodio de la historia de la Enfermería ha de ayudar a no olvidar y a trabajar para que hechos como estos, no se puedan volver a repetir (3).

Preludio de una guerra

En la primavera de 1936, en plena marcha hacia la guerra desde el mes de febrero a julio, tras la liberación de los presos políticos que habían participado en la revolución de octubre de 1934 como primera medida del gobierno presidido por Manuel Azaña recién elegido democráticamente en las elecciones.

Para la oligarquía y las fuerzas conservadoras la derrota electoral de la Confederación Española de Derechas Autónomas -la CEDA- le invalidaba para ser el monopolio y referente de la defensa política de aquellas. Pero ¿existía otra alternativa?

- La Falange Española de las JONS, partido fascista español, fundado en 1933, tuvo un escaso crecimiento, muy pequeño para las expectativas generadas en los ámbitos conservadores y dos años después apenas tenía cinco mil seguidores, mientras que la CEDA rozaba los 700.000 afiliados. Había salido elegido diputado José Antonio Primo de Rivera, hijo del dictador, pero la candidatura en Asturias pasó desapercibida, con muy reducido apoyo social y obtuvo solo 818 votos.

- La opción fue acelerar la conspiración militar con varios generales al frente, con el protagonismo de Emilio Mola, José Sanjurjo y Francisco Franco. La fecha elegida para el levantamiento militar fue tres días después del asesinato del diputado monárquico José Calvo Solero, el 17 de Julio. Con repetidos intentos de apoyarse en la esfera sindical en la reciente Central Obrera Nacional Sindicalista (CONS) que, aunque tenía escaso eco entre los sindicatos de clase, fue inquietante su actualización en la esfera paramilitar, capaces de realizar un número elevado de atentados con víctimas entre simpatizantes del Frente Popular.

En Asturias Franco ya había tenido sus actuaciones represivas precedentes que le auparon al generalato en 1934. Ascendió a General de División y, al tiempo, Lerroux y su gobierno siguieron sus orientaciones para reprimir la insurrección de Asturias y Catalunya enviando al Norte tropas de Regulares y a la Legión. Al año siguiente Lerroux le concedió la Gran Cruz del Mérito Militar y fue nombrado Jefe del Estado Mayor Central por el gobierno de Gil Robles.

1936-1937 Oviedo, La Cadellada

Tras la sublevación militar contra el gobierno republicano del Frente Popular, iniciada el 17 de julio de 1936, en el Marruecos español y que tendría continuidad en muchas ciudades de la península dando origen a la llamada guerra civil española, también en el norte el general Mola se sublevó en Pamplona, hubo levantamientos en varias ciudades de Castilla La Vieja y en León, además de la sublevación militar en Vitoria y Oviedo.

Asturias se mantuvo fiel al gobierno de la IIª República excepto las unidades militares con base en Oviedo y Gijón. El Comandante en Jefe de la región era el coronel Aranda que parecía fiel al Gobierno vaciló ante las órdenes para armar a los militantes de las organizaciones de izquierda para contener al ejército sublevado. Accedió a recibir un telegrama del Ministerio de la Guerra indicándole que saldrían las columnas armadas hacia Madrid, aunque finalmente se quedaron en Palencia y Valladolid. Más tarde se sublevaría y ordenó la toma del cuartel de Santa Clara donde la Guardia de Asalto con el comandante Alfredo Ros al frente se opuso al alzamiento iniciándose el cerco de las milicias republicanas a la ciudad de Oviedo. El coronel Aranda resistiría a la espera de las columnas que provenían de Galicia y estaban bloqueadas por los mineros de las cuencas.

El nuevo Hospital Psiquiátrico Provincial de La Cadellada que sustituiría al viejo manicomio de Llamaquique inaugurado en 1887, estaba dentro del cerco de los milicianos a la ciudad de Oviedo en octubre de 1936.

Unos meses antes, en Mayo de 1936 el Dr. Ricardo Fandiño que era Director clínico del Hospital nº 1 de Gijón y capitán médico dirigió el hospital en sustitución de Pedro Quirós Isla, quien había sido depuesto tras un expediente disciplinario al denunciarse diversas irregularidades económicas en su gestión lo que terminó con suspensión de empleo y sueldo.

La línea divisoria entre zona republicana y zona golpista (“nacional”) estaba tan próxima al hospital psiquiátrico, que los trabajadores debían cruzar las líneas, por lo cual algunos dejaron de acudir a su puesto de trabajo. Por unas semanas fue también hospital de campaña atendiendo a numerosos heridos.

El 13 de Octubre los milicianos ocuparon el hospital, situado en plena colina y dentro del cerco a la ciudad de Oviedo, pero la defensa republicana fracasó y cinco días después los milicianos abandonarían el hospital. Optaron por llevarse a los enfermos no recogidos por sus familiares y parte de la plantilla, los que aun continuaban pues una buena parte ya había decidido marcharse para no tener que atravesar a diario la línea de fuego. (Imagen 1)

Fueron a Gijón, donde el Comité Provincial del Frente Popular, que hacía las funciones de gobierno en la región, decidió completar la plantilla del psiquiátrico y emplazarlo en el antiguo monasterio de Valdediós, habilitado provisionalmente como centro asistencial.

A finales de 1936 comenzó a funcionar en Valdediós como hospital psiquiátrico, donde se fue incorporando personal y algunos empleados se acompañaron de sus familiares pues la inmensa mayoría no eran de la zona. Lo hicieron ocupando casas deshabitadas, alquilando habitaciones o en el propio monasterio.



Imagen 1.
Pabellón de la Cadellada destruido por las bombas.

Parece ser que las autoridades republicanas no habían pensado en Valdediós como emplazamiento definitivo pues hay un escrito de mayo de 1937 donde el Consejo de Sanidad de Asturias y León solicitó la expropiación de una finca en Hevia (Noreña) para destinarla a Sanatorio Psiquiátrico pero el curso de la guerra cambió esos planes. Ciertamente que durante de la guerra, por la delicada situación estratégica de La Cadellada, la población enferma se distribuyó por varios lugares: el Colegio de las Dominicas y del Santo Ángel de la Guarda en Oviedo que acogió algunas mujeres, marchando algunos hombres al convento de Corias en Cangas de Narcea, y el gobierno republicano creó como centro de hospitalizaciones psiquiátricas, dependiente de la Comandancia del ejército republicano, en el monasterio de Valdediós. La mayoría de los trabajadores había entrado a trabajar tras el triunfo electoral de abril de 1931, eran jóvenes casi todos (Imagen 4).

A señalar que tras la toma de Oviedo, como en el Hospital de La Cadellada habían quedado algunos enfermos y personal sanitario los gestores de la Diputación, con mando franquista, restituyeron al Dr. Pedro Quirós como director y abrieron expedientes de depuración a la mayoría de los empleados. Por cierto, en un hospital con edificios absolutamente destruidos por las bombas.

En Asturias la guerra tuvo poca duración, poco más de un año, desde julio de 1936 a octubre de 1937, quedando Oviedo en poder de los sublevados casi todo el tiempo.

Iglesia de Santa María de Valdedios (4)

Situada a 42 km desde Oviedo, y a 9,5 km desde el centro de Villaviciosa por San Pedro de Ambás, al fondo del valle en tiempos llamado de Boides o Boiges, que después cambió el nombre por el de Valdediós al poco de fundarse el monasterio. Un lugar solitario, propio de la Orden del Cister (“ninguno de nuestros monasterios ha de levantarse en ciudades, castillos o aldeas, sino en lugares apartados del tráfico de la gente”: *Instituta monachorum cisterciensem*). A pocos metros se alza San Salvador o “El Conventín” (Imagen 2),



Imagen 2.
El “Conventín”, monasterio de Valdedios.
Foto Iñaki Markez, 2012

iglesia prerrománica mandada edificar por Alfonso II. Hoy, del originario conjunto medieval solo existe el templo.

Se construyó entre 1218 y 1226 aunque el acta fundacional la otorgó Alfonso IX de León y su esposa Berenguela en Santiago de Compostela el 27-11-1200, tiempo corto para levantar una iglesia cubierta con bóveda, la mayor asturiana de la Edad Media. Fue habitado originariamente por monjes cistercienses venidos desde Santa María de Sobrado en Galicia.

Desde aquellos inicios de siglo XIII hasta 1835 estuvo el Cister. Abandonado tras la desamortización de Mendizábal que expulsó a los monjes y vendió propiedades a particulares. Unos años antes, en 1810 hubo un saqueo de las tropas de Napoleón. En 1862 se estableció el Seminario Mayor y en 1877 un colegio de 2ª enseñanza suprimido en 1923. En 1986 comenzó la restauración y en 1992 nuevos monjes restablecieron la vida monacal. Regresan en febrero de 2009 con un cambio de congregación, con notoria rivalidad

La tragedia (5-7)

En Valdediós en el mes de octubre hacía frío, con el constante orbayu asturiano casi todo el día, con mucha humedad, con poca ropa para abrigarse y escasa comida. Había hambre en la zona, también entre los enfermos del improvisado hospital psiquiátrico (Imagen 3) y algunos llegaron a morir.



Constantino Suarez (enero de 1937)
«Los dementes» en Valdediós, donde fueron trasladados desde el Hospital Psiquiátrico de La Castellana, de Oviedo

Imagen 3.
Dementes en el psiquiátrico de Valdediós (enero 1937). Foto Constantino Suarez

Aquel 22 de octubre, por la tarde llegó a Valdedios el IV Batallón de Montaña Arapiles 7, que pertenecía a la 6ª Brigada Navarra, bajo el mando del comandante Emilio Molina, alojándose en el monasterio. Con este batallón iba un sacerdote que esa misma tarde ofreció misa a la que acudieron algunos vecinos del lugar.

Algunos trabajadores del hospital con historial político o que se habían afiliado a Socorro Rojo optaron por abandonar el lugar por temor a las represalias e ir a Francia. La mayoría de quienes trabajaban en el hospital, civiles no combatientes y que jamás habían empuñado un arma, consideraron que no tenían nada que temer, pues estaban cumpliendo con su obligación como funcionarios dependientes de la Consejería de Sanidad. Alguna otra persona como Rosa Fernández, por ejemplo, que no tenía donde ir o por no temer represalias por no haberse significado, ya que dependían de un gobierno legítimo, el de la República, decidieron quedarse. Quizá contribuyó a tomar esa decisión el hecho de que no hubiera represalias en los primeros días.



Constantino Suárez (enero de 1937)
Médicos y personal sanitario del Hospital Psiquiátrico instalado en Valdedios. La mayoría fueron fusilados en octubre de 1937 y enterrados en sus fosas comunes frente al convento.

Imagen 4.

Foto del personal del Psiquiátrico de Valdedios, enero de 1937.
Archivo Municipal de Gijón. Foto Constantino Suárez.

“No temas, que por cuidar locos no me va a pasar nada” dijo el enfermero Emilio Montoto al despedirse con un beso de su mujer y su hija sin saber que aquella trágica noche sería fusilado.

El día 26 a las nueve de la mañana apareció un hombre vestido de negro y con corbata, con una lista firmada por Pedro Quirós, que hizo llegar

al Oficial de turno (Capin, 2004). Llamaron a las personas de la lista y las retuvieron en el convento.

Cinco trabajadores del psiquiátrico fueron detenidos y conducidos a la cárcel de El Coto en Gijón: José Álvarez G., José Díez F., Jesús Fuentes, Gerardo Pérez Amia, Fernando Valledor, además de Fernando Gómez, detenido un año después tras una denuncia. Dos de los cuales fueron fusilados, aunque está constatado que no había participación en crimen o delito de sangre alguno por dichas personas.

Al día siguiente, el comandante y un soldado habían reconocido los alrededores para buscar un lugar adecuado para lo que pretendían acometer esa noche. Determinaron que el lugar idóneo era un pequeño bosque de árboles y maleza, sin darse cuenta que estaba al lado de un sendero utilizado a diario por la gente que bajaba de los pueblos

Al anochecer los soldados ordenan al personal del centro organizar una fiesta, a la que tenían que asistir obligatoriamente las enfermeras. Se comenta de una cena preparada y servida en la “sala física” por las enfermeras para más de 30, con abundante alcohol, de un baile obligado, y de abusos sexuales. También hay quien dice que no había alcohol, que el único era el de uso quirúrgico. Aunque no se ha probado, hubo testimonios de supervivientes y de familiares de los que allí murieron que señalaban que los militares violaron a aquellas mujeres, para posteriormente llevarlas y fusilarlas en el “Prau de Don Jaime”, la zona que llaman el Bosque. Obligados a cavar su propia fosa, fueron asesinadas a tiros. También asesinarían a 4 celadores, a una pinche de cocina y a una niña de 15 años hija de una enfermera que se hallaba en la casa de la cocinera.



Imagen 5.
Monasterio de Valdediós. Al fondo el prau de don Jaime. Foto Iñaki Markez.

Son varios los testimonios de la época que comentaron que el Capellán castrense de la unidad militar observaba los hechos y animaba a los soldados a continuar, mientras administraba los sacramentos antes de la matanza.

... tenía 21 años y pertenecía al batallón que aquella noche procedió a la ejecución... aunque no fui ejecutor directo esa pesadilla no ha desaparecido de mi mente a pesar del tiempo transcurrido... ya con 87 años... Nuestro Batallón no llegó a Valdediós por casualidad. Fuimos allí expresamente por orden recibida de nuestro comandante, que a su vez la recibió del Alto Mando. La misión era realizar los fusilamientos de personas que se le indicarían en una relación que llegaría en breve... Fue parte del comentario "anónimo" recibido telefónicamente por Antonio Piedrafita, hijo, en su casa de Oviedo. También daría nombres de responsables, lugar de ejecución o desarrollo de la cena.

Afortunadamente algunos no estaban en su puesto de trabajo por haber huido desde el inicio de la guerra, por haberse ido de Valdediós, por haber marchado al frente o por estar de permiso. No fue asesinada toda la plantilla porque algunos estaban ausentes.

Al día siguiente de la matanza, el 28 de octubre, los militares se marchan de Valdediós. La mayor parte del personal del hospital había sido asesinada, y la Diputación acordó trasladar a los enfermos, para cuyo menester enviaron al Dr. Pedro Quirós Isla, para que de nuevo se hiciera cargo de los mismos y de la dirección del hospital psiquiátrico.

Conversaciones actuales

El año pasado, preocupado por recoger información y opiniones sobre lo que allí ocurrió, tuve la oportunidad de entrevistarme con algunas personas de la zona de los cuales destaco algunos testimonios por su significación:

I- Senen Rivero Cueto (3-7-2012). Promotor e historiador local y desde hace muchos años preocupado por los acontecimientos más relevantes en Villaviciosa, sobre todo en el siglo pasado. Me comentaba que ya su bisabuelo hablaba de que hubo cosas extrañas de aquellos días pero no les gustaba hablar del tema (...) *Había documentos prohibidos que después a veces se han difundido...*

-¿Cómo decidieron matar y porque?

La Brigada de Navarra llegó... Entraron el día 21 en Oviedo, el día 20 en Villaviciosa y ya el 27 llegaron a Valdedios.... Yo tengo dos tesis:

1: Tras dos o tres días de juerga, a dos significados ya les llevaron a la

cárcel de El Coto en Gijón. Aquel día tras la cena preparada y servida por las mujeres que trabajaban en el psiquiátrico, hubo buenas borracheras y violaciones... y tras el desaguizado deciden fusilarlos a todos para tapar el asunto.

2: Otra versión apunta a que el Jefe de La Cadellada, muy de derechas, guiado por envidias y recelos que se había refugiado en Cangas de Narcea, una población muy de derechas, fue preguntado y puso de rojos a todos.

Hoy es necesario el reconocimiento de la memoria para alguno que le forzaron a ponerse en aquel pelotón...

II.- Paciente Berros Cosío. (4-7-2012) Tenía 7 años en 1937 cuando fueron los asesinatos. Había nacido y vivía en Valdedios (Imagen 6)



Imagen 6.

Con Paciente Berros en San Martín del Mar, Villaviciosa. Foto Iñaki Markez, 2012

De niño iba por el monte porque teníamos fincas muy esparcidas y cuando venía la aviación había que tumbarse a la sombra boca abajo... A mi padre le mataron en la guerra...

Cuando era niño y de joven no se hablaba del tema. Ya en los años 40 y 50 se echó tierra al tema. Los del convento... había algunos que eran como locos... y si estabas de trabajo te ayudaban y yo vivía allí cerca. Después con el tiempo algo ya se hablaba si eran de mucha confianza.

Lo que ocurrió fue que en octubre de 1937 entraron las Brigadas de Navarra... se contaba que hubo un capitán de los nacionales... También entraron los moros pero estaban bajo los árboles y la panera. Con ellos había que tener cuidado por la noche porque te quitaban de delante... Mi madre tenía que hervir la ropa todas las noches por los piojos que llevaban...

Los días anteriores los que estaban marcados por algo se fueron, quedaron los que eran inocentes y no se habían metido con nadie, al no estar implicados en nada no se largaron...por eso perecieron.

Una pareja de enfermeras quedaron para los últimos y no les enterraron en la fosa sino en otra en el Conventín... y me tocó ya con 18 años sacar

los restos, cuando la guerra tenía 7 años (...) La señora que llevaba lo del convento, o de la limpieza, dijo “ahí hay dos jóvenes enterrados que eran pareja, ten cuidado que están muy a flote” (...) aquellos restos fueron al cementerio de Puelles que tenía una montonera y allí los acumulaban... Aquella fosa estaba tras el convento, encima del camino, cavaron la fosa y con la ametralladora... para adentro... y nadie habló que aquellos dos. Recuerdo que alrededor también había muchas fosas de piedra de arena pero no se encontraron restos. Serían de los curas y frailes.

Años después de las muertes, las denuncias vinieron por los propios vecinos. A mi madre le multaron con 300 ptas. por la denuncia de un vecino... había muy malos quereres. Yo cuando me recuerdo aquello se me pone la sangre... porque eran atropellos muy grandes (se emociona).

III.- Eladio Lozano Berros (5-7-12)

Nacido el 13-12-1930 en Villarrica, cerca de Valdedios al lado de Polles, pertenece a la parroquia de Puelles ahora Pueyes, a 100 m. del monumento donde estuvo la fosa común. (Imagen 7).



Imagen 7.

Con Eladio Lozano en Villaviciosa.
Foto Iñaki Markez, 2012.

Yo fui a la escuela hasta los 10 años, iba para cura del 40 al 45, íbamos a la foyaza que es quitar la hoja al maíz (...) Fui a la mili voluntario porque mi padre quería meterme en la mina. Estaba en Trubia y en Gijón y para ser mal cura mejor ser buen marido y a poco fui a la escuela de analfabetos. Valdedios era hospital y manicomio y también había gente que no estaba loca, y había locos, locos,... Un día sentimos gritos y había un paisano en pelotas en un cerco de hierbas en las gavillas de maíz (...) se marchaban muchos porque no estaba muy vigilado (...) nosotros teníamos mucho miedo porque la escuela estaba tras el convento... Veíamos la habitación de ellos

y gritaban... el convento lo rodea una verja de piedra...

¿Por qué fusilaron?

....Yo creo que fue un chivatazo de Oviedo, porque vinieron de huidas de Oviedo, por aquí hubo poca cosa, algunos cañonazos y algunas bombas para asustar pero fue poca cosa pero... aquellos venían de Santander, que

allí fue muy dura. En el alto de Llanes fue gordísimo. Tenía un amigo de Fraguas... de 94 años y sabía mucho de la guerra... aquí en Villaviciosa no hubo resistencia. En Llanes, en Oviedo y en Gijón y en la cuenca minera si fue muy duro.

Venían de una follaza a la una de la noche, de ayudar a unos y otros vecinos... subiendo por la carretera iban a Oviedo con carros de combate

Con los fusilamientos...Yo cuento lo que oyes... por lo visto hubo entre las enfermeras y asistentes sanitarios...todas eran del hospital de Oviedo, huyeron de allí,... Los 19 que mataron, les hicieron cavar la fosa... que estuvo tapada muchos años.

Toda la zona fue fortificada con trincheras (en Lluaria, parte alta de Valdedios) y pasaban aviones que disparaban y no me mataron de milagro (...) un día que iba a la escuela con la abuela y cayó una bomba por donde pasábamos. Aquel día mataron a dos chiquillos y una abuela estando sentados en la puerta de casa (...) Yo estaba saliendo de mi casa.

Un sitio dirección a Pueyes, le llaman la torre. Aparecieron muchas cosas muchos restos de capillas (...) Hay una finca con una cueva a mitad del monte que comunicaba con el convento... también hay muchas cuevas por donde escapaban del monasterio, no por el muro que es de alrededor de 1700...

IV.- También pude coincidir con varios paisanos de la zona que prefirieron no dar su nombre aunque coincidían con las versiones anteriores, y con Manuel González, responsable de la Biblioteca de Villaviciosa, o con el guía y bibliotecario del monasterio de Valdediós y, como no, con el editor en el campo del video y la televisión Luis Rivaya, gran conocedor de la región. Todos ellos aportaron documentos y opiniones para poder hacer este trabajo y otros que podrán extenderse en otro momento.

Reconocimiento y memoria histórica

Hace dos años, un lluvioso día de otoño en una breve conversación con el nuevo superior de la comunidad de San Juan, Tarsicio Lemarie, sobre aquellos acontecimientos en el monasterio, me insistía no saber nada del tema y me remitió al Archivo Histórico de Asturias, en la antigua cárcel, cerca de la antigua estación de autobuses. Allí es donde se supone hay una buena parte del archivo documental de este lugar. Después me enteré que había llegado yo en mal momento pues estaban en plena polémica so-

cial -y pleitos con el Obispado de Oviedo- por el cambio de congregación para gestionar el monasterio. “Trajeron esos curas solo para echar a los otros” decía una hoja parroquial repartida por la zona.

Lo que realmente tuvo relevancia fue la excavación en la zona donde los lugareños comentaban se habían producido los asesinatos y, sobre todo, que por fin se había roto el silencio tras 66 años.

La implicación de colectivos tan variados como la Sociedad de Estudios Aranzadi, UGT Sanidad, la asociación asturiana de la AEN (AANSM), una Fundación de Leed, el colectivo Todoslosnombres de Asturias (TLNAS), un equipo de voluntarios que se organizaron como Servicio Civil Internacional, varios investigadores,... En aquel valle rodeado de montañas, con su monasterio de piedra e iglesia prerrománica en pie desde hace más de mil años...en julio de 2003 llegaron voluntarios del Servicio Civil Internacional que habían acudido de Suiza, Reino Unido, Finlandia, Canadá... y de zonas más próximas, de Asturias, Galicia, Euskadi, Catalunya y quizá de algún otro lugar.

Trabajo de campo en El Prado de D. Jaime entre el 15 de febrero y el 12 de agosto de 2003. Bajo la dirección de Francisco Etxebarria, con Lourdes Herrasti, Javier Ortiz Lejarza y un importante número de voluntarios. La 1ª semana solo lograron pequeñas excavaciones a mano y con palas... donde los testigos recordaban que estaban enterrados los restos. Ningún hallazgo. En la 2ª semana los arqueólogos deciden el uso de una pala excavadora que actuara con sumo cuidado... A las 2 horas aparecieron los primeros restos. Después vendría un trabajo delicado... y muy emotivo. (Imagen 8)



Imagen 8.

Excavación y exhumación en Valdediós. Foto F. Etxebarria y equipo, 2003.

Tras la exhumación, la recogida de los cuerpos de la fosa, el posterior examen forense de la Facultad de Medicina de San Sebastián, identificando algunos cadáveres y poniéndolos a disposición de sus familiares. Otros quedarían en un nicho del cementerio de Puelles, cerca de Valdedios.

Hay una enorme diferencia entre que los restos de tu padre descansan en un lugar digno a tenerlos en un prado (...) Sabemos cómo ocurrió, pero todavía desconocemos el por qué. Antonio, hijo de Antonio Piedrafita, enfermero.

Aquel equipo forense y de arqueólogos emitió sus conclusiones, muy reveladoras (8):

1. La fosa era una zanja en forma de L con una longitud total de 11 metros con anchura media de 60 cm y profundidad variable entre 40 y 100 cm.

2. El estado de conservación de los esqueletos es muy dispar dependiendo del lugar que ocupaban en la fosa. En general presentan una mala conservación y además una fuerte degradación aquellos restos que se encontraban en apoyo directo del fondo de la zanja.

3. En las tareas de exhumación fueron recuperados los restos esqueléticos de un total de diecisiete personas, de las que doce son mujeres y cinco son hombres, de conformidad a los criterios antropológicos estándar.

4. De entre los diecisiete individuos recuperados, catorce tienen el cráneo fracturado como consecuencia de disparos por arma de fuego que se pueden interpretar con sus respectivas trayectorias en ocho casos. El lugar topográfico en el que predominan los disparos es en la inmediata proximidad del oído. Estas lesiones son la causa fundamental de la muerte que puede calificarse de violenta homicida en todos los casos.

5. En dos casos, ambos masculinos, se constatan además otras lesiones traumáticas por arma de fuego en otras áreas distintas del cráneo.

6. Todos los proyectiles recuperados corresponden a munición de fusil.

7. Las evidencias recuperadas y el análisis de conjunto permiten una interpretación de los hechos que concuerda fielmente con las versiones previamente recogidas a través de testimonios.

Fue el logro de varios colectivos que supieron tomar iniciativas ya desde años atrás y de aquel nutrido grupo de personas voluntarias junto a un puñado de familiares venidos de distintas poblaciones asturianas unos e incluso desde EE.UU. Encontraron 17 cajas con restos de 17 personas asesinadas. Aquellos días, al mismo tiempo, los curas del monasterio, a distancia y en medio del patio, permanecían en silencio, con las manos entrelazadas a la espalda, observando con indiferencia el desfile de inocentes asesinados. Ni un gesto de humanidad ni palabra de consuelo a los familiares de quienes estuvieron enterrados tantos años allí al lado.

Lo de Valdediós fue un episodio trágico que tuvo algunas circunstancias peculiares:

- La responsabilidad criminal de una unidad del Ejército.
- La implicación de un capellán al permitir y “bendecir” la matanza.
- El asesinato masivo de *funcionarias-enfermeras*.

Dicho de otro modo, un crimen de guerra aun sin aclarar. Donde hubo elementos que no orientaban a que pudiera ocurrir lo que sí ocurrió: pudieron abandonar el hospital antes de la entrada de los militares, pero el sentimiento ético profesional del “deber de cuidar” fue más fuerte. Por esto mismo, no pensaron que su vida corría peligro.

Valdediós representa el simbolismo de episodios del pasado y el presente: no solo las peleas por el poder de la dirección del psiquiátrico... También en la guerra donde, anulados los valores (solidaridad, cuidados,...), no se respetan espacios ni instituciones ni profesiones. “Al enemigo ni agua... mejor muerto” por encima de las declaraciones universales, de La Haya o de NN.UU.

Pero ¿qué ocurre con el miedo y el silencio durante 75 años? ¿Dónde está la dignificación de víctimas y familiares? ¿Y la elaboración pendiente del trauma transgeneracional? Trauma de tener un antepasado perdido de forma violenta, o tener un antepasado que asesinó, algo aún más oculto en España. Llegó un momento en el que el bando vencedor no quería acordarse. Los hijos fuimos los que vivimos la transición, los que habíamos oído hablar en privado tanto y con tanto miedo de la guerra. Había una verdadera obsesión porque la guerra no se repitiera. Ahora han llegado los nietos que quieren saber, lo necesitan.

El primer reconocimiento a las víctimas de Valdediós tras la exhumación fue en octubre 2005, promovido por la sección sindical de UGT de Sanidad y por la AEN asturiana (tenían afiliados comunes). En aquella fecha se inauguró el monolito de Alfonso Rubio Camín, artista pintor asturiano, con la presencia de numerosos familiares. A partir de ahí se propuso celebrar el día de la enfermería en este contexto. En mayo de 2006, la Plataforma de Valdediós organizó una jornada en la que colaboraron la AEN y otras asociaciones como la Asociación de Enfermería Comunitaria, Sociedad de Enfermería de Atención Primaria y la UGT (Imagen 9). Después ha habido presencias ocasionales... que sería oportuno volver a retomar.



Imagen 9.
Enfermeros en el día de la enfermería.
Monolito de Rubio Camín.

In Memoriam

Desde el sector Salud ya conocemos gran parte de la realidad. El silencio se rompió hace casi 10 años. Por recuperar la dignidad de los asesinados, reconfortar a los familiares y ofrecer una sepultura digna, evitando todo atisbo de rencor, odio o venganza. Lograr no confundir amnistía con amnesia de lo ocurrido y no temer al engaño vivido durante tantos años Memoria incluyente y enfoque psicosocial son rutas hacia la reconciliación y no repetición.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Valverde C, Muntaner C, Márquez I. Neoliberalismo, trauma transgeneracional y el 15 M. Editorial. *Norte de salud mental* 2012, X (43): 7-9.

(2) García Piñero R. Prólogo. En: De la Rubia Borbón A, de la Rubia Huete, P. La Fosa de Valdedios. Gijón: Fundación Municipal Cultura, Educación y Universidad Popular de Gijón, 2006.

(3) Capín Rodríguez, M. El Valle de Dios. Madrid: MS-CYC (Mountainsoft Caminos y Cumbres), 2004.

(4) Arias L. Guías del Prerrománico Asturiano “San Salvador de Valdediós”. Oviedo: Ed. Nobel, 2009; p.58-9.

(5) De la Rubia Borbón A, de la Rubia Huete, P. La Fosa de Valdediós. Gijón: Fundación Municipal Cultura, Educación y Universidad Popular de Gijón, 2006.

(6) García E. La matanza olvidada del monasterio. La Nueva España, Oviedo, 29 de diciembre de 2002.

(7) Webster J. El Valle de Dios. Granta en español 2004, Enero.

(8) Etxebarria F, Herrasti L, Ortiz J. Informe relativo a la exhumación y los restos humanos hallados en la fosa de Valdediós. En VV.AA. “Valdediós (Asturias). La memoria recuperada” 2004. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/scrwwwsr/Medicina-Legal/valdedios/Valdedios.pdf>

UN MANICOMIO EN GUERRA: ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y POBLACIÓN MANICOMIAL EN EL MANICOMIO DE SANTA ISABEL DURANTE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA (1936-1939)*.

Paloma Vázquez de la Torre

Introducción

El interés historiográfico sobre la situación de los enfermos mentales y el funcionamiento de las instituciones manicomiales en tiempos de guerra es relativamente reciente (1). Es, sin duda, la Segunda Guerra Mundial el marco histórico que más investigaciones ha producido en este sentido en las últimas décadas (2).

En cambio es muy poco lo que conocemos sobre la situación de los enfermos mentales en los manicomios españoles durante la Guerra Civil, que asoló el país entre julio de 1936 y marzo de 1939.

Este trabajo, producto de una tesis doctoral, se sitúa dentro de una línea de investigación que pretende abordar la historia del Manicomio de Santa Isabel de Leganés en el siglo XX, utilizando fuentes de Archivo de la propia institución y que, al abordar el periodo de la Guerra Civil española, aspira a cubrir en parte esta laguna historiográfica, dada la escasez de estudios sobre los manicomios españoles durante esta guerra (3).

La psiquiatría durante la guerra civil española

La Guerra Civil española supuso una quiebra en el desarrollo de las importantes reformas asistencial puesta en marcha durante la Segunda República, y que fueron la consolidación de todo el proceso de renovación de los saberes psiquiátricos gestados en los años veinte.

En el plano asistencial, la situación bélica hizo que prevaleciera la atención sobre aspectos militares. Y, muy especialmente, se produjo una importante preocupación en ambos bandos por las neurosis de guerra (4) -heredada de la Gran Guerra europea y ante el temor de las bajas y me-

* Trabajo realizado en el marco de los Proyectos de Investigación Ministerio de Ciencia e Innovación): *Prácticas asistenciales y estrategias de institucionalización de la psiquiatría franquista (1939-1960)*. HAR2008-04899-C02-01 y HAR2009-13389-C03-02 (Ministerio de Ciencia e Innovación – España).

noscabo de los cuerpos del ejército-, que se refleja en las producciones científicas de la época y de la inmediata postguerra (5). Esto llevó a la creación de clínicas monográficas de neurosis de guerra en el ejército de la república (6), y a la modificación de los cuadros de inutilidad en ambos ejércitos (7).

En contraste, advertimos que los datos sobre la asistencia psiquiátrica a población no combatiente son muy escasos, y tampoco son numerosos los estudios que se han realizado al respecto. Por estos estudios, y por lo que se publicó en la prensa y en la literatura científica de la época, sabemos que hubo evacuación de pacientes, destrucción de instituciones manicomiales, así como reutilización de estas instituciones para otros fines. Esta situación de excepcionalidad, vivida por la mayoría de las instituciones psiquiátricas durante la contienda, repercutió en la atención a los enfermos y en la organización interna de los establecimientos.

La dividida región de Madrid mostró una situación similar de excepcionalidad en sus instituciones para dementes, tanto para los establecimientos del Madrid republicano como para los de aquellas poblaciones ocupadas por el ejército nacional entre 1936 y principios de 1937. Así, la mayoría de las instituciones de alienados debieron acometer evacuaciones de pacientes, como fue el caso del Sanatorio Neuropsiquiátrico de Carabanchel -regentado por Rodríguez Lafora-, el Sanatorio Esquerdo, la Clínica Militar de Ciempozuelos y el Hospital Provincial (8).

Funcionamiento y organización interna del manicomio durante la guerra

El Manicomio de Santa Isabel de Leganés - fundado como institución nacional de beneficencia en 1852 (9) -, permaneció poco tiempo en zona republicana, ya que el 4 de noviembre de 1936 las tropas rebeldes entraban por Fuenlabrada a Leganés, pasando la población a ser zona nacional el resto de la contienda.

Por su posición estratégica, a las puertas de Madrid, Leganés fue una zona de relevancia militar, donde se celebró, el 23 de noviembre de 1936, la reunión de jefes militares sublevados, presidida por Franco, en la que se decidió suspender el ataque frontal contra Madrid (10). También se instaló en el municipio una de las principales oficinas postales del ejército nacional, que realizaba servicios normalizados y de guerra (11), llegando la prensa republicana a afirmar que en Leganés se había nombrado un ayuntamiento de Madrid y una Directiva de la Asociación de la Prensa de Madrid (12).

El Manicomio no quedó al margen de la situación de excepción que estaba teniendo lugar en el municipio, ni de su posición en zona próxima al frente de batalla. En ocasiones los militares hicieron uso del estableci-

miento para funciones alejadas de la asistencia a los enfermos mentales, y así se realizaron peritajes, se pedía información de la conducta de los empleados -muchos de los cuales fueron llamados a filas-, se alojaron jefes militares y personas evacuadas procedentes de zonas republicanas e incluso se mantuvo a una persona detenida bajo vigilancia en la institución (imagen 1). Y, si bien no llegó a instalarse una clínica militar en Santa

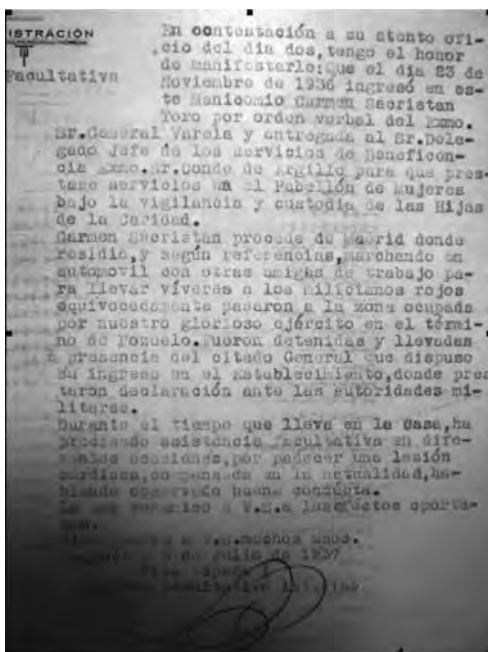


Imagen 1. Documento del Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Transcripción:

« En contestación a su atento oficio del día dos, tengo el honor de manifestarle: Que el día 23 de Noviembre de 1936 ingresó en este Manicomio CST por orden verbal del Exmo. Sr. General Varela y entregada al Sr. Delegado Jefe de los Servicios de Beneficencia Exmo. Sr. Conde de Argillo para que prestase servicios en el Pabellón de Mujeres bajo la vigilancia y custodia de las Hijas de la Caridad.

CS procede de Madrid donde residía, y según referencias, marchando en automóvil con otras amigas de trabajo para llevar víveres a los milicianos rojos equivocadamente pasaron a la zona ocupada por nuestro glorioso ejército en el término de Pozuelo. Fueron detenidas y llevadas a presencia del citado General que dispuso su ingreso en el Establecimiento, donde prestaron declaración ante las autoridades militares.

Durante el tiempo que lleva en la Casa, ha precisado asistencia facultativa en diferentes ocasiones, por padecer una lesión cardíaca, compensada en la actualidad, habiendo observado buena conducta.

Lo que comunico a V.S. a los efectos oportunos.

Dios guarde a V.S. muchos años.

Leganés a 3 de Julio de 1937»

Isabel -como sucedió en otros establecimientos manicomiales-, el papel del ejército fue tal que, desde noviembre de 1936, el ingreso de pacientes podía realizarse por orden de la autoridad militar, lo que quedaba registrado en fichas estadísticas separadas de las de los ingresos regulares. Esto contravenía el Decreto de 3 de julio de 1931 sobre la asistencia a enfermos mentales, en vigor durante la guerra, que sólo consideraba como supuestos de ingreso la indicación médica, la orden gubernativa o judicial y la propia voluntad (13).

Tampoco se llevaron a cabo, o se hicieron de forma irregular, otras de las normativas recogidas por este Decreto, como fueron las notificaciones al juzgado, las certificaciones médicas de ingreso o, muy especialmente, los partes semestrales que debían enviarse al juzgado para informar de la situación clínica del paciente que justificase la persistencia del ingreso. En cambio, si se cumplimentaron las fichas estadísticas de enfermos mentales donde se recogían datos administrativos, técnicos y nosológicos de los pacientes, mensual y anualmente, con el fin de disponer de una estadística nacional de enfermedades mentales.

En cualquier caso, comprobamos por la documentación de archivo que las decisiones sobre el funcionamiento del Manicomio estuvieron a caballo entre las autoridades militares y la Delegación General de Beneficencia, dependiendo del asunto que se tratara.

Los estragos de la guerra. Reducción del personal, bombardeos y carencias.

La plantilla de facultativos antes de la conflagración, en junio de 1936, era de seis plazas. Varios de los médicos abandonaron la institución tras el estallido de la guerra, entre ellos el que era jefe facultativo, Enrique Fernández Sanz. De modo que la asistencia clínica se mantuvo con tres médicos: Aurelio Mendiguchía Garriche -que asumió la jefatura-, Antonio Martín-Vegué y José María Moreno Rubio. Este último, por enfermedad y por una suspensión judicial de empleo y sueldo, tampoco trabajó el último año de guerra. No podemos dejar de señalar que, a partir de estos años, estos tres clínicos compatibilizaron su labor en el Manicomio con el cargo de alcalde del municipio, de evidente carácter político (14).

También el número de practicantes mermó de tres a uno pero, sobre todo, se produjo una reducción importante del personal de enfermería y subalterno, principalmente a partir del verano de 1937. De modo que, en septiembre de 1938, Mendiguchía, como director del Manicomio, escribía al entonces Jefe del Servicio Nacional de Beneficencia y Obras Sociales (Javier Martínez de Bedoya) haciendo constar que el número de enfermeros había pasado de 25 a 12, y solicitando nombramientos transitorios para

cubrir las vacantes, el aumento de las jornadas de trabajo y/o la militarización de todos los servicios. Por otro lado, las vacantes del personal subalterno -generalmente originadas por movilización militar-, fueron a veces suplidas por mutilados de guerra, como sucedió en otras instituciones de dementes (15). Como también las religiosas de la Caridad que trabajaban en la institución realizaron las labores de practicantes o enfermeras, frustrándose de este modo todo el proyecto de profesionalización de la enfermería psiquiátrica iniciado en la Segunda República.

Pero en estos años, 1937-1938, a las bajas del personal del establecimiento se sumaron los bombardeos que sufrió durante meses y las medidas restrictivas que imponían las autoridades militares o que eran consecuencia de las dificultades de la guerra (averías en la calefacción, restricción en el suministro eléctrico, destrozos por los bombardeos, etc.). Todo ello repercutió en las condiciones de habitabilidad del inmueble y, por tanto, en la situación en la que se encontraban los enfermos.

No hay documentación, sin embargo, sobre dificultades con el abastecimiento de alimentos, por lo que, a diferencia de los establecimientos del Madrid sitiado o de Barcelona (16), el Manicomio de Santa Isabel no fue especialmente castigado por el hambre (17).

Población manicomial.

Para estudiar los datos de la población manicomial se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos, con una muestra total de 376 pacientes que corresponden al total de ingresados al inicio de la guerra más los nuevos ingresos hasta la finalización de la misma. Se han analizado variables sociodemográficas, de tipo de ingreso, clínicas y terapéuticas, obtenidas tanto de las historias clínicas como de las fichas estadísticas, que se conservan en el Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Restricción en la entrada de pacientes y aumento de la mortalidad.

Debida a la situación de proximidad al frente de batalla, antes aludida, se restringió el ingreso de pacientes en el establecimiento, especialmente desde finales de 1937, de modo que el movimiento poblacional del Manicomio fue decreciente en estos años (figura 1). Tan solo se produjeron tres picos de entradas (figura 2), que corresponden, en primer lugar al ingreso de 12 hermanas de la Caridad y una laica a los pocos días de iniciarse la guerra, cuando Leganés seguía bajo el Gobierno de la República, y en

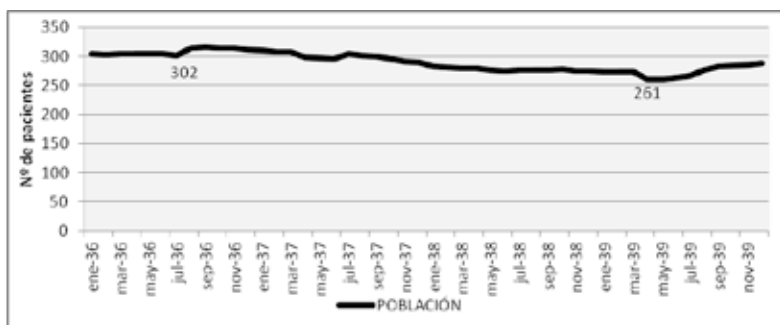


Figura 1.
Distribución mensual de la población manicomial (enero 1936-diciembre 1939).

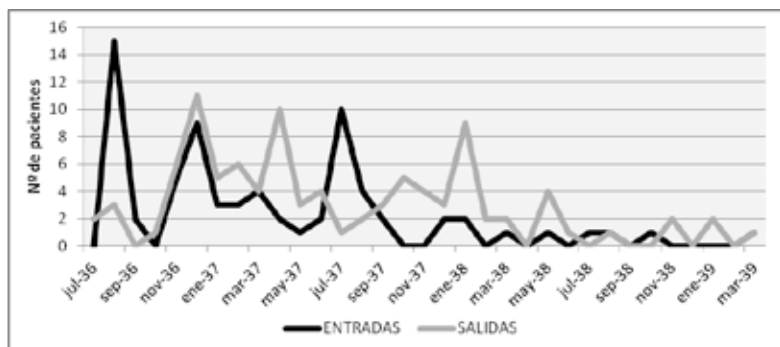


Figura 2.
Entradas y salidas mensuales de pacientes en el Manicomio de Leganés durante la guerra.

el que se advierte un cierto componente de refugio. Los otros dos picos responden a traslados de pacientes evacuados o fugados de otras clínicas, destacando en especial el ingreso, durante el verano de 1937, de ocho pacientes procedentes de la Clínica Neuropsiquiátrica de San Antonio,- clínica particular ubicada en el municipio y de la que era propietario Antonio Martín-Vegué, médico de la institución-. Estos ocho pacientes mantuvieron además un régimen especial de internamiento, figurando como refugiados.

De los 64 pacientes a los que se abrió historia clínica en este periodo (72 registrados en las fichas estadísticas), hubo 45 que ingresaron por orden militar. Debemos destacar que a partir de 1938 los pocos ingresos que se realizaron lo hicieron todos por esta vía que, como se ha expuesto, fue un procedimiento excepcional de internamiento en la guerra, que prácticamente desaparece al finalizar la misma, en abril de 1939.

No obstante, el descenso de la población manicomial no se debió únicamente a la restricción de ingresos, si no que obedeció también a un aumento, ya desde el inicio de la guerra, de las altas de los pacientes (figura 2), muy relacionado con el aumento de la mortalidad intra-manicomial en esos años.

Del casi un centenar de pacientes que fue dado de alta desde el inicio de la guerra, en un 71% el motivo fue la defunción. Por su parte, la curación fue el motivo de alta de sólo un 5% de los pacientes, la remisión de un 2% y el traslado de un 22%. Este último se debió principalmente a pacientes ingresados por orden militar procedentes de otras clínicas, que eran trasladados de nuevo a sus establecimientos de origen en cuanto era posible.

La mortalidad por sexos fue similar si miramos todo el periodo bélico. Sin embargo, las mujeres presentan un pico de aumento de mortalidad en el año 1937, que coincidió con el periodo en que el Manicomio sufrió más las consecuencias de la guerra por los bombardeos, que destrozaron especialmente los pabellones de mujeres (figura 3).

En cuanto a las causas de mortalidad, las enfermedades digestivas y las neurológicas fueron las más frecuentes. Entre las digestivas, más de la mitad fueron debidas a infecciones, del tipo colitis y enterocolitis. Y es que durante esta guerra la mortalidad por causa infecciosa en el Manicomio supuso el 30,5% de las muertes, siendo las infecciones digestivas las más frecuentes. Este aumento de la mortalidad infecciosa coincide con el de la



Figura 3.
Tasa de mortalidad anual en hombres, mujeres y población total del Manicomio de Leganés (1936-1939).

población general española durante la contienda (18), que rompió con la tendencia descendiente que había presentado durante el primer tercio del siglo XX (19), fruto de todo un proceso de mejora de la situación socio-sanitaria que incluyó la promulgación de diversos reglamentos sanitarios y la fundación de instituciones que velaran por la salud pública (20).

En este sentido, destacamos también la muerte de dos pacientes en la institución por fiebre tifoidea; infección que aumentó, como otras tantas, en España durante la contienda y que fue motivo de preocupación sanitaria y de campañas de vacunación (21), de las que se benefició el Manicomio recibiendo vacunas para los internados en 1937. Debemos resaltar, además, que desde 1931 no se había registrado ningún fallecimiento por este motivo en Santa Isabel y que, puesto que la vía de infección de las tifoideas es el agua contaminada, debió haber más pacientes infectados aunque no fallecieran.

Perfil sociodemográfico de los internados

Durante la Guerra Civil ingresaron más hombres que mujeres (54,7% frente a 45,3%). Siendo la edad media de ingreso de 45,83 años, mayor para las mujeres (51,19 frente a 40,27). Esta diferencia de edad se puede explicar, en parte, porque las patologías por las que ingresaron más frecuentemente los hombres tienen generalmente una expresión más temprana. Por otro lado, se ha descrito, un componente social protector para la mujer joven a la hora de decidirse el internamiento (22), a diferencia del varón joven con el que existía una menor sensibilidad social al ingreso y una mayor alarma ante la potencial peligrosidad (23).

Mayoritariamente los ingresados estaban solteros y procedían de Madrid, características de la población manicomial que fueron una constantes desde su apertura (24).

La estancia media de los pacientes que ingresaron en el Manicomio durante los años de la guerra fue de 6,25 años (DE 11,71), menor que en otras épocas. Al analizarla por sexo vemos como fue superior la estancia de las mujeres 6,97 (DE 11,87) que la de los hombres 5,65 (DE 11,72). Esta menor estancia de los varones se explica por el ingreso urgente, o para observación, de algunos militares, en algunos casos sin patología mental, y por los trasladados de otras instituciones, por fugas o evacuaciones.

A pesar de ser un Establecimiento General de Beneficencia, el Manicomio de Santa Isabel albergó desde su fundación más pacientes en pensionado (26). Sin embargo, una característica distintiva de este periodo fue que, por primera vez, la población de pacientes ingresados en beneficencia casi igualó a la de pensionistas, ya que durante la Guerra Civil, y en contra

de lo que venía sucediendo con anterioridad, los nuevos ingresos fueron casi exclusivamente en beneficencia.

Nosografía psiquiátrica. La influencia de la guerra en los diagnósticos de ingreso

El Manicomio cumplió con lo establecido por la legislación psiquiátrica republicana en cuanto a la realización de partes estadísticos, anuales y mensuales, con diagnósticos ajustados a las categorías kraepelinianas. No obstante, en las historias clínicas los facultativos empleaban diagnósticos de diversas tendencias nosográficas, que reflejan cómo la influencia de la clínica francesa fue cediendo ante la incorporación de la nosografía germánica.

Si analizamos los diagnósticos principales de la población total ingresada, éstos fueron similares a épocas previas en el Manicomio (26): la esquizofrenia fue la más prevalente con más de un 50% de los internados, la paranoia ocupó el segundo lugar con una media del 13,30%, la oligofrenia supuso casi un 12% y la PMD un 7,35%.

En cuanto a los nuevos ingresos, la esquizofrenia -o demencia precoz- continuó siendo el diagnóstico más frecuente (figura 4) (27). Sin embargo, se produjeron algunas particularidades consustanciales al periodo bélico, como el ingreso de un número reseñable de pacientes con diagnósticos neurológicos, como fueron las psicosis epilépticas u otras psicosis orgánicas, siendo casi exclusivos de pacientes internados por orden militar.

Debemos destacar especialmente el aumento de las patologías del grupo XI de la taxonomía kraepeliniana, correspondiente a las reacciones psicógenas, en contraste con años anteriores del Manicomio (28), y con las estadísticas nacionales de enfermedades mentales que se conservan de los años de la Segunda República (29). En este grupo se incluían las psicosis y neurosis de guerra. Ingresaron dos pacientes diagnosticados de psicosis de situación, destacando que no se había empleado antes esta categoría en la institución.

Pero además, existieron otros cuadros reactivos que, aunque no fueron catalogados como psicosis o neurosis de situación, sí fueron descritos como sobrevenidos por acontecimientos críticos en la guerra. Así fue el caso de un militar diagnosticado de psicosis reactiva de fondo histérico tras ser amenazado de fusilamiento (30). O el que se transcribe, también militar, diagnosticado de síndrome esquizoide con delirio paranoide e ingresado tras fugarse de su lugar de destino:

« [...] Según nos manifiesta el propio enfermo, fue encargado de formar parte de uno de los Tribunales Militares que se formaron en

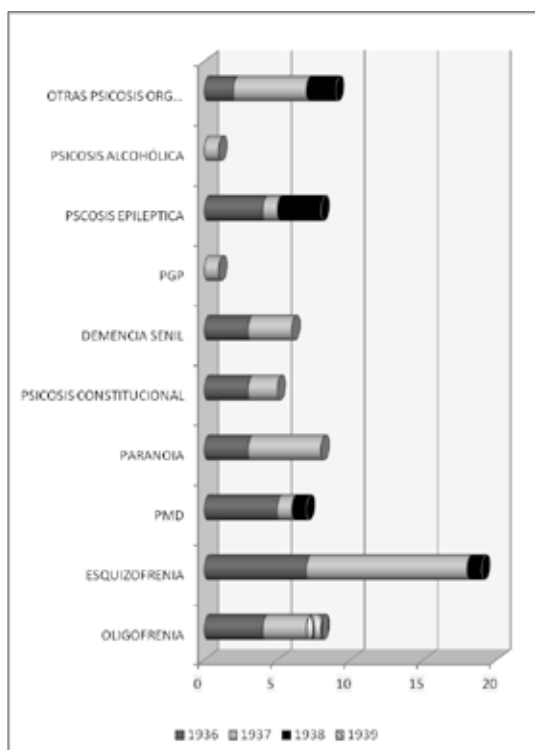


Figura 4.

Diagnósticos de pacientes nuevos ingresados en el Manicomio de Santa Isabel durante la guerra.

Navalcarnero, saliendo de esta población una tarde, siendo encontrado en Carabanchel Bajo por un Oficial de la Guardia Civil a las once de la mañana siguiente y trasladado a Leganés- Interrogado desconocía los sitios por donde había atravesado, aunque sí lo realizó a campo a traviesa y sin armas, nos indica, que la mañana que se marchó encima de su mesa de noche, había un librito de papel de fumar de cuadros blancos y negros siguiendo por esta causa todos los papeles que de estos colores se encontraba en el camino, manifestando verdadero placer si encontraba obstáculos en su marcha.

Tiene un complejo de inferioridad de tipo sexual, y aprecia en todas las personas que le rodean, que conocen esta manifiesta inferioridad suya.

Nos dice que fue la principal causa por la que huyó del sitio donde se encontraba. (31) »

Otra característica también del periodo de la guerra fue el ingreso de varios militares, sin patología psiquiátrica, que fueron internados en situaciones de emergencia médica. Así ingresó un paciente con tuberculosis pulmonar, otros dos con cuadros febriles y un alférez con un síndrome confusional secundario a heridas de metralla (32).

Agrupando los diagnósticos por sexo vemos cómo la esquizofrenia fue más frecuentemente diagnosticada entre la población masculina y las psicosis afectivas y paranoia entre la femenina. Estas diferencias diagnósticas coinciden con los datos de años previos del Manicomio y de las enfermedades mentales en instituciones españolas de 1932.

La escasez de tratamientos

El uso de la terapéutica fue escaso y anacrónico en este periodo, así, de las 64 historias clínicas abiertas, sólo se hicieron constar seis tratamientos farmacológicos. Por otro lado, aunque se recogieron en las descripciones clínicas algunas referencias a otras prácticas terapéuticas, como la laborterapia o las medidas higiénico- dietéticas, su uso fue irregular.

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, se recoge el empleo de luminal, para pacientes epilépticos, y los abscesos de fijación de esencia de trementina (aguarrás) para un delirio agudo con agresividad y para una alucinosis alcohólica. Dada la situación de penuria económica, este tratamiento piretotérapico, descrito como uno de los más dolorosos y cruentos, fue el único de esta clase registrado en el periodo de la Guerra Civil en el Manicomio de Leganés. No se recoge el empleo de otros tratamientos piretotérapicos como la malarioterapia, el “pyrifer” (albúminas bacterianas obtenidas de los caldos de cultivo de determinadas bacterias no patógenas del grupo coli), u otros empleados previamente en la institución (33), como fueron el azufre o el bismuto (34). Tampoco se introdujeron métodos terapéuticos en boga en Europa como la insulino-terapia, la cardiazolterapia o el electrochoque. Algunos de ellos desconocidos y empleados en España durante estos años en clínicas militares (35), como fue la cardiazolterapia (36).

A modo de conclusión

Se concluye que la situación de guerra menoscabó la asistencia psiquiátrica en el Manicomio e influyó en el perfil de los pacientes que ingresaron. Los enfermos sufrieron las consecuencias de bombardeos, restric-

ciones y carencias, y el funcionamiento de la institución se vio alterado, paralizándose la aplicación de las reformas asistenciales republicanas durante el periodo bélico. Serían necesarios más estudios de investigación sobre instituciones manicomiales españolas durante la contienda civil, que nos permitan una mayor aproximación a las prácticas psiquiátricas que se emplearon y a la situación y destino de los enfermos mentales durante ese periodo crucial de la historia de España.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Von Bueltingsloewen I. *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Paris: Éditions Flammarion; 2009.

(2) Seeman MV, Kessler K, Gittelman M, editors. *The Holocaust and the Mentally Ill*. *Int J Ment Health*. 2006; 35 (3 y 4).

(3) Vázquez de la Torre Escalera P. *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939)*. Población manicomial y prácticas asistenciales [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 2012.

(4) Villasante O. "War neurosis" during the Spanish Civil War (1936-39). *Hist Psychiatry*. 2010; 21(4): 424-435.

(5) Vázquez de la Torre P, Tierno R. La literatura psiquiátrica durante la Guerra Civil española (1936-1939): Archivos de Neurobiología, Revista de Sanidad de Guerra y Revista Española de Medicina y Cirugía. En: Campos R, Villasante O, Huertas R, editores. *De la «Edad de Plata al Exilio» construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*. Madrid: Frenia; 2007. p. 239-258.

(6) Rodríguez Lafora G. La psiquiatría y neurología de guerra y de la revolución. Sus problemas y soluciones. *Revista de Sanidad de Guerra*. 1937; 4: 121-128.

(7) Decreto Ley de 27 de julio de 1937. *Boletín Oficial del Estado*, nº 287 (03/08/1937). p. 2674-2679.

(8) Villasante O. Los viajes de los "dementes" del Provincial de Madrid durante la Guerra Civil (1936-1939). *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2010; 30 (108): 613-635.

(9) Villasante O. The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900). *Hist. Psychiatry*. 2003; 14 (1): 3-23.

(10) Los facciosos deliberan en vista de sus fracasos. *La Vanguardia*. Miércoles 25 de noviembre de 1936: 7.

(11) La Chozas de Comunicaciones. *ABC Sevilla*. Sábado 22 de mayo de 1937: 7.

(12) Madrid. Otro botón de muestra. *La Vanguardia*. Sábado 4 de diciembre de 1937: 4.

(13) Decreto de 3 de julio de 1931. *Gaceta de Madrid*, nº 188 (07/07/1931). p. 186-189

(14) Alonso Resalt J, López Muñoz M. Los Alcaldes de Leganés. Leganés: Legacom Comunicación SA; 1999. p. 71-73; 76-79; 83-84.

(15) García Cantalapiedra MJ. *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid*. Valladolid: Diputación de Valladolid; 1992. p. 246.

(16) Bordas R. Las avitaminosis en los enfermos de la Clínica Mental de la Diputación, durante el trienio 1937-1939. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cien Afin*. 1945; 4: 90-91.

(17) Del Cura I, Huertas R. The siege of Madrid (1937-1939). Nutritional and clinical studies during the Spanish Civil War. *Food and History*. 2008; 6 (1): 193-214..

(18) Fondo Documental del INE.

- (19) Criado Amunategui A. La mortalidad en España en los años 1901 a 1950. *Rev Sanid Hig Publica*. 1956; 1-2: 1-101.
- (20) Huertas R. Política sanitaria: de la dictadura de Primo de Rivera a la II República. *Rev Esp Salud Pública*. 2000; 74: 35-43.
- (21) Madrid se vacuna contra el tifus. *Mundo gráfico*. Miércoles 12 de mayo de 1937; 1332.
- (22) Ospina Martínez M A. "Con notable daño del buen servicio": sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá, Antipoda. 2006; 2: 303-314.
- (23) Heimann Navarra C. El Manicomio de Valencia (1900-1936) [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 1994. p. 326.
- (24) Mollejo E. Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936. Madrid: ICOMEN; 2011. p. 172
- (25) Tierno R. Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia (Madr)*. 2008; 8: 97-129. p. 103-104.
- (26) Salas y Vaca J. Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas; 1929. p. 34.
- (27) Vázquez de la Torre P. Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia (Madr)*. 2008; 8: 69-96.
- (28) Candela, R, Villasante, O. Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía Kraepeliniana. En: Martínez Azumendi, O., Sagasti Legarda, N., Villasante, O. (eds.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, Madrid: AEN; 2011. p. 201-220.
- (29) Fondo documental del INE.
- (30) Historia clínica 1121. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.
- (31) Historia clínica 1116. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.
- (32) Historias clínicas 1117, 1131, 1147, 1120. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.
- (33) Tierno R, Villasante O, Vázquez de la Torre P. El Manicomio Nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En: Campos R, Villasante O, Huertas R, editores. *De la «Edad de Plata al Exilio» construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*. Madrid: Frenia; 2007. p. 107-128.
- (34) Mendiguchía A, Martín Vegué A, Fernández Sanz E. La piroterapia por el azufre en el tratamiento de las psicosis. *Med Ibero*. 1930; 24: 205-207.
- (35) Memoria histórica: bodas de oro del Sanatorio Psiquiátrico del Sagrado Corazón de Jesús 1898-1948 (Santa Águeda, Mondragón). Palencia: Gráfica Diaria-Día; 1950. p. 273-274.
- (36) Mira E. *Psychiatry in War*. New York: WW Norton and Company Inc; 1943. p. 87.

GUERRA CIVIL Y LOCURA EN GALICIA (NARRATIVAS DE FRANCISCO Y DE SU PADRE).

Emilio González Fernández y David Simón Lorda

1.- Ingreso previo en Madrid:

Hospital Provincial de Madrid.- Sala- 3ª Neuropsiquiatría.

En enfermo Francisco....., ingresó en este Servicio el día 19 de Abril de 1946, fue dado de alta el día 18 de Julio del mismo año por remisión. Diagnóstico=Esquizofrenia=

Fué paludizado el 16 de Mayo, tuvo 9 accesos de 39 y décimas, tratado posteriormente con Neo y bismuto, hasta un total de 6 grms.

El análisis de líquido cefalorraquídeo, fué negativo, en Pandý, Nonne-Apelt y Weichbrodt.

2.- Recuerdos:

Uno de nosotros ha conocido a Francisco en la primavera del año 1970 al comenzar a trabajar en Conxo. El paciente tenía entonces 68 años y estaba internado en el psiquiátrico desde octubre de 1946. En la sociedad de locos de Conxo había conseguido un status privilegiado. Era el loco asignado como recadero al llamado “botiquín”. Le pagaban 5 pesetas al mes.

El botiquín era como un puesto de mando en donde estaban el médico, el practicante, y por donde pasaban la mayoría del personal sanitario a disponer o gestionar. Su principal misión era irnos a los recados, que tanto podía ser ir a la farmacia a buscar un medicamento como ir al bar cercano por tabaco o una cerveza. Entraba y salía del manicomio sin necesidad del “pase” (documento acreditativo de salidas al exterior).

Bajo y regordete. Mirada expresiva, penetrante, aguda, vivaz. Bien vestido y aseado. Fumaba. Aceptaba de buena gana propinas. Hablaba en castellano como gran parte de los urbanitas de A Coruña.

Al botiquín llegaba diariamente el único periódico que entraba en el manicomio. Primero lo leían en la oficina administrativa y luego llegaba a este espacio sanitario. Francisco lo leía de arriba abajo. Solamente lo he visto alterado en una ocasión, precisamente leyendo el periódico. Gritaba, pateaba... Ya calmado nos dijo: “¿cómo vamos a andar con pies de plomo con lo pesado que es ese metal?” Había leído un comentario sobre el Depor que aquel año no iba bien. El periodista había escrito: “hay que andar con pies de plomo”.

Era seductor. Se había hecho querer por monjas y cuidadores. Respetado por los 1570 pacientes que había en Conxo en aquellas fechas.

Yo no era su psiquiatra. Miré la historia. A penas dos folios de notas clínicas durante casi 30 años de internamiento. Con letra del director, Dr. Rodríguez Somoza (discípulo y hombre de confianza en Galicia de Latorra), figuraba el diagnóstico de Esquizofrenia. En los últimos años su psiquiatra le había dispuesto 24 mgrs.día de perfenazina. No se si la tomaba...

Sin embargo, en el sobre de su historia clínica, había muchas cartas que nunca llegaron a su destino...Algunas con sello de correos incluido. Agrupadas en un sobre que por fuera ponía: "Epistolografía de F...". Un día, se las pedí y me las regaló...Por eso las guardo... No recibía visitas de familiares.

Por esas fechas parecía haber alcanzado la paz consigo mismo. Había ido estructurando un riquísimo delirio de reencarnación. Viviríamos tantos años como municipios tenía Galicia entonces. Tenía cálculos precisos de los millones de hormigas que eran necesarias para en la siguiente vida reencarnarse en un elefante. Florida Parafrenia que seguía actualizando con su rica imaginación y su lúcida inteligencia.

Nos hicimos amigos. Un 24 de septiembre (onomástica de mi madre) lo llevé a mi aldea, al sur de la provincia de Lugo, a 150 kilómetros de Santiago. Fue todo un éxito. Con mis padres y un hermano comíamos conejo con patatas fritas. Hasta entonces no se habían percatado de la Locura de Francisco. La cagó al comentar : " Hay que ver... en este momento estamos comiendo un conejo que en otra vida nos comió él a nosotros".

Por la tarde escena parecida en el café del pueblo. Jugamos al dominó, de pareja conmigo. Ganamos. Sintiéndose ya contentó comenzó algunos de sus prolongados discursos-conferencias. Aquello se prolongó más de dos horas...Durante años mis vecinos me recordaban que les había prometido llevar otra vez a aquel "loco listo y simpático".

En el año 1971 el profesor Sarró intentaba concluir un trabajo sobre los mitologemas y para ello realizó una gira por los manicomios gallegos. Le presenté a Francisco y se llevó unas cintas que le gravé con unas tres horas de conversación.

Casi todos mis amigos de Santiago conocieron y visitaban a Francisco. Les ponía un nombre que nada tenía que ver con el auténtico y les decía lo que habían sido en otras vidas y lo que serían en las venideras. Antonio Rodríguez López era entonces profesor ayudante de Psiquiatría (bastantes años después sería el único catedrático estable de Santiago y hasta de ahora el último) y compartía un piso de estudiantes con vecinos de Escairón (Lugo).

A Antonio, a Ceferino Díaz y a los otros, les encantaba Francisco. Muchas lluviosas tardes de fines de semana acudíamos con el loco a dicho

piso y el tiempo se nos pasaba volando. Lo sometían a largos interrogatorios sobre sus teorías. No lo conseguían pillar. Muchos años después, Antonio evocaba una famosa respuesta de Francisco cuando se veía atrapado en contradicciones: “esa pregunta está mal hecha”.

Sabíamos tan poco de la biografía de nuestro loco.... Ambos (Antonio y Cefe) ya no pueden conocerla... Nunca nos imaginamos que era un represaliado político.

En el año 1972, con la llegada de Montoya, comenzó la famosa y al final (1975) “reforma de Conxo”. El dinamismo de la misma y la desaparición del “botiquín” me distanciaron bastante del Francisco. En 1973 me avisó una monja que había sido trasladado al Hospital Gil Casares (antiguo antituberculoso de Santiago) por un avanzado cáncer de pulmón. Estancia corta. Falleció en menos de un mes. Un día antes de su muerte fui a visitarlo. Mantenía el humor a pesar de su mal estado general y su progresiva disnea. Me dijo que el día anterior le habían extraído 3 litros (derrame pleural) de un líquido que era el coñac que había bebido de joven. Luego me aclaró que la enfermedad actual era consecuencia de una patada que le habían dado en el pecho cuando jugaba en un equipo coruñés de modestos. ¡Ah!, se me olvidaba. Según la biografía que aportó su padre (en el año 1946), Francisco era el 7º hijo. En nuestra mitología el 7º hijo tiene muchas posibilidades de ser lobishome (hombre lobo) si es varón, y si es mujer puede ser meiga (bruja).

3.- Algunas cartas:

3.A) 27-IV.47

Sr. D. Ramon Rodriguez Somoza

Querido Ramon: Mi íntimo amigo Sr. C.... me ruega te recomiende con todo interes a nuestro amigo comun que esta encerrado en esa preciosa casa que diriges, Francisco.... y trates de ponerlo bien como tienes demostrado por tu gran competencia.

Con un abrazo para ti y mis respetos para tu mujer tu mejor amigo... A,R,R.

(te escribo en un café perdoname el papel).

En todas las cartas que transcribimos hemos mantenido la ortografía original. La que más “faltas” tiene es precisamente ésta. Un otorrino de cierta fama en aquel entonces le escribe una carta de recomendación a Somoza. Este facultativo coruñés era bastante conservador... El destinatario, en teoría era liberal y galleguista...

3. B. 31 de Julio de 1947

Interior del Manicomio de Conjo-Sanatorio u Hospital de Santiago de Compostela

Sr. Somoza o camarada Somoza Director del Manicomio-Sanatorio u Hospital.

Durante mi enfermedad he descubierto que las personas aquí internadas están intervenidas por los animales llamados elefantes que según oídas viven unos 40 años por medio de las ondas hercianas.....

Estas clases de explicaciones son para que usted estudie este documento y lo trasmita al General Franco, para que este general que hoy está en el poder lo trasmita a mi camarada Stalin, Jefe del Gobierno socialista de la Unión Soviética, para que los dos gobiernos mas opuestos del planeta se reúnan urgentemente y tomen medidas con los demás gobiernos afiliados o no a la ONU para que estudien este documento histórico y poner en práctica las medidas necesarias para indagar por qué existe en la atmósfera esa iluminación llamada relámpago, el ruido llamado trueno y esa chispa venida en zig-zag llamada rayo que mata personas.

Como usted sabe Sr. Director o camarada Somoza si es usted del partido comunista o de la falange, he escrito muchas cosas insultantes porque era juguete de los elefantes, por las ondas o transmisión de la Naturaleza. Pero debido al tiempo aquí estado y a los alimentos que ingiero en el organismo, voy dominando a estos animales que saben lo que nadie se figuraba.

La lucha es dura, como dije en una ocasión, porque no sabía quién era, quién hablaba de esa manera. Pero me di cuenta que son estos animales que nos vén, que perseguín a mí desde mi infancia por diferentes cosas, según mi opinión. Por mi padre querer solamente una mujer (mi madre), por ser carpintero y trabajar en la madera donde la vista está viendo cosas u objetos de los árboles. Por no ser alcohólico, por leer mucho, por tomar mucho caldo.

Sr. Somoza, 20 siglos y no 2 o 3 como dijo usted, hace que no existe un ser como yo. Este se llamaba Jesús y yo me llamo Francisco.....

3. C.- Santiago de Compostela 1 de agosto de 1947

Los elefantes emplean, para eliminarnos con sus aparatos, las nubes, descomponiendo sus gases, por eso se produce el relámpago, el trueno y el rayo.

El sabio americano Franklin descubrió la manera de evitar que el rayo produzca víctimas (llamado pararrayos).

Pero mis amores, mi lucha contra el azaramiento, el internamiento en este manicomio, trajo como consecuencia el descubrir a los elefantes que luchas por hacerse con la naturaleza.

3. D.-Interior del Manicomio de Conjo. 2.8.47—Hora del descubrimiento animal—

Sr. Somoza.

Mas tranquilo cada día como consecuencia de no tomar lo que los enfermeros me indicaban, bajo su opinión profesional y bajo mi opinión al encontrarme mejor voy eliminando el palabreo con los elefantes y la presión de estos en el cerebro, por todo esto, soy mas explicativo cada día y menos insultativo hacia todos, comprendiendo usted claro está, que dentro de los insultos provocados por la presión de estos animales que saben calcular por medio de sus aparatos televisionistas compuestos de lo que aquí dije hace unos días, de cristal natural madera hervida o pasada por aguas donde brota este líquido natural, y compuestos dichos aparatos televisionistas de tela de flores. Porque yo Sr. Director soy bueno, pero no imbécil, teniendo siempre dicho en mi vida, la bondad no es imbecilidad, resulta ahora según mi opinión que la bondad es sabiduría, estando equivocados los bondadosos y egoistas, abusando estos de los anteriores algunas veces.

Pero pido ahora que salga de aquí cuando quiera a Santiago dentro de las horas de la luz solar sin su permiso diario, unicamente obtendré de usted permiso para trasladarme fuera de la capital compostelana, por ejemplo, a ma maison, o mier dit, a la maison de mes parents, pero quisiera que usted me diese al mismo tiempo facilidades para comer lo que yo quisiera, esto es para saber escribir o mejor dicho poder escribir sin intervención elefantes. ¿Pero y los demás que aquí están quizá masturbándose debilitando el cerebro? ¿no hay mujeres para cohabitar? ¿no hay preservativos? ¡atención señor director el tiempo pasa y las personas sufren y mueren, el retardo significa la cárcel...

3.E.- Santiago de Compostela 3 de Agosto de 1947

Desde esta fecha de 3 de Agosto de 1947 este Manicomio se llamará, Universidad de la Tierra, 1º por desarrollarse mi tragedia en el mismo donde busqué con el Sol mi sabiduría, resultando todo esto que escribo para Bien de la Naturaleza.

Mi opinión es ésta, para saber con aproximamiento la duración de todos los seres actuales es preciso que el Gobierno español presidido por el General Franco Baamonde me dé toda clase de facilidades... Pido que este recinto sea custodiado por la Legión Extranjera por haber pertenecido yo a ella...

3.F.- 4.8.47

Sr. Somoza: Tiene usted la amabilidad de ponerme en contacto con una mujer recluida en este recinto por medio de cartas dándome usted una

lista de todas ellas, mejor dicho darme una filiación completa de todas ellas para luego elegir entre ellas las mas aproximadas a mi edad para que aquí venga un fotógrafo y le saque una foto a cada una, por ejemplo media docena de ellas (o una docena). A estas mujeres les mandarí yo una carta para que ellas me envíasen una foto, y primeramente a una que a mi me gustase enviarle yo mi fotografía que usted me diera el permiso correspondiente para que cuando viniese el fotógrafo me quitase una fotografía para mandarle una a una chica haber si entablamos acuerdos prácticos para vivir en este Sanatorio y ver usted como doctor y yo como cosa original, su resultado. Siempre claro está, que nos gustemos. Para eliminar la completa intervención por las ondas Hercianas de los elefantes (no es manía persecutoria).

3.G.- 2 de Octubre de 1947

Sr. Director

Efecto de la masturbación somos intervenidos por medio de la transmisión de la Naturaleza (ondas ercianas). Yo, señor director, hace tiempo que no me masturbo, aproximadamente 2 meses. Y a consecuencia de cambiar la alimentación pude descubrir esto después de aplicarme con todo acierto el aparato eléctrico llamado electrochoc.

Me dedico durante todo el día a la limpieza de los patios, apreciando al acostarme sin bañarme después del trabajo y en la cama, infinidad de pulgas.¿No podría usted ordenar que después de abandonar el trabajo que me dejasen bañar en el cuarto de la ducha?

3. H.-Sanatorio de Conjo. Santiago. 30 de Marzo de 1949

Apreciado hermano:..... es necesario que coma de todo y no pase hambre. Pongo un ejemplo, la letra no va bien porque estuve partiendo leña y aunque comí un buen trozo de pan y un trozo de tocino mi pulso tiembla porque dado el trabajo y mi tranquilidad preciso variación de comidas como toda persona normal y entonces podré dar una o varias conferencias sobre la naturaleza.

3.I.-Sanatorio de Conjo. Santiago de Compostela. 23 de septiembre de 1949.

Apreciable Marina : Escribo esta carta a la mujer, creo que más educada del mundo, que es usted. Digo esto según mis cálculos. Atreviéndome a decir que yo soy el hombre más educado del mundo.

¿Por qué digo esto?. Pues por lo siguiente: parece que fué usted la que intervino cuando me detuvieron en el año 1938. Para saber esto y estar mejor de ideas es necesario que venga usted a visitarme con la mayor urgencia que le permita su esposo, sin llegar a las manos con él, pues es

de educación en un matrimonio que se lleven bien, enterarse de la correspondencia, ambos cónyuges. Si usted acepta esta entrevista puedo anticiparle que será de un par de horas dado lo que estoy discutiendo para ser lo que no quise y creo que seré por necesidad de vivir sin vergüenza. ¿ Fué usted Marina la que observó mi aumento de compenetración sin tanta vergüenza entre mis semejantes?

Como este Manicomio y Hospital no está completamente nacionalizado no me pueden dar lo que preciso, quizá esta no completa nacionalización, quiero decir democracia civil, militar, o civil y militar, o militar y civil, en fin, tráigame de comer por ser usted mas burguesa o capitalista que yo, por favor Marina..... preciso Sra. o Señorita Marina unos termos con buen chocolate, galletas, tabacos de varias clases, vinos de varias marcas, carnes de varias clases de frutas que nunca tomé, la libertad es lo que preciso ¿quiere usted y su esposo venir a buscarme y pagar haciendo cuentas con una monja que se llama Sor Modesta por ser una mujer de bastante inteligencia. Su seguro servidor F.....

3.J.- Sanatorio de Conjo. Santiago. 8 de Mayo de 1950.

Ojo a la Religión Católica que estudia lo atómico.

Sr. D. J. C.

Apreciable amigo:..... Vengo pensando en la bomba atómica y no tiene explicación que teniendo los americanos tar mortifera arma ¿porque dejaron implantar la dictadura del proletariado en el inmenso territorio de China? ¿Porqué los presuntos dueños de tan potente bomba construyen refugios atómicos? ¿ Porque la energía atómica no se utiliza en la industria como dicen los ingleses?¿ Porque en España hay también un régimen de un partido secundado por los militares desde el año 1936, o sea 14 años? ...

Hoy hace precisamente 5 años, según la hoja del lunes que terminó la guerra y la paz no existe, esto es exacto porque la guerra de nervios continua.....

3. K. (sin fecha) Sanatorio y Manicomio de Conjo. Santiago de Compostela

Apreciable madre. Estoy completamente bien habiendo descubierto que cuando una persona se hecha a reir goza todo su cuerpo de alegría y cuando una persona llora su corazón se rie de alegría de lo que vamos a vivir 123 millones de años y la vida será muy feliz.

Tengo la impresión de que en nuestro planeta hay habitantes del planeta llamdo Marte que están jugando con los habitantes mas viciosos de nuestro planeta como son los borrachos y las borrachas, entrando creo yo en este juego mucha gente de derechas he izquierdas. Es necesario que se

me venga a buscar dirigiendo esta carta a usted por haber venido a verme a este lugar. Quiero escribirle al gran camarada Stalin porque mi partido creo que no deja andar a los niños y niñas pidiendo por las calles como en España.

Besos de su hijo a usted, a toda la familia y personas que me visitaron aquí.

(Perdón al viejo y a usted por las faltas de ortografía).

3. L (sin fecha) Sanatorio de Conjo.- Santiago de Compostela

Apreciable padre: He recibido un paquete conteniendo 1 pan, unos trozos de carne y dos clases de frutas. Estos artículos fueron recibidos por mí estando el paquete mal envuelto suponiendo que fué abierto por algún ladrón introducido en el hospital. Venía una nota firmada por X... en la cual decía que me enviaba recuerdos la novia de H... y L..., no se cual, si la que fue novia mía o mi hermana he hija suya o tuya.

El General Franco no cumple con su deber, por donde pasa y come no pagará guardando todo su sueldo íntegro para un día darse el bote pero le va a salir mal.

La Legión roba a los árabes, los legionarios he visto que robaban a los árabes en cambio no he visto que los árabes robasen a los legionarios (de mi vida en la legión).

Espero que se me venga a buscar o me pongan en la calle como en Madrid.

Algún día pienso mandar en los cinco continentes.

Saludos a todos de su hijo Francisco.

3. M.-(sin fecha)

Quiero enseñar y aprender, pero sin distinción de profesiones. Usted es doctor y yo soy relojero. Me trajeron aquí por gritar y estoy frenando. La cosa es seria, pero a veces los elefantes me hacen reir y no me río de los demás. Vuelvo a repetir son las ondas de los elefantes culpables de insultos, lloros y risas.

¿Tendrán Sr. Director algún o algunos cuerpos de personas en esqueleto atrapadas por los alrededores ? ...

3.N.- sin fecha.

Usted Sr. Director conseguirá algo por tener intervención por falta del complemento de una mujer.

Yo soy comunista anarquizante. Jesús era anarquista. La anarquía concebida por cerebros comprensibles es el orden. Y el orden es una mujer en la anarquía para tener hijos en huevos y no en bolsas.

3.O. en el sobre de una de las cartas

¡Ojo! La persona que no deje circular esta carta será puesta a pan y agua por el partido comunista internacional.

3. P.- carta de un sobrino al director. La Coruña 21.02.1971

Muy Sr.mío: le escribo estas letras y como presentación le diré soy el sobrino de Francisco....., enfermo acogido en ese centro, y por un amigo que tengo en esta y que a su vez tiene familia en Santiago, le mandaron a decir que mi tío Francisco falleciera (quiera Dios que así no sea) y por este motivo le escribo a Vd.para que desmienta o confirme esta noticia....

4.- La Narrativa paterna.

Hace unos meses nos hemos encontrado con un documento importante que cierra esta historia de Francisco (nombre supuesto). Es un formulario que debían de rellenar los familiares. No sabemos desde y hasta cuándo estuvo vigente. Suponemos que fue confeccionado por el Dr. Rodríguez Somoza. Exhaustivo. No se le escapa nada. Había uno para hombres y otro para mujeres. Incluye un abanico de preguntas bio-psico-sociales. Deja un amplio espacio en blanco para "Historia de la Enfermedad Actual" lo cual permite a la familia exponer su narrativa. Interesantísimo para una investigación de narrativas. Veamos lo que dice el padre de Francisco, en el año 1946:

Voy a explicarle á V. señor doctor cosas que tal vez le orienten en su enfermedad, Cuando él hubo terminado su aprendizaje del oficio de relojero, todo su afán era establecerse por su cuenta, pero nosotros no podíamos hacer nada en ese sentido por ser pobres; pero el tenía muchos amigos, y entre ellos había uno bien acomodado que accedió á complacerlo y lo estableció en pequeño. Pero á los pocos años de establecido surgió la guerra civil de España, y como era conocido por sus ideas izquierdistas, lo hicieron ingresar en el tercio, al cual marchó disgustadísimo, y además como es consiguiente tuvo que abandonar su negocio, y al terminar la contienda lo mandaron para el Marruecos español, y entonces él y muchos otros mas compañeros huyeron al Marruecos francés creyendo que así acabarían sus desgracias. Pero creo que las aumentaron, porque el gobierno francés presidido por Laval, los internó en el desierto del Sahara, haciéndolos trabajar en el ferrocarril que se estaba construyendo á través del desierto hasta Dakar. Allí permanecieron más de 3 años hasta que desembarcaron los americanos y los ingleses en Casablanca, y los fueron sacando de aquel infierno por tandas de unos cuantos. Mi pobre

hijo estuvo trabajando en Casablanca por su oficio, pero entonces fue cuando le sobrevino la enfermedad al cerebro, y cuando de allí a unos meses se alivió algo me lo mandó a decir en varias cartas, diciéndome que había estado entre la vida y la muerte, y cuando el gobierno de España lanzó el decreto de indulto para prófugos y desertores, se vino a España. Lo llevaron al parecer, á Madrid, y allí estuvo en el hospital provincial así como unos 3 meses, y yo sin saber nada, hasta que nos escribió pidiéndonos dinero para venirse a la Coruña.

Yo creo que esto es lo más importante de su vida y lo que más haya influido en su enfermedad. Yo creo también que aquel clima horrible haya sido lo que le haya producido la enfermedad al cerebro, pues hoy todavía le dura el calor, por que no quiere prendas de abrigo ningunas.

Así es señor doctor que le ruego encarecidamente que estudie su caso a ver si la causa es la que yo expongo, ó si es otra, porque en mi familia ni en la de mi mujer, que yo sepa, no ha habido ningún perturbado.

Para terminar añadimos algunas de las respuestas paternas al formulario:

Respecto a anomalías de carácter:

Nada sabemos de todo eso. Únicamente de el sabemos que era extremista de la izquierda.

Se ha educado en escuelas municipales y no estuvo internado nunca.

Siempre ha sido de carácter alegre. Hoy mismo con su enfermedad es bastante dócil.

Buen carácter. Alegre y bromista.

De su vida sexual no sabemos nada.

Soltero, nunca tuvo hijos.

Respecto al carácter dominante en la familia:

Únicamente la madre y una de las hermanas son un poco agrias, a veces.

Ha sido el 7º hijo.

Criado a los pechos de su madre.

Respecto a la dentición, lenguaje, caminar:

Todo fue normal. A su debido tiempo.

Respecto a enfermedades importantes previas:

Únicamente en el año que hubo tanta gripe, estuvo enfermo él y casi toda la familia.

Si ocurriese alguna novedad, le ruego a V. Señor director que nos lo comuniqué a D.....

N.....V....., que es su padre, en O..... nº 66 La Coruña.

* Este trabajo se complementa e imbrica con el Vídeo "Locura y guerra civil en Galicia" (con realización y montaje de Pablo Cayuela, y texto y voz de Emilio González) que fue presentado por Emilio González y David Simón en el marco de las "IX Jornadas Nacionales AEN de Historia de la Psiquiatría", Ourense con fecha de 5 de octubre de 2012. Un bosquejo del mismo puede verse en <https://vimeo.com/55517293>.

Interior del Manicomio de Conxo. 28-47

— Hora del descubrimiento animal —

Sr. Señora.

Muy Tranquila cada día como consecuencia de no tener
lo que los enfermos me inculcan, bajo su opinión profesional.
y baso mi opinión al encontrarme mejor voy dominando el pala-
brodi con los elefantes y la presión de vellos en el cerebro por
todo esto, soy limpi. Explicativo cada día y menos insultativa
hacia todos, comprendiendo utilidad clara bella que dentro de los
contatos, poseídas por la presión de estos animales que saben
calcular por medio de sus aparatos teleccionistas compuestos
quizá de la que aquí dije hace unos días, de estilo natural
modera hervida o potada por aguas de manantiales donde brota
este líquido natural y compuestos dichos aparatos teleccionistas
con tela de florid. Porque yo Sr. Director soy bueno, pero me

Sr. Director

2 Octubre 1947

Efecto de la masturbación sometida intermitente por
medio de la transmisión de la Naturaleza (Ondas Bräu-
nes. 2º), Señor director, hace tiempo que no me masturbo,
aproximadamente 2 meses y a consecuencia de cambiar
de alimentación pude descubrir esto después de apli-
carme un tóxico a este el aparato eléctrico llamado electro-
chee.

Me dedico durante el día a la limpieza de los palcos
aprovechando al acostarme sin llamarme después del trabajo
y en la cama, infinidad de posturas y no podría usted orde-
nar que después de abandonar el trabajo que me dejen
dormir en el cuarto de la dicha?

Quisiera señor Director tener una entrevista con usted

Carta de Francisco al Director del Manicomio de Conxo: "Interior del Manicomio de Conxo.
2.8.47—Hora del descubrimiento animal—"

**REFORMAS PSIQUIÁTRICAS EN ESPAÑA:
UNA MIRADA DESDE EL SIGLO XXI**

TRADICIÓN Y CAMBIO EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN GALICIA Y ESPAÑA (1970-2012).

Fernando Márquez Gallego

I. Aproximación contextual retrospectiva

- a) Esta presentación se sitúa en el marco de diversas perspectivas sobre la Reforma Psiquiátrica en Galicia y España. Estas distintas visiones se expresaron en distintas propuestas y modelos surgidos básicamente en el último tercio del siglo XX y la primera década del siglo XXI.
- b) Como suele suceder, una reforma en profundidad de la Asistencia psiquiátrica en un país que produjo las primeras instituciones para pacientes mentales en el siglo XV (1), no se produce *ex novo*, sino en un contexto histórico con dimensiones filosóficas, científicas, culturales, económica, políticas, sociales,... generado por un pasado sin límite definido puede o señalando una frontera temporal siempre subjetiva.
La opción elegida ha sido esta última, asumiendo los condicionantes que conlleva. El entorno entre 1940 y 1970 me han parecido suficientemente explicativo para el propósito de este trabajo, aunque no resuelva la cuestión.
- c) Rememorar supone una reconstrucción re-creativa a pesar de los hechos y la base documental y bibliográfica utilizada, a su vez, sujeta a interpretación. Hacemos memoria desde el presente, que ya está pasando, entre el pasado y el futuro...
- d) Esta selección del pasado que decanta y organiza lo sucedido, que intenta nombrar, preservar y transmitir lo que se ha considerado valioso y duradero se designa, a veces, con la palabra “*tradición*”. Sin tradición, como nos recuerda H. Arendt (2), no hay patrimonio material e inmaterial heredado que enlace en un continuum las generaciones.
Sin tradición, hablando de los humanos, no se puede construir ningún pasado, el presente se encuentra desarraigado y no se puede pensar ningún futuro ni siquiera fantasearlo.
Sin tradición todo sería un continuo cambio repetido y ajeno, como sucede con los ciclos biológicos de las especies no humanas. Un cambio “sin historia” como sucedió con nuestra especie hasta la representación y la escritura.

Con tradición puede repensarse lo sucedido, pueden plantearse cambios e innovaciones para el futuro.

Con tradición e historia podemos, aunque no siempre lo consigamos, evitar viejos errores y promover un futuro a la altura de expectativas por las que seamos capaces de compartir metas y esfuerzos. Metas y esfuerzos que en su día hicieron posible, la Reforma psiquiátrica, como “casi tradición” que hoy vuelve a ocupar nuestras reflexiones.

- e) Apoyándonos en tradiciones de cambio y sin encadenarnos a ellas podemos ver más lejos como señalaba Newton a R. Cooke en 1676 refiriéndose a la ciencia. 4 siglos después insistía S.Hawking en que la civilización avanza sobre una serie de pequeños progresos cada uno de los cuales se nutre de los alcanzados anteriormente y los enriquece.

- f) Esta suerte de tradición empieza, en este caso, en unas coordenadas históricas desoladoras y trágicas, el final de nuestra Guerra Civil (aún no siendo nuestra) y el transcurso de la II Guerra Mundial, sobre cuya prevención se preocupó activamente A. Einstein, dirigiéndose a S. Freud a quien consideraba autoridad de referencia al respecto, de quien obtuvo una respuesta pesimista, trágicamente validada por los acontecimientos.

Incluso en el umbral de la Guerra se ponían en marcha iniciativas para mejorar el futuro. Una de ellas que resultó ejemplar y de relevantes consecuencias para nuestra historia. Fue el encargo en 1940 del ministro de trabajo inglés Bevin de un informe a una Comisión coordinada por W.H.Beveridge que recibió la aprobación parlamentaria con el nada sugestivo nombre de “Informe al Parlamento acerca de la Seguridad Social y sus prestaciones”, que constituyó el marco normativo del Sistema Nacional de Salud británico, a partir de 1942, y que inaugura un sistema social orientado al bienestar (con todos los matices e interrogantes que abrió “El malestar en la cultura” de S.Freud (3)).

Este modelo británico sería de referencia fundamental para el Sistema Nacional de Salud español 44 años después. Un segundo Informe Beveridge, en 1944 abordó un tema clave “Trabajo para todos en una sociedad libre”.

- g) En los años 40 se inicia un nuevo equilibrio mundial, transformando un panorama hasta entonces eurocéntrico en un escenario tripolar (EEUU, “Europa” y URSS).

Esta nueva situación se tradujo también en el mundo de la psiquiatría con un peso creciente de la psiquiatría y el psicoanálisis norteamericano que recibió como emigrantes a numerosos científicos

- y profesionales europeos. Se estima que en 1945, al menos el 50% de los psicoanalistas de la A. Internacional residían en EEUU. En 1946 (4) se funda el Instituto Nacional de Salud Mental que promovió activamente la creación de Departamentos de Psiquiatría en la mayoría de las Universidades estadounidenses. El inglés inicia el camino para convertirse en un esperanto pragmático de la tecnociencia. Institutos similares se van creando en Inglaterra, Francia y se reinicia el ya existente en Alemania (Munich).
- h)** En 1948 se celebra el III Congreso Internacional de Salud Mental. En 1950 tiene lugar el I Congreso Mundial de Psiquiatría en París y, en apenas 10 años, se constituyen la Asociación Mundial de Psiquiatría y la División de Salud Mental de OMS que ha sido motor de numerosas iniciativas para el desarrollo de la salud mental. El término de salud mental se utiliza en EEUU desde 1945, para ampliar los problemas psíquicos más allá de lo invalidante a las reacciones subjetivas a los condicionantes sociales, económicos, a las discriminaciones, a las discapacidades...
- i)** La internacionalización de los sistemas de atención a la salud mental, las dificultades de comunicación conceptual y nosológica entre profesionales, la orientación poblacional de la asistencia, los estudios epidemiológicos y farmacológicos entre investigadores de distintos estados y países y las necesidades de planificación y de regulación legal empujaron en la dirección de encontrar consensos básicos respecto a estas cuestiones que superaran la proliferación de clasificaciones (> de 30 en la década de los 50) y permitieran acumular información homogénea para distintos estudios. Las clasificaciones que sobrevivieron, y buscando consensos se hicieron hegemónicas fueron las todavía vigentes de la OMS y de la APA. Inicialmente pensadas con las finalidades señaladas, invadieron, pese a la insistencia en que no debería ser así, la formación y la clínica de los nuevos profesionales provocando, con frecuencia de la deseable, una simplificación abusiva en la relación clínica. Estamos en la espera del DSM-V (ya ahí mismo) y la CIE-11 que se demora. La escepticismo, utilizando terminología de Strabanek y McCormick, parece la actitud dominante al respecto.
- j)** Entre 1949 y 1959 se produce la aparición de psicofármacos que contribuirán a cambiar favorablemente los resultados de los tratamientos psiquiátricos y a permitir aplicar con mucha mayor eficacia enfoques no farmacológicos y desarrollos asistenciales innovadores como alternativa a los manicomios y hospitales psiquiátricos.

Empezando por el litio (1949) y siguiendo por la clorpromazina (1952), la imipramina (1957), el clordiazepóxido (1959). Estas familias psicofarmacológicas y, a partir de los años 80, sus variantes (IRSS, Neurolépticos atípicos, alternativas al litio... que añadieron mayor seguridad pero no eficacia) con menos secundarismos y modalidades galénicas que facilitan su adherencia y cumplimentación (si se acompañan con programas de continuidad de cuidados) siguen constituyendo el vademecum esencial en psiquiatría. Por otra parte, el impulso fallido en salud mental de la década del cerebro (1990/2000), fomentó una corriente fuertemente reduccionista de carácter biológico que se fue apagando con el siglo y que ya nadie solvente sostiene.

- k) *Los nuevos avances se produjeron también en la psicología, el psicoanálisis, la sociología, la antropología, el trabajo en las organizaciones, la nueva generación de derechos, el respeto a las minorías y la lucha contra la discriminación...* En fin, todo ello hizo entrar en crisis el modelo tradicional (manicomial), que se rebelaba ineficiente y estigmatizador, y generó, ya en los años 40 (aunque en España se plantearon casi 30 años después) alternativas a dicho modelo, que se traducían en fórmulas organizativas más adaptadas a las necesidades de los pacientes, sus familias y comunidades, en el marco de la dignificación de su atención, de la eficacia, del respeto de sus derechos como ciudadanos y del objetivo de evitar la exclusión social o, en su caso de favorecer la reintegración comunitaria de quienes sufrían la pérdida de sus vínculos familiares y sociales. Estos nuevos dispositivos de geometría variable, según el perfil de cada caso, fueron muy diversos: *hospitales de día (Moscú en 1937; Montreal en 1946, Londres 1948,...), *Centros ambulatorios de consulta de salud mental (Centros de Salud Mental Comunitaria, sobre todo en EEUU desde 1946 tras la Mental Health Act, con fuerte impulso en los años 60 después de la Community Mental Health Act de J.F.Kennedy y también en Canadá, Inglaterra, Francia y otros países europeos...), *programas de atención domiciliaria, *ingreso en Unidades específicas en H. Generales, *alternativas ocupacionales, laborales y residenciales. Lo que en los años 70 parecía revolucionario en nuestro país llevaba desarrollándose con ritmos diferentes desde hacía un cuarto de siglo en Europa y América del Norte. Se iniciaba aquí con más de 20 años de retraso, ritmo que parecía excesivo para algunos sectores afincados en el régimen manicomial. Los nuevos dispositivos fueron fruto y causa al tiempo de nuevos abordajes psicoterapéuticos de tipo individual, grupal o diádico, socioterapéuticos, rehabilitadores...

l) Todos estos desarrollos generaban modelos de cambio intrainstitucional como:

* Las fórmulas de Comunidad terapéutica de Maxwell Jones (1953) que conoció el “ambiente terapéutico” del Chesnut Lodge menningiano, a su vez objeto de lectura radical por el movimiento antipsiquiátrico del grupo de F.Basaglia (5) en Italia y en Gran Bretaña por D.Cooper (6) (Experiencia de Villa 21 recogida en “Psiquiatría y Antipsiquiatría” que dio nombre a este movimiento en 1967), R. Laing y la Philadelphia Association fundada con Esterson en 1965 dio lugar a la creación de una modalidad de centros para pacientes y terapeutas basados en los principios desarrollados en el “Yo dividido”, “El Yo y los otros”, “Salud, locura y familia”... Fueron también figuras relevantes entre otros T.Szasz, G. Deleuze y F.Guattari ...

Profesionales de las nuevas promociones hicieron suyas las críticas esenciales de la antipsiquiatría, aunque desde perspectivas distintas e incorporándolas a posiciones teóricas y asistenciales propias ya existentes como la psicoanalítica, la sistémica, la conductual o fórmulas eclécticas que constituían una amplia gama de herramientas para el cambio en un contexto de recursos escasos y rígidas instituciones. La Psiquiatría de Sector (7) (Sector XIII de París, con Paumelle)... y la Psiquiatría Comunitaria y Preventiva con G. Caplan (8) tuvieron una gran influencia transformadora...

* La psicoterapia institucional, de base psicoanalítica convertía en objetivo de tratamiento básico, la estructura formal de la institución y las dinámicas subjetivas y grupales que se generaban entre terapeutas, pacientes, familiares y comunidad. Orientación de la que fue pionero F.Tosquelles desde Francia en los primeros años de la década del 40, seguida por J.Oury y el movimiento de psicoterapia institucional, así como psicoanalistas como P.C.Racamier y su “psicoanálisis sin diván”...

m) La Sociología contribuyó al análisis crítico de las instituciones manicomiales desde el exterior del campo sanitario, de su dinámica interna. Los estudios sociológicos sobre hospitales psiquiátricos de Stanton y Schwartz (1954), los de W.Caudill sobre el hospital psiquiátrico como microsociedad en 1958. De gran impacto en la opinión pública fue Asilados de E. Goffman (9) en 1961. En conjunto modificaron la percepción social de los sectores más avanzados así como de las administraciones y entidades responsables de la atención de los pacientes psiquiátricos y de las instituciones hospitalarias dedicadas a su cuidado. Este mismo autor profundiza posteriormente en el concepto de “estigma”, abriendo

una nueva línea análisis sociológico que se ha revelado un potente instrumento en psicología social y política según señala G. Lakoff, como es el Análisis de Marcos (Frames) como elementos estructurantes de la realidad que nos permiten interactuar con ella. Estructuras mentales que conforman instituciones y situaciones sociales, condicionan nuestro comportamiento pero son modificables...

En EEUU la llamada Escuela de Sociología de Chicago considerando a la ciudad como un laboratorio psicosocial natural realizó numerosos estudios entre los que destaca el de Faris y Dunham sobre "Desórdenes mentales en áreas urbanas"(1960). Cuatro años después, en colaboración con el Departamento de Relaciones Sociales de la U. de Harvard, Levison y Gallagher publican el libro Sociología del Enfermo Mental (1964), que quiere abarcar tanto los aspectos situacionales intra y extrahospitalarios como los intrapersonales que son consecuencia del paciente individual en su respuesta a la hospitalización así como a las relaciones entre clase social, tipología de tratamiento y forma de psicoterapia ... En 1966, T. Scheff desde la Universidad de Berkeley publica "El rol del enfermo mental", que investiga sobre sistemas sociales y desviación. En 1962 se producen las investigaciones epidemiológicas de Hollingshead y Redlich orientadas a la salud pública.

* G.H. Mead figura de referencia para antropólogos y sociólogos avanza en la articulación de ambos campos y sitúa el nacimiento de la conciencia de sí mismo "... en la percepción de la actitud del otro hacia uno mismo "Un sí mismo en espejo". Concibe la realidad social como la de "...otro generalizado que permite a cada uno tener conciencia de sí" a lo que contribuye la corriente culturalista americana con figuras como A.Kardiner, R.Benedict, R.Linton, M.Mead que señalan como cultura e instituciones sociales modelan la personalidad y, por ende, la enfermedad mental.

* Al hablar de sociología y antropología en los años 60 son de referencia J.Frazer, B.Malinowski, R.Bastide y de C.Lévi-Strauss (10). Los trabajos de éste, desde una rigurosa perspectiva estructuralista sobre el pensamiento salvaje y las estructuras elementales de parentesco constituyen un andamiaje conceptual insoslayable para el análisis de los principios de parentesco, sus estructuras complejas, los sistemas y límites en las relaciones e intercambios sociales, es decir el tapiz en el que se tejen los inciertos equilibrios entre sociedades y seres humanos.

* En Inglaterra los estudios sociológicos se canalizaron hacia encuestas sociales que permitieran analizar interacciones socia-

les, condiciones de vida y sus percepciones subjetivas. En el estudio de la relación entre acontecimientos sociales y reacciones subjetivas generadoras de efectos psicopatológicos (life events) destacó en Alemania E.Kretschmer, e innovaciones como los ciclos y transiciones vitales de E.Erikson, los modelos de estrés – enfermedad de Duncan–Jones y el modelo de Síndrome General de Adaptación de H.Selye, entre otros.

* En el mundo de la organización del trabajo y sus interacciones investigaron Mayo desde Harvard, y desde el Instituto Tavistock (método “Tavistock”) sobre la dinámica intersubjetiva, la formación de grupos o equipos de trabajo, su análisis y conducción para la creación de una atmósfera mentalmente saludable en el ámbito laboral, que lideraron W.Bion (11) y E. Jacques.

* De referencia en el campo de la Psicología social es Kurt Lewin y su “teoría del campo “que abrió camino a una metodología sobre “investigación–acción” y al enfoque clínico de la Gestalt.

- n) Las modalidades de intervención psicoterapéutica breve: En situación, al menos tan dramática como la de 1918, se produjo un fortísimo incremento de las necesidades asistenciales, incluyendo la psicoterapia, en 1945. Los psicoterapeutas, especialmente de orientación psicoanalítica tuvieron que buscar soluciones técnicas y teóricas diversas, para responder a importantes incrementos de las demandas de atención, que sobrepasaban el número de psicoterapeutas disponibles. Fruto de esta presión, se diseñaron y formularon psicoterapias que, sin renunciar al rigor necesario, fuesen más breves, de duración limitada y de objetivos más focales e inmediatos.

Estos enfoques encuentran ya reflejadas en el inicio del psicoanálisis, sobre todo en “Estudios sobre la histeria” de S. Freud y J.Breuer de 1893-5 (caso Katharina de Freud) y “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” S.Freud (12) (1919) que aborda la necesidad de adaptar la técnica a un previsible crecimiento de las necesidades de atención, también psicoterapéutica, a las poblaciones afectadas por los desastres de la guerra. Esa línea se desarrolló después, bajo el paraguas conceptual de “métodos activos”, especialmente en la obra de S.Ferenczi.

Se crearon herramientas psicoterapéuticas para distintas necesidades (urgencias y situaciones de crisis...) con apoyatura teórica y técnica de psicoterapeutas de prestigio como H.Davaloo, L.Bellak, E.Lindemann, F.Alexander y T. French, O.Fenichel, D. Malan, M. Balint (13), que insistieron en el entrenamiento de psicoterapeutas para abordar las necesidades de los pacientes con los

nuevos enfoques, no exentos de riesgo (sobre todo transferenciales y contratransferenciales).

Desarrollos como los de Palo Alto produjeron la apertura de una potentísima línea de aplicación de la teoría de sistemas al ámbito familiar, diádico o individual y extensivo a problemas relacionales, formulando técnicas más activas y cortas que las de orientación psicoanalítica, aunque por lo mismo no exentas del riesgo asociado a los enfoques directivos.

Fueron destacados teóricos y terapeutas inicialmente G.Bateson, P.Watzlawick (14), J.Weakland, S.Minuchin,...impulsores de la terapia sistémica que generó solventes seguidores en EEUU y Europa.

El ámbito de la psicología generó una amplia pero restrictiva variedad de desarrollos: la reflexología pavloviana, las teorías de aprendizaje, enseñanza y condicionamiento operante como el autor de Walden 2, B.F.Skinner (15), J.Wolpe o las de O.Lindsey y T.Ayllon (token economy) en el ámbito de paciente hospitalizado por psicosis y más recientemente R.P.Lieberman y A.T.Beck. La psicología evolutiva de fuerte componente cognitivo y ético de J.Piaget (16), B. Inhelder, L. Kohlberg que dio lugar a desarrollos educativos y de valores todavía actuales, los estudios factoriales de la personalidad de R.Catell, H.Eysenk y sus trabajos sobre personalidad y terapias cognitivo-comportamentales.

El desarrollo de constructos personales de G.A.Kelly (17) de base constructivista y cognitivista que ha tendido puentes con otras orientaciones, preferentemente de carácter psicodinámico, posibilitándose números desarrollos técnicos en búsqueda de una psicoterapia integrada y una metodología de formación supervisada que ha dado distintos resultados de los que destacamos actualmente el modelo de B. D. Beitman y D. Yue, y el de Psicoterapia Interpersonal de M.Weissman y G.L.Klerman y su actualización por E.Schramm, que se han difundido en nuestro país desde distintas Sociedades de psicoterapia.

En la década de los 60, calificada de “prodigiosa”, despertó la sociedad civil y el pensamiento científico tras la fría pesadilla de la postguerra. Una efervescencia social e intelectual quebró concepciones y alumbró mareas de cambios de la mano de movimientos culturales y de minorías marginadas (pacifismo, contracultura, derechos civiles generales y de amplias minorías como los que sufrían discriminación racial, movimiento feministas, gay...). Los enfermos también empezaron a liberarse de la minoría de edad en que un paternalismo sanitario excesivo los colocaba. Cartas de

derechos en los hospitales americanos, reforzaron el camino hacia una atención digna y equitativa para los "otros enfermos excluidos" como los enfermos mentales o los discapacitados... En la frontera con los 70, V. R. Potter acuñó en Madison-Wisconsin el término Bioética y en 1974 se editó "Principios de Ética Médica" de Beauchamp y Childress .

II. *Protorreforma psiquiátrica (18)*

* En este enorme caudal de pensamiento y acción empezaron a beber los profesionales sanitarios, que, viviendo los movimientos del 68, siguieron buscando oxígeno científico –técnico y democrático en traducciones disponibles o alimentándose con estancias en otros países (Inglaterra, Francia, Suiza, Alemania, EEUU, Canadá...). La hibridación de los nuevos profesionales formados en España y los retornados de Europa y América, coincidió con el resurgir económico, sindical, social y político de un país que afrontaba con vigor renovado el final "dunha longa noite de pedra"... alumbrando la Protorreforma psiquiátrica, alternativa al modelo que representaban los manicomios.

*Esta primer movimiento de Reforma fue posible, entre otras cosas, porque al deseo de cambio se unió un bagaje teórico –técnico renovado más eficaz y objetivos generadores de entusiasmo, compromiso y tenacidad... Se necesitaron, no obstante, 15 años para el momento de la Reforma Psiquiátrica.

- a) Pero volvamos a la *transformación institucional* que permitió abrir, no solo simbólicamente, la tapia del manicomio como decía abruptamente e indignado, R. Gintis en 1970, en un hospital psiquiátrico de la región de París.

El cuestionamiento, inédito, del modelo manicomial dignificó la condiciones de vida y la asistencia psiquiátrica y social de los pacientes psiquiátricos y de aquéllos otros que sin serlo (discapacitados, retrasados mentales graves, enfermos con daños cerebrales diversos...) estaban allí "asilados". Permitted rescatar derechos humanos y civiles básicos, sensibilizó a sectores sociales profesionales y provocó un fuerte y prolongado debate social a través de los medios de comunicación que sembró la semilla de la Reforma.

- b) La transformación intrainstitucional y la creciente apertura a la atención en los espacios normalizados de la comunidad, realizada por profesionales con respuestas integrales y de una efectividad

superior a los planteamientos manicomiales, se extendieron con distintos énfasis y enfoques por la geografía española (Asturias, Galicia, Madrid, Barcelona...) a partir de transformaciones de Hospitales y manicomios locales, de administraciones fundamentalmente provinciales y generalmente acompañadas de conflictos, tensiones y controversias que traspasaban los muros del manicomio y se hacían visibles y polémicos para la comunidad.

* El conflicto de médicos internos y residentes y la propia evolución de la medicina y la sociedad dieron origen a la aparición de un modelo de formación en clave de futuro, el modelo MIR, nacido desde un pensamiento médico y asistencial sólido e innovador pero con fuerte sello tecnocrático que, aún contemplando dimensiones interpersonales y psíquicas en el enfermar humano, en la práctica no fue capaz de contrarrestar la deriva excesivamente tecnologicizante e instrumental de dichos planteamientos. De ello derivó un déficit de atención a los aspectos interpersonales, no mediados tecnológicamente, de la relación médico-paciente, que ha generado un desequilibrio formativo y actitudinal de consecuencias muy negativas.

* La búsqueda de alternativas asistenciales y técnicas, ya existentes en distintos países y el marco de garantías jurídicas y potencialidades normativas del texto constitucional de 1978, permitió consolidar logros, el acceso al estatuto de ciudadanía de quienes padecían enfermedades mentales y un potencial universo de equidad.

* Lo señalado y más, propició un lento pero imparable proceso de traslado de la atención de los pacientes psiquiátricos desde los manicomios y hospitales psiquiátricos a la comunidad. Proceso que, como sabemos, continúa...

- c) Este traslado tuvo, como consecuencia, el encuentro con los problemas psíquicos existentes en la población no candidatos a la exclusión social. El término de salud mental, aún controvertido, tomó carta de naturaleza y produjo una progresiva tendencia a pensar los problemas psíquicos como una variante específica de los humanos, fruto paradójico de las ventajas evolutivas del cerebro, de la mente, del lenguaje, del malestar en la cultura, que deberían, por tanto, ser atendidas en los espacios sanitarios en que se trataban las otras enfermedades. Esta perspectiva generó una visión y metas que llevarían a la Reforma Psiquiátrica.

III. La reforma psiquiátrica (19)

- Pasados quince años del inicio de la protorreforma psiquiátrica el proceso de transformación de los manicomios continuaba con resistencias de diverso tipo (administrativas, profesionales, sociales...), pero la idea del modelo alternativo de atención comunitaria para la salud mental fue tomando fuerza y acabaría siendo hegemónico. A partir de este momento ya no se crean nuevos manicomios.
- Acontecimientos relevantes para el proceso de Reforma fueron la aprobación del texto constitucional en 1978 (y su artículo 43), la creación del Ministerio de Sanidad 1977/8, la Reforma de la Atención Primaria de Salud en 1982 (que fue precedida del gran eco entre los profesionales de la Declaración de la OMS de Alma Ata en 1978) y la modificación del artículo 211 Código Civil (1983) sobre internamientos involuntarios en establecimientos psiquiátricos (que incluía el ingreso administrativo) que protegía judicialmente de los pacientes y que produjo inicialmente una viva controversia.
- El movimiento de cambio siguió impulsado por movimientos asociativos, especialmente la AEN, dirigida desde finales de los 70 por profesionales vinculados a los servicios asistenciales y a la gestión y, en general, independientes de los Departamentos universitarios salvo excepciones como la que representó Antonio Rodríguez y su cátedra en Galicia. De la AEN era la mayoría de los integrantes de la Comisión ministerial que elaboró el Informe para la Reforma psiquiátrica y también la mayoría de los integrantes de la Comisión de Seguimiento de la Reforma.
- El Informe para la Reforma psiquiátrica de 1985 contenía un acercamiento diagnóstico breve pero muy significativo sobre la situación de partida de la asistencia psiquiátrica, así como una serie de principios, objetivos y recomendaciones que resumimos a continuación:
 1. Las acciones en salud y salud mental se influyen mutuamente y no se pueden considerar como tareas independientes.
 2. Es necesario incluir acciones de salud mental en la práctica sanitaria general
 3. Es preciso reordenar y transformar el Sistema de salud, superando la segregación hacia los enfermos con problemas psiquiátricos.
 4. La integración de la Asistencia psiquiátrica y la Salud mental en el Sistema Sanitario General debe equipararse en dota-

ciones presupuestarias, gestión y territorio (áreas sanitarias / sectorización).

5. Descentralización de la gestión de los Servicios de Salud prevista en la LGS
 6. Potenciar la protección en salud mental y atención psiquiátrica dentro del entorno social de la población atendida y de riesgo.
 7. Reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica creando recursos alternativos.
 8. Desarrollar programas de rehabilitación e intervenciones sociosanitarias para los pacientes psiquiátricos y atender a los problemas derivados de la cronicidad.
 9. Garantizar los derechos civiles de los pacientes psiquiátricos.
- *Logros y limitaciones de la Reforma: Estos objetivos fueron alcanzados, en lo básico, en un proceso que duró 20 años y analizados críticamente, con sus luces y sombras en numerosos trabajos*
 - *En abril de 1986 se aprobó la Ley General de Sanidad que en su artículo 20 recogía elementos esenciales del Informe de la Reforma Psiquiátrica y en 1987 se constituyó la ya citada Comisión de Seguimiento de la Reforma Psiquiátrica formada por responsables de Salud Mental de las diferentes CCAA y dependiente del Consejo Interterritorial de Sanidad, máxima instancia de coordinación del SNS. Dicha Comisión tenía encomendada la función que su nombre señalaba, la dotación de recursos, el desbloqueo de dificultades y la coherencia del proceso de Reforma.*
 - *Esta Comisión de seguimiento termina con las “transferencias sanitarias a 7 CCAA”(Andalucía/1984, Canarias/1994, Cataluña/1981, Galicia/1990, Navarra/1990, País Vasco/1987 y Valencia/1990) y con el “Informe del Defensor del Pueblo”, de alto valor simbólico, y que se publica en 1991 con el título de “Situación Jurídica y asistencial del enfermo mental en España” (20). Este documento estaba centrado en el sector mayoritario de la Asistencia Psiquiátrica, en aquel momento manicomial, y concluye exigiendo a las Administraciones su cambio en profundidad comenzando por el respeto a los derechos civiles de los pacientes psiquiátricos en relación:*
 1. Con las distintas modalidades de ingreso involuntario,
 2. Medidas tan básicas como la inscripción en el registro civil de nacimiento y la obtención del Documento Nacional de Identidad (DNI) dan idea del enorme desamparo legal y administrativo en que estaban los pacientes. Una suerte de inexistencia (non natos) o muerte civil. En la gestión de estos

problemas fueron claves por tenacidad, compromiso y eficacia profesional, las trabajadoras sociales.

3. Evitar la privación del derecho al voto (sufragio) modificando la ley electoral de acuerdo con la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (España ingresó en la C. Europea en junio de 1985).
 4. Aprobar normativa específica de salud mental en las CCAA que no dispongan de ella, hacer un Plan de Salud Mental con un sistema que permita planificarla y evaluarla.
 5. La importancia y perentoriedad de la integración de todos los recursos de salud mental, asumir el coste de la atención por las Administraciones sanitarias y la Seguridad Social, en cumplimiento de la reiterada doctrina del Tribunal Supremo.
 6. La imprescindible coordinación con los Servicios Sociales y la delimitación clara de las respectivas competencias en la atención a los enfermos mentales.
 7. La creación de una red de servicios de atención alternativa a los manicomios.
 8. “La transformación y superación de los hospitales psiquiátricos no debe ir, en ningún caso, en detrimento del mantenimiento de unas condiciones dignas de habitabilidad y de niveles asistenciales adecuados, en tanto permanezcan pacientes internados en estos establecimientos, debiendo abordar de forma simultánea la creación de los recursos alternativos que se estimen precisos”, promover la formación de personal cualificado y establecer programas de rehabilitación (evitando la explotación laboral o utilizarla para cubrir carencias de personal).
 9. Establecer medidas de seguridad en hospitales (prevención de incendios y planes de emergencia).
- *La década del los 90* la ocupa el desarrollo de las transferencias sanitarias (con la excepción de Asturias con un Convenio de Coordinación con INSALUD de gran operatividad). Este proceso produce una integración funcional y/o estructural de los recursos preexistentes de distintas titularidades, según los casos, y un desarrollo asistencial y normativo específico (1994 en Galicia) para Salud Mental que tomó como referencia la arquitectura asistencial reticular del Informe de 1985 y del artículo 20 de la LGS de 1986 y la integración en el Servicio de Salud Autonómico correspondiente con nombramientos de responsables específicos de salud mental en sus estructuras centrales. La contrapartida fue el distanciamiento ministerial del desarrollo del proceso de Refor-

ma que duró hasta la constitución de la Estrategia Nacional de Salud Mental en el año 2005.

- Durante estos años se retomó y se puso en marcha para el conjunto del Estado el sistema PIR, que situó la Psicología Clínica como profesión sanitaria integrada en el SNS, tras una iniciativa del C. O. Psicólogos de España en colaboración con el M^o de Sanidad y seis Comunidades Autónomas (entre ellas Galicia).

Se produce asimismo el cambio de título (Diplomatura) y denominación de las Trabajadoras Sociales.

IV. Salud mental 2000/2012: transferencias sanidad / estrategia de S. Mental / crisis

- *El siglo XXI comienza, de facto, en Salud Mental con el importante impulso que recibe nuestro ámbito debido a las transferencias sanitarias realizadas a las 10 Comunidades Autónomas que no las habían recibido (Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla La Mancha y Castilla-León, Extremadura, I. Baleares, La Rioja, Madrid y Murcia). Dicho proceso transferencial propició un desenvolvimiento de Planes de Salud Mental de carácter estratégico y de planteamiento similar a los cambios que se hicieron en las siete CC.AA. desde los años 80, aprendiendo de sus experiencias aunque en un contexto distinto tanto sanitario, como social, político, económico y demográfico.*
 - *Coordinación Interautonómica.* En este nuevo escenario de transferencias sanitarias, se realizó un encuentro en Tenerife en torno a un proyecto de Plan Sociosanitario de carácter estatal.
 - Esta reunión permitió, además, un encuentro informal de distintos responsables de servicios autonómicos de salud mental que coincidieron en la necesidad de compartir información y soluciones en problemas comunes y una agenda interautonómica de trabajo sobre dichos desafíos (el Ministerio de Sanidad no ejercía desde el año 1991 una actividad de coordinación al respecto).
 - El formato de reuniones incluía una frecuencia semestral, una agenda temática consensuada, una sede rotatoria, un documento de acuerdos y conclusiones de consenso, de carácter técnico, que cada responsable trasladaba a su C. Autónoma; al poco se realizó una invitación como observador a un técnico del Ministerio de Sanidad, quien recibía también

el documento de conclusiones y lo hacía llegar al ámbito ministerial pertinente.

- *Construyendo una Comisión para la Estrategia de Salud Mental* (22).

Ese formato se mantuvo hasta 2005 en que, invitados a las reuniones previas al inicio oficial de la Estrategia de Salud Mental del SNS, se disolvió dicha coordinación para formar la Comisión Institucional de la Estrategia. El trabajo de conocimiento y consenso previos entre responsables de salud mental generó un clima de confianza y respeto mutuos que, en mi opinión, contribuyó de forma relevante a lograr los acuerdos del documento de la Estrategia de Salud Mental del SNS, que desde algunos ámbitos se consideraban inalcanzables.

- Esta y las restantes estrategias se generaron desde el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad, establecido en la Ley de Calidad y Cohesión del SNS (2003) a través de la Agencia de Calidad del Ministerio que venía trabajando activamente desde la Reunión de OMS-Europa de Helsinki de Enero 2005 (21) y cuya Declaración “Enfrentando desafíos, construyendo soluciones” fue suscrita por el Ministerio de Sanidad español.
- También en este año cargado de simbolismos cumplió veinte años el Informe de la Reforma psiquiátrica de abril de 1985.
- La Estrategia intenta tomar el relevo del Informe de la Reforma y realizar un nuevo Informe que incorpore los “importantes cambios económicos, sociales, políticos (demográficos) técnicos y científicos sucedidos en España” y “proporcionar una atención adaptada a las (nuevas) necesidades de la población”. Para ello el ministerio crea en 2005 la poliédrica y compleja Comisión de la Estrategia, coordinada eficientemente por el profesor M. Gómez – Beneyto, y constituida por la C.Institucional, por expertos nombrados por el Ministerio, representantes de la SEP y AEN, la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, la SEMFYC y la Confederación Española de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), además del soporte técnico y logístico de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, y otras entidades colaboradoras.
- Dicha Comisión produjo un documento de consenso, la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”, considerada como uno de los objetivos estratégicos del Mº

de Sanidad: “Conseguir una mejor atención de las personas con trastornos mentales, basada en la excelencia clínica de forma que contribuya a la cohesión de nuestro SNS en beneficio de los ciudadanos con independencia del lugar en que residan”.

- Documento que fue aprobado por unanimidad en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006.
- Este documento de Estrategia de S. Mental se atuvo a los siguientes criterios:
 1. Debía ser un documento de consenso de la Comisión que lo elaboró.
 2. Debía contener propuestas evaluables que desarrollaran las principales dimensiones de la Salud Mental:
 - Aspectos generales que incluyeron: análisis de la Reforma Psiquiátrica, estudio epidemiológico y marco normativo actualizado de prestaciones sanitarias y sociales ...
 - Promoción de la Salud Mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado
 - Atención a los Trastornos Mentales
 - Coordinación intra e interinstitucional
 - Formación del personal y profesionales sanitarios
 - Investigación en Salud Mental
 - Sistema de Información y Evaluación
- Tras su presentación en el Ministerio en la primavera de 2007 se acordó crear una Comisión de seguimiento de la Estrategia de Salud Mental que aún sigue funcionando, con excesiva discreción y apoyo ministerial incierto, aunque sería extraordinariamente importante que adquiriera mayor protagonismo y resultado, especialmente necesario en estos momentos.
- “*Un modelo europeo de atención a la salud mental*”, se visualiza por primera vez con auspicio OMS/2005, integrado en el sistema sanitario general, orientado comunitariamente, bajo principios en los que se reconoce el espíritu de la Reforma (autonomía, continuidad, accesibilidad, equidad, comprensividad, recuperación personal, calidad, responsabilidad), suscrito por los gobiernos de la Declaración de Helsinki que fue recogida por el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar aunque recortada en junio de 2008 en

un momento de zozobra europea por la gran crisis del nuevo siglo.

- Problemas pendientes de la Reforma como: Problemas conceptuales sobre el modelo de orientación comunitaria y los modelos de gestión y calidad; la insuficiencia de recursos humanos especializados; déficit de camas especialmente de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria y de cuidados especiales; dispositivos intermedios y equipos de continuidad de cuidados con potenciación del trabajo a domicilio así como dispositivos residenciales de primera y segunda generación y programas de reinserción social y sobre todo laboral.
- *Al inicio de esta segunda década, en plena crisis social, política, económica y demográfica conviene recordar lo que ya sabemos:*
 - Los modelos asistenciales están cambiando:
 1. Los pacientes están cambiando: Más del 80% de pacientes tiene perfiles crónicos y su número no dejará de aumentar en la comunidad.
 2. Los nuevos perfiles demográficos conllevan nuevas morbilidades y necesitan nuevas respuestas.
 3. Los pacientes tienen más información, exigen de forma distinta sus derechos y esperan trato respetuoso y de adultos.
 4. Los pacientes valoran la calidad de vida, la accesibilidad a los servicios y la continuidad de cuidados.
 - Los resultados esperados tienen que ver más con el mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida que con la curación
 - La dimensión de los cuidados es cada vez más requerida y ya es una dimensión imprescindible a incorporar.
 - Las intervenciones deben ser efectivas, eficientes, continuadas y seguras.
 - La formación y el perfil de los profesionales, incluyendo a cuidadores principales no profesionales, debe evolucionar adaptativamente a las necesidades de los pacientes y su entorno.
- *Desde una perspectiva internacional* además de las Informes y Declaraciones de la OMS de 2001 y 2005, ya citadas, resulta de interés un trabajo del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, que tras un estudio Delphi Internacional dirigido por Collins PY y otros en 2011 (23), propone la consideración, en una síntesis de la que me responsabilizo, de seis grandes objetivos:

- Identificar causas y factores de riesgo protección
 1. Identificar factores modificables de riesgo/protección en el curso de la vida
 2. Identificar marcadores biológicos al respecto
- Primar Prevención e intervenciones tempranas
 1. Promover entornos que favorezcan bienestar
 2. Promover intervenciones que acorten duración y déficits de los t. mentales
 3. Promover acciones de prevención primaria
 4. Promover estrategias para evitar o actuar ante el maltrato
- Mejorar tratamientos y acceso a la asistencia
 1. Promover en Atención primaria de salud servicios básicos de salud mental.
 2. Asegurar tratamientos eficaces y seguros.
 3. Promover intervenciones efectivas y seguras con formación básica.
 4. Proveer rehabilitación y asistencia accesible, efectiva y segura en la comunidad a poblaciones vulnerables.
 5. Desarrollar NT que complementen la accesibilidad a más pacientes.
- Aumentar conciencia sobre la carga global de los trastornos mentales
 1. Luchar contra el estigma y exclusión social de enfermos y familias.
 2. Desarrollar sistemas de evaluación compartidos, válidos, fiables y comparables.
- Capacitar recursos humanos
 1. Desarrollar formación para todos los implicados (stakeholders): especialistas, otros profesionales y cuidadores.
- Transformar el Sistema Sanitario y las respuestas políticas
 1. Establecer estándares mínimos de atención en salud mental
 2. Promover diseños asistenciales que atiendan al mismo nivel a los pacientes con trastornos mentales que con otras patologías crónicas y también respecto a inversiones para investigación, formación, prevención y tratamiento.

V. *Prospectiva: “una propuesta de conocimiento para plantear un futuro posible, deseable, verosímil...” un futuro por escribir...*

- *Repensando la tradición y sus logros que, en lo básico, se mantienen:*
 - el modelo de estado de bienestar que en lo esencial se mantiene o se está luchando por mantener
 - la generación de nuevas concepciones, nuevos valores y nuevo conocimiento aplicable
 - la Sociedad civil y las minorías se han reactivado con la crisis
 - el modelo manicomial hegemónico ha desaparecido
 - la apertura a la comunidad y sus Agencias Sociales, la sensibilización y coordinación de recursos insuficientes y dispersos, se inició con la protorreforma y se incrementó en la Reforma, pero es insuficiente
 - el modelo territorial excesivamente centralizado y sin regulación normativa ha dado paso al modelo autonómico descentralizado aunque no exento de problemas, con territorialización sanitaria favorecedora del trabajo en la comunidad.
 - El proceso de especialización de profesionales para el SNS (modelo MIR) se ha continuado con el PIR y más recientemente el EIR, además del desarrollo de la Terapia Ocupacional, del personal Auxiliar de Enfermería y del Trabajo Social.
 - Esta próximo un logro histórico con la creación de un tronco de psiquiatría y una especialidad, al fin, de Psiquiatría infantil y de la adolescencia. En el horizonte ACES de Psicogeriatría, Dependencias con o sin substancia, Psicoterapia...
 - El respeto a los derechos civiles de los pacientes (artículo 211 del código civil y el Informe del Defensor del Pueblo) se consagró con la Constitución.
 - El Informe de la Comisión de la Reforma y su Comisión de Seguimiento promovieron la arquitectura asistencial comunitaria y en red del artículo 20 de la LGS, alternativa al sistema manicomial y que, trabajosamente, se fue convirtiendo en hegemónica, amparada por LGS y la legislación autonómica que potenció la red asistencial para atender a las nuevas necesidades de salud mental de la población y la

integración de la atención psiquiátrica en los Servicios de Salud autonómicos.

- *Analizando críticamente el presente*

- Problemas y logros de la Reforma (ya señalados):
 - * Falta de impulso político, social y profesional del documento de la Estrategia de Salud Mental y su Comisión de seguimiento que constituye una reformulación de la Reforma para nuevos tiempos y apuesta por un modelo europeo de atención a la salud mental (modelo OMS/ Helsinki 2005) decisivo a pesar de las dificultades actuales. Es necesario realizar una apuesta estratégica desde ya por:
 - * Proseguir la secuencia de Planes Estratégicos de Salud Mental en sintonía con la Estrategia (En Galicia terminó el primero en 2001, y ¿el segundo?).
 - * modelos de gestión clínica y calidad, que incluyan una respuesta personalizada que fomente la autonomía y corresponsabilice a los pacientes con apoyo de familiares, cuidadores y red social
 - * atención prioritaria a la cronicidad y a los más vulnerables: infancia/adolescencia/mayores e inexcusablemente a los generados por la crisis con incrementos de morbilidad y mortalidad.
 - * una mayor coordinación y sinergia desde la claridad competencial entre salud mental y servicios sociales
 - * una segunda generación de dispositivos de apoyo comunitario con énfasis en la recuperación y la autonomía.

- *Orientado la acción hacia la gestación de una alternativa*

La Protorreforma y la Reforma Psiquiátrica han sido fruto de un modelo alternativo, a través de un largo proceso de 35 años, orientado por el Informe de 1985, que requieren un cambio sostenible más allá de la crisis de al menos ¿quince años? que responde a varias preguntas ¿Hacia dónde ir y con qué modelo? ¿Con quién construirlo? ¿Con qué contenidos científico/técnicos?

- *El modelo no ha de ser alternativo como el de la Protorreforma y la Reforma psiquiátrica sino de profundización, innovación y desarrollo creativo de la experiencia y documentos de la Reforma, del análisis y documento de la Estrategia de Salud Estratégica de Salud Mental, del modelo europeo con-*

tenido en la Declaración de Helsinki 2005/OMS y del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar Bruselas2008/UE y sus acciones, y del Estudio Delphi Internacional / 2011 /INMH realizado por más de 400 expertos de todo el mundo en que se proponen 25 grandes prioridades en salud mental, que marcan objetivos e innovaciones para enriquecer programas y proyectos en las distintas direcciones que indica el documento de la Estrategia.

- *Documento que está necesitando desde su nacimiento de una alianza o plataforma que lo lidere como en su día sucedió con el Informe de la Reforma y que, en cierto modo, puede estar prefigurada por la composición altamente plural y representativa de la Comisión de la Estrategia dependiente del C. Interterritorial que fue su fuerza y ahora parece su debilidad por la falta de voluntad política en impulsar el documento que aprobó de forma unánime el 11 de diciembre de 2006.*

Se necesita además:

- *un nuevo impulso del movimiento de profesionales.*
- *una reforzada alianza y liderazgo compartido entre todos los implicados (stakeholders), mucho más potentes y organizados que en la época de la Reforma.*
- *una activación y participación de sectores ciudadano sensibilizados que deberían jugar un papel de mayor protagonismo y de agentes sociales y políticos a los que habría que comprometer con propuestas concretas.*
- *la imprescindible y creciente presencia de Cuidadores no profesionales, el crecimiento de movimiento asociativo de Autoayuda y Ayuda Mutua, pueden desempeñar nuevas y más importantes funciones dinamizadoras en procesos de cambio.*
- *Nuevos paradigmas integradores científico técnicos.* Tras la oleada reduccionista de los 90 potenciada por altas y fallidas expectativas de la década del cerebro (1990-2000), han proseguido con bastante intensidad las investigaciones (genéticas, neuroquímicas, de imagen...) sobre el cerebro y la mente, con numerosos hallazgos fragmentarios de difícil aplicabilidad. Asimismo desde la psiquiatría, la psi-

cología cognitiva, la terapia sistémica y el psicoanálisis se han incrementado las reflexiones y puentes interdisciplinarios desde visiones integradoras. Todo ello hace deseable y necesaria una perspectiva integre los avances de las diferentes disciplinas y ámbitos y nos permita gestionar no sólo la clínica sino los conocimientos adquiridos.

- Entre los que plantean un nuevo paradigma integrador destaca Eric Kandel (24) (Nobel de Medicina en el 2000). Kandel tiene la particularidad de poseer formación psiquiátrica, psicoanalítica y cognitivista previas, revisa planteamientos anteriores en su “Un nuevo marco intelectual para la psiquiatría” (1998), publicado en el American Journal Psychiatry, y refrendado en 2005 por T.R. Insel (Director del NIMH) proponiendo establecer, en base a los conocimientos en neurociencia, cinco principios de la relación mente /cerebro ya aplicables en este nuevo “marco“ (usa el concepto de E. Goffman), a saber:

1° Todos los procesos mentales y psíquicos, incluidos los t. mentales se producen en el cerebro.

2° Los genes y las proteínas que intervienen en la conectividad de las redes neuronales se relacionan con la conducta.

3° Las alteraciones genéticas no determinan la conducta y sus alteraciones. Los factores que afectan al desarrollo humano: experiencias tempranas, interacciones subjetivas, factores sociales, entornos de cuidados, soportes afectivos, morbilidades y daños sobrevenidos..., tienen una importancia fundamental y producen modificaciones de la expresión genética (epigenética) no transmisibles genéticamente.

4° Estas modificaciones epigenéticas modifican los patrones y la relevancia de las conexiones neuronales específicamente en cada persona y se traducen en el fundamento biológico de su individualidad, más allá de su patrimonio genético heredado.

5° La psicoterapia en sus distintas modalidades y otro tipo de intervenciones similares pueden producir cambios estables en el patrón anatómico de las interconexiones neuronales y en el comportamien-

to, lo que permite y permitirá mucho más fácilmente en el futuro lograr un cierto grado de “visibilidad” aunque siempre sujeta a interpretación .

Estos principios animan a Kandel, incluso, a proponer una agenda común entre biología de la mente y psicoanálisis. Señala este autor una predicción de F. Jacob (Nobel de Medicina, recientemente fallecido) en 1998 “El siglo que termina (XX) ha sido el de los ácidos nucleicos y las proteínas. El próximo se centrará en la memoria y el deseo. ¿Podrá darse respuesta a las preguntas que se plantearán?”.

En esta agenda de Kandel se indican como dianas que orienten los esfuerzos investigadores: los procesos mentales inconscientes, los procesos causales en el psiquismo, la relación entre causalidad psíquica y psicopatológica, las experiencias precoces y la predisposición a sufrir una enfermedad mental, la corteza preconscious-consciente y prefrontal, la orientación/identidad sexual, la psicofarmacología como complemento o coadyuvante del psicoanálisis, la psicoterapia y la generación de cambios estructurales en el cerebro...

Lo señalado y los conocimientos por llegar permiten superar cualquier tipo reduccionismo, sabiendo cómo nos recuerda Rita Levi Montalcini (25) que la mente es una galaxia y apenas conocemos nuestro sistema solar...

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Postel J, Quérel C (compiladores). Historia de la Psiquiatría. Méjico D.F: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- (2) Arendt H. De la historia a la acción. Barcelona: Paidós, 1999.
- (3) Freud S. El malestar en la cultura. Buenos Aires: Amorrortu, 1976
- (4) Pichot P. Un siglo de psiquiatría. París: Ediciones Roger Dacosta, 1983.
- (5) Basaglia F. ¿Qué es la psiquiatría?. Barcelona: Labor, 1976.
- (6) Cooper D. Psiquiatría y Antipsiquiatría. Buenos Aires: Paidós, 1971.
- (7) Hochmann J. Hacia una psiquiatría comunitaria. Buenos Aires: Amorrortu, 1971.
- (8) Caplan G. Principios de Psiquiatría Preventiva. Buenos Aires: Paidós, 1966
- (9) Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu, 1970
- (10) Lévi-Strauss C. Las estructuras elementales de parentesco. Barcelona: Paidós Ibérica S.A., 1981
- (11) Bion W.R. Experiencias en grupos. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- (12) Freud S. Nuevos caminos en la terapia psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu, 1976
- (13) Balint E, Balint M. Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina. Méjico: Siglo XXI editores S.A. , 1961
- (14) Watzlawick P. El lenguaje del Cambio. Barcelona: Herder, 1986.
- (15) Skinner BF. Ciencia y Conducta Humana. Barcelona: Editorial Fontanella S.A., 1971.
- (16) Piaget J. Biología y Conocimiento. Madrid: Siglo XXI de España, 1967.

- (17) Kelly GA. Psicología de los constructos personales. (Edición a cargo de G. Feixas). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica SA, 2001.
- (18) Pérez F. Relato histórico. En: Pérez F, Coordinador. Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica. Madrid: AEN, 2006.
- (19) Pérez F (Coordinador). Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica. Madrid: AEN, 2006.
- (20) Defensor del Pueblo. La situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Informes, Estudios y Documentos. Madrid, 1991.
- (21) Muijen M. Estrategia de Salud Mental en Europa. En: Espino Granado A, coordinador. La atención a la salud mental en España. Madrid: Consejería Sanidad Junta Castilla-LaMancha y Agencia de Calidad del M° de Sanidad y Consumo, 2006.
- (22) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- (23) Ansean A., coord. Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental. Madrid: Edicomplet, 2012.
- (24) Kandel E.R. Psiquiatría, Psicoanálisis y la nueva Biología de la Mente. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación S.L., 2007.
- (25) Levi Montalcini R. La Galaxia Mente. Barcelona: Editorial Crítica S.L., 2000

ANDALUCÍA. “LA CULMINACIÓN DE LA CONTRARREFORMA...ENTRE POLVOS Y LODOS”.

Onésimo González Álvarez

Introducción

En primer lugar agradezco a los organizadores la invitación a participar en las jornadas, así como las atenciones de que he sido objeto. Esta aportación cierra o concluye la tarea de informador o reportero (casi siempre crítico) de la reforma andaluza, que en el seno de la A.E.N. inicié en la primera mitad de los 80, a través de notas y comunicaciones publicadas en las páginas de la asociación, en la revista, así como otros informes y artículos para el debate (n^{os} 26 (1), 40 (2), 109 (3)) o bien aportaciones a jornadas y congresos, desde el de Malgrat de 1984 donde, a petición de los organizadores, informé sobre los inicios de la reforma (4), hasta las *XXV Jornadas A.A.N. de Baeza*, en 2007. (5)

En segundo lugar debo explicar el cambio del título de la ponencia respecto al inicialmente propuesto. El añadido de los polvos y los lodos se debe al terremoto político iniciado poco después, que está desestabilizando nuestras instituciones asistenciales así como los supuestos en que se venía basando la convivencia social. La trascendencia del referido terremoto me ha llevado a señalar algunos precedentes, los vientos convertidos en tempestades o los polvos transformados en lodos... Se trata de resoluciones y otros comportamientos políticos adoptados en los últimos decenios, raíces profundas del espantoso trance en que estamos inmersos. Con algún detenimiento me he referido a estas cosas en mi aportación al libro colectivo *Neoliberalismo vs. Democracia*, compilado por F. Álvarez-Uría y otros y publicado por La Piqueta en 1998. (6)

1. La culminación de la contrarreforma.

Lo sustancial de lo que inicialmente pensaba referir en esta mesa está en el artículo del mismo título publicado en las páginas de debate del n^o 109 de la *Revista de la A.E.N.* (enero-marzo de 2011), donde tras resumir las publicaciones anteriores, desde los 80, señalo las últimas resoluciones de la administración, cuya principal consecuencia es el boicot a la integración de la salud mental en el sistema general.

Continúa el Programa de Salud Mental de los Servicios Centrales del S.A.S. y continua la Fundación Andaluza para la Integración Social del

Enfermo Mental, criaturas ambas del Instituto Andaluz de Salud Mental, instrumento administrativo para la reforma, constituido en la primera mitad de los 80, supuestamente desaparecido a principios de los 90, pero que se perpetúa en las dos referidas instituciones y en sus respectivos convenios de colaboración. Persisten “al margen y aún en contra de sus fines”, tendencia propia de las cosas que fundan los humanos, como nos había advertido Sánchez Ferlosio.

El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008/2012 (PISMA II), en sus estrategias de actuación, en el apartado *Red Sanitaria, Modelo Organizativo y Cartera de Servicios* insta a mejorar los mecanismos de comunicación, cooperación y coordinación en el sistema sanitario (atención primaria, salud mental, otras especialidades, F.A.I.S.E.M.), dando por supuesto la no integración de la salud mental, ignorando el mandato integrador de la Ley 14/86 General de Sanidad (artículo 20, ...) “total equiparación”... “plena integración”), considerando inexistente el apartado dedicado a prestaciones de la Ley 16/03 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y censurando los anexos relativos a Salud Mental del R.D. 1030/2006 de cartera de servicios, incluyendo la atención a drogodependencias y adicciones (Anexo III, 7-4) que en Andalucía seguirá siendo tarea de la Consejería para el Bienestar Social y de las diputaciones provinciales.

El Decreto 77/2008 de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental oficializa la existencia no integrada de los mismos y sus diferencias respecto a la atención especializada y la primaria, y trae alguna novedad que merece ser comentada, como la gestión clínica, que se impone con carácter obligatorio (hasta entonces se venía promoviendo y pactando con los diversos servicios y unidades). La he calificado como el chocolate del loro, ya que la participación de los clínicos en la gestión no incluye los convenios, los conciertos, las obras y construcciones ni la contratación del personal, ámbitos donde radica el volumen principal del gasto (y del despilfarro). También es una cortina de humo que trata de oscurecer y ocultar el modo de gestión no participativo a que más abajo aludiremos. El Director de la Unidad de Gestión, sea unidad asistencial, área o provincia, y que asume las tareas y funciones del jefe de sección o de servicio, no precisa otro título que el universitario sanitario, que puede ser diplomado sin más, no precisando acreditar especialización ni experiencia profesional en este ámbito. Me parece grave el desprecio a los principios de mérito y capacidad y a la tan cacareada acreditación de competencias profesionales... Otra vez se manifiesta el principio gironiano (de Girón de Velasco) de adhesión incondicional al jefe, tan caro a las administraciones gobernadas por el P.S.O.E.

2. *Entre polvos y lodos*

Andalucía se adelantó a otras comunidades autónomas en el inicio de la reforma psiquiátrica, y como en todas ellas, aumentaron de modo significativo tanto los profesionales como las unidades y servicios de salud mental. Se contrataron psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de clínica y se abrieron unidades de salud mental comunitarias, unidades de agudos en los hospitales generales, unidades de rehabilitación, comunidades terapéuticas... pero, confirmando lo que IVAN ILLICH (7-8) ha llamado productividad paradójica, esos profesionales y esos servicios se han venido dedicando a cosas diferentes a las inicialmente previstas, en ocasiones precisamente a lo contrario: por una parte, las carencias e insuficiencias de las respuestas asistenciales a la cronicidad, hasta el punto de ser “el problema más grave que he tenido aquí” como señaló el Defensor del Pueblo Andaluz en entrevista periodística (El País Andalucía) publicada el domingo 30 de julio de 2.006. D. José Chamizo llevaba 10 años ocupándose de estos asuntos y de otros, como los menores desamparados, las pateras, el paro, los toxicómanos, juzgados entonces menos graves... El de los enfermos mentales... “cada día es un colectivo más grande, pero la reforma psiquiátrica cometió el gran error de no prever lo que ocurriría en el futuro”... “la cantidad de gente que está viviendo en la calle”...

Por otra parte, y frente al referido abandono, la psiquiatrización de los problemas de la vida, de las consecuencias del desamor, del odio, de la pobreza, de la violencia, calificando de enfermedad a cualquier clase de ansiedad, inquietud, preocupación o tristeza, y en el marco del paradigma individual y biológico dominante constituyendo una fuente de negocio inagotable para las multinacionales farmacéuticas, así como de creación de puestos de trabajo, públicos, concertados y privados para las diversas clases de profesionales de lo “psi”.

El bálsamo o consuelo individual que proporcionan los servicios sanitarios a los problemas de la existencia, además de los beneficiarios referidos, tiene otros, vinculados al mantenimiento del propio sistema, al contribuir a la desactivación de respuestas colectivas.

Además de lo dicho, que en términos de Illich se puede calificar como yatrogénesis social y yatrogénesis cultural, la yatrogénesis clínica, vinculada a los defectos del médico y de sus técnicas: las consultas médicas generales, así como las urgentes y las especializadas son una verdadera fábrica de adictos (sobre todo de adictas) a benzodicepinas y otros psicotropos, y se han venido minimizando, incluso de modo violento (véase por ejemplo, la peripecia personal y profesional de David Healy (9)) los graves efectos secundarios de los nuevos antidepresivos y de los nuevos

neurolépticos. La lógica económica que subyace al funcionamiento de los servicios que hemos apuntado en los párrafos anteriores se manifiesta de modo más abierto en alguna de sus características estructurales y organizativas, por ejemplo en las fragmentaciones, visibles en numerosos planos y niveles, desde los administrativos y de gestión a los asistenciales. Aquí nos interesan las fragmentaciones entre y dentro de los servicios y unidades: los agudos frente a los crónicos, la actividad ambulatoria frente a la hospitalaria, la primaria frente a la especializada, la actividad clínica frente a la prevención, lo sanitario frente a lo social. Por un lado los ancianos, por otro los deficientes, más allá los toxicómanos, y las anoréxicas aparte, “que no están locas”. Unidades para los trastornos de personalidad (y específicas para los inestables de tipo límite), y otras para los esquizofrénicos resistentes... Para cada grupo o subgrupo ha de haber no un programa, sino una unidad, un servicio, una especialidad o subespecialidad, como mínimo un máster y un protocolo. Y si no son posibles servicios públicos, mejor, privados que se concertan o donde se derivan, como las residencias más o menos asistidas, para ancianos, deficientes drogadictos o lo que sea menester...

Charles Boelen (10) ha calificado de “fenómeno galopante” a la fragmentación creciente en la provisión de servicios, “impulsado por la empresa privada, la competencia, el consumismo...”

Aquí está de nuevo la lógica del capital, del movimiento del dinero, que se cuele por las grietas y fisuras de los servicios, en pos del lucro privado.

Algunas transinstitucionalizaciones, y no solo en los primeros momentos de las reformas, han consistido en la derivación de colectivos de pacientes (decenas en algunos casos) desde un psiquiátrico provincial, que había que cerrar, a una residencia asistida, privada de ámbito rural en otra provincia...

En los planos administrativos y de gestión también se impone la lógica fragmentadora. El derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución, convierte a la Administración en el agente “pagador” (principalmente las autonomías, donde está transferida la gestión de los asuntos sanitarios), pero no necesariamente en el “gastador” o proveedor de servicios. La brecha creciente entre el organismo que paga y el que gasta, sea público o privado/privatizado, aumenta la cuantía del gasto, que es precisamente de lo que se trata (externalización, concertación y otras formas de privatización).

Es conocida la brecha existente entre los órganos gestores y los equipos asistenciales. De los primeros interesa señalar su carácter no democrático ni participativo. D. J. M. Freire, alto responsable de asuntos sanitarios en el P.S.O.E. decía en Diario Médico del jueves 4 de febrero de 1999: “...

España es el único país de occidente en el que los hospitales son administrados por una suerte de gobernados civil, que no da cuentas a nadie, salvo al poder político al que debe su cargo. Es preciso crear consejos de administración, unos órganos participados por los diferentes agentes sociales y profesionales que se conviertan en instrumentos para una gestión pública y transparente... Parece haber olvidado que ha sido precisamente su partido quien ha impuesto en los hospitales órganos de gobierno unipersonales y de designación, (R. Decreto 521/87, Decreto andaluz 105/86) frente a normas legales anteriores, de U.C.D. (R.D. 2082/78), incluso del antiguo régimen, como las Juntas de Gobierno de los hospitales, que establecían la colegiación y la participación de los diversos agentes implicados en el gobierno de la asistencia especializada.

La necesidad de control partidista del enorme volumen económico y de personal que supone el aparato sanitario explica la referida anomalía, que permite establecer convenios y conciertos con empresas privadas, el dictado de diferentes personajes políticos, para la financiación irregular del partido.

La prensa regional andaluza, incluso la nacional dio cuenta el 25 de mayo de 1991 de los encuentros habidos pocos años antes entre los Srs. Juan Guerra y Gaspar Zarrías, el entonces Gerente del S.A.S. Sr. Ortega Limón y algún empresario sevillano y responsables de alguna clínica privada andaluza, donde se imponían los conciertos y se obtenían los “porcientos”.

A los órganos de gobierno no participativos, se une una pesada máquina administrativa, “pomposa y extravagante¹¹” que incluye la Escuela de Salud, así como diversas fundaciones y agencias, generadoras de cursos de formación, elaboración de protocolos y guías y otras actividades y publicaciones, ajenas a las actividades y necesidades de los servicios, ocupadas por profesionales del partido, o vinculados al mismo por razones familiares, de amistad o clientelares... Como los expertos en enseñar a enseñar que carecen de experiencia docente, aquí expertos en psiquiatría comunitaria que jamás han salido de los despachos administrativos, o protocolos y guías elaborados por quienes no han visto un solo paciente. Entre sus producciones más grotescas cabe citar la *Guía de Estilo del S.A.S.* o las propuestas de registros de enfermería en las unidades de hospitalización, documentación prolija, redundante, asistemática, superflua, que convierte a los enfermeros en un híbrido de auxiliar administrativo y encuestador, dificultando y aún impidiendo que se dediquen a la prestación de cuidados. Esta gestión opaca, no participativa, burocrática, ha ido externalizando actividades y servicios, concertando programas, contratando a empresas supuestamente expertas en los cometidos más diversos, con una orientación clientelar, privatizando el sistema sanitario en una medida tal que,

según D. J. L. Perona, Presidente de la Comisión de Economía de la Salud del Colegio de Economistas de Madrid (Diario Médico, 10-III-04) ...”*La sanidad se ha hecho más pública en las etapas de gobierno de UCD y PP, y se ha privatizado en la etapa del PSOE, evolución no exclusiva de la sanidad dentro de la Economía Española...*” Aunque en los últimos meses, la vena privatizadora del PP está desbordando todos los límites.

Ignacio Sotelo (12) se refiere a la política del PSOE como consecuencia de una “sumisión total a los intereses financieros” y a su “falso izquierdismo de cartón piedra”. D. Miguel Sebastián, en su época de Director de la Oficina Económica del Presidente del Gobierno (Sr. Zapatero) afirmaba sin rubor que el PSOE representa el liberalismo económico. De hecho, en aquellos años, el estancamiento de las rentas del trabajo y la ralentización del gasto público-social coincide con la impresionante elevación de beneficios empresariales, en especial de las empresas energéticas y la banca.

Han olvidado que la democratización de las instituciones es un imperativo ideológico, ético y legal, además de una exigencia de las normas de acreditación y calidad, así como de la eficiencia (no solo en el ámbito sanitario). En el plano político general han olvidado el papel redistributivo del estado, la función social de la propiedad... así como la limitación de mandatos, las elecciones primarias y las listas abiertas.

D. Juan Velarde, que ya asesoraba al poder en los años 50, había advertido en 1996 que “Maastricht, la eficiencia económica, impone la reforma de la Constitución” como así se ha producido, en agosto de 2011, por imposición del sistema financiero alemán, reforma perpetrada por el Gobierno del P.S.O.E. con el apoyo entusiasta del P.P.... Han seguido las indicaciones de la Sra. Merkel, y han desoído las de otros alemanes, como lo que dijo en la misma Sede del Senado el Sr. Paul Kirchhof, magistrado del Tribunal Constitucional Alemán: “el Estado de Derecho debe lograr la vigencia de los valores constitucionales al margen del mercado e incluso contra él” (X Jornadas de Derecho Constitucional Comparado, Madrid, noviembre de 1996).

BIBLIOGRAFÍA

(1) González O: Sobre la Reforma Psiquiátrica en Andalucía, Rev. Asoc. Esp. Neurosiq (Madrid) 1988; 8 (26): 515-527.

(2) González O: La integración en el Servicio Andaluz de Salud. Rev. Asoc. Esp. Neurosiq. 1992; 12(40): 63-66.

(3) González O: Andalucía: la culminación de la Contrarreforma. Rev. Asoc. Esp. Neurosiq. 2011; 31(109): 123-129.

(4) González O. Sobre el Instituto Andaluz de Salud Mental. 1ª mesa redonda, 5ª Jornadas A.E.N. Malgrat-Colella, mayo-junio de 1984.

- (5) Fermín Pérez (compilador). La A.A.N. en los años 1982 a 2007, una aproximación histórica. A.A.N. 2007; 30-43 y 185-188.
- (6) Álvarez-Uría y otros. Neoliberalismo vs Democracia, La Piqueta (Madrid) 1998; 238-263.
- (7) Illich I. Los límites de la medicina. Colaboración especial en Jano, nº 180, 6-VI-75.
- (8) Illich I. Patogénesis, inmunidad y calidad de la Salud pública. Archipiélago, 1996; 25: 39-45.
- (9) Lamas Crego S. A propósito de la era antidepresiva de David Healy. De la historia de la Psicofarmacología y de la industria farmacéutica. Siso/Saude, 2002; 36: 69-106.
- (10) Boelen Ch. Actuando Unidos para la Salud. Documento de trabajo. O.M.S., Ginebra, 2001.
- (11) Clavero J. Sanidad y Propaganda. Tribuna. Huelva Información, 16 junio de 2012: p.6.
- (12) Sotelo I. La segunda fractura. Tribuna. Diario El País, 15 agosto 2012: p.21.
- (13) Velarde J. Hacia otra economía española. Madrid: Espasa-Calpe, 1996.

GALICIA: DEL TRASLADO A LA REFORMA.

*Chus Gómez Rodríguez, Alcira Cibeira Vázquez,
Jose Antonio Campos Pérez, Yolanda Castro Casanova,
Luis Rodríguez Carmona*

Lo que presentamos a continuación es un artículo ya publicado en la revista Norte de Salud Mental (1), que resume el conflicto del traslado del hospital psiquiátrico Cabaleiro Goás (Toén, Ourense). En la presentación del congreso se proyectó un video elaborado por los autores, en el que se recoge la historia del cierre del hospital psiquiátrico. Sobre un fondo sonoro musical, se van deslizando algunos de los múltiples recortes de la prensa nacional, autonómica y local sobre el tema, durante todo el tiempo que duró el conflicto; el video también incluye parte de la colección de fotografías que los representantes institucionales con competencias en el tema recibieron junto con la carta de denuncia que los clínicos enviaron.

En la fecha en la que se celebró el congreso ya se había realizado el traslado de las unidades de rehabilitación psiquiátrica de Toén al edificio del hospital de Piñor, que aún siendo de la misma época, siempre se mantuvo en buenas condiciones de habitabilidad, quizás por estar dedicado en estos últimos años, a la atención de pacientes crónicos de medicina interna...porque en teoría al ser un hospital construido para pacientes con tuberculosis. Su diseño y ubicación es radicalmente contraria a la del psiquiátrico: ocupa un lugar alto, soleado, y con extraordinarias vistas sobre la ciudad situada a sus pies. En la actualidad compartimos con el servicio de rehabilitación física el edificio, sin que hayan ocurrido ninguno de los malos augurios profetizados....

Este trabajo se incluyó en la mesa dedicada a la reforma en Galicia en la que los psiquiatras: Elena Gato y Antón Seoane presentaron sus experiencias manicomiales con sus textos y vídeos al efecto, sobre los hospitales de San Rafael en Lugo, cerrado poco después del de Toén y también en lamentables condiciones, y sobre lo que se dio en llamar el Conflicto de Conxo en los años 70, en un contexto sociopolítico muy diferente pero con aspectos nucleares comunes.

Toén: la historia se repite... muchos años después (1)

A Tim Robbins y a Morgan Freeman

Ellos no saben por qué....

Sabemos que el tiempo tiene una dimensión subjetiva fundamental y nuclear. De alguna manera este aspecto se concentra, de una manera simplista, en la célebre frase de Paul Elouard: “*hay otros mundos... pero están en éste*”.

La cita en cuestión viene a colación a raíz del conflicto desatado hace unos meses en el hospital psiquiátrico de Toén y sobre el que haremos un esfuerzo de clarificación. Es un conflicto lleno de aristas, codos e intereses cruzados que pueden hacer que, con tanto ruido y distorsión, perdamos el norte sobre de qué estamos hablando y por qué en este momento.

Pero el hospital también puede ser abordado como un sujeto, en el que como en cualquier mortal, sometido a las leyes de la palabra, lo nuclear del síntoma, es la repetición. Aquí de una manera clara y explícita se concretiza por tanto ese aspecto de la repetición, inscrita en su historia desde el inicio,...de manera sintomática que ahora comentaremos.

Cuando hay que abordar y comprender la locura, sus espacios, sus tiempos y su subjetividad siempre aparecen dos discursos discrepantes: el *discurso clínico* y el *discurso no-clínico*.

Al *discurso no-clínico* se acogen aquellos que niegan una realidad incontestable: la necesidad de posicionarse en las prioridades, los estilos de relación, los valores a rescatar, las responsabilidades de locos y cuerdos, los límites, la normas, los derechos, las obligaciones y otras cuestiones del poder que siempre se ponen en juego y coexisten en un hospital psiquiátrico.

No olvidemos que en el abordaje de la locura, al ser lo intersubjetivo lo que prima y no la tecnificación, da lugar a que proliferen las opiniones, juicios morales y creencias que se establecen como verdaderas por el mero hecho de estar sostenidas por un supuesto “cuerdo” ante el carente de “razón”.

En definitiva, son discursos del poder, repletos de frases como “tengo derecho / no tienes derecho” o “yo sé/ tu no” o “es que es lo normal”.

Frente a la *certeza delirante* de los psicóticos, el discurso no-clínico propone la sordera excluyente, esto es: de lo que digas, nada de nada.

Frente a la resistencia pasiva del oficinista magistralmente ejemplificada en Barterbly y su, *preferiría no hacerlo*, el discurso no-clínico propone un *preferiría que estuvieras callado*.

Esta es una manera simplista y reduccionista de ver el problema, aunque con su parte de verdad...y que quizás mereciera un desarrollo mucho más amplio en el que serían necesarias el despliegue de cuestiones antro-

pológicas, sociales y culturales complejas, que permitirían poner luz, en lo que a priori parece sólo una discrepancia sin más, pero en la que la cultura patriarcal falocéntrica, tendría mucho que aportar sobre el por qué, y de qué manera ocurre esto en este momento histórico. Quizás éste no sea ni el lugar ni el momento de entrar en análisis complejos sobre ése particular.

Comencemos entonces por la más pura inmediatez que surge de una descripción de lo que nos rodea. Nos encontramos con un hospital muy deteriorado, sin las mínimas condiciones hosteleras, aislado y que fomenta el apartheid y el estigma y por otro la reivindicación de un espacio mejor, digno, saludable, confortable e inscrito en la vida social; que no expulse, sino que acoja en un vínculo social a sus moradores, eso sí con sus peculiaridades, que la mayoría de las veces están muy alejadas de lo normativo neurótico, que trenza lo social de esa categoría. Hasta aquí la cuestión radica sencillamente en reflexionar si la mejora beneficia a ingresados y trabajadores.

Entonces, ¿por qué la oposición al cambio? ¿Por qué con esa virulencia?

La respuesta sólo puede surgir de esa otra inmediatez a la que hacíamos mención, es decir, a esa coexistencia presente en todos los psiquiátricos de dos tipos de discursos. Discursos que como en todo en la vida, no están sujetos a una separación radical así planteada, sino por suerte, llena de excepciones, de matices, y de riquezas pero que aquí ahora se plantea romo y sin matices de manera intencionada a fin de poder hacer un análisis o una lectura crítica, aun a expensas de saber que eso es incorrecto, errado, pero necesario al fin propuesto, resaltar las paradojas e incongruencias de los discursos.

Es preciso señalar, que si bien podemos hablar de la locura desde la clínica o desde lo que en modo alguno lo es, en este conflicto también se ha hablado de otras cosas que no son la locura (o no deberían serlo). Hay factores que se mezclan y se superponen: la proximidad de las elecciones municipales, y sindicales, referencias a gobiernos pasados y sus proyectos (en 2008 el gobierno bipartito PSOE y BNG proyectó la construcción de un hospital para crónicos psiquiátricos en los terrenos en donde está el hospital de Piñor, antiguo tuberculoso al que ahora nos trasladan), una oposición que pugna por hacerse un hueco en el panorama actual (gobierno del PP), el riesgo de que los cambios del presente sean usurpados por unos actores, que hasta la fecha carecían de iniciativas al respecto, la percepción que, de rebote y por casualidad, existen administradores sanitarios que se van a ver beneficiados por la denuncia de los clínicos.

En todos estos discursos, el tema esencial no es precisamente la locura, pero sí tiene cabida también el asunto de los terrenos en los que se asienta el hospital, que pertenecen al pueblo de Toén, por cesión para la construcción del psiquiátrico, que en caso de dejar de tener uso sanitario

regresarían a la comunidad, con lo que ello supondría para el SERGAS en caso de perderlos. La historia de los terrenos, es y no es, al mismo tiempo, la historia del psiquiátrico. Debemos recordar que su destino inicial era construir en ellos una leprosería y que se trata de una finca en la que sin problema alguno, por sus dimensiones, se podría ubicar el hospital general de la ciudad y de hecho en algún momento se barajó eso como posible, pero fracasó al parecer por multitud de intereses en juego.

Todos estos aspectos, teóricamente ajenos a las cuestiones clínicas y de mejora asistencial planteadas, son de gran relevancia a la hora de favorecer o entorpecer el proceso de cambio que se pretende para este hospital y para los ciudadanos en él atendidos.

En octubre de 2010 los clínicos que trabajan en Toén, decidieron mediante una carta y un dossier fotográfico, hacer una denuncia ante la administración. Dicha denuncia la hacen llegar a: Presidenta del Parlamento de Galicia, Conselleira de Sanidad, Gerente General del CHOU, y Defensor del Pueblo.

El motivo: los continuos fracasos en la viabilidad de los múltiples proyectos de mejora que sistemáticamente jalonan la historia de Toén hasta la fecha, de una manera ya sintomática, y lo insoportable de esa situación.

Cansados de promesas y proyectos incumplidos, por unos motivos o por otros, deciden tomar “cartas” en el asunto e instar a las diferentes instancias administrativas implicadas, a resolver una situación sanitaria de gravedad como la que afecta al psiquiátrico de Toén.

Pero antes de comentar la situación que se genera con la denuncia, haremos un pequeño esbozo de la historia del hospital que enmarque aspectos fundamentales del mismo, que nos ayudarán a entender algunos de los aspectos implicados en el conflicto actual.

Pequeña historia o para comenzar

El hospital psiquiátrico de Toén está ubicado en un monte comunal, propiedad de la parroquia vecina de Toén a unos 8Km de Ourense. En su día, esta comunidad cedió los terrenos para la construcción del *Sanatorio*, a cambio de que el personal asistencial (auxiliares y obreros) fuesen vecinos de los pueblos cercanos. De esta manera la comunidad rural y la locura iniciaron juntos un tramo de su historia. Hubo varios proyectos sobre ese terreno: acoger la leprosería del Norte de España y después un hospital antituberculoso; ambos proyectos fracasaron; finalmente el proyecto cuajó en la construcción de un hospital psiquiátrico, inaugurado en el año 1959 por Cabaleiro Goás.

Recojamos a continuación un texto de David Simón Lorda (2) sobre el Sanatorio de Toén y el Doctor Cabaleiro:

“..El hospital consigue prestigio internacional en los años 60 y 70, gracias al buen hacer de Cabaleiro Goás, quien lo dirige desde su apertura hasta que fallece en 1977. Aunque esta afirmación pueda ser origen de polémica, hay que decir que en verdad la fama de Cabaleiro era más bien debida a sus libros, conferencias y publicaciones que al tipo de asistencia intrahospitalaria que se dispensaba. Hasta mediados de los 70, el enfoque terapéutico y asistencial de Toén no se diferenciaba mucho de otros Hospitales gallegos y del resto del Estado: celdas, electroshocks, inyecciones de aguarrás, sólo atendía a hombres (las mujeres eran “deportadas” a Arévalo)...”

La ubicación del hospital en la cima de un monte aireado, frío y aislado reúne las características apropiadas para el tratamiento de las clásicas enfermedades que han sufrido el apartheid social: la lepra, la tuberculosis y la locura. Las tres han tenido elementos de su historia comunes, con hospitales monográficos hoy ya desterrados...excepto para la locura que aun se mantiene alejada y oculta como comprobamos bajo un manto de argumentos indefendibles en cualquier foro serio al respecto.

Prosigamos con elementos de la historia del hospital recogidos por David Simón:

“..Desde esa fecha, y gracias a esa cláusula, a los sindicatos y al clientelismo típico de todos los lugares aislados, se han ido pasando los puestos de unos familiares a otros, y dicha proporción se mantiene hoy en día. El personal médico y de enfermería residía en la ciudad y, hasta hace pocos años, nadie quedaba de guardia en el Hospital. Desde el mediodía y hasta la mañana siguiente, el Hospital pertenecía a los Auxiliares y enfermos, que convivían y trabajaban juntos en los terrenos del Hospital”

De manera resumida debe destacarse que en 1972 Cabaleiro y los jóvenes psiquiatras que trabajan con él introducen la sectorización y mejoran la asistencia psiquiátrica rural de manera muy importante desplazándose, facultativos y auxiliares, a las cabeceras de comarca los días de feria para pasar consulta y contactar con los agentes sociales de las zonas en cuestión.

En el 77 fallece Cabaleiro y en el año 83, ingresan las primeras mujeres en el hospital, después de años de polémica interna al respecto de la conveniencia o no de que esto ocurriese. En 1996 se inaugura la unidad de agudos de psiquiatría en el hospital general con la oposición también de los vecinos, puesto que ese traslado supone el cierre de camas en Toén.

Sobre esa primera polémica ya en su momento se recogieron algunos de los argumentos que parecen retornar a día de hoy:

“..Salen a relucir los mitos de que es un lugar tranquilo y de reposo para los enfermos, que es un sitio más discreto... que la calidad de vida es

mejor para los enfermos porque están en la naturaleza y pueden tomar el sol y el aire. Casi reivindican el tratamiento moral de hace un siglo. No nos debiera parecer raro pues en la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos crónicos de finales del siglo XX pisa fuerte la psicoeducación, y aunque no es el lugar para discutirlo aquí, estamos de nuevo en el terreno del tratamiento moral...”.

Desde la fecha del traslado de la unidad de agudos al hospital general se instala un deterioro progresivo en las instalaciones y en el discurso del centro, que poco a poco se va degradando en el hastío, la dejadez y cierta miseria existencial. Así hasta llegar a la situación actual, solo paliada por pequeños parches que no hacen sino abrir más, las diferencias entre las zonas administrativas (bien cuidadas) y las clínicas y de hospitalización (muy deterioradas). Es en esas cicatrices de las arquitecturas, en donde la historia se transforma casi en anatomopatología clínica.

El traslado de la unidad de agudos también divide a los trabajadores entre los partidarios de modificar un viejo modelo de atención psiquiátrica, dispuestos a apostar por un cambio de modelo asistencial... y la corriente inmovilista que indefectiblemente permanece en el psiquiátrico. Y es que, en teoría, en el psiquiátrico se queda lo viejo, lo inservible y lo crónico, de los dos bandos, enfermos y trabajadores y todo se va deteriorando cada vez más. A cambio el manicomio oferta una serie de prebendas laborales que son el motivo encubierto, las más de las veces, de la resistencia al cambio y de la negativa a ultranza de la integración en un modelo asistencial más normalizado: manicomios resistentes para psicosis resistentes.

El discurso manifiesto es segregacionista, rancio y moralista; reproduce cuando menos todos los estigmas en relación a la locura, y fomenta y reivindica la segregación, amparándose en las supuestas virtudes que la naturaleza y el aislamiento proporcionan al loco... con frases antológicas que señalan a Toén como “*el hábitat natural para estos enfermos*” en palabras de alguno de sus trabajadores y que así quedan recogidas en prensa para la posteridad.

Si se puede decir de los enfermos, sin rubor ni recato alguno, que precisan un hábitat, no debería resultar llamativo que de los trabajadores se pueda afirmar que se instalan en nichos.

La denuncia de los clínicos es efectiva al incluir entre sus destinatarios al Defensor del Pueblo, que de una manera automática pone a funcionar la maquinaria administrativo-legal que junto con la política, finaliza en la visita de la Comisión de Sanidad del Parlamento de Galicia al hospital el 28 de enero de 2011 para comprobar in situ el estado de las instalaciones, y dar traslado del mismo.

Entre todos estos rifeos y rafeos se van realizando manifestaciones, protestas y recogidas de firmas en contra del cierre de Toén y del posible tras-

lado de las unidades de crónicos psiquiátricos al cercano hospital de Piñor que hasta la fecha atiende a pacientes del área de rehabilitación somática, en unas instalaciones modernizadas hace pocos años, a pacientes con enfermedades crónicas de medicina interna y acoge también al servicio del 061.

En su mayoría los trabajadores del hospital de Toén se oponen a ser trasladados a Piñor y los de Piñor a dejar ese centro y ser reubicados en el hospital general (CHOU); pese a las afirmaciones públicas de la gerente, de que no habrá pérdidas de puestos de trabajo; parece que la posibilidad de compartir espacio en Piñor les resulta a unos y otros imposible.

A este discurso no-clínico es al que con facilidad se enganchan y se suman partidos políticos, agentes sociales y sindicales y otras fuerzas vivas que, como ya señalamos, hablan hasta la cháchara cuando dejan de lado la locura y su tratamiento o necesidades.

Se esgrimen cantidad de razones llenas de prejuicios, pero ninguna en realidad defendible con el rigor de las razones asistenciales ad hoc o con el rigor de las cuestiones legales (Ley General de Sanidad, recomendaciones OMS; OPS,...).

Lo cierto es que los partidos políticos están en ocasiones divididos y atrapados en sus propios discursos, que ahora no pueden modificar, a pesar de que el escenario ahora sea otro al de hace unos años.

Estamos en plena campaña electoral y esto no es sin consecuencias: las paradojas y contradicciones se suceden, y viejas rencillas hacen su aparición. Aún así, ha habido diferencias, con posicionamientos que han intentado al menos aproximarse a los discursos de la clínica mientras que otros se han mantenido inalterables.

A estas alturas debemos señalar que la Gerencia del CHOU tal y como comentamos, ha ofertado como opción de resolución de la situación del deterioro del psiquiátrico de manera urgente, el traslado de las unidades psiquiátricas que estaban en Toén al Hospital de Piñor, hospital cercano, ambos de la misma época, pero en condiciones sanitarias, hosteleras y de confort adecuadas y con un entorno parecido, a excepción de las dimensiones, al ser un hospital destinado en su inicio al tratamiento de pacientes con tuberculosis y por tanto con las recomendaciones saludables de la época: soleado, luminoso.

Es en este momento cuando asoman nuevos argumentarios dispuestos a ser fagocitados por el discurso de la no-clínica.

Los pacientes crónicos de medicina interna que estaban en Piñor están siendo reubicados en el hospital general (CHOU) de manera que el servicio de medicina interna esté todo en el mismo hospital y no repartido en dos centros hospitalarios, criterio en teoría beneficioso y un antiguo deseo del servicio en aras de la mejora asistencial.

Traslado que se realiza con el malestar de algunos profesionales y de familiares, porque las instalaciones de las que disfrutaban, no son comparables a las que tendrán ahora, y que restan calidad asistencial a dichos pacientes, por lo menos hasta que no se retome el plan director del CHOU, en la actualidad paralizado, que contempla una zona específica para atención de esos pacientes. Nace entonces una nueva dicotomía, al confrontarse los pacientes de psiquiatría con los pacientes de medicina interna, el servicio de psiquiatría con el servicio de medicina interna, el hospital de Piñor con el hospital de Toén.

De nuevo, se habla desde la no-clínica.

De nuevo, se habla para silenciar la locura y su abordaje.

De nuevo, donde el sujeto del discurso debía ser el paciente y su dignidad se sitúan la política, los intereses creados, las viejas rencillas, las servidumbres.

De nuevo, el manicomio.

El (re) manicomio.

Nota uno:

Ante tanta hostilidad y negativa al cambio asociaciones como la Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM), la Asociación Gallega de Psiquiatría (AGP), el Sindicato O'mega y el Colegio oficial de Médicos de Ourense realizaron comunicados de prensa en apoyo del traslado a Piñor.

A la vez el blog de la revista Siso-Saúde (<http://blogdosiso.blogspot.com/>), recién estrenado, ha ido dando amplia cobertura en relación al tema que durante casi un par de meses, ha ido ocupando buena parte de la prensa local y autonómica.

Nota dos:

Se adjunta la carta remitida al Defensor del Pueblo como muestra; todas las cartas que fueron remitidas (Conselleira de Sanidad, Gerente del CHOU y Presidenta del Parlamento de Galicia) son iguales pero cambia lógicamente el encabezamiento y el motivo de su envío, en función del cargo que ostentan los destinatarios. Dichas cartas se hicieron llegar coincidiendo con el día de la salud mental por el valor simbólico del mismo y lo que se denunciaba.

Podríamos decir y en este caso con fundamento, que a estas alturas de la película, ni Norman Friedman ni Tim Robbins sabrán nunca por qué, pero implica que sobre la reforma psiquiátrica y otros asuntos, aún queda

mucho por hacer y por hablar...aunque a muchos les parezca “una pesadez, un rollo”.

10 DE OCTUBRE DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL
“LAS FAVELAS DEL SERGAS”

VALEDOR DO POBO
RÚA DO HÓRREO, 65
15700 SANTIAGO DE COMPOSTELA

A la atención del Exmo. Sr. D. Benigno López, Valedor Do Pobo:

Estimado Exmo. señor: los facultativos especialistas de Psiquiatría y Psicología clínica del Servicio de Psiquiatría del CHOU, con ejercicio clínico en el Hospital Psiquiátrico Dr. Cabaleiro Goás, a los que se añaden compañeros de nuestra especialidad y de otras así como diferentes estamentos profesionales (enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, auxiliares así como otros colectivos no sanitarios y familiares) hemos querido hacer llegar a usted, en este día tan señalado, nuestra queja y preocupación por el estado lamentable de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Dr. Cabaleiro Goás de Toén.

Nos dirigimos a usted en calidad del cargo que ocupa, que le convierte en el mediador idóneo entre la Administración y los administrados, sobre todo en el caso de personas afectadas por graves patologías mentales a cuyo cuidado y tratamiento nos dedicamos.

Como usted sabe nuestros pacientes tienen el riesgo de sufrir la exclusión y el abandono social, al ser un colectivo no demandante ni reivindicador de sus derechos por definición, pero si al contrario tienen alto riesgo de que los mismos se vean vulnerados y/o demorados de manera importante. Dado que esta es la situación que en nuestra opinión ocurre desde hace años nos ponemos en contacto con usted a fin de que pueda ser de una vez solventada.

Con esta carta no se pretende hacer un recorrido ni por la historia de la locura, ni por la historia o el estado de la reforma psiquiátrica en Galicia, ni por la de éste hospital de manera exhaustiva, pues eso sería largo y más indicado para otro tipo de espacio y encuentro.

Sin embargo, si decirle tal y como usted ya sabe, que el Hospital acoge a un colectivo de ciudadanos graves, afectados por patologías severas y de carácter crónico, lo que implica que en muchas ocasiones, su ingreso de manera continuada en el hospital, además de intentar cumplir esas funciones sanitarias, acaba convirtiéndose en su lugar de residencia, con lo que ello implica de manera global.

Como otros hospitales de su categoría de nuestra comunidad autónoma, el Hospital de Toén, ha estado presente en múltiples proyectos de remodelación desde hace muchos años, que finalmente unas veces por un motivo y otras por otros, nunca se han realizado, esperando tediosamente los presupuestos que nunca llegan, que siempre se “desvían” para otros proyectos.

El hospital de Toén es un edificio obsoleto, inaugurado en el año 1959 por Cabaleiro Goás, quién ni siquiera pudo verlo construido en su totalidad. En la actualidad y desde hace muchos años, el deterioro por falta de inversión para su mantenimiento y puesta al día, lo ha convertido en un lugar que no reúne las condiciones de habitabilidad ni sanitarias adecuadas, para atender de manera digna y como se merecen, los ciudadanos que allí han de ser ingresados.

Frío, con barrotes en las ventanas, que le otorgan un aspecto más carcelario que sanitario, sin aseos individualizados en las habitaciones, lo que obliga a duchas comunes, y un diseño arquitectónico global antiguo y deteriorado, lo convierten además de por muchas otras razones, en un espacio inhabitable y nada terapéutico.

A esto brevemente señalado añadir que, en torno al edificio principal y en uso, se añaden una serie de edificios en estado ruinoso, y de riesgo para los pacientes, que convierten a éste lugar, en un escenario más próximo a una catástrofe que a un espacio sanitario, tal y como la policía dice, no sin cierta ironía cada vez que viene allí: “es el escenario mas semejante a una catástrofe que tenemos” (sic).

Este escenario descrito convierte al hospital en un lugar en el que velar y cuidar con las condiciones deseables recogidas en la Ley General de Sanidad son más que dudosas.

Tras proyectos y más proyectos, que se han quedado en el camino, pese a las demandas e intencionalidad de un proyecto viable y serio, nos dirigimos a usted puesto que nuestra responsabilidad clínica y ética, sobre las personas a las que atendemos y cuidamos, nos coloca en la tesitura de tener que informarlo de que no se puede demorar ya más esta situación, a todas luces injusta, y que vulnera los principios de equidad, y justicia social

del colectivo al que atendemos y que como sabemos arrastra el estigma de la exclusión de manera secular y contra el que hemos de luchar cada día.

Resulta lamentable, que desde las instituciones que nos representan y desde nuestra posición de clínicos, consintamos situaciones como ésta a la que nos referimos, puesto que fundamentalmente estamos sometidos a imperativos éticos que nos impiden contribuir a la estigmatización de la locura y al apartheid de nuestros pacientes, en un siglo XXI, en el que estas situaciones por lo menos en nuestro entorno más inmediato, debieran de estar ya superadas.

Los hospitales psiquiátricos, no pueden seguir siendo las favelas del SERGAS de ahí nuestra protesta y nuestra demanda de poner fin a esta situación.

Atentamente reciba un cordial saludo.

M^a Jesús Gómez Rodríguez, M^a Alcira Cibeira Vázquez, Yolanda Castro Casanova, Manuela Gil Vázquez, José Antonio Campos

Toén 3 de octubre de 2010.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Gómez Ch, Cibeira A, et al. Dossier sobre el Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense), Revista Norte de Salud Mental 2011, 9 (39):117-126

(2) Simón Lorda D. Análise antropolóxico dun hospital psiquiátrico rural. En: Antropoloxía da saúde. Santiago: Consello da Cultura Galega, 1997

EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CASTRO: PARTICULARIDADES DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN EL SIGLO XXI.

Elena Gato Gómez

Con la destrucción de la historia, incluso el acontecimiento contemporáneo se pierde inmediatamente en una lejanía fabulosa, entre relatos imposibles de verificar, estadísticas incontrolables, explicaciones inverosímiles y argumentos insostenibles.

GUY DEBORD. *Comentarios sobre la sociedad del espectáculo.*

Podríamos haber empezado este artículo con casi cualquier cita de Debord (1). Y elegimos Debord porque es en su teoría donde encontramos la clave para entender todos los fenómenos espectaculares que han rodeado al manicomio de Castro. En concreto, el término situacionista recuperación (2) define mejor que ningún otro las dinámicas de desresponsabilización que la Diputación de Lugo, en connivencia con la Dirección, organizaron en torno al cierre y traslado del Hospital San Rafael.

La psiquiatría, como disciplina, se caracteriza por convertirse con facilidad en un habla “mítica”, en el sentido que esta palabra tiene para Barthes: *un habla despolitizada que organiza un mundo sin contradicciones, desplegado en la evidencia, fundando una claridad feliz donde las cosas parecen significar por sí mismas* (3). Mi objetivo con la narrativa de esta experiencia es, aunque sea de modo marginal, superar esa mitología, realizando un relato política e históricamente situado, desde una posición por supuesto subjetiva, pero comprometida con el propósito de no permitir, primero, que la historia se destruya, o al menos no completamente, y segundo, que la responsabilidad se eluda, o al menos no completamente.

Un hospital tercermundista

En esta parte de mi texto intentaré describir el estado del hospital:

Desde la fecha de su creación, en 1954, hasta enero del 2011, la gestión del hospital era responsabilidad por entero de la Diputación de Lugo, que ha estado dirigida por representantes de todos los partidos políticos en diversas épocas: UCD, PP, PSOE y BNG.

Diré que este centro psiquiátrico, no cumplía con las disposiciones legales en las que se ampara el cuidado a los enfermos mentales graves, dispuestas en la Ley General de Sanidad de 1986 y en el Decreto 389/1994

por el que se regula la asistencia en Salud Mental en esta comunidad. Tampoco cumplía las directrices aprobadas en la conferencia de Helsinki en 2005, reunidas en el Libro Verde Sobre Salud Mental, violando así mismo varios de los artículos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y voy a argumentar por qué.

Cuando yo llego aquí veo que se trata de un edificio decrepito, en general sucio y deteriorado (Imagen 1). El hospital, que contaba con 159 pacientes ingresados, no había dividido a los pacientes por sus potenciales de recuperación o rehabilitación, sino en función de su peligrosidad, persistiendo la antigua y decimonónica división de agitados, tranquilos y pensionistas, a las que se sumaban dos alas con dos nombres singulares: *Torremolinos* para los hombres y *Marbella* para las mujeres.

Sobre los nombres de estas alas hay que hablar, ya que se trata ciertamente de humor psicótico. Cuentan que las monjas, que hasta hace bien poco regentaban este centro a base de corrientes, calambrazos, e inyecciones de aguarrás, como bien recuerdan algunos de los pacientes y cuidadores más veteranos, preguntaron a los pacientes cómo querían que se llamasen sus dormitorios y éstos, haciendo gala de su fino sentido de la ironía, dijeron que querían que se llamasen *Torremolinos* y *Marbella*, lugares donde básicamente no se hace nada más que tumbarse al sol dejando que pase el tiempo... como aquí, más o menos, solo que sin piscina, sin sol y con goteras...

En *Torremolinos* y *Marbella*, los pacientes dormían en habitaciones colectivas, llenas de humedades, no disponían de armarios donde guardar sus pertenencias, sino de un ropero conjunto en el que en muchas ocasiones la ropa desaparecía o no había de su talla, lo que les daba una apariencia de los años 80 bastante anacrónica, e incluso cercana a la indigencia. Esto es importante porque el aspecto físico de los pacientes los definía inmediatamente como pertenecientes a un espacio limítrofe, ni fuera ni dentro, que creaba una barrera infranqueable para su integración normal en la comunidad. Algunas de estas habitaciones ni siquiera tenían ventanas y la calefacción era deficiente.

Por otra parte, los baños eran colectivos, con lo que eso suponía: mujeres y hombres desfilando desnudos a las duchas, bajo la mirada de los cuidadores, con lo humillante que era esto. Además, las ventanas de los baños eran antiguas, el aislamiento era precario, por lo que hacía mucho frío en invierno.

Este era un psiquiátrico que no gozaba precisamente de personal ni cualificado ni suficiente. Había una sola enfermera para todos los pacientes, que vagaban solos por el recinto, sin supervisión, con lo que era frecuente verlos tirados por los pasillos, haciendo pis en el patio, o aparcados en amplios salones, “haciendo la fotosíntesis”, como decían allí los cuidadores, frente al televisor.

Durante la tarde la situación era incluso peor, ya que no había ningún tipo de actividad en el centro, que si uno se quedaba alguna tarde, como yo he hecho, parecía, sin exagerar, un centro autogestionado, ya que lo único que podías encontrar eran pacientes.

Algunas personas que trabajaban aquí defendían el centro porque estaba cercano a un pueblo y los pacientes podían salir a tomar café, siendo esto para los trabajadores, el culmen de los objetivos rehabilitadores. Sin embargo, eso no era rehabilitación, por cuanto tomar un café andando como loco, vestido como loco y pareciendo un loco entre los cuerdos, no amplía las áreas vitales de nuestros pacientes y no los restituye en la diversidad de la vida, sino que los condena al estigma y a la repetición sine die de las mismas actividades, eso sí, para el paupérrimo y miserable beneficio económico de los lugareños, los cuales, junto con los trabajadores se convertirían en los principales opositores al traslado del hospital.

Pero esto no era lo peor, no, sin duda que no. Lo peor era el ala de agitados, un lugar siniestro donde los haya, un baño deteriorado, un pasillo terrible y las llamadas aquí habitaciones individuales, que no son otra cosa que CELDAS DE AISLAMIENTO (Imagen 1 y 2).



Imagen 1.



Imagen 2

Según mis datos, hasta 25 pacientes estaban instalados aquí. Estas celdas, espacios reducidos de pocos metros, cuyo único mobiliario era una cama y un orinal, se cerraban por la noche “por el riesgo de fuga” y los cuidadores permanecían en una habitación que está fuera de esta zona, con lo que parece difícil que pudieran supervisar adecuadamente a los pacientes durante la noche, ya que los pacientes encerrados no tenían ningún modo de avisar si tenían cualquier percance. La supervisión de los pacientes se hace a través de las mirillas, las puertas tenían hasta tres cerrojos, los pacientes hacían pis en orinales y hacía mucho frío en invierno.

En teoría, iban a verlos cada hora, pero, para verlos, como podéis suponer había que encender la luz, que sólo podía encenderse desde fuera, con lo que eso suponía para los pacientes durante la noche, perturbando sin remedio su descanso.

Estas celdas se empleaban para los pacientes con necesidades especiales, para los pacientes con agudización de su patología, como castigo y para los que acababan de llegar. Se puede leer en las historias prescripciones como: está psicótico, permanecerá encerrado en el salón, o escuchar los testimonios terribles de los pacientes que han pasado por esta circunstancia.

Cualquiera que tenga una mínima idea de lo que es la psicosis o la humanidad, puede comprender inmediatamente que este tratamiento tiene un efecto traumatizador altísimo. Cualquiera de nosotros temblaríamos encerrados en lugares como éste.

El otro punto importante era el salón de aislamiento, situado también cercano a las celdas. En este salón estaban permanentemente encerrados cuatro pacientes que tienen alteraciones conductuales o riesgo de fuga. Este salón daba a un patio decrepito y animalizante, donde languidecían estos pacientes, fumando colillas o tirados en el suelo. (Imagen 3 y 4)



Imagen 3



Imagen 4

Mi estrategia

La primera semana de mi trabajo en Castro pude comprobar las graves carencias del hospital. Tras hablar personalmente con mi superior en el Hospital, el jefe de Servicio de Psiquiatría, me di cuenta que la tarea iba a requerir de bastante estrategia. Como las palabras eran mi única arma envié un correo electrónico a mi jefe en el que describo bastante pormenorizadamente la situación del hospital, con la intención de forzar una visita del Director Médico del Hospital General, máximo responsable asistencial de esta institución, que diera cuenta de la gravedad de la situación de los pacientes y acelerase el proceso de traslado.

Tras este email, el Director Médico del Hospital, el Subdirector Médico y el Jefe de Servicio realizan una visita institucional a Castro, en la que están presentes todos los Facultativos y la Dirección del Centro. En dicha visita, el Director Médico va a ver todo el hospital, de eso me encargo yo, incluyendo las celdas de aislamiento y el salón de aislamiento, los orinales, el patio, las goteras y todo lo demás. Pero pese a todo pronóstico, el Director Médico despacha el asunto diciendo que el “*traslado es importante pero no urgente*”. Hay que tener en cuenta el contexto de crisis económica en el que se encuentra España, donde por supuesto, los enfermos mentales se consideran enfermos de segunda o tercera clase, por el poco poder que ejercen sobre las administraciones.

Tras esta respuesta institucional organizo, con la excusa de la integración del Hospital de Castro en el Servicio de Psiquiatría de Lugo, una sesión clínica en el propio psiquiátrico que titulo *Esquizofrenia Resistente* y a la que son invitados y asistentes el Director Médico, el Jefe de Servicio, personal del hospital, personal del servicio de Psiquiatría y las responsables de la Asociación de Familiares de Pacientes de Lugo, ALUME, así como miembros de la comunidad que estaban interesados en acudir.

Esta sesión clínica, probablemente la primera desde la fundación del hospital, tuvo lugar el 30 de junio de 2011, el último día de mi contrato, y lejos de tratar sobre la Esquizofrenia Resistente, se tituló ENCERRADOS y fue la ocasión que aproveché para hacer una denuncia pública de las instalaciones y funcionamiento del hospital, con el apoyo del archivo fotográfico. Esta sesión fue grabada en video y en audio como un documento que utilizaría para presionar a mis superiores en lo sucesivo.

Es interesante destacar que el título de la sesión, ENCERRADOS, hacía referencia no sólo a la situación calamitosa y dura de los pacientes, sino también a la situación de los asistentes, ya que una vez comenzada la sesión, no podían hacer otra cosa que quedarse para escuchar y ver lo que no querían. Por dos razones: la primera por educación, ya que una vez ha empezado una sesión clínica no puede uno levantarse como si tal cosa, y la segunda porque cualquier abandono de la sesión sería visto como auto-incepatorio.

Hubo sin duda un antes y un después de esta sesión clínica en la que conseguí un compromiso público de mis superiores políticos con el traslado y fue una declaración personal de mi compromiso con los pacientes y con mi ética profesional. Esta sesión clínica fue la prueba de que mi clínica era seria, esto es, comprometida, y supuso el voltear las cartas boca arriba en todo el tema de Castro.

La magia del cine

Lo que ocurrió posteriormente fueron una serie de reuniones entre los facultativos y el personal para ir dando forma al nuevo proyecto que ya tenía Calde como lugar de ubicación. Para darle más fuerza a la necesidad del traslado, seguir denunciando y en la lucha contra el estigma, organicé en el hospital las I Jornadas de Cine en el Manicomio. El contenido y desarrollo de este proyecto lo he explicado con detalle en este blog: www.unmanicomiodecine.blogspot.com.

Externalizados y carta al defensor del pueblo

Las jornadas de cine se celebraron en septiembre de 2011. El traslado que se anunciaba para octubre, se iba postergando indefinidamente. El problema principal que lo retrasaba era que la Dirección del HULA no quería reubicar en el Hospital Xeral Calde a todos los pacientes de San Rafael, sino un número que les permitiese no abrir más que tres unidades, esto es, dos plantas del nuevo hospital. El motivo era exclusivamente económico.

Y fue la economía lo que guió las externalizaciones de los pacientes considerados tributarios de centros sociosanitarios: discapacitados y ancianos. Este proceso se realizó deprisa y corriendo, en unos meses, cuando se podría haber comenzado desde el uno de enero de 2011, fecha en que se realiza la transferencia del hospital al SERGAS. No se siguió otro criterio más que la disponibilidad de plaza, nada que tuviese que ver con la cercanía con sus lugares de origen, las familias o los vínculos con otros pacientes del hospital. De nuevo, a diario, se producían situaciones de indefensión y miedo en cada paciente que se iba a trasladar. De nuevo, pacientes sin voz ni voto sobre sus destinos. De nuevo, abuso de poder.

En enero, el comienzo del nuevo año 2012 sin traslado (se cumplía un año de la transferencia al SERGAS), así como otros sucesos ocurridos en el hospital, me indignaron lo suficiente como para enviar una carta a la Defensora del Pueblo con fecha de 5 de enero de 2012. El 15 de febrero de 2012 se produce el cierre definitivo del hospital.

La continuación: Salamanca, Roma, AEN y Madrid

Un apunte curioso que me gustaría hacer es sobre la autocensura y la censura que el medio psiquiátrico y médico, han impuesto al relato de esta experiencia. Me explico, el relato de mi experiencia, mi estrategia para la denuncia del funcionamiento del hospital, se convierte en un discurso marginal sostenido por ámbitos de saber alejados del médico / psiquiátrico. Por mi especial relación con el mundo del arte y por el interés que el uso de las imágenes en mi estrategia despertaba para los artistas, fui invitada a relatar mi experiencia en tres ocasiones, primero en la facultad de Bellas Artes de Salamanca, después en la facultad de Filosofía y Letras, RomaTre, de Roma, y por último en la facultad de Bellas Artes de Madrid. Pienso que las razones principales son primero que es un relato que apunta a responsabilidades, tremendamente espinoso y sin lugar a ningún tipo de debate. Segundo porque es un relato femenino.

El único foro “psiquiátrico / médico” que me ha dado la palabra con respecto a toda la historia de Castro fue el Congreso de Historia de la Psiquiatría de la AEN, a cuyos organizadores, y en especial a Chus Gómez, estoy tremendamente agradecida. Es curioso que un relato de plena actualidad, quizás lo más importante que ha ocurrido en la psiquiatría gallega en los últimos tiempos, tenga cabida exclusivamente en un congreso sobre Historia. En todo caso, fue una oportunidad que no podía rechazar, y que aproveché como pude. Como sólo nos dejaron 10 minutos, opté por los medios audiovisuales. Realicé un *power point* donde aparecían alternadamente fotografías del hospital psiquiátrico del año 1950, que yo había

rescatado del archivo de la Diputación, junto con fotografías de 2011, las que yo había hecho para la denuncia. Mi presentación era un juego en el cual los asistentes tendrían que diferenciar qué fotografías pertenecían a 1950 y cuáles a 2011, prometiendo que daríamos créditos a quién acertase las fechas de las fotografías (ironía dirigida a mis compañeros psiquiatras, siempre quizás más preocupados en obtener créditos que en darse cuenta de lo que pasa a su alrededor...). En todo caso al final de la presentación aclaraba que todo, salvo lo de los créditos, había sido verdad y que la diferencia fundamental de las fotos de una y otra fecha, era la mirada con la que habían sido hechas: las de 1950 para exaltar la institución, las de 2011 para denunciarla. También aclaraba a mis compañeros, que en efecto, como decía la canción que acompañaba al *power point*, todo cambia, salvo el dolor y el recuerdo de la gente.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Debord G. Comentarios sobre la sociedad del espectáculo. 3ª ed. Barcelona: Anagrama. Colección Argumentos, 2003
- (2) Debord G. La sociedad del espectáculo. 9ª ed. Valencia: Pretextos, 2010
- (3) Barthes R. El Mito Hoy. Mitologías. Salamanca: Siglo XXI, 1970

LA PSIQUIATRÍA DE LUGO: DESDE EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO HASTA LA ACTUALIDAD.

Luis Cleto González Domínguez-Viguera, E. Fernández Rodríguez y

Jorge Luis Begazo Salas

1.-Introducción

El 1 de Julio de 1885 se abre el Sanatorio de Conxo y comienza un nuevo período en la asistencia psiquiátrica gallega (1). Las Diputaciones de las distintas provincias firmarán acuerdos con el Sanatorio para ingresar allí a sus alienados. Tan sólo la provincia de Lugo se va a “rebelar” ante los excesivos precios impuestos por Conxo.

En 1953 se inaugura el Hospital Psiquiátrico Provincial de Lugo, a iniciativa de la Diputación, que decide crear su propio manicomio para abaratar los costes debidos al ingreso de pacientes en Valladolid o en Conxo.

2.-Material y métodos

Revisión bibliográfica, de hemeroteca y de archivos históricos.

3.-Objetivos

Analizar el desarrollo de la asistencia psiquiátrica en la provincia de Lugo desde la segunda mitad del siglo XX.



Hospital Psiquiátrico de Castro Riberas de Lea

4.-Resultados

Nace así el Hospital Psiquiátrico de Castro de Riberas de Lea (Lugo). Allí va a comenzar como director, el psiquiatra Ángel Usero Tiscar, quien permanecerá al frente hasta su jubilación en 1985. Se trata del primer Manicomio “público” en Galicia creado con fondos estatales pero con una orden religiosa gestionándolo. En el artículo de prensa publicado en “El Pueblo Gallego” (3-3-1972) (2), se puede apreciar que en ese momento tiene mejores instalaciones que otros hospitales gallegos (Conxo y Toén), pero con diferencias entre enfermos de pago, unos 40, pagaban 4000 pesetas al mes, y los de asistencia gratuita 400, “*por ejemplo en la calefacción, incluso algunas habitaciones se permiten el despilfarro de tener una salita...*” Para atender a 440 enfermos, 224 hombres y 216 mujeres, disponía de un psiquiatra director, nueve religiosas, dos médicos (uno de ellos es el médico del pueblo, el Dr. Pastor López, y otro un médico ayudante del director con “*graduación en psiquiatría*”, el Dr. Eduardo López García), diez cuidadores en el pabellón de hombres y siete cuidadoras en el pabellón de mujeres. El director expone con sumo interés, todas las perspectivas futuras para el hospital destacando la investigación y la docencia (centrada en la formación de los auxiliares y la creación de una escuela de ATS con especialidad en psiquiatría), así como la terapia ocupacional con la que recuperar a sus pacientes. De los 440 pacientes, 30 de ellos tenían permiso de salida y presumía de dar 25 altas al mes.

En 1953 el Dr. Usero pasará a ocupar por oposición el cargo de Director del Gabinete Psiquiátrico de Lugo. Entre 1954-1955 se fueron cubriendo las plazas de neuropsiquiatras del Seguro Obligatorio de Enfermedad. En 1975 existían 26 neuropsiquiatras en Galicia, todos en los grandes núcleos urbanos, de los cuales 4 ejercían en la ciudad de Lugo.

En 1986 se legisla por primera vez el ámbito de la salud mental, hasta este momento amparado por la beneficencia, pasando a formar parte de la Seguridad Social. Con la nueva legislación y dependiendo del INSALUD surgen las primeras Unidades de Saúde Mental (USM). En ellas se separa la Neurología de la Psiquiatría incorporando equipos interdisciplinarios. En este momento la asistencia psiquiátrica se ve solapada, por un lado los Neuropsiquiatras o psiquiatras de cupo y por otro lado los psiquiatras pertenecientes al INSALUD, por lo que se decide el reparto de la asistencia en función de las localidades (3).

Los especialistas de Salud Mental dependían del Servicio de Medicina Interna, hasta que el 30 de Octubre de 1989 se abre la Unidad de Agudos de Psiquiatría en el Hospital de Calde, con 12 camas, creándose así el Servicio como tal. Hasta ese momento los ingresos de aquellos pacientes que requerían hospitalización y que eran derivados desde las consultas externas de psiquiatría, se hacían en el Hospital de Castro.



Hospital de Calde

5.- Conclusiones

A diferencia de otras provincias, la asistencia psiquiátrica en Lugo se desarrolló con cierto retraso. Todavía existen en Lugo, los neuropsiquiatras, denominados de cupo. El manicomio (Hospital Psiquiátrico de Riberas de Lea) acaba de cerrar sus puertas y hasta la actualidad dependía de la Diputación provincial. En un artículo de “El País” (7-8-1984) (4), los comentarios respecto al mismo difieren bastante de lo que el periodista José Rey (2) recogía en 1972: *“Tiene una capacidad para 200 plazas y alberga a más de 400 enfermos mentales, mezclados todos ellos sin atender a sus propias necesidades porque ni hay salas suficientes ni medios técnicos adecuados. Cada 50 enfermos comparten dos letrinas. Las camas se hacinan en salas de dimensiones muy reducidas y en los pasillos. Las goteras son frecuentes; los techos todavía conservan restos colgantes de obras anteriores”*.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Simón Lorda D. *Locura, medicina y sociedad: Ourense (1875-1975)*. Ourense: Fundación “Cabaleiro Goás” Xunta de Galicia, 2005.
- (2) Rey J. *La psiquiatría en Galicia*, “El Pueblo Gallego”. Vigo: Viernes, 3 de marzo de 1972.
- (3) Torres M. *Orden social e loucura en Galicia*. Tesis doctoral. Santiago de Compostela, 2009.
- (4) Sánchez E. *La joven que se arrancó los ojos, caso límite de un psiquiátrico caótico*, “El País”. Lugo: Martes, 7 de agosto de 1984.

Introducción

Como profesionales del ámbito de la salud mental, es nuestro deber no sólo revisar la teoría de la salud mental en cuanto a las enfermedades que engloba y sus posibilidades terapéuticas, sino también contextualizar nuestra especialidad en un marco histórico y administrativo. En España, hace ya algo más de 25 años, que se plasmó en el informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el Sistema Sanitario General y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales (1). Además lo “legal” giraba en torno a un clima de debates y aperturas a planteamientos que iban desde lo asambleario y rupturista hasta lo asimilacionista y gestores del cambio. Posicionamientos ideológicos diversos de lo que significaba el campo de la salud mental, se confrontaban de forma abierta y clara otorgando un soplo de aire fresco a tantos años de represión y secretismos. Sin embargo, la realidad gestora se impuso como una guillotina a los buenos deseos y mejores intenciones de nuestros colegas ahogándolos en un romanticismo e idealismo histórico.

La salud mental gallega no ha estado exenta de estos buenos propósitos, pero la realidad se ha impuesto de modo que hasta el año 2012 todavía seguían abiertos manicomios creados sobre la base de la institucionalización, el modelo de atención psiquiátrica clásico, cuya idea fundamental del trastorno mental era la de una enfermedad crónica que exigía la separación del paciente de su medio habitual, necesitando un tipo de cuidado que incluyera su contención, protección y custodia. Este modelo, alejado de la realidad en su más amplio sentido, ha tenido que esperar durante años a ver cómo tocaban a sus puertas, ya casi invisibles, distintas voces alzándose contra las cortapisas impuestas y demandando una dignificación para el enfermo mental, siempre por otra parte, enfermo humano.

Es el 15 de febrero de 2012 cuando asistimos al cierre de las puertas del Hospital Psiquiátrico de San Rafael, más conocido como Castro debido a su ubicación, tras una larga espera, ubicándose en el Hospital de Calde. Este acontecimiento, semanas después del cierre de su homólogo ourensano en Toén, nos hace plantearnos si la psiquiatría gallega ha reemprendido un proceso de reconversión. Todo esto, por supuesto, dentro de un marco de polémica en el que casi diariamente podíamos leer notas de prensa con

opiniones, manifestaciones y acontecimientos diversos, más relacionados con lo político y económico, que con la realidad de una necesaria mejora en la situación de nuestros enfermos, al menos en cuanto a instalaciones se refería.

Por otro lado, el arduo trabajo de búsqueda de la satisfacción de los pacientes y el intento de conocerla y medirla ha ido ligado históricamente a las transformaciones sociales y al cambio de papel de los usuarios de los servicios de salud (2, 3). Así, nos encontramos en un contexto, por todos conocido, en el que durante las últimas décadas se ha desarrollado un interés creciente por el estudio de la satisfacción de los pacientes psiquiátricos con los servicios de salud mental dado que puede influir de forma importante en la adherencia al tratamiento y la evolución clínica. La satisfacción de los pacientes psiquiátricos constituye un indicador de la calidad de dichos servicios y es un importante predictor de la futura utilización que los pacientes harán de los servicios y de su cooperación con el tratamiento.

Es entonces bajo estas dos circunstancias, el cambio inminente del antiguo psiquiátrico lucense y el interés creciente por la satisfacción de los pacientes de salud mental, cuando nos planteamos que a pesar de todo el revuelo creado, nadie les había preguntado a los pacientes cuál era su opinión, qué pensaban ellos del cambio, de la nueva ubicación, de las nuevas instalaciones, de las nuevas oportunidades, de lo que pasaba, desde aquel momento, a ser su nueva forma de vivir: *¿Qué opinaban los “asilados” del cambio de “manicomio”?*

Por todo ello, nuestro objetivo al iniciar este proyecto era conocer la opinión de los usuarios del centro respecto a este cambio, tanto externo, su ubicación, como interno, el propio centro y sus instalaciones.

Material-método

Participantes

Aquellos pacientes hospitalizados en el Hospital de Castro que fueron trasladados al Hospital de Calde que aceptaron participar de forma voluntaria. Hemos de señalar que no tuvimos acceso para la participación de los pacientes de la Unidad de residenciales.

Así, participaron un total de 26 pacientes.

Instrumentos

Para ahondar en su percepción del cambio elaboramos un cuestionario de 10 preguntas referentes tanto al aspecto externo, la nueva ubicación, como interno, el propio centro y sus instalaciones, teniendo que elegir entre dos variables: Castro o Calde; tal y como sigue:

EDAD

SEXO
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN
INCAPACITADO O AUTONOMO
UNIDAD

¿Dónde se siente mejor? CASTRO VS CALDE

1. INSTALACIONES
2. LIBERTAD
 - a) ¿Antes salía? ¿A dónde?
 - b) ¿Ahora sale? ¿A dónde?
3. ALIMENTACIÓN
4. HIGIENE Y ROPA
5. TRATO CON EL PERSONAL
 - a) Médicos
 - b) Enfermería
 - c) Monitores
6. TALLERES
 - a) ¿Iba antes?
 - b) ¿A cuál?
 - c) ¿Ahora va al mismo?
7. ACTIVIDADES EXTRA (películas, ajedrez)
8. EXPECTATIVAS DE ALTA
 - a) ¿Le gustaría la vida fuera?
 - b) ¿A dónde y cómo?
 - c) ¿Con su familia, a pisos compartidos con otros pacientes?
9. OTRAS
10. SATISFACCIÓN GENERAL

Procedimiento

Separamos a los pacientes en tres grupos, según la Unidad de hospitalización a la que perteneciesen; prepiso (n= 5), rehabilitación (n=12) y cuidados especiales(n=9). Para administrar el cuestionario realizamos entrevistas personales de forma individual con cada paciente. Éste fue heteroadministrado por las posibles dificultades de comprensión y la posibilidad de obtener información cualitativa y no sólo cuantitativa de la satisfacción o insatisfacción de los pacientes.

Resultados

En el primer grupo, Prepiso, la edad media de los pacientes, hombres en su totalidad, era de 50,6 años y un tiempo de hospitalización medio de 3,2 años. En el 100% de las respuestas los pacientes evidenciaban la mejora con el nuevo hospital, señalando solamente que les gustaría tener más servicio de transporte urbano para ir a la ciudad de Lugo.

En el segundo de los grupos, Rehabilitación, en el que la edad media de los pacientes (66,6% hombres) era de 44,5 años y el tiempo medio de hospitalización de 13,75 años, los pacientes señalaban como aspectos a mejorar alguna de las actividades de los talleres pero sobretodo la comida. Es de señalar que la satisfacción con el nuevo hospital bajaba hasta el 59% y que los pacientes solo tenían un 60% de expectativas de alta hospitalaria. En el último de los grupos, Cuidados Especiales, la edad media de los pacientes (66,6% hombres) era de 52,1 años y el tiempo medio de hospitalización de 12 años. En cuanto a esta muestra cabe destacar que un 70% de los pacientes no participaban en actividades que se organizan de manera extra (ajedrez, cine en el hospital...) y que este mismo porcentaje es el que tenía expectativas de alta. En general la satisfacción con el nuevo hospital alcanzaba cifras del 77%.

Gráfico 1. Satisfacción prepiso.

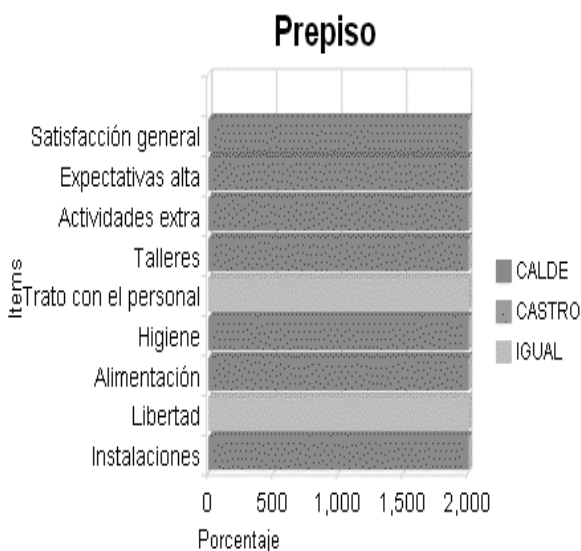


Gráfico 2. Satisfacción rehabilitación

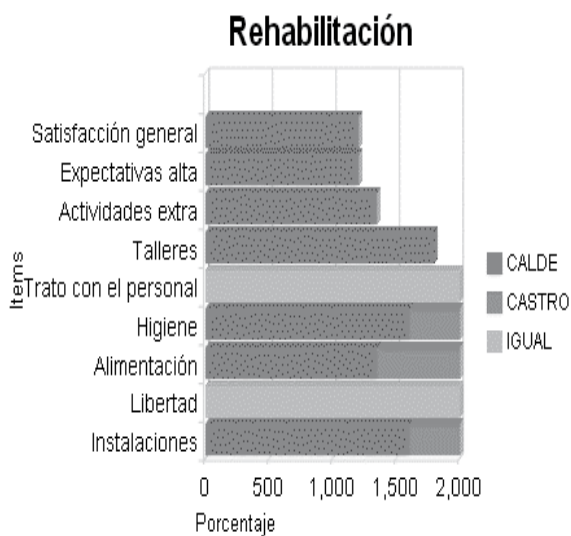
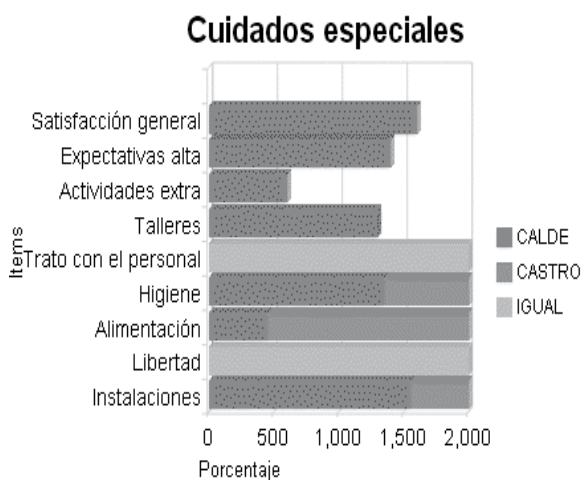


Gráfico 3. Satisfacción cuidados especiales.



Conclusiones

Tras décadas de espera, pasamos de la locura a la enfermedad mental, del estigma a la integración, del franquismo a la democracia, y al fin, del manicomio al hospital psiquiátrico, representando el fin de una era a la esperanza de una mejor.

Este trabajo se realizó durante los 5 primeros meses tras el cambio de hospital. Parece claro que, en general, los primeros resultados eran satisfactorios, los pacientes en su mayoría se encontraban más cómodos en las nuevas instalaciones y con los nuevos talleres y actividades propuestas. Aunque si esto es cierto, no lo es menos que en las conversaciones se desprendían ciertas preocupaciones por el paso de un ámbito rural a un ámbito semiurbano no conocido todavía por muchos de ellos.

No obstante, lo que parece claro es que el cambio es aún reciente para evaluarlo en su totalidad; no podemos predecir el futuro ni cuantificar la mejoría real; pero en este nuevo camino, que aun estamos empezando a recorrer, confiamos en la buena voluntad de los pacientes y terapeutas para que desde una estrecha colaboración consigamos hacer patentes aquellas esperanzas que vienen de largo, y que tienen como objetivo último hacer visibles a aquellos que estuvieron durante años escondidos y apartados del mundo real.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.

(2) Sartorius N, Sanz J, Pérez R. Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría 2006; XXVI, 98: 289-301.

(3) González de Chávez M. (editor). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: AEN- Ed. Mayoría, 1980.

HOMENAJE AL PROF.
DELFÍN GARCÍA GUERRA
(HISTORIADOR DE LA MEDICINA Y DE LA
PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA Y GALLEGA)

DELFÍN.

Emilio González Fernández

No recuerdo cuándo ni cómo nos fuimos haciendo amigos. Conocía parte de su obra. Por fin retornó a su Compostela natal como catedrático de Historia de la Medicina y de Odontología. Era en el año 1996.

En la dilatada vida de la Facultad de Medicina gallega, Delfín ha sido el primer Catedrático de Historia y hasta de ahora el único. Falleció súbitamente, lleno de proyectos y cuando estaba terminando la Historia de la Facultad de Medicina de Santiago en el siglo XIX.

Con muchísimos sacrificios desde Vilagarcía de Arousa (Pontevedra) donde ejercía como médico de cabecera fue capaz de viajar a Madrid para realizar, con D. Pedro Laín Entralgo el doctorado. Cuando nos conocimos aún no hacía quince años que había dejado definitivamente el fonendoscopio. Tal vez por eso conservaba un aquel de médico de pueblo, cargado de ironía y de retranca, que miraba y escuchaba (auscultando con los ojos y los oídos) antes de contestar a cualquier interlocutor.

Breve, pero intensa amistad y complicidad. En el decir de los gallegos, era “bueno y generoso”. La Psiquiatría le gustaba. Su generosidad conmigo llegó al punto de que, meses antes de su muerte, cuando pasaba las tardes en el archivo de la Universidad compostelana, intentando terminar su póstuma obra, se “distría” y copiaba documentos relativos a la asistencia psiquiátrica del Hospital Real. Los imprimía y me los iba entregando... Los guardo, sin atreverme todavía a continuar con su labor.

Gran conversador. Insuperable manejo de la ironía y de la retranca. Buen humorista gallego. Tierno. Encantador. Incluso alguna embriaguez juntos, sin que en esos momentos apareciesen aspectos ocultos de su personalidad; no los tenía.

Releyendo “*El Hospital Real de Santiago*” que viene siendo su tesis doctoral uno siempre se encuentra con algo nuevo. Pero, sobre todo, consigue situarnos en la Compostela de hace siglos. Las piedras tantas veces pisadas y admiradas de su ciudad vuelven una vez más a revivir las luchas y conflictos entre quienes priorizaban la asistencia espiritual a los pacientes y quienes gustaban de hacer autopsias y estudiar el cuerpo.

Este libro nos introduce de lleno en la Sociedad que da vida a ese Hospital. Por algo dice Laín Entralgo, en el prólogo: “aquel médico de Vilagarcía de Arosa supo poner documentada y visiblemente ante nuestros ojos ese importante fragmento de la vida médica y social de Galicia”.

Con este texto se inaugura la moderna historiografía médica gallega.

SISO SAUDE

BOLETIN DA ASOCIACION GALEGA DE SAUDE MENTAL

Nº 29 OTOÑO 1997

EDITORIAL

ORIGINALES Y REVISIONES

Los misterios de la locura: La popularización del concepto de alienación mental en la obra de Gine i Bantagás (1836-1911).

Enfermería en salud mental. Aplicación de planes de cuidados: experiencia práctica.

Demandas de salud mental de los adolescentes en una unidad especializada durante un período de veinte años.

Receptores nucleares de esteroides en SNC.

ENTREVISTA

Historia da medicina galega. Parolano con Delfín García Guerra. (Novas sobre a Sá de Psiquiatría do Hospital Real de Santiago).

A PROPOSITO DE...

Organización psiquiátrica hospitalaria y extrahospitalaria del cantón de Ginebra.

Auriaguerra en J. Ch.

El aronismo de Eloy Luis André.

El emboscado (en torno a la figura de Ernest Jung).

EL OJO AVIZOR

OS EVENTOS CONSUECUDINARIOS QUE ACONTECEN NARUA

LIBROS

CASO CLINICO

Síndrome de Diógenes. Síndrome de Crato e Hilarquia. Acerca de dos casos.



Para *Siso Saúde* (nº 29) dejé entrevistarse. Fue una calurosa tarde de julio de 1997, en su despacho universitario. De esta modesta revista gallega reproducimos la portada en la que se ha publicado la entrevista. Resaltamos, entonces, la gran aportación de Delfín para la historia de la psiquiatría gallega.

Se realizó y publicó en nuestra lengua materna. Es extensa y toda ella interesantísima. Al traducir al castellano, algunos párrafos pierden riqueza. Eludo las preguntas. Llega con sus respuestas. Delfín se narra. Se autobiografía. Mejor homenaje imposible.

En España, creo que nadie. Al menos con una larga experiencia. Alguno hay que comenzó a realizar alguna especialidad. Diego Gracia, el catedrático de Madrid, empezó precisamente con la Psiquiatría. En Madrid tengo otro compañero que comenzó a hacer Urología. Pero en estos casos ha sido una breve actividad. Únicamente una etapa de posgrado y luego ya se dedicaron a la Historia. El caso más parecido al mío es el del catedrático de Cádiz que desempeñó una jefatura de servicio hospitalario durante bastante tiempo. Creo que era especialista en Rehabilitación.

En cuanto a personajes, fundamentalmente la figura de Laín. De manera muy especial una de sus obras La Historia Clínica. Es un libro que manejo mucho y que además es un ejemplo de como la Historia de la Medicina puede servirle al médico al médico actual para entender el presente. Un libro en el que aprendes Historia y pienso que también Patología.

Del mismo Laín tengo que citar otra obra, La Relación Médico-Enfermo. Siempre me han interesado también los temas antropológicos de la medicina. Otro autor que me ha marcado fue Rof Carballo. He leído su Patología Psicósomática poco después de terminar la carrera y me ha ayudado mucho en mi tarea profesional.

Mi atracción por la historia era una inquietud que no iba más allá de una afición a la lectura. No pensaba que algún día fuese a profesionalizarme... Entonces hubo un momento, cuando ya llevaba muchos años en Vilagarcía, en el que quise hacer el doctorado....

Decidido a hacer la tesis doctoral quise hacerla sobre un tema de Historia porque me tiraba mucho.... Me fui a Madrid y conocí a Laín poco antes de hacer los cursos del doctorado. Por esas fechas me rondaba la idea de dar el salto de Vilagarcía a Santiago. Es decir, quería establecerme como médico en Compostela y había una parte de mi formación clínica que necesitaba mejorar. Concretamente el aparato digestivo, sobre todo en lo referente a la radiología.

Por eso realicé una estancia de dos meses en el hospital Gregorio Marañón que de aquella se llamaba Francisco Franco. Y aproveché aquel tiempo para ir a las clases de Laín. A las clases de Historia de la Medicina para la licenciatura. Esto debió de haber sido en octubre. Yo pensaba matricularme en los cursos del doctorado.

Me presenté a Laín le dije quién era yo, etc. "Hombre pase usted" dijo. "Pase usted, que más quiere uno cuando habla que alguien le escuche....ya verá usted lo que ahí hay". Me llamó la atención que solo asistieran a las clases unos cuatro gatos. De un curso que debía de tener quinientos matriculados no acudían a las clases más de veinte o treinta alumnos. Hay que tener en cuenta que don Pedro a penas suspendía a nadie en el curso de licenciatura.

A partir de ahí, entre Laín y después Diego Gracia que fue mi perceptor en los cursos del doctorado, me ofrecieron una plaza de ayudante mientras hacía la tesis, por si me apetecía ir por allí a dar unas clases.

Mientras estuve haciendo los cursos del doctorado me iba todas las semanas a Madrid. Ida y vuelta en tren porque el avión resultaba caro y además aprovechaba las noches para viajar y de este modo abandonaba menos la consulta.

Seguro que por lo menos en mí vieron vocación. Posteriormente establecí una muy buena relación con Diego Gracia, con José Luís Peset (codirector de mi tesis), con Agustín Albarracín y con Elvira Arquiola. Allí estuve de Ayudante de Clases Prácticas hasta que acabé la tesis. Pero seguí en Vilagarcía y seguí durante muchos años más.

Leí la tesis el día que mataron a los abogados de Atocha. Cuando estábamos celebrando mi doctoramiento llegó la noticia de la matanza. Todo el mundo estaba muy asustado por lo que estaba pasando en Madrid aquellos días.

Leída la tesis, me vine para Vilagarcía con la idea de seguir con mi actividad clínica al tiempo que pensaba continuar haciendo investigación histórica de la medicina como simple aficionado. Aquí en Santiago tampoco había muchas posibilidades de encargarse de la docencia.

Estaba un día en Madrid, arreglando un asunto del título de doctor, cuando llamó desde Santander García Conde quien había estado de catedrático de Médica aquí en Santiago y estaba allí de Decano. Preguntaba si alguien podría irse para allí y encargarse de la Historia de la Medicina. La primera promoción de médicos de Santander terminaba la carrera. Era ir allí un mes. Allí me fui y allí estuve.

Luego resultó que tardó en salir la plaza. La oposición se demoró todavía tres años y en ese tiempo yo iba dos meses cada año a dar la asignatura en cursos intensivos.

Aquello se acabó. Incluso tenía ciertas posibilidades de opositar y quedarme allí con la plaza; pero, económicamente no me era fácil. No podía dejar la consulta y dedicarme a esto con la mujer y cuatro hijos estudiando.

Lo dejé y pasé dos años tranquilo en Vilagarcía hasta que me volvieron a llamar de Madrid para que me hiciese cargo de una plaza de adjunto interino. Y..., bueno, allá me fui y de eso ya hubo continuidad. Pasé dos años de titular interino y conseguí la plaza de titular en el año 1984 a través de la idoneidad. Aún seguía consultando en Vilagarcía los fines de semana y en las vacaciones académicas, creo que hasta 1986. Pasé seis años en Madrid de titular. En 1990 salió la cátedra de Oviedo y me fui para Asturias. Desde allí me vine para aquí el año pasado.

Yo pienso que la práctica clínica es un enriquecimiento, porque tienes un conocimiento directo de las cuestiones abordadas en la docencia o en

la investigación. Creo que te comunicas mucho mejor con los alumnos de Medicina porque sabes los problemas que puede tener la profesión; conoces los temas importantes que debes enfocar desde el punto de vista histórico.

Si partimos del supuesto de que un profesor de Historia de la Medicina, prioritariamente va a ayudar a formar médicos y no historiadores, creo que esa formación clínica es muy importante. Ya es muy viejo el debate acerca de si la Historia de la Medicina deben enseñarla los médicos o los historiadores. En principio, parece que hablar de Historia de la Patología o de la Psiquiatría sin tener un mediano conocimiento de una u otra puede ser un obstáculo significativo, aunque no insalvable.

La Historia proporciona al futuro médico claridad intelectual para ayudarle a entender determinados aspectos de la Medicina actual. No se puede entender bien la sociología de un hospital actual sin realizar una aproximación histórica al pasado de la institución hospitalaria. La historia de la relación médico-enfermo, la propia historia de la asistencia sanitaria para entender el conjunto de prácticas e instituciones que constituyen un sistema médico. Hay una serie de cosas que la Historia clarifica de modo importante, favoreciendo la reflexión crítica sobre los problemas actuales de la práctica médica.

Ahora ando a vueltas con eso. Estoy haciendo una Historia de la Facultad de Medicina de Santiago en el siglo XIX que me tiene muy enganchado. Veremos que sale de ahí.

En la propia Historia Clínica, Laín analiza la evolución de la Medicina y sobre todo de las grandes novedades de los siglos XIX-XX que es cuando la enfermedad se hace sonora. Es un paso trascendental. Hasta esa época era cosa de ojos y manos; pero, ahora también es cosa del oído: comienza a hacerse sonora.

Por un lado, desde el punto de vista diagnóstico en el momento en que Laennec comienza con la auscultación, comienza a escuchar sonidos que dan testimonio de una alteración orgánica interna. Por otro, el segundo gran paso es la obra de Freud, porque supone que tú estás asumiendo la biografía del enfermo y a base de lo que te cuente vas haciendo un diagnóstico. La propia "confesión" del enfermo ya es de por sí un procedimiento terapéutico.

Volviendo al Hospital Real, los pocos datos que voy recogiendo ya me permiten reconstruir cómo funcionaba el circuito de asistencia a los enfermos mentales a partir de la década de los 40, ya que hasta entonces no los acogían. Puesto que en la región no hay un manicomio, el destino final de los locos eran instituciones de fuera de Galicia; casi siempre el Manicomio de Valladolid.

Como la gestión del expediente no era inmediata, casi siempre hacían una estancia provisional en el Hospital Real. Se los asilaba en una Sala, la

de San Diego, donde ingresaban también a enfermos que procedían de las cárceles públicas. Había también otra Sala, llamada de Belén, que hacía la misma función si se trataba de mujeres.

Estas salas tenían una capacidad de diez o doce camas y siguieron acogiendo locos cuando se abre el Manicomio de Conxo. En el siglo XX siguieron funcionando, por lo menos hasta la Guerra Civil, con una capacidad aumentada de hasta veinte enfermos cada una.

Ha habido algún demente que permaneció en estas salas hasta dos o tres años. Los datos que tengo hasta ahora no son muchos...pienso que valdría la pena abordar este tan interesante tema. Incluso, si te animas, lo podemos hacer juntos....

Sobre las relaciones entre Medicina y Literatura publiqué algunos artículos en Jano, cuando estaba en Madrid. Aún sigue allí la Sección, lo que ocurre es que yo ahora no colaboro. Los números monográficos de Jano sobre Medicina y Literatura se hacían en Madrid desde un Seminario de Medicina y Literatura.

Lo que sí tengo publicado es un libro sobre la Pardo Bazán. El título es: "La condición humana en Emilia Pardo Bazán". Debe de tener siete u ocho años. Pensaba realizar una aproximación al tema de la enfermedad y del enfermo, pero empecé a enredarme con los planteamientos antropológicos de la escritora gallega. Antropología de la Pardo Bazán y todo eso...El tema de la enfermedad y del enfermo quedó aparcado para otra entrega. Lo tengo prácticamente terminado y en este nuevo libro sí que tengo un capítulo sobre la Medicina Popular.

Tampoco tengo una obra tan intensa. Incluso he trabajado en temas muy dispares. Aunque no ha sido en la que más he disfrutado haciéndola, posiblemente la obra más consistente es la que he escrito sobre la Pelagra en colaboración con Víctor Álvarez Antuña.

Aunque la respuesta no sea muy original, tengo que decir que lo que me gustaría escribir es lo que en estos momentos traigo entre manos; la Historia de la Facultad de Medicina de Santiago. Trabajo en ello con mucha ilusión...Tengo muchas ganas de terminarla para abordar otro viejo proyecto, aplazado hasta de ahora por mi ausencia de estos años. Es la continuación de la Historia del Hospital Real. Con motivo de estudiar el Hospital Clínico de la Facultad ya estoy recogiendo abundante información.

UNA DANZA DE LA MUERTE AL SERVICIO DE LA VIDA.

Luis Montiel

Seguramente el libro que ha tenido mayor influencia sobre mi vida ha sido *La montaña mágica*. Uno de sus capítulos tiene por título *Totentanz*, danza de la muerte; y si el lector de la novela se para a pensar no dejará de percibir que, en el fondo, toda ella es una danza de la muerte. Sin embargo, su autor, Thomas Mann, tuvo el máximo interés en señalar que había querido escribir

... un libro de despedida y de autodisciplina pedagógica. Está al servicio de la vida, su voluntad es la salud, su meta el futuro. Por eso es un libro médico. Porque para este juego de ciencia humanística llamado medicina, por más profundamente que le pertenezca el estudio sobre la enfermedad y la muerte, la meta sigue siendo la salud y la humanidad, la recuperación, en su más pura forma, de la idea del hombre (1).

Pues bien: cuando los organizadores de las IX Jornadas de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la AEN me pidieron que interviniera en una mesa redonda en recuerdo y homenaje a Delfín García Guerra supe que tenía que hablar de *La montaña mágica*, como tantas veces hice con él. Y supe también que mi exposición no tendría que ser académica ni políticamente correcta si quería ser honrado conmigo mismo y con su memoria. Aseguro que no faltará rigor académico a cuanto a continuación escribiré, desarrollo de lo que allí expuse; pero lo que por encima de todo necesitaba, me debía a mí mismo y a su recuerdo, era sentimiento. Permítaseme, pues, la licencia que a partir de este momento me permitiré yo mismo.

Conocí a Delfín cuando yo aún era muy joven, un auténtico principiante en el dominio académico de la historia de la medicina al que había accedido por una vía entonces novedosa: el estudio de la literatura de creación en el marco de lo que empezaba a denominarse “humanidades médicas”. Precisamente fue nuestra compartida pasión por la literatura lo que nos llevó, en lo personal, a entablar una alegre amistad, y en lo profesional a impartir conjuntamente un programa de “Medicina y literatura” en el antiguo programa de Doctorado de la Universidad Complutense, iniciado pocos años antes por otro amigo con quien también colaboré, José Luis Peset, felizmente aún entre nosotros y participe también en este homenaje. Delfín y yo compartimos esta satisfactoria experiencia hasta que él se desplazó a Santiago de Compostela para ocupar la cátedra de Historia de

la medicina. Este es el motivo por el que mi aportación a este acto versará sobre medicina y literatura; y en cuanto al anunciado modo de hacerlo, he aquí lo que me ha parecido indicado.

En el verano de 1989 Delfín y su esposa, la excelente Ángela, con quien también compartí muchas horas en Madrid, pues generosamente se hizo cargo de la gestión de nuestra biblioteca sin remuneración alguna, me invitaron a pasar junto con mi familia las vacaciones en su casa de Areas. Trabajaba entonces Delfín en su magnífico libro sobre Emilia Pardo Bazán. Madrugaba mucho, y también yo lo hacía, aunque algo menos; el caso es que cuando me levantaba lo encontraba en el jardín y aprovechábamos aquel rato antes del desayuno para que me contara sus progresos en la redacción, comentáramos algunos puntos especialmente relevantes de la obra de doña Emilia... En suma, asistía yo a la creación de aquella obra y ponía en ella ese granito de arena que siempre pone un interlocutor interesado que actúa como espejo, como eco del creador. Hoy voy a hacer algo semejante, aunque esta vez seré yo quien le cuente lo que estoy preparando.

Se trata de hablar con claridad y sencillez de la muerte. Él, su recuerdo, no nos permite andarnos por las ramas; Delfín murió, como moriré yo mismo y como lo haremos todos cuantos acudimos al mencionado homenaje, al emocionado recuerdo. ¿Por qué tratar de manera eufemística, o peor, no tratar en modo alguno, algo tan simple, tan tremendamente natural como esto? Lo sé, que sea simple y natural no le resta un adarme de tristeza al hecho de que aquellos a quienes amamos tengan que morir, ni al hecho de que nosotros mismos tengamos que morir. No digo que hablar de ello sea agradable; sólo digo que es necesario, y no solamente por amor a la verdad, que en cualquier caso no está ausente de mi pensamiento, sino, espero probarlo, por amor a la vida.

Y esto es así porque la muerte no es tan sólo el fin de la vida; eso, tan radical, pero pensado solamente como certidumbre futura, en esa misma medida se insinúa en lo cotidiano, en la vida, de forma que podemos, como tan a menudo ocurre, rechazarlo, o bien permitir que ejerza alguna influencia sobre nosotros, intentando, eso sí, seleccionar solamente los efectos positivos. Esta es mi opción.

Así pues, perdonadme que me aparte un poco de vosotros para contar a Delfín, como en las mañanas de Areas, mi trabajo.

Sí, Delfín; yo sigo con nuestra exploración en “Medicina y Literatura”; y esto es lo último que he aprendido, o mejor, que estoy aprendiendo. El pensador, el sabio, me atrevería a decir, al que recientemente he descubierto (murió en 2011), me ha enseñado que

..la muerte y la existencia pueden excluirse mutuamente en una filo-

sofía racional, pero *no son contrarios psicológicos*. La muerte puede ser experimentada como un estado del ser, como una condición existencial (2).

¿A qué se refiere James Hillman –tal es su nombre- en esta frase? ¿A la muerte física? Supongo que no, en términos estrictamente materiales. Con la muerte del cuerpo acaba, hasta donde podemos saber, toda psicología. Pero la conciencia de nuestra finitud nos hace presente la muerte en eventos cotidianos de nuestra existencia. En esta perspectiva,

...la filosofía, como dijo Platón, es un ensayo de la muerte (...) Aproximarse a la muerte requiere un morir en el alma, del mismo modo que el cuerpo muere en los tejidos. Y así como los tejidos corporales se renuevan el alma se regenera a través de las experiencias de muerte (Hillman, p.61).

Parece una paradoja, ¿verdad? La muerte, según esto, sería el alimento del alma, o al menos uno de sus pábulos. ¿Por qué será que esta afirmación no me resulta extraña? ¿Será porque ya he vivido unas cuantas muertes –de amigos (la tuya, sin ir más lejos), de parientes, de algunos pacientes en el tiempo en que ejercí como médico- y me he visto obligado a pensar sobre ellas? Creo que sí, como creo también que la lectura de ciertas obras literarias, como esa “danza de la muerte” que mencioné con agradecimiento al comienzo, me ha educado de una manera especial. En este tiempo escribo bastante sobre la muerte, sin dejar de leer ni de reflexionar sobre ella, de tenerla presente en mi vida; y es normal que el mejor interlocutor para hablar de mi “libro” seas tú, como tal vez yo lo era para ti en aquellas mañanas de Areas.

¡Sí, mucho he aprendido en los libros, y a fe que ha sido importante y valioso! Y esa idea de que la muerte es el pábulo de la vida se me ofreció por primera vez a los dieciséis años, en mi primera lectura de La montaña mágica:

La muerte es digna de respeto como la cuna de la vida, como el seno de la renovación. Pero opuesta a la vida y separada de ella se convierte en un fantasma, en una máscara o en una cosa peor todavía. La muerte tomada como una potencia espiritual independiente es enormemente licenciosa (...) Sería sin duda el más espantoso extravío del espíritu humano querer simpatizar con ella (3).

Entonces, Delfín, comencé a descubrir que aquella novela era una meditatio mortis, pero precisamente porque lo era resultaba ser, a la pos-

tre, una meditatio vitae. Tuve mucha suerte al encontrarme con aquello en una edad tan temprana pues, como afirmó el psicólogo del que hace un momento te hablaba,

... la muerte no puede remitirse al futuro y reservarse a la edad avanzada. Cuando seamos viejos ya no tendremos tiempo para tener experiencias de muerte (Hillman, p. 62).

¡Qué riesgo tan grande habría corrido –ahora lo sé–, qué enormes riesgos arrostran sin saberlo tantos seres humanos que no son advertidos a tiempo de esta verdad! Un día llega su muerte y sólo pueden contemplarla con horror, con desamparo. Thomas Mann lo supo también desde muy temprano, antes de los veinticinco años, fecha de la publicación de su primera novela, Los Buddenbrook, escrita basándose en lo observado en su propia familia. Así describió el final de uno de los personajes femeninos de su narración:

Le faltaba aquel trabajo de zapa del sufrimiento que va minando lentamente, con el arma del dolor, nuestra vida misma, o al menos va borrando de nuestro espíritu las condiciones bajo las cuales la hemos recibido y despierta en nosotros el dulce anhelo del fin, de una paz eterna (...) A medida que la enfermedad empeoraba iba agudizándose su cerebro, y todo su interés se concentraba en la dolencia, que observaba con terror y odio manifiesto (4).

“El trabajo de zapa del sufrimiento” o el del reconocimiento de la propia finitud, la presencia de la muerte a lo largo de la vida; una presencia no obsesiva ni hostil, simplemente intrigante; un acicate para la reflexión, para el establecimiento de unos valores sobre un suelo firme, el de la ÚNICA certidumbre que todo ser humano puede tener. La muerte como experiencia psicológica, como ingrediente de la vida, en espera del único cónyuge que no ha de faltar a la boda: la muerte física; la que Hillman denomina “orgánica” en la siguiente cita, que parece un escolio al fragmento de Los Buddenbrook:

La muerte orgánica tiene un absoluto poder sobre la vida cuando no se ha permitido la presencia de la muerte en medio de la vida misma. Cuando rechazamos la experiencia de la muerte rechazamos al mismo tiempo la cuestión esencial de la vida, y la vida queda incompleta. Entonces la muerte orgánica nos incapacita para hacer frente a la última pregunta y nos arranca toda posibilidad de redención. Para evitar este estado del alma, tradicionalmente denominado condenación, estamos

obligados a ir hacia la muerte antes de que ella venga a nosotros (Hillman, p. 62).

Y sin embargo, ¿es tan común vivir en la ignorancia de la muerte? Una ignorancia que a menudo conduce, como señala Hillman, a la gran sorpresa final ante la que uno se presenta inerme. El sutil autor de una meditatio mortis aún más contemporánea para nosotros que la de Mann, Dino Buzzati, lo expresó de forma terriblemente gráfica en su relato “Los viejos clandestinos”:

¿Te has preguntado alguna vez qué significa la vejez? Vejez es la última estación de la vida, ¿no es así?, la que viene antes de la muerte, la antecámara del tránsito (...) Por lo tanto la edad, estrictamente hablando, carece de importancia. Un soldado de veinte años, que parte hacia el frente, en el que encontrará la muerte, sólo es joven aparentemente; en realidad es ya viejísimo, está acabado, destruido. Igualmente es un viejo decrepito, a los veintiocho días, el recién nacido que no va a vivir más que un mes. Todo lo demás es sólo ilusoria apariencia. Y es increíble cuán pocos lo piensan. Viejísimo es el automovilista treintañero que dentro de una hora se estrellará contra un árbol, viejísimo el cincuentón que mañana será fulminado por una apoplejía, viejísimo el chiquillo que dentro de una semana será aplastado por un camión. Y despega cargado de achacosos matusalenes el cuatrimotor que se caerá en el océano. Pero todos ellos son viejos clandestinos, invisibles, indescifrables, inconscientes (5).

“Inconsciencia” es, pienso yo, precisamente la palabra clave. Muchas personas piensan que lo mejor es ser inconsciente ante la muerte, y en cierto sentido, al menos en la perspectiva en que la muerte suele venir acompañada por el sufrimiento físico, ese pensamiento puede ser fácilmente compartido; pero de nuevo nos encontramos aquí con el abismo que separa lo orgánico de lo psíquico. Todos hemos de morir en un determinado plazo de tiempo pero, ¿es seguro que es plazo está prefijado? ¿Lo está la forma que adopte nuestra muerte? ¿O hay en ella una parte importante de “proyecto”, más o menos deliberado? Esta pregunta no es tan ilógica como podría parecer a primera vista. Hoy por hoy casi todo el mundo respondería afirmativamente a esta última cuestión en muchos casos: “Es que Fulano era un fumador empedernido, o un alcohólico pertinaz, o conducía como un loco...”. Pero también hay formas más sutiles de “matarse”:

Cuando un hombre construye la estructura de su vida de abajo arriba, como un edificio, subiendo escalón tras escalón, piso tras piso, sólo

para arrojarse desde la ventana más alta o para ser abatido por un infarto de miocardio o una apoplejía, ¿no ha consumado su propio plan arquitectónico y no le ha sido dada su propia muerte? Desde este punto de vista el suicidio ya no es uno de los caminos por los que se llega a la muerte, sino que *toda muerte es un suicidio*, y la elección del método es más o menos evidente, ya sea un accidente de automóvil, un infarto o alguno de esos actos habitualmente llamados suicidio (Hillman, p. 62).

También esto lo supo Mann desde el primer momento, como demuestra la perspicacia con que perpetra la muerte de Thomas Buddenbrook, un hombre que construye su vida como un edificio, desde la solidez de los preceptos morales y sociales de la burguesía comercial, y al mismo tiempo la mansión que debe albergar a su familia, teniendo amenazadoramente presente un proverbio oriental que reza: “construida la casa llega la muerte”, cosa que, en efecto, ocurre en la novela. Thomas Buddenbrook es uno de esos que han apartado de su mente la idea de la muerte, de modo que su creador puede decir de él:

Fue por aquellos tiempos en que Thomas Buddenbrook contaba cuarenta y ocho años, cuando empezó a sentir que sus días finalizaban y a enfrentarse con la idea de la próxima muerte (...) Y desde las primeras investigaciones obtuvo por resultado una tremenda falta de preparación, una falta de madurez de su espíritu para morir (Mann, 2002, p. 718).

Mann lo despachará valiéndose de una defectuosa extracción dentaria. Importa mucho menos establecer el rigor científico del expediente (lo tiene sin duda; no olvidemos que la acción transcurre en el siglo diecinueve, mucho antes del descubrimiento de los antibióticos) que comprobar la sensación de sorpresa que ese género de muerte produce en su entorno:

De una muela. El senador Buddenbrook ha muerto de una muela (...) Pero, ¡diablos! de una muela no se muere nadie (...) ¿Oyóse nunca cosa semejante? (Mann, 2002, p. 759).

Su propia esposa considerará humillante que haya muerto de ese modo -”Ha sido un sarcasmo y una ignominia que el final haya llegado así” (Mann, 2002, p. 751). Lo que el escritor intenta transmitirnos es que en la muerte de Thomas Buddenbrook hay algo de sospechoso, de incorrecto desde el punto de vista psicológico. Una especie de rendición a las primeras de cambio; una dimisión de una vida a la que no se encuentra

suficiente sentido (ya está construida la casa; ¿te das cuenta de cómo se superpone el relato a la metáfora de Hillman?).

Pero por si el caso del penúltimo Buddenbrook no fuese suficientemente ilustrativo, el de su hijo Johann (Hanno) remacha este precoz descubrimiento del escritor. El niño muere de “tifus” (más correctamente, de fiebre tifoidea), mas la manera de presentar este óbito no puede ser más explícita. Se pregunta Mann

...si la enfermedad que se denomina ‘tifus’ representa en aquel caso concreto el resultado de un accidente sin importancia fundamental; si es la desagradable consecuencia de una infección que tal vez hubiera podido evitarse y que se puede combatir con los recursos de la ciencia, o si constituye sencillamente una forma de la disolución, la vestidura misma de la muerte, que hubiera podido presentarse bajo otra máscara cualquiera y contra la cual no crece ninguna hierba (Mann, 2002, p. 831).

“Hubiera podido presentarse de cualquier otra manera”; como en el caso del padre, la muerte del hijo parece ser el resultado de un pretexto. El escritor, que deliberadamente utiliza la enfermedad como metáfora - ¡pero como metáfora de una realidad! - afirma que

...si [el enfermo] tiembla de terror y repugnancia ante la voz de la vida que le llama, si ante estos recuerdos y estos sones alegres y retadores sacude la cabeza y extiende la mano con gesto de repulsión, lanzándose por el camino que le brinda la libertad... entonces no hay duda posible: morirá (Mann, 2002, p. 832).

No es casual que el subtítulo de Los Buddenbrook sea “Decadencia de una familia”. La muerte reina sobre el destino de todos sus miembros. También hay muchos difuntos en esa danza de la muerte que es La montaña mágica. Difícilmente podría ser de otro modo, dado que fue escrita durante una auténtica fiesta de la muerte, la Gran Guerra. Y sin embargo su mensaje, como el propio Mann se encargó de señalar en el artículo que publicó en la revista médica de Múnich, es un mensaje de vida. Precisamente la experiencia de la guerra habría tenido de bueno el revelar de nuevo al europeo su condición mortal:

No se requiere una imaginación poética para evaluar intuitivamente la elevación, la profundización y el ennoblecimiento espiritual e intelectual que produce en el hombre la vecindad diaria, experimentada durante años, de la muerte (6).

Este aprendizaje constituye la clave de bóveda del proceso educativo que el protagonista de La montaña mágica, Hans Castorp, lleva a cabo en un lugar donde la muerte está ominosamente presente: un sanatorio para tuberculosos en la época inmediatamente anterior a la Primera Guerra Mundial. Castorp saldrá vivo de él, para morir quizá víctima de la Historia, en el campo de batalla, pero no podrido desde dentro por la tisis. Elegirá su destino, arrostrará la muerte, y su creador, sabiamente, decide dejarnos en la ignorancia acerca del resultado de su apuesta. Para ello habrá tenido que realizar su personal meditatio mortis, que comienza con la experiencia de las muertes ajenas acaecidas en el sanatorio, continúa con la rebelión ante la ocultación de esas mismas muertes, visitando de manera nada discreta a los pacientes desahuciados en compañía de su primo (otro que morirá ante él), y exponiéndose él mismo a la muerte al perderse en la montaña en medio de una ventisca. A punto de dejarse ir, como antes que él hicieran los últimos Buddenbrook, decide resistir y luchar por su vida hasta encontrar el camino de regreso; y por si la intención del novelista no quedara clara en semejante trance le hace pensar esto:

La muerte es el principio genial, la *res bina*, la *lapis philosophorum*, y es también el principio pedagógico, pues el amor de ese principio conduce al amor de la vida y del hombre (...) Hay dos caminos que llevan hacia la vida. Uno es el camino ordinario, directo y honrado. El otro es peligroso, es el camino de la muerte, y éste es el camino genial (Mann, 1981, p. 836).

La muerte enseña... a vivir. ¿Recuerdas, Delfín, la cita de Hillman sobre Platón que te referí hace un rato? Escucha, ahora, esta otra, que viene a ser su complemento:

Spinoza dio la vuelta a la máxima platónica diciendo que el filósofo sólo piensa en la muerte, pero que su reflexión no es una reflexión de muerte, sino de vida (Hillman, p. 61).

Son muchos, como ves, y no los peores, quienes han pensado así. A través de los pensamientos de su Hans Castorp Tomas Mann nos legó este valioso conocimiento:

Quiero conservar en mi corazón mi fe en la muerte, pero quiero acordarme claramente de que la fidelidad a la muerte y al pasado no es más que vicio, voluptuosidad sombría e inhumana, cuando dirige nuestros pensamientos y nuestra conducta. *El hombre no debe dejar que la muerte reine sobre sus pensamientos en nombre de la bondad y del amor* (Mann, 1981, p. 693).

Hace tiempo me oíste hablar de todo esto, pero de otra manera, con otra (menor) profundidad; desde entonces he aprendido más, he comprendido más, y también tu muerte ha desempeñado un papel en ese aprendizaje. Una vez más he encontrado en la literatura la confirmación de ese sentimiento mío:

La muerte de los otros significa solamente que nuestra vida continúa, grávida de una experiencia nueva, y que sigue adelante para participar de otras muertes, como de sacramentos, antes de conocer por fin la nuestra (7).

Acerca de esto último, que tan de cerca te toca, conozco una historia, un relato, que lo resume casi todo y que puedo, con permiso de su autor, apropiarme para contarlo en primera persona. El narrador explica que una noche, al salir a su jardín, tropieza con un relieve del suelo que antes no estaba. A la mañana siguiente pregunta al respecto a su jardinero, quien le responde que ese inesperado montículo se debe a la muerte de un amigo del escritor:

“Aquí, en el jardín, el prado se ha levantado sólo porque este es su jardín, señor, y todo lo que sucede en su vida, señor, tendrá aquí una consecuencia” (8).

Naturalmente, con el paso del tiempo comienzan a menudear los montículos; permíteme que te lea un par de párrafos tomándome la libertad que te he anunciado, la de hacer mía su experiencia poniendo los nombres de algunos de mis montículos en lugar de los que escribió su autor, Dino Buzzati:

Así, poco a poco mi jardín, antaño plano y agradable al paso, se ha transformado en un campo de batalla; tiene hierba todavía, pero el prado sube y baja en un laberinto de montículos, bultos, protuberancias, relieves, y cada una de estas excrecencias corresponde a un nombre, cada nombre corresponde a un amigo, y cada amigo corresponde a una tumba lejana y a un vacío dentro de mí.

En ese momento tuve un arranque de rebelión. No, no podía ser, me dije espantado. Y una vez más llamé a mis amigos por su nombre. Ernesto, Pedro, Elvira, Delfín, llamaba, Agustín, Nati, Enrique, Marisa. En ese momento se alzó una especie de soplo en la noche que me respondía que sí; juraría que una especie de voz me decía que sí y venía de otros mundos, pero quizá fuera sólo la voz de un ave nocturna porque a las aves nocturnas les gusta mi jardín.

Naturalmente, me pregunto si en algún jardín surgirá algún día un bulto relacionado conmigo, quizá un bultito de segundo o tercer orden, apenas una arruga en el prado que, de día, cuando el sol luce en lo alto, apenas conseguirá verse. Sea como sea, al menos una persona en el mundo, al menos una, tropezará (Buzzatti, 1992, pp. 342-343).

Yo tropiezo a menudo con el bulto que me habla de ti, Delfín, así como con los otros bultos de mi jardín, y por eso puedo hablarte como hoy y compartir contigo mi trabajo en nuestro querido entorno de medicina y literatura.

Pero dejémoslo por hoy, que ahí viene Ángela anunciando el desayuno.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Mann, TH. Vom Geist der Medizin. Offener Brief an den Herausgeber der Deutschen Medizinischen Wochenschrift über den Roman "Der Zauberberg". En: Essays II (1914-1926). Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 2002, 996-1002, p. 1001
- (2) Hillman, J. Suicide and the Soul, Putnam, CT: Spring Publications, 1997, p. 60
- (3) Mann Th.. Der Zauberberg. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1981, p. 283
- (4) Mann, Th. Buddenbrooks. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 2002, p. 617-8.
- (5) Buzatti, D. I vecchi clandestini, En: Le notti difficili. Milano: Arnoldo Mondadori, 1971, 319-324, p. 322.
- (6) Mann, Th Betrachtungen eines Unpolitischen. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1956, p. 480
- (7) Reverzy, J. Place des Angoisses. En Œuvres complètes. Paris: Flammarion, 2002, p. 245.
- (8) Buzzatti, D. Le gobbe nel giardino. En: Il colombre. Milano: Arnoldo Mondadori, 1992, 337-343, p. 338.

EL MAL DE LA ROSA: UNA BIOGRAFÍA.

*José Luis Peset **

Una entusiasta vocación

Pedro Laín Entralgo quería que la historia de la medicina fuese un arma en manos de los médicos, beneficiosa para entender su quehacer. De hecho, él abandonó pronto su interés por la psiquiatría e incluso por introducir la medicina psicosomática. Tampoco sus discípulos ejercieron mucho tiempo como médicos, pero sin duda la historia de la medicina, implantada en las facultades médicas, tenía para su introductor esa misión de clarificar la teoría médica a los estudiantes y profesionales. Para muchos de los docentes en las facultades médicas, estudiar y enseñar el pasado médico era una introducción a la medicina, una forma de aunar letras y ciencias, permitiendo comprender su ejercicio a la cabecera del enfermo. Pero sin embargo casi todos se comportaron como humanistas, alejándose de las obligaciones clínicas bien pronto.

Caso curioso y distinto fue el de Delfín García Guerra, quien fue un médico gallego con una enorme vocación y una activa experiencia. Sin embargo, su práctica quiso completarla –o necesitó completarla– con reflexiones teóricas. Para ello emprendió con Pedro Laín Entralgo los estudios de doctorado, con agotadores viajes nocturnos en tren, e inició su tesis sobre el Hospital Real de Santiago de Compostela. Una vez terminada, su edición como libro supuso un notable paso adelante en el estudio del pasado de los hospitales, pues sobrepasó las preocupaciones de la historia institucional clásica, para entenderlos desde la historia de la teoría y la práctica médicas. Se fijó bien en el papel que los médicos tenían en las salas, analizando el proceso de medicalización de la institución, que pasó de ser un albergue de peregrinos, a un hospital moderno y dio paso al hospital clínico de la facultad médica. Si bien fue muy hábil en interpretar su institución como un contrapeso regio al omnímodo poder del arzobispo, ejemplificado bien en la plaza del Obradoiro en que conviven la catedral y el palacio arzobispal con el hospital y, hoy, con el rectorado de la Universidad.

Su afición de lector empedernido, también lo llevó a buscar a los personajes médicos en muy diversos autores, sobre todo del realismo literario.

* Correspondencia: José Luis Peset (joseluis.peset@cchs.csic.es)

Instituto de Historia – Centro de Ciencias Humanas y Sociales – Consejo Superior de Investigaciones Científicas – c/ Albasanz 26-28 28037 Madrid.

Recuerdo haber comentado con él algunas veces las enfermedades y los médicos en la obra de mi paisano Vicente Blasco Ibáñez, o haber leído algunos de sus escritos como los que dedicó a su compatriota la condesa de Pardo Bazán. Pero su fuerte vocación clínica lo llevó también a buscar la teoría y la práctica en escritos médicos. Así era muy natural que se acercase a la obra de Gaspar Casal, durante su estancia en Oviedo, adonde llegó en 1990, hasta su traslado a Santiago en 1996. Fruto de estos estudios fueron dos libros, publicados con Víctor Álvarez Antuña, titulados *Lepra asturiensis* (1993) (1) y *La enfermedad mental en la obra de Faustino Roel* (1995) (2). En fin, se ocupó de la enseñanza en la facultad de medicina de Santiago, a cuyo claustro se incorporó por fin. Así su personalidad de médico activo, lector humanista y profesor entusiasta quedó bien patente en sus escritos. No sé si siempre escribimos sobre nosotros mismos, pero siempre estamos nosotros en lo que escribimos.

Enfermedad y biografía

Desde hace muchos años he pensado que el libro de Hans Zinsser de 1935 *Rats, Lice and History. The Biography of a Bacillus* fue una revolución en la historia de la epidemiología médica. Tras las notables aportaciones del positivismo histórico, que había recopilado infinitos datos sobre la trayectoria de las enfermedades epidémicas, ahora un clínico, bacteriólogo y parasitólogo, buen conocedor de la inmunología y el laboratorio, introducía en el mundo de la historia las posibilidades que sus saberes ofrecían. Sin duda los consejos de Henry Sigerist lo llevaron por ese camino, en que aspectos médicos, científicos y sociales eran conjuntados, presentando la influencia de las grandes enfermedades en la historia política y militar. En ese pequeño volumen, dedicado a la historia de la epidemiología, en especial del tifus exantemático (3), considera las enfermedades “as biological individuals which have lived through centuries, spanning many generations of men and having existences which, in their developments and wanderings, can be treated biographically.” (4). Es notable su petición de que los principales hallazgos científicos sean aprovechados por los historiadores, así los relativos al conocimiento de la enfermedad y su adaptación al medio, animado o inanimado. Las modernas técnicas han sido fundamentales en establecer algunas certezas del pasado, así la viruela en las momias egipcias, o bien dudas, como la peste y su bacteria en sus pandemias, dudándose hoy de muchas de las históricas (5). Las peleas en la naturaleza de Heráclito y las luchas por la vida de Darwin pasan a los tubos de ensayo y a las probetas y retortas. Sin duda, la idea clásica de una naturaleza viva, siempre en lucha, es esencial en estas ideas.

También es influido por la moda de las biografías, tanto germanas como anglosajonas, Eckermann, Boswell, Carlyle, Stephan Zweig ... Si llama la atención el recurso al individuo y a la biografía en un científico, se explica desde el valor ejemplar heredado del mundo clásico –muy vivo en las culturas en que este autor aprende- atribuido al héroe y a su moral y protagonismo (Plutarco). También sin duda a la difusión y éxito de la obra de Sigmund Freud. Si nos adentra por tanto en el mundo de la ciencia y el laboratorio (bacteriología, inmunología, hematología), también señala Zinsser el papel nuevo del psicoanálisis y la endocrinología. Entre nosotros, Gregorio Marañón supo insertar sus conocimientos científicos en la vida y las emociones de sus personajes. Sean las pasiones de Tiberio, las alteraciones glandulares en Enrique IV, o bien una supuesta sífilis en el conde-duque de Olivares. Las alteraciones psicológicas, endocrinas o infecciosas establecen la vida individual y también social, así por la importancia de la epidemia o de los personajes afectados (6). Influido por Gregorio Marañón, el hematólogo sevillano Díaz de Yraola biografió la expedición de Balmis, yendo y viniendo entre el Archivo de Indias, su biblioteca científica y el laboratorio (7). Desde otro bien lejano, Sir F. M. Burnet, en su *Historia de las enfermedades infecciosas*, mostraba la interacción entre los organismos vivos y el medio ambiente (8). La historia de la enfermedad se renueva, siempre estará de moda, poniendo al día antiguas dolencias, o encontrando nuevas. Las diversas patologías, del pasado o el futuro, se unen en espacio y tiempo, por los viajes y turismos, guerras, industrias y comercios, cambios y destrozos ambientales. Tras las ideas de Sigerist, la historia se ha hecho historia social, pero al mismo tiempo el hecho de considerar las enfermedades como un componente más del medio ambiente, de la naturaleza, nos obliga a repensar su papel en la Historia (9). (10)

Pelagra y locura

Como profesor en Oviedo no podía dejar de ocuparse del gran ilustrado Gaspar Casal, autor de la más importante topografía médica del siglo XVIII, la *Historia natural y médica del Principado de Asturias* (1762). Se ocupa en las primeras páginas del libro que escribió con Víctor Álvarez Antuña en la revisión de algunos aspectos curiosos de la biografía casaliana. Así sobre su nacimiento, sobre su dudosa titulación y sobre el proceso a María Ruiz, su esposa, en el que recayó una absurda ignominia sobre la familia, tal vez por ser de origen converso. Pero en especial, se interesa por su trabajo como médico. Las topografías eran un género importante en la tradición española –así como en la francesa- que tiene su origen en

el escrito hipocrático *De aires, aguas y lugares* (11). Los autores plantean un variado acercamiento, así histórico, clínico (dermatitis, diarrea, demencia), epidemiológico y científico-natural. Sin duda Casal establece la pelagra como especie morbosa, pero su estudio fue eminentemente clínico, pues ni la anatomía patológica ni el laboratorio estaban desarrollados de forma suficiente. En cuanto a su etiología, nos recuerdan, la enfermedad ha sido considerada enfermedad carencial, lo que es un logro de Casal, hereditaria, tóxica o contagiosa, o social, pues se asocia al campo, al pan de borona, a la población manicomial. Desde Asturias, la novedad y la preocupación llegan a Italia y a Francia, así a A. Brierré de Boismont y a Théophile Roussel, el primero encuentra un tercio con esta patología, entre los internados en hospitales de enfermos mentales en Brescia o Venecia (12). Así se entiende la presentación por Casal de la melancolía pelagrosa, advirtiendo la frecuencia con que los enfermos caen en llanto y en vago-bundeó, más tarde en delirio. Sería una melancolía muy grave, que duda si es un síntoma (inicial), un agravamiento o una metástasis de la enfermedad, que llegaría al cerebro. Volvería a encontrarse la melancolía en la enfermedad del rey Fernando VI, quien lo había llamado a su lado como médico de cámara. No sobreviviría mucho a su monarca. De todas formas, encuentra también en su tierra de adopción otras formas de enfermedad mental, así la histeria en jóvenes mujeres, que tiende a desaparecer con la edad, el matrimonio y el trabajo. Así no está presente en aldeanas y trabajadoras, sino en gentes acomodadas (13).

Pelagra y degeneracionismo

Faustino García Roel (1821-1895) en su *Etiología de la pelagra* (1880) inicia una aproximación diferente al tema, si bien fue un buen práctico interesado en la clínica y la epidemiología de esta enfermedad. Quiso insertar el estudio de esta patología en las modernas teorías médicas de la época, así en el degeneracionismo, una de las grandes imágenes culturales del positivismo. En el siglo XIX, hubo dos formas de interpretar los caminos de la humanidad, una más del sur, católica, nobiliaria y romántica, otra más del norte, protestante, burguesa y positivista. Esta surge de manos de un pariente de Charles Darwin, el creador de la eugenesia Sir Francis Galton (14). En forma de darwinismo social respaldaría el empuje de la nueva burguesía metropolitana. Aquella de médicos franceses, como Morel y Magnan (15), en forma de degeneracionismo (16). Ambas coincidían en estigmatizar grupos de población (rural, enferma, trabajadora, colonial, distinta) como inferior, si bien los ingleses consideraban que desde un origen primitivo la sociedad había progresado, mientras que los franceses

pensaban que desde un origen paradisíaco había degenerado, tal como el ángel caído, o el Adán bíblicos (17). Sin duda se insiste en ambos en el papel de la herencia y en la preocupación por lograr una buena sociedad blanca y dominante. Ambas tendencias confluirán en el siglo XX en peligrosas teorías racistas y ultraeugénicas. Esta confluencia, previa todavía a los horrores nazis, puede verse en el libro *Manual de Psiquiatría* de J. Rogues de Fursac (18). Naturalmente detrás están las dudas de los antropólogos entre el buen salvaje y el mal salvaje, entre esos idílicos indígenas de la novela romántica francesa y esos bárbaros sin piedad de la narrativa colonial británica (19).

Pues bien, García Roel entra bien en esas teorías románticas del degeneracionismo, insistiendo en la herencia (según Prosper Lucas), así como en el papel del vicio moral y la discrasia humoral o diátesis en esta degeneración. Los árboles genealógicos de patologías son base esencial de los tratados médicos. Plantea una larga herencia de dermatosis y locuras, en la que lepra y pelagra entrarían por derecho propio. Se entroncaría también con las posibilidades de metamorfosis morbosa y las creencias en la locura única. Médico práctico, propuso una encuesta en manicomios en busca de la locura pelagrosa, que sitúa en la base de la higiene y las recomendaciones eugénicas. Sin duda dos libros de gran interés, en que Delfín García Guerra, en compañía de Víctor Álvarez Antuña, mostró su gran amor por la medicina y su estudio histórico. Siempre nos acompañarán, como recuerdo de un amigo muy querido y llorado.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) García Guerra D, Álvarez Antuña V. Lepra asturiensis: la contribución asturiana en la historia de la pelagra (siglos XVIII y XIX). Madrid: Universidad de Oviedo-CSIC, 1993.
- (2) Álvarez Antuña V, García Guerra, D. La enfermedad mental en la obra de Faustino Roel (1821-1895). Los orígenes de la asistencia psiquiátrica en Asturias. Oviedo: Universidad de Oviedo, 1995
- (3) Fischer I. (Dir.) Biographisches Lexicon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre. München, Berlin: Verlag von Urban und Schwarzenberg, 1962, II, p. 1726.
- (4) Zinsser H. Rats, Lice and History. The biography of a Bacillus. Londres, Papermac, Macmillan Publishers Limited, 1985, p. vii.
- (5) Scott S, Duncan Ch J. Biology of Plagues. Evidence from Historical Populations. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2001
- (6) Miqueo C, Ballester R (Coords.). Biografías médicas, una reflexión historiográfica. Asclepio 2005;57(1):3-188
- (7) Díaz de Yraola G. La vuelta al mundo de la Expedición de la Vacuna (1803-1810). Ed. facsimilar de la edición de 1948, versión inglesa y edición de Catherine Mark. Madrid: CSIC, 2003
- (8) Burnet FM. Historia de las enfermedades infecciosas. Trad. María Soledad García. Madrid: Alianza Editorial S. A., 1967

- (9) Wartofsky MW. The Social Presuppositions of Medical Knowledge. En Peset JL, Gracia D (Eds.). *The Ethics of Diagnosis*. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, 1992, pp. 131-151
- (10) Nash L. *Inescapable Ecologies. A History of Environment, Disease, and Knowledge*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 2006
- (11) Laín Entralgo P. *La medicina hipocrática*. Madrid: Revista de Occidente, 1970.
- (12) Novella E, Huertas R. Alexandre Bierre de Boismont and the origins of the Spanish psychiatric profession. *History of Psychiatry* 2011;22(4):387-402
- (13) Caicoya Gómez-Morán M. Gaspar Casal hoy. Un precursor de la epidemiología contemporánea. Madrid: Fundación Gaspar Casal, 2012 [Texto completo: http://www.fgcasal.org/fgcasal/publicaciones/articulos/Monografia_Gaspar_Casal.pdf].
- (14) Álvarez Peláez R. *Sir Francis Galton, padre de la eugenesia*. Madrid: CSIC, 1985.
- (15) Huertas García-Alejo R. *Locura y degeneración: psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid: CSIC, 1987
- (16) Peset JL. *Genio y desorden*. Valladolid: Cuatro ediciones, 1999
- (17) Peset JL, Huertas R. Del 'ángel caído' al enfermo mental. *Asclepio* 1986;38:215-240.
- (18) Rogues de Fursac J. *Manual de Psiquiatría*. Trad. Juan Peset. Valencia: Editorial Pubul, 1921
- (19) Peset JL. Juan Peset Alexandre y la enseñanza de la psiquiatría en la Universidad de Valencia. En: *Matrícula y lecciones*. Valencia: Universitat de Valencia, 2012, II, 197-218

**IX JORNADAS NACIONALES
SECCIÓN HISTORIA**
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

**"RAZÓN, LOCURA Y SOCIEDAD: UNA MIRADA
A LA HISTORIA DESDE EL SIGLO XXI"**

**HISTORIA de la
PSIQUIATRÍA**



O home que chegou a ser feliz en vida (Castelao)

COORGANIZAN:



Asociación Española de
Neuropsiquiatría (AEN)
(Sección Historia)



Asociación Galega
de Saúde Mental
(AGSM)

Ourense/4, 5 y 6 de octubre /2012

Centro Cultural da Deputación Ourense



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Xerencia de Xestión Integrada de Ourense
Verín e O Barco de Valdeorras



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

DECLARADAS DE INTERESE SANITARIO

Nº de expediente: SA101A0107/0-0

JUEVES 4 DE OCTUBRE

16:30 ACTO INAUGURAL

17:00 MESA 1: Literatura y psiquiatría
Moderador: **Luis Ferrer Balsebre**
Psiquiatra. Santiago de Compostela

"La función paterna en el Quijote"
Valentín Corcés, psiquiatra, Madrid

"El instinto de muerte" de R. Nôvoa Santos (1927). Acerca de la muerte, el suicidio, la eutanasia y el derecho a decidir sobre la propia vida"
Federico Menéndez, psiquiatra, A Coruña

"Enfermos y sanadores en la obra de Cunquero"
Ángel Vázquez de la Cruz, médico y novelista. A Coruña

"Razón y reflexión en la obra de Rafael Dieste y de Manuel Antonio"
J.L. Axeitos Agrelo, filólogo y Académico numerario de la Real Academia Galega, A Coruña

19:00 PAUSA- Café, VISITA a POSTERS presentados a las Jornadas.

19:30 MESA 2: Reformas psiquiátricas en España: una mirada desde el siglo XXI
Moderador: **Ignacio Gómez-Reino**
Psiquiatra. Ourense

"Tradición y Cambio en la atención a los problemas de salud mental: de la retrospectiva a la prospectiva"
Fernando Márquez, psiquiatra, A Coruña

"Galicia: del traslado a la reforma"
Chus Gómez, Alcira Cibeira, José Campos (psiquiatras), **Yolanda Castro** (psicóloga) y **Luis. R Carmona** (Trabajador Social, Ourense), **Elena Gato** (Psiquiatra, Lugo)

"Conxo, manicomio e morte (de 1972 a 2012)"
Antón Seoane, psiquiatra, Vigo

"Andalucía: La culminación de la Contrarreforma"
Onésimo González, psiquiatra, Huelva

21:30 Cierre de la primera jornada.

VIERNES 5 DE OCTUBRE (MAÑANA)

9:00 MESA 3: Guerra Civil, memoria histórica y salud mental
Moderadora: **Olga Villasanté**. Psiquiatra. Madrid

"1937. Episodios nacionales: asesinatos en el psiquiátrico de Valdediós (Asturias)"
Iñaki Márquez, psiquiatra, Bilbao; Paz Arias, psicóloga clínica, Gijón

"Bartolomé Llopis, la Guerra Civil y la pelagra"
Juan José Martínez Jambriña, psiquiatra, Avilés

"La Guerra Civil en el H. Psiquiátrico de Leganés"
Paloma Vázquez de la Torre, psiquiatra, Madrid

"Guerra Civil y locura en Galicia"
Emilio González y **David Simón**, psiquiatras, Santiago/Ourense

11:15 PAUSA, Café, VISITA a POSTERS.

11:45 MESA 4: Razón, Locura y Ciencia psiquiátrica
Moderadora: **Chus Gómez/Xaqueline Estévez**. Psiquiatra /MIR Psiquiatría. Ourense

Del exceso como locura al pecado como enfermedad. La gobernanza de las conductas y el proceso de medicalización
Josep M. Comelles, Catedrático de Antropología, Univ. Rovira i Virgili, Tarragona

"Usted habrá observado que yo no estoy loco". Escrituras emocionales en el interior del manicomio.
Rafael Huertas, Profesor de Investigación del Centro de Ciencias Sociales y Humanas, CSIC Madrid

Lo que hay que saber de la historia del delirio
José María Álvarez, psicólogo clínico, Valladolid

Las pseudoalucinaciones en Kandinsky
Tiburcio Angosto, psiquiatra; **Katia Kokoulina**, PIR psicología clínica, Vigo

VIERNES 5 DE OCTUBRE (TARDE)

- 16:30** MESA 5: Cultura, Razón, Locura y Sociedad (Moderadores: José A. Campos/Xaqueline Estévez, Psiquiatra /MIR Psiquiatría, Ourense)
Psiquiatría y cultura: Georges Devereux, una vida, una obra.
Reda Rahmani, psiquiatra, País Vasco
- "Las Tres Grandes de Villalobos. Psicología médica en la corte del Rey Católico"* Paloma Alonso, Begoña Contera y Román Esteban, psiquiatras, Valladolid
- "La aportación de Jaime Vera y López al Diccionario Enciclopédico de Montaner y Simón (1887-1891)"*
Antonio Rey y Enric Jordá, psiquiatras, Valencia
- "Un mundo degenerado: Sucesos y miserias de los psiquiatras portugueses del siglo diecinueve"*
Manuel Curado, Universidad de Minho, Braga, Portugal
- 18:30** PAUSA CAFÉ. VISITA a POSTERS.
- 19:00** MESA 6: Holocausto, memoria, estigma: medicina y psiquiatría en el nazismo. Moderadores: David Simón /Tatiana Bustos, Psiquiatra/MIR Psiquiatría, Ourense
"Holocausto: una reflexión desde la medicina"
Esteban González López, Médico Profesor asociado Universidad Autónoma, Madrid
- "Primo Levi, testimonio del Holocausto y suicidio"*
Adrián Gramary, psiquiatra, Centro Hospitalar Conde de Ferreira-SCMP, Oporto
- "El papel de la psiquiatría y la psicofarmacología en los abusos médicos cometidos durante el III Reich"*
Francisco López Muñoz, Unidad de Neuropsicofarmacología, Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá (Madrid), y Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela (Madrid)
- 20:45** ASAMBLEA MIEMBROS SECCIÓN de HISTORIA (AEN)
- 22:00** CENA CONGRESO

SÁBADO 6 DE OCTUBRE

- 9:00** MESA 7: Homenaje al Prof. Delfín García Guerra (historiador de la Medicina y de la psiquiatría española y gallega)
Moderador: Tiburcio Angosto, Psiquiatra, Vigo
- "Delfín García Guerra: un encuentro con el Catedrático de Historia de la Medicina de Santiago"*
Emilio González Fernández, Psiquiatra, Santiago de Compostela
- "Una danza de la muerte al servicio del alma. La montaña mágica desde la psicología de James Hillman"*
Luis Montiel, Catedrático de Historia de la Medicina, Presidente de la Sociedad española de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid)
- "El Mal de la Rosa: Una biografía"*
José Luis Peset, Profesor de Investigación, CSIC, Madrid)
- 10:45** PAUSA CAFÉ. VISITA a POSTERS
- 11:15** MESA 8: Instituciones psiquiátricas, Razón, Locura y Sociedad
Moderadoras: Alcira Cibeira /Tatiana Bustos, Psiquiatra/MIR Psiquiatría, Ourense
- De visita por los manicomios con la prensa escrita y gráfica de finales del XIX y principios del XX.*
Oscar Martínez Azumendi, psiquiatra, Bilbao
- Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: de la Segunda República a la posguerra.*
Olga Villasante Armas, psiquiatra, Madrid
- La Psíquis. Periódico del bello sexo.*
Cándido Polo, psiquiatra, Valencia
- La psiquiatría durante la época de Stalin*
Miguel Marco Igual, Neurólogo, Hospital de Sabadell
- 13:30** CONFERENCIA:
Moderadores: Andrés Fontenla/Indalecio Carrera, Psiquiatras, Vigo/ A Coruña
"Egas Moniz"
João Lobo Antunes, Prof. Neurocirugía, Facultad de Medicina de Lisboa
- 14:30** Cierre Jornadas.

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE:

David Simón Lorda

VOCALES:

María Jesús Gómez Rodríguez
Alcira Cibeira Vázquez
Tiburcio Angosto Saura
Federico Menéndez Osorio
Emilio González Fernández
Ignacio Gómez-Reino Rodríguez
Xaqueline Estévez Gil
Tatiana Bustos Cardona
José Antonio Campos
Luis Rodríguez Carmona

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA:

Olga Villasante Armas
Presidenta Sección de Historia AEN

VOCALES:

José María Álvarez Martínez
Tiburcio Angosto Saura ()
Luis Ferrer Balsebre
Josep M^a Comelles Esteban
Emilio González Fernández
Rafael Huertas García-Alejo
Oscar Martínez Azumendi
Federico Menéndez Osorio
Antonio Rey González

PATROCINADORES



SERVIZO
GALEGO
da SAÚDE

Xerencia de Xestión Integrada de Ourense
Verín e O Barco de Valdeorras



Concello de
OURENSE



Universidade de Vigo



Asociación
Europea
de Facultades

AstraZeneca

COLABORADORES



JANSSEN-CILAG

Lundbeck



Lilly

Pfizer

SECRETARÍA TÉCNICA

SEREMPRESA S.L.
www.serempresa.es
mail: info@serempresa.es
Tlf.: 988 254 838



Acreditación docente al Sistema Acreditador da Formación Continuada das Profesiones Sanitarias da Comunidade Autónoma de Galicia con 2,7 créditos



Asamblea Sección Historia. 10 de mayo de 2012.



Izda. a dcha K. Koukolina, R. Huertas, JM Alvarez C. Gómez, JM Comelles.



Inauguración. De izda. a dcha.: Olga Villasante, Eloína Núñez (Xerente Complexo Hospitalario Universitario de Ourense), Marga Martín (Tte. Alcalde Ourense), David Simón y Chus Gómez.



Izda. a dcha., Óscar Martínez, Chus Gómez e Iñaki Márquez.



Izda. a dcha., XL Axeitos, V.Corcés, L. Ferrer, A. Vázquez de la Cruz, F. Menéndez.

Los psiquiatras piden políticas centradas en los pacientes

Un centenar de profesionales analizan la historia y la realidad española

MAI GIL
OURENSE | LA VOZ

La presidenta de la sección de Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Olga Villasanté, inauguró ayer sus IX Jornadas nacionales con un acto protocolario en el Centro Cultural Marcos Valcárcel. Villasanté resalta el carácter multidisciplinar de esta sección científica y considera crucial que el avance asistencial tenga más en cuenta a los pacientes que las estructuras políticas y administrativas.

Tras el acto inaugural, que contó también con la gerente sanitaria de Ourense, Eloísa Núñez, las jornadas dedicaron su primera sesión a las relaciones entre Historia y psiquiatría, con una ponencia referida a la fundación que lleva el nombre de Novoa Santos «El instituto de muerter», a las figuras de referentes y actores en la obra de Canguelero y a la razón y la reflexión en los trabajos de Rafael Dillet y Manuel Antón.

La segunda parte de la sesión inaugural se centró en las relaciones psiquiátricas habitadas en España desde la perspectiva del siglo XXI. Se presentaron experiencias y análisis de Galicia y Andalucía.



La presidenta de la sección de Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Olga Villasanté, de ascendencia gallega, destacó a La Voz de Galicia la importante labor investigadora y la gran actividad de sus colegas gallegos, lo que ha propiciado que Galicia sea la única comunidad que acoge por segunda vez la organización de este encuentro.

Villasanté presentará en las

jornadas una ponencia sobre la profunda medicalización de la enfermedad psiquiátrica. Ya en los años 20 y, posteriormente, en la II República se avanzó en su terreno con la creación de una diplomatura en 1932 y la realización de exámenes, en un proceso de despatronaje e especialización en salud mental que no chegou ata os anos 90», afirma.

«Hoye —añade— teñen un papel moi importante e un formación especial, tanto nas unidades hospitalarias como nas de saúde mental e nos hospitais de día, pero é algo relativamente recente, tras a desinstitutionalización dos manicomiolos».

La sesión de boa noite, enmarcada en las Jornadas se dedicará a la Guerra civil española; a la razón y la locura en relación con la cultura y la ciencia psiquiátrica y al holocausto judío y el nazismo.

OLGA VILLASANTE

«Cando a situación socioeconómica empeora, empeoran as enfermidades»

M. G. BERNAL
A ollada histórica sobre a psiquiatría non evita as reflexións sobre o presente. Olga Villasanté preside a sección de Historia da Asociación Española de Neuropsiquiatría.



—¿Enfermos a crise?

—Os problemas socioeconómicos nas enfermidades son moi importantes para as descompensacións. A situación actual estase notando nos consultos: ou vexo moitos problemas derivados de situacións longas de paro e de falta de recursos. Cando a situación económica empeora, empeoran as enfermidades.

—Recortes, cambios...
—As veces tes a sensación de que non se avanza en función do beneficio dos pacientes senón de estruturas políticas ou administrativas. É como cíclicos, adoptarse pouco as estruturas anteriores. Pasa en outros países e con gobernos distintos, non son que son só os cambios estruturais, que iso mesmo. As veces non se reflición no futuro das institucións, dos pacientes, dos proxectos de investigación...



*Jornadas AEN Historia octubre 2012.
Parador de Santo Estevo, M.López, T.Bustos, D. Simón y X. Estévez*



Conferencia Sobre Egas Moniz... Izda. I.Machado y dcha. Joao Lobo Antunes.

IX JORNADAS NACIONALES SECCIÓN HISTORIA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

“RAZÓN, LOCURA Y SOCIEDAD: UNA MIRADA A LA HISTORIA DESDE EL SIGLO XXI”

HISTORIA de la PSIQUIATRÍA



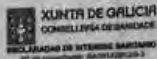
www.aen.es



www.agnp.es



Servizo Galego de Saúde
Xaranga de Examen Integral de Ourense
Vía a O Burgo de Valdeorras



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
REGISTRADO DE INTERIO BARCELONA
Nº de inscripción: 200122012-3

OURENSE / 4, 5 y 6 de octubre de 2012

ÍNDICE

Los autores	11
Prólogo/Introducción	15
Literatura y psiquiatría	
La función paterna en el Quijote, <i>Valentín Corcés Pando</i>	23
El instinto de muerte de R Novoa Santos. Acerca de la muerte, el suicidio, la eutanasia y el derecho a decidir sobre la propia vida, <i>Federico Menéndez Osorio</i>	45
Enfermos y sanadores en la obra de Cunqueiro, <i>Ángel Vázquez de la Cruz</i>	55
Sustancias narcóticas y alucinógenas en los textos cervantinos, <i>Francisco López-Muñoz, Cristina Andrade-Rosa, Pilar García-García y Cecilio Álamo</i>	63
La psicología imaginal como herramienta de análisis de la obra narrativa de Gustavo Adolfo Bécquer, <i>Julio Zarco Rodríguez, Celia Rodríguez Varela y Ana Suela Martín</i>	73
El “ánima” en la obra narrativa de Gustavo Adolfo Bécquer, <i>Julio Zarco Rodríguez, Celia Rodríguez Varela y Ana Suela Martín</i>	77
Holocausto, memoria, medicina y psiquiatría en el nazismo	
Holocausto: una reflexión desde la medicina, <i>Esteban González López</i>	83
El papel de la psiquiatría y la psicofarmacología en los abusos médicos cometidos durante el III Reich, <i>Francisco López-Muñoz</i>	95
Primo Levi, testimonio del holocausto y suicidio, <i>Adrián Gramary</i>	113
Razón, Locura y Ciencia psiquiátrica	
«Las Tres Grandes» de Villalobos. Psicología médica en la corte del Rey Católico, <i>Paloma Alonso Quintanilla, Begoña Cantero Fernández, Ramón Esteban Arnáiz</i>	125
De la locura como exceso a la locura como enfermedad, <i>Josep M^a Comelles Esteban</i>	143
Un mundo degenerado: sucesos y miserias de los psiquiatras portugueses del siglo diecinueve, <i>Manuel Curado</i>	165
	605

Pseudoalucinaciones de Victor Kandinsky, <i>Ekaterina Kokoulina</i> y <i>Tiburcio Angosto Saura</i>	179
La larga noche de la neurociencia soviética bajo el estalinismo, <i>Miguel Marco Igual</i>	201
La aportación de Jaime Vera I López al diccionario enciclopédico hispanoamericano de Montaner y Simón (1887-1890), <i>Antonio Rey González</i> y <i>Enric Jordá Moscardó</i>	219
La feminización de la locura: aproximación histórica al concepto de distimia, <i>Celia García Díaz</i> , <i>Daniel Gutiérrez Castillo</i> y <i>Laura López Alonso</i>	241
Las dificultades para la investigación científica en la España de la primera mitad del siglo XX. El caso paradigmático de un psiquiatra de prestigio: Román Alberca Lorente (Alcázar de San Juan, 1903 - Murcia, 1967), <i>José Miguel Sáez Gómez</i> , <i>Pedro Maset Campos</i> , <i>Enrique Aguinaga Ontoso</i> y <i>Carlos López Fernández</i>	247
Marginación de los científicos en el franquismo: Luis Valenciano Gayá (Murcia, 1905 - 1985), <i>Cesáreo Cerón González</i> , <i>Pedro Maset Campos</i> , <i>José Miguel Sáez Gómez</i> , <i>Carlos López Fernández</i> y <i>Enrique Aguinaga Ontoso</i>	255
A psiquiatría forense no Chicago dos anos 20. O caso Leopold and Loeb, <i>María José Louzao Martínez</i> , <i>Miguel Angel Miguélez Silva</i> y <i>Tiburcio Angosto Saura</i>	263
La paranoia reformatoria y la «Névrose Révolutionnaire» en el siglo XIX. Estudio psiquiátrico de Olympe de Gouges, según el texto de Alfred Guillois, <i>José Luis Día Sahún</i> y <i>Laura Día Guillén</i>	273
First impressions of Haloperidol in Portugal (1959), <i>Rubén Gaio</i> , <i>João Rui Pita</i> , y <i>Ana Leonor Pereira</i>	281
Hipnosis, cocaína, electricidad y otros anestésicos en odontología. Su uso en Galicia en el siglo XIX y principios del XX, <i>María Carmen Leira Abella</i> y <i>María Ángeles Cano Leira</i>	285
Instituciones psiquiátricas, Razón, Locura y Sociedad	
De visita por los manicomios con la prensa escrita y gráfica de finales del XIX y principios del XX, <i>Oscar Martínez Azumendi</i>	293
Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: de la Segunda República a la Posguerra Española, <i>Olga Villasante</i>	315

Comparativa entre “las mujeres” ingresadas en la beneficencia y “las señoras” del Hospital Privado Sagrado Corazón: nuevas terapéuticas a principios de s. XX en Málaga, <i>Celia García Díaz, Laura López Alonso y Daniel Gutiérrez Castillo</i>	331
El Centro Hospitalar Conde de Ferreira a través del trazo biográfico de sus pacientes: un fragmento de la historia de la psiquiatría en Portugal, <i>Bruno Ribeiro, Orlando von Doellinger, José Manuel Romero y Adrián Gramary</i>	339
Degeneracionismo y “escritura” en el manicomio de Leganés, <i>Ruth Candela Ramírez y Olga Villasante</i>	345
Locura escrita: cartas y dibujos de los alienados en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1939-1952), <i>Ana Conseglieri Gámez</i>	355
Manuel Peraita Peraita: Director Facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1944-1950), <i>Ana Conseglieri Gámez</i>	365
Sobre “baños tibios prolongados”, balnearios y locura en Galicia (finales del siglo XIX y primeros años del siglo XX), <i>Tatiana Bustos Cardona, David Simón Lorda, Xaqueline Estévez Gil y Claudia Ximena Muñoz</i>	375
Cultura, Razón, Locura y Sociedad	
La Psiquis, periódico del Bello Sexo (Valencia, 1840). Una empresa protofeminista llevada a cabo por hombres, <i>Cándido Polo Griñán</i>	389
Los demonios de Loudun, <i>Marta González Rodríguez, Elena Fernández Rodríguez y Laura López López</i>	409
La “Espiritada” de Moeche, <i>Miguel López López, Amirashkan Espandian, Luis Delgado Charro y David Simón Lorda</i>	417
Antón Moreda, <i>Jorge Luis Begazo Salas, Laura López López y Elena Gato Gómez</i>	427
Psiquiatría y cine en España durante la dictadura franquista (1939-1975), <i>María Herrera Giménez, Pedro Marsset Campos, Carmen Llor Moreno, Isabel Muñoz González y Joaquín Cánovas Belchí</i>	437
Psiquiatría y cine en España durante la Transición (1975-1982), <i>María Herrera Giménez, Pedro Marsset Campos, Carmen Llor Moreno, Isabel Muñoz González y Joaquín Cánovas Belchí</i>	445
Tras la pista del pintor Daniel Urrabieta Vierge (de Compostela y Conxo a La Salpêtrière pasando por El Quijote), <i>Xaqueline Estévez Gil, David Simón Lorda y Tatiana Bustos Cardona</i>	451
	607

Guerra Civil, memoria histórica y salud mental

1937, Episodios nacionales: asesinatos en el psiquiátrico de Valdediós (Asturias), *Iñaki Markez* 465

La Guerra Civil en el Hospital Psiquiátrico de Leganés, *Paloma Vázquez de la Torre* 481

Guerra Civil y locura en Galicia (narrativas de Francisco y de su padre), *Emilio González Fernández y David Simón Lorda* 495

Reformas psiquiátricas en España: una mirada desde el siglo XXI

Tradición y cambio en la atención a la Salud Mental en Galicia y España (1970-2012), *Fernando Márquez Gallego* 509

Andalucía. “La Culminación de la Contrarreforma...entre polvos y lodos”, *Onésimo González Álvarez* 533

Galicia: del traslado a la reforma. Toén: la historia se repite...muchos años después, *Chus Gómez Rodríguez, Alcira Cibeira Vázquez, José Antonio Campos Pérez, Yolanda Castro Casanova, Luis Rodríguez Carmona* 541

El hospital psiquiátrico de Castro: particularidades de la reforma psiquiátrica en el s XXI, *Elena Gato Gómez* 553

La psiquiatría de Lugo: desde el hospital psiquiátrico hasta la actualidad, *Luis Cleto González Domínguez-Viguera, E. Fernández Rodríguez y Jorge Luis Begazo Salas* 561

15-F, *Beatriz Rodríguez Paz, Eva Álvarez Martínez y Luis Vila Pillado.* 565

Homenaje al Prof. Delfín García Guerra (historiador de la Medicina y de la psiquiatría española y gallega)

Delfín García Guerra: un encuentro con el Catedrático de Historia de la Medicina de Santiago, *Emilio González Fernández* 573

Una danza de la muerte al servicio de la vida. *Luis Montiel Llorente* 579

El Mal de la Rosa: una biografía, *José Luis Peset* 589

ANEXOS

- Programa y fotos de las jornadas. 595