

HIGIENE MENTAL Y PELIGROSIDAD SOCIAL EN ESPAÑA (1920-1936)*

Ricardo Campos Marín

Investigador Contratado. Dpto de Historia de la Ciencia.
Centro de Estudios Históricos. C.S.I.C. Madrid. (España).

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es demostrar que la peligrosidad social del enfermo mental y la defensa social fundamentaron el movimiento de higiene mental español entre 1920 y 1936. En este sentido, analizo cómo a pesar de los intentos de remodelar la locura, los psiquiatras tuvieron grandes dificultades teóricas y prácticas para definirla científicamente, teniendo que recurrir a conceptos sociales y administrativos como la peligrosidad social para definir la enfermedad mental y el tratamiento que debía seguir el enfermo.

SUMMARY

The aim of this work is to demonstrate that the social danger represented by the mentally ill and need to defend society originated the mental hygiene movement in Spain from 1920 to 1936. It stresses that, in spite of attempts of psychiatrists to redefine madness from a medical perspective, there were great theoretical and practical difficulties to characterize madness scientifically; doctors had to resort to social and administrative conceptions such as social dangerousness to define mental illnesses and the medical treatment administered to the patient.

1. INTRODUCCIÓN

En las décadas de 1920 y 1930 se desarrolló en España un importante movimiento de transformación de la asistencia psiquiátrica que cuestionó el encierro manicomial y el tratamiento moral como única medida terapéutica válida para tratar al enfermo mental.

A principios del siglo XX los psiquiatras comenzaron a criticar el modelo asistencial heredado del siglo XIX, proponiendo una profunda reforma cuyos objetivos principales eran la remodelación de la locura, el tratamiento médico del alienado

* Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación PB94-0060 de la DGICYT.

y su reinserción social. A partir de estos principios humanitarios, la reforma propuesta se dirigirá a la creación de un moderno dispositivo asistencial que tendrá como base la profilaxis e higiene mental y el acercamiento a la población de las instituciones terapéuticas. Su objetivo primordial será evitar la mera reclusión del individuo enfermo en el manicomio, ofreciendo nuevas formas de asistencia psiquiátrica que contemplen la atención en libertad al enfermo mental¹.

Dichas ideas fueron canalizadas a partir de 1910 por diversos conductos. Así en 1911 se creó en Cataluña la *Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona*, primera asociación de este género en España, que tuvo un papel importante como movimiento corporativo y foro de discusión de las reformas propuestas. En la misma época, y hasta el golpe de Estado del General Primo de Rivera, bajo el impulso de la *Mancomunidad de Cataluña*, un grupo de psiquiatras catalanes (D. Martí i Juliá, S. Vives, Alzina i Melis y T. Busquet), establecieron las pautas de una reforma asistencial psiquiátrica en Cataluña, que marcaría el debate en los años 1920 y las reformas emprendidas por el Estado durante la II República².

Así mismo, ya en la década de 1920, se fundaron la *Asociación Española de Neuropsiquiatras* (1926) y *La Liga de Higiene Mental* (1928) que agruparon a diversos profesionales y no profesionales con el objetivo común de impulsar tanto las reformas asistenciales como las institucionales y legales que precisaba la psiquiatría española. La fundación en 1920 de *Archivos de Neurobiología*, de la revista *Psiquiatría* en 1923 y la importancia que las cuestiones psiquiátricas alcanzaron en las páginas de la *Revista Médica de Barcelona* fueron elementos de primer orden en la discusión y popularización de las reformas propugnadas.

Sin embargo, a pesar del humanismo que inspiraba estas reformas los psiquiatras no olvidaron la inquietud que el enfermo mental suscitaba a la sociedad, ni la necesidad de establecer mecanismos de defensa social frente a ésta.

El objetivo de este trabajo es demostrar cómo en el período 1920-1936, caracterizado por un amplio movimiento de reforma asistencial, la peligrosidad social del loco y la defensa social, lejos de ser conceptos ajenos a dichas reformas fueron uno de los pilares básicos que las sustentaron. Así, intentaré demostrar cómo, a pesar de

¹ Sobre las reformas psiquiátricas puede verse: ESPINO, J.A. (1980), "La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial", *Estudios de Historia Social*, 14, pp. 59-106; COMELLES, J.M. (1988), *La Razón y la Sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España Contemporánea*, Barcelona, pp. 131-149; HUERTAS, R. (1994), *Organización sanitaria y crisis social en España. La discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX*, Madrid, pp. 91-126; ALVAREZ PELAEZ, R. (1995), "La psiquiatría española en la Segunda República" en *I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría. Un siglo de psiquiatría en España*, Madrid, pp.89-108; CAMPOS MARIN, R. (1995a), "Higiene Mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España (1900-1931)", *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 7, pp. 199-217.

² COMELLES (1988), pp. 110-122.

los intentos de remedicalizar la locura, los psiquiatras tuvieron grandes dificultades teóricas y prácticas para definirla científicamente, teniendo que recurrir a conceptos sociales y administrativos como la peligrosidad social para establecer quién era un enfermo mental y quién no. En este sentido analizaré tres cuestiones. En primer lugar, la relación entre las reformas asistenciales, la peligrosidad social y la defensa social. En segundo lugar, los problemas que los psiquiatras tuvieron para definir la peligrosidad social. En tercer lugar, la posición de los psiquiatras ante el Código Penal de 1928.

2. LA REFORMA DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y LA PELIGROSIDAD DEL ENFERMO MENTAL

Una de las ideas principales en las que se fundamentó la reforma psiquiátrica propugnada en los años 1920 y 1930 fue la curabilidad del enfermo mental y la medicalización de la locura.

El modelo asistencial erigido en el siglo XIX, lejos de cumplir la función terapéutica que los alienistas decimonónicos le atribuyeron, constituyó un enorme fracaso. El manicomio, base de todo el dispositivo asistencial, acabó convertido en un espacio de reclusión de enfermos mentales, escasamente medicalizado, donde éstos apenas recibían los cuidados y el tratamiento adecuado a su enfermedad³.

Frente a este estado de cosas, a partir de los años veinte, los psiquiatras van a proponer una reforma de la asistencia psiquiátrica que tendrá como objetivos la remedicalización de la locura y la puesta en marcha de una asistencia psiquiátrica extramanicomial basada en la profilaxis y la higiene mental.

Así, psiquiatras como G. Rodríguez Lafora, E. Fernández Sanz, J.M. Sacristán o B. Rodríguez Arias, criticarán el estado de la asistencia psiquiátrica en España y apuntarán los elementos básicos de la reforma que debía emprenderse⁴. En este sen-

³ ESPINOSA IBORRA, J. (1966), *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*, Valencia; COMELLES (1988), pp. 42-101; BERTOLIN, J.M. (1993), "Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la España contemporánea del periodo de «Entresiglo», *Asclepio*, vol XLV (1), pp. 189-215; HUERTAS, R. (1995), "La psiquiatría española del siglo XIX. Primeros intentos de institucionalización" en *Un siglo de psiquiatría en España. I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría*, Madrid, 21-40; CAMPOS MARIN, R. (1995b), "Psiquiatría e Higiene social en la España de la Restauración", en *Un siglo de psiquiatría en España. I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría*, Madrid, pp. 53-66.

⁴ RODRIGUEZ LAFORA, G. (1916), "Los manicomios españoles", *España*; FERNANDEZ SANZ (1921), "Reforma de los manicomios españoles", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, tomo 401, pp. 109-135; SACRISTAN, J.M. (1921), "Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España", *Archivos de Neurobiología*, II, n 1, pp. 1-15.

tido, la editorial de julio de 1924 de la *Revista Médica de Barcelona*, seguramente escrita por B. Rodríguez Arias, insistía en que los prejuicios sociales, culturales y científicos condenaban al loco a la cronicidad e incurabilidad. Ante ello, el editoralista proponía un cambio de actitud social que considerase al loco como un enfermo y no exclusivamente como un sujeto susceptible de ser internado:

"que se conceptue al loco como a otro enfermo cualquiera, que no se dude de su curabilidad, que la familia no dificulte la actuación médica precoz, que se utilicen pronto las Clínicas psiquiátricas o los manicomios, que no se teman exageradamente (tomándose medidas absurdas de internamiento legal de seguridad) las reacciones agresivas y que se empleen poco los términos psiquiátricos impresionantes o incomprensibles."⁵

Esta actitud, compartida por otros psiquiatras, preconizaba una reforma del modelo asistencial decimonónico, basada en una mejor y más precisa clasificación de los enfermos mentales y en la creación, a partir de este principio científico, de nuevas formas de asistencia que superasen el encierro manicomial como única medida terapéutica⁶. Ante el desolador panorama de la asistencia al alienado, los psiquiatras insistirán en su condición de enfermo y en la posibilidad de su tratamiento y curación. En este sentido, las palabras de Oscar Torras clarifican la envergadura de las nuevas directrices que la psiquiatría estaba adquiriendo:

"Consecuencia inmediata de estas adquisiciones científicas es la necesidad del establecimiento de una terapéutica activa que ensanchando los límites del intervencionismo médico en los trastornos mentales, vaya cambiando completamente la organización de los antiguos manicomios y orientando la fundación de instituciones especiales complementarias de tratamiento. Es necesario huir del antiguo concepto de la locura y evitar el abandono de los alienados a los antiguos regímenes de reclusión, con miras sólo a la protección social y es necesario también tratarlos desde sus principios morbosos, fuera y dentro de los Institutos Frenopáticos, como verdaderos enfermos."⁷

Estas reformas debían basarse en nuevos criterios de clasificación de la enfermedad mental con el "objeto de aplicar a los sujetos afectos de enfermedades del cerebro el tratamiento individual que éstas reclaman con el mismo título que las afecciones de otros aparatos."⁸ En este sentido, existía un importante consenso a la hora de diversificar la asistencia a partir de la clasificación de los enfermos mentales en agu-

⁵ EDITORIAL. Higiene Mental (1924), *Revista Médica de Barcelona*, n 7, 1-5, p.3.

⁶ HUERTAS (1994); CAMPOS MARIN, (1995a).

⁷ TORRAS, O. (1923a), "Las modernas orientaciones de la asistencia de los enfermos mentales", *Psiquiatria* 2 (1), 21-27. pp. 21-22.

⁸ FUSTER, J. (1926), "Plan moderno de asistencia de los alienados en Primera Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, Barcelona 21, 22 y 23 de junio de 1926", *Archivos de Neurobiología*, VI, 188-218, 190.

dos y crónicos. Así, T. Busquet, Inspector de los servicios de dementes de la Diputación de Barcelona, proponía el desdoblamiento de la asistencia psiquiátrica en clínicas u hospitales mentales y en asilos colonias. En los primeros serían ingresados sin expedientes de ningún tipo, con el objeto de facilitar la rapidez del tratamiento médico, los enfermos curables. Los segundos estarían destinados a la "retención fuera de la sociedad, de los locos incurables o curables a largo plazo, para que no perjudiquen ni perturben con sus actos"⁹.

Una de las innovaciones del nuevo sistema asistencial era la creación de servicios libres para aquellos enfermos que no precisasen ser internados en el manicomio. Su funcionamiento era similar al de cualquier otro hospital y el enfermo se dirigía a ellos "por necesidad sentida propiamente, o por consejo del médico y familia, sin sujeción ninguna y con libertad de abandonarlos en cualquier ocasión, curado o no, que lo juzgue conveniente"¹⁰.

Bellas palabras, que correspondían al nuevo espíritu humanitario de la psiquiatría pero que no eran del todo ciertas. La libertad del enfermo para acudir o no a los servicios libres y seguir las prescripciones médicas, sin que mediaran otras instancias administrativas entre el paciente y el médico, tenía su límite en la peligrosidad social del enfermo. Es cierto que las reformas propuestas trataban de poner en funcionamiento un dispositivo asistencial más humano y científico que permitiera a la psiquiatría deshacerse de su imagen negativa y del carácter de prestación especial que había mantenido hasta entonces. Los prejuicios contra la locura y la psiquiatría debían desaparecer al ofrecer ésta a la sociedad formas de asistencia que no pasaran por el encierro y que tuvieran un carácter científico. Pero el límite de tales reformas era la alarma social que el loco despertaba en la sociedad, y nada más lejano de las intenciones de los psiquiatras que provocarla, dejando al paciente demasiada libertad. Así los psiquiatras, a pesar de las proclamas en favor de la libertad de entrada y salida del enfermo en los servicios libres, se apresuraron a matizar este aspecto. W. López Albo señalaba que "en estos servicios el enfermo sería completamente libre, como en cualquier hospital, y sólo retenido por la autoridad moral del médico especializado; y podría incluso (si su estado mental lo permitiera) salir voluntariamente y buscar trabajo para cuando fuera dado de alta o continuarle mientras esté en observación y tratamiento."¹¹ Por tanto, no era el paciente sino el médico quién debía decidir

⁹ BUSQUET, T. (1925), "Organización técnica de los servicios provinciales de dementes", *Psiquiatría*, 4 (1), 1-19, p. 12.

¹⁰ TORRAS, O. (1923b). "Los servicios libres psiquiátricos", *Psiquiatría* 2 (2), 20-29, p. 24.

¹¹ LOPEZ ALBO, W. (1926), "Plan moderno de asistencia a los alienados. Primera Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, Barcelona, 21, 22 y 23 de junio de 1926", *Archivos de Neurobiología*, 219-226, p. 219.

en última instancia sobre la conveniencia o no de la libertad de salida del enfermo, basándose en el estado mental de aquel. Más claro era Oscar Torras al afirmar:

"Sucede algunas veces que el enfermo recién ingresado, o al poco tiempo de su permanencia en el servicio, hace evidente su peligrosidad, o bien se resiste sistemáticamente a toda intervención médica o terapéutica, a pesar de su necesidad; en este caso es preciso recurrir a una reclusión formal que proteja legalmente la indicación terapéutica. El servicio libre debe ser en muchos casos, cuando la urgencia de la separación familiar lo requiera, la preparación de un internamiento legal, la antesala de un instituto manicomial."¹²

De hecho los servicios libres debían tener un servicio de hospitalización para la observación del enfermo mental y desviar posteriormente a aquellos que fueran incurables o peligrosos al manicomio. Por tanto, el término servicio libre era ambiguo, pues podía referirse tanto a la voluntariedad de entrada y salida del enfermo como a la mera simplificación de trámites administrativos para atender al enfermo mental. Este podía ser retenido en el servicio de observación e internado en contra de su voluntad, si su estado así lo indicaba, en el manicomio. El manicomio, aunque reubicado en el nuevo sistema asistencial, continuaba estando presente y pesaba amenazante sobre los enfermos díscolos o que dieran muestras de peligrosidad¹³.

Además la reforma asistencial psiquiátrica a pesar de estar basada en principios científicos, no se vio libre de la utilización de criterios jurídicos y administrativos. De hecho, la reforma propuesta también tenía su origen en la redefinición de la peligrosidad del loco.

En el cambio de siglo algunos psiquiatras franceses comenzaron a plantearse si todos los enfermos mentales por el hecho de serlo eran peligrosos y debían ser encerrados. E. Toulouse, por ejemplo, en un artículo publicado en 1901 se planteaba si todos los alienados debían ser internados. A su juicio, los alienados que no habían cometido o intentado cometer un delito debían permanecer en libertad y conservar sus derechos de ciudadano, pues el hecho de ser alienado no era motivo suficiente para internarle¹⁴.

Estas ideas redefinían el concepto de peligrosidad social del enfermo mental, limitándolo a la comisión del delito. Pero su importancia desde el punto de vista asistencial era de primer orden porque establecía una división, a partir de la peligrosidad o no del individuo alienado, de la asistencia que debía recibir. En opinión de E. Toulouse los enfermos no peligrosos debían ser asistidos fuera del manicomio, re-

¹² TORRAS (1923b), p. 24.

¹³ HUERTAS, R. (1992), *Del Manicomio a la Salud Mental*, Madrid, pp. 102-107.

¹⁴ TOULOUSE, E. (1901), "Doit-on-interner les aliénés?", *Revue de Psychiatrie*, IV, pp. 33-38 y 161-165.

servándo éste sólo a los casos de peligrosidad social evidente¹⁵. Este tipo de ideas fueron reelaboradas y cobraron fuerza en los primeros decenios del siglo XX, llegando a estar en la base de la creación de los servicios libres.

Un ejemplo interesante, en este sentido, fue el debate que tuvo lugar en la *Académie de Médecine Française* en 1914, a instancias del Ministro del Interior, sobre la conveniencia o no, de sustituir en la ley del 30 de junio de 1838, la expresión enfermos alienados por la de enfermos aquejados de afección mental.

En este sentido, el profesor G. Ballet presentó una compleja y detallada exposición sobre la enfermedad mental en la que diferenciaba al alienado del enfermo aquejado de afecciones mentales: "todos los alienados son enfermos aquejados de afecciones mentales, todos los enfermos aquejados de afecciones mentales no son alienados."¹⁶ El profesor francés reconocía que dicha clasificación no podía fundarse "sobre el diagnóstico médico de la enfermedad sino sobre las reacciones individuales y sociales de los enfermos", único "hecho objetivo comprensible" para el legislador, porque "es el que sirve para determinar la naturaleza de las medidas a tomar con respecto de los enfermos, en las diferentes categorías de casos, y que las legitima."¹⁷

La peligrosidad social del enfermo era el criterio práctico que el psiquiatra francés proponía para establecer su clasificación y determinar el tipo de asistencia que precisaba. A su juicio, el grupo de enfermos no peligrosos lo constituían aquellos que eran conscientes de su estado y que reclamaban por voluntad propia ser atendidos y aquellos que aunque no demandaban por sí mismos la atención la aceptaban sin protestar. Este tipo de enfermos mentales no precisaba ser internado para seguir un tratamiento. El grupo de enfermos peligrosos estaba compuesto por aquellos que eran inconscientes de su estado y que protestaban de manera habitual y coherente contra el aislamiento que precisaban y, por los que como consecuencia de su desorden mental hubieran cometido o estuvieran expuestos a cometer delitos y crímenes. En estos casos la solución pasaba por el internamiento en un asilo¹⁸.

Estas ideas, tras la Primera Guerra Mundial, volvieron a estar en el centro de todas las discusiones sobre la asistencia psiquiátrica. Numerosos alienistas franceses abogaron por reorganizar la asistencia psiquiátrica en torno a la peligrosidad social del enfermo mental. Así, por ejemplo, Antheaume en 1922 definió al alienado como aquel enfermo mental que debía ser privado de su libertad por las reacciones que presentaba o por la negativa a seguir el tratamiento impuesto por el médico. El resto de enfermos mentales, psicópatas, inofensivos, debían seguir un tratamiento en ser-

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ A l'Académie de Médecine. Note de M. Gilbert Ballet, en *Le projet de réforme de la loi de 1838 sur le régime des aliénés*, Paris, 1919, p. 4.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ *Ibid*, pp. 5-11.

vicios abiertos¹⁹. Esta división en categorías de enfermos mentales a partir de criterios no científicos, sino prácticos, fue recogida por los psiquiatras españoles y aplicada sistemáticamente en sus teorizaciones sobre los servicios abiertos²⁰.

Por tanto, el fundamento de los servicios libres era la atención a todos aquellos enfermos mentales que no mostrasen reacciones antisociales y que fueran más o menos dóciles al tratamiento médico. Pero en un contexto en el que la psiquiatría reivindicaba la higiene y la profilaxis mental, el papel de estos servicios no podía limitarse a atender sólo a los enfermos que acudieran libremente. Su misión era más amplia y debía abrirse al seno de la sociedad, buscando allí a los enfermos susceptibles de ser tratados, a través de "un organismo que regularizara eficazmente las relaciones entre los enfermos y el psiquiatra, que sirviera de puente de unión, entre la sociedad con su abandono de todo lo que sean grandes trastornos mentales y las organizaciones psiquiátricas destinadas al cuidado y cura de los psicópatas."²¹

Esta función debía cumplirla el dispensario psiquiátrico, y el servicio de enfermeras visitadoras ligado a éste. Su misión era controlar la integración social de los enfermos dados de alta, pero también reclutar a éstos en el seno de la sociedad, llevándoles al dispensario, dónde se decidiría su destino²².

El nuevo dispositivo asistencial, basado en la profilaxis y la atención extramanejamiento, se fundamentaba por tanto en la peligrosidad del enfermo mental y en la defensa social. La diferencia estribaba en que esta podía articularse de manera dulce:

"Naturalmente (...), también en lo futuro debe atenderse al bienestar de la comunidad protegiéndola de los peligros del enfermo en libertad, pero esa defensa o protección no debe consistir solamente en la custodia del enfermo en el manicomio, sino que debe intentarse en todos los casos apropiados una vigilancia médica extramanejamiento."²³

3: LA PELIGROSIDAD SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL: PROBLEMAS DE DEFINICIÓN

La utilización de la peligrosidad social como criterio para definir la alienación mental y determinar el tipo de asistencia al enfermo psíquico planteó dos problemas, muy relacionados entre sí, a los psiquiatras. En primer lugar, la adopción de un con-

¹⁹ ANTHEAUME, A. (1922), "Les principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes", *L'Encephale*, 17(6), pp. 330-346.

²⁰ TORRAS (1923b), p. 25; FUSTER (1926), pp. 194-195.

²¹ TORRAS, O. (1923c), "Asistencia psiquiátrica. Los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia", *Psiquiatría*, 2 (3), 22-29, p. 25.

²² RODRIGUEZ LAFORA, G. (1928), "Organización del dispensario psiquiátrico para grandes y pequeñas urbes", *El Siglo Médico*, pp. 373-376.

²³ SACRISTAN (1921), p. 10.

cepto extramédico como la peligrosidad social estaba en contradicción con la pretensión de medicalizar la locura y su asistencia, limitando el carácter científico de ésta. En segundo lugar, los psiquiatras tuvieron dificultades en definir la peligrosidad social y en establecer los límites de la misma.

Con la idea de aclarar tan prolijo problema la *Asociación Española de Neuropsiquiatras* dedicó una sesión completa de su segunda reunión anual celebrada en Madrid a finales de octubre de 1927, a la peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico. Tres fueron los ponentes, M. Ruiz Maya, A. J. Torres López y P. Farreras, que desgranaron minuciosamente todos los aspectos a tener en cuenta por el psiquiatra a la hora de establecer la peligrosidad del alienado.

M. Ruiz Maya, director del manicomio provincial de Córdoba, fue el primero en intervenir señalando "la dificultad de precisar con exactitud los límites del concepto de peligrosidad desde un punto de vista psiquiátrico."²⁴ En su opinión había que partir de la idea de que "la condición de enfermo mental implica la de peligrosidad", no tanto porque cometiera actos peligrosos, pues en ese caso sería fácil aislarlo, sino por su potencialidad:

"En todo enfermo de la mente, en teoría, debemos ver siempre un posible perturbador, un perturbador en potencia de las normas habituales de la vida."²⁵

Esta definición de peligrosidad tenía, al menos, tres implicaciones que ponían al descubierto tanto la fragilidad científica de la psiquiatría, como sus implicaciones sociales y jurídicas.

En primer lugar, Ruiz Maya introducía un elemento que le alejaba del sentido jurídico de contravención limitado a la violación de las leyes. Para el derecho penal clásico la peligrosidad de un individuo, enfermo mental o no, no podía establecerse sino a partir del acto criminal, de la ruptura del pacto social establecido por la comunidad y sancionado por las leyes²⁶. La idea de potencialidad chocaba frontalmente con las concepciones jurídicas en vigor. Esta idea provenía de los postulados defendidos por la escuela positivista italiana y de su interés por localizar al individuo anormal, fijar su grado de peligrosidad social y establecer los mecanismos de defen-

²⁴ RUIZ MAYA, M.(1928), "La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico", Segunda Reunión Anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, Madrid, 22, 23, 24 de octubre de 1927, *Archivos de Neurobiología*, VIII, 63-97, p. 63.

²⁵ *Ibid*, p. 64.

²⁶ En este sentido destaca el trabajo clásico de BECCARIA, C. (1988), *De los delitos y las penas*, Madrid; Sobre el derecho penal clásico véase FOUCAULT, M. (1990), *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*, Madrid, pp. 77-136; TRINIDAD FERNANDEZ, P. (1991), *La defensa de la sociedad. Cárcel y delincuencia en España (siglos XVIII-XX)*, Madrid, pp. 48-77.

sa social necesarios.²⁷ Semejante percepción, como se verá más adelante, tuvo como principal consecuencia un prolongado conflicto entre psiquiatras y juristas en torno a los principios que debían regir las leyes penales.

En segundo lugar, Ruiz Maya abogaba por tomar como indicador de la peligrosidad los comportamientos sociales que no se atuvieran a las normas morales aceptadas mayoritariamente por la sociedad. Esta posición, que introducía a la psiquiatría en el sendero de las apreciaciones morales y la normativización social, era acientífica y chocaba frontalmente con los intentos de remedicalizarla. Esta actitud era consustancial a la psiquiatría desde su fundación pero tendrá un notable impulso en el contexto de la higiene y la profilaxis mentales²⁸.

En 1911, Arturo Galcerán i Granés plasmó en el discurso inaugural de la *Sociedad de Neuropsiquiatría de Barcelona*, el nuevo espíritu de la psiquiatría, que años después desarrollarían los mentores de la higiene mental. A su juicio, la *Sociedad de Neuropsiquiatría* podía ejercer una importante labor en el terreno social, ayudando a "combatir los delirios revolucionarios y las guerras religiosas" así como el pauperismo, la vagancia y la prostitución, además de "influir de un modo muy directo sobre la cultura de nuestro país."²⁹

La patologización de las conductas consideradas peligrosas había sido desarrollada a lo largo del siglo XIX por los higienistas y su consecuencia principal había sido la apreciación moral de la enfermedad y la patologización de la sociedad.³⁰ Ahora la psiquiatría, titubeante durante un siglo entre el manicomio y el higienismo,³¹ se disponía definitivamente a actuar en el campo social en busca de todos los individuos susceptibles de padecer trastornos mentales. El doctor Saforcada en la sesión inaugural de la *Primera Reunión Anual de la Liga Española de Higiene Mental*, celebrada en 1927, señalaba que el objeto de esta organización era:

"Estudiar y proponer la adopción de todo orden de medidas preventivas contra la locura y la criminalidad; intervenir en el mejoramiento de la asistencia médica, de la consideración so-

²⁷ MARISTANY, L. (1973), *El gabinete del doctor Lombroso. (Delincuencia y fin de siglo en España)*, Barcelona; PESET, M; PESET, JL. (1975), *Lombroso y la Escuela positivista italiana*, Madrid; PESET, J.L. (1983), *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*, Barcelona; ALVAREZ-URIA, F. (1983), *Miserables y locos. Medicina mental y Orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona, pp.182 y ss. TRINIDAD (1991), pp. 248 y ss.

²⁸ HUERTAS (1994), CAMPOS MARIN (1995a) y (1995b).

²⁹ GALCERAN i GRANES, A. (1911), "Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona. Discurso inaugural", *Revista Frenopática Española*, 85-94, pp. 86-87.

³⁰ RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1987), *La constitución de la Medicina social como disciplina en España (1882-1923)*, Madrid; RODRIGUEZ OCAÑA, E; MOLERO MESA, J.(1993), "La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud", en MONTIEL, L. (Coordinador), *La salud en el Estado del Bienestar. Análisis histórico*, Madrid, pp. 133-148.

³¹ CAMPOS MARIN (1995b)

cial y la instrucción para el conocimiento del invalido mental; propugnar las reglas científicas indispensables, directas e indirectas de higiene donde quiera que sea puesta a prueba la actividad mental, en todos los órdenes de la vida.³²

Un año más tarde, en su Segunda Reunión Anual, los miembros de la Liga abordaron y discutieron en un elevado tono moral cuestiones como la mendicidad, la vagancia, la prostitución y el suicidio³³.

Un ejemplo interesante de la medicalización de los comportamientos lo encontramos en la patologización de las ideas políticas. Ruiz Maya consideraba como motivo de peligrosidad social del enfermo mental la posibilidad de que actuase en política "con sus falsas concepciones de la vida, arrastrando a masas más o menos extensas a revueltas, motines y revoluciones, a actitudes pasivas contrarias a la conveniencia general."³⁴ Y más adelante, al clasificar los diferentes grupos de enfermos mentales y atribuirles su grado de peligrosidad, remarcaba el enorme peligro que entrañaban los individuos afectados de desviaciones de la normalidad constitucionales porque estaban "dispuestos a todas las violencias, a todos los vicios, a todas las contravenciones de la más amplia moral", insistiendo en que en "estas desviaciones crece lozana la flor del caudillaje y del proselitismo, aunque sea en reducida esfera."³⁵

Idea en la que vuelve a insistir al referirse a los delirantes sistematizados a, los que considera capaces de contagiar y propagar sus ideas morbosas provocando acciones aparentemente justas como regicidios, rebeliones y desórdenes públicos³⁶. La descalificación de los movimientos sociales y políticos por medio de su patologización fue una práctica extendida entre psiquiatras criminólogos e higienistas³⁷. Así la Comuna de París fue criminalizada por los psiquiatras franceses al tachar a sus líderes de degenerados y alcohólicos³⁸ o los anarquistas fueron considerados por Lombroso

³² SESION INAGURAL, Higiene Mental. *Boletín de la Liga Española de Higiene Mental*, núm 1 (1928), p. 2.

³³ LIGA ESPAÑOLA DE HIGIENE MENTAL. Segunda Reunión Nacional celebrada en Bilbao en los días 21, 22 y 23 de septiembre de 1928, *Archivos de Neurobiología*, VIII, 1928, pp. 292-306.

³⁴ RUIZ MAYA (1928), p.67.

³⁵ *Ibid*, p.75.

³⁶ *Ibid*, 81.

³⁷ ALVAREZ-URIA (1983), pp. 244 y ss.; CAMPOS MARIN, R. (1995c), "La Sociedad enferma: higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX", *Hispania*, LV/3. n.º 191, pp. 1093-1112.

³⁸ BARROWS, S.(1979), "After the Commune: Alcoholism, Temperance, and Literature in the Early Third Republic" en MERRIMAN, J.M. (ED), *Consciousness and Class Experience in Nineteenth-Century Europe*, New York; DUMOLIN, F. (1979), *Le débat sur l'alcoolisme après la Commune (1871-1887)*, Memoria de Licenciatura presentada en la Université de París X Nanterre. (inédita); NOURRISON D. (1989), *Le buveur du XIXe siècle*, Paris, pp. 210 y ss; CAMPOS MARIN, R. (1994), *Alcoholismo y sociedad: Un análisis de la ideología antialcohólica en España (1850-1923)*, Tesis Doctoral. Departamento de Historia Contemporánea de la Universidad Complutense de Madrid (Inédita).

y sus numerosos seguidores como criminales natos, incluyéndoles en las clasificaciones científicas de anormales³⁹.

El objetivo de esta actitud era doble: de un lado, se minimizaba la importancia de las protestas, originadas por el descontento político y social, atribuyendo toda su responsabilidad a líderes o grupos de anormales y desviados; de otro, se intentaba descalificar los comportamientos y las ideas políticas que ponían en entredicho los cimientos de la sociedad, elevándolas a la categoría científica de enfermedades. En lugar de afrontar los problemas sociales desde una posición política y buscar las soluciones adecuadas, se utilizaba una batería confusa de conceptos científicos para convertir en desviaciones del comportamiento y en locura cualquier situación que entrañara el cuestionamiento del orden burgués.

Esta actitud de los psiquiatras no se limitaba exclusivamente a los textos teóricos sino que tenía consecuencias prácticas en los diagnósticos. En este sentido, Raquel Alvarez y Rafael Huertas han destacado:

"El uso de elementos -ideas, opiniones, actuaciones- que en sí no son elementos patológicos ni extraños si se les considera en su contexto y circunstancias, pero que pueden manipularse y de hecho se manipulan, cuando se quiere contribuir a elaborar una historia coherente en torno a un diagnóstico y reforzar ese diagnóstico, convirtiendo muchas veces las ideas en patológicas simplemente porque se dan en personajes que sufren procesos que les alejan de la realidad; haciendo, por extrapolación, que todo el que detente tales ideas se convierta a su vez en enfermo⁴⁰."

Un tercer elemento, estrechamente vinculado a la potencialidad de la peligrosidad era la profilaxis. Se trataba, en pleno movimiento en pro de la higiene mental, de localizar a tiempo al individuo que padecía trastornos mentales, por ligeros que estos fueran, y someterle al tratamiento adecuado, de manera que se evitase su agravamiento y se pudieran controlar su tendencias peligrosas. Así Ruiz Maya señalaba en su ponencia que al psiquiatra "no le está permitido pensar únicamente en (...) el grado de peligrosidad, referida a la mayor gravedad del hecho o reacción nociva, a la peligrosidad considerada objetivamente, sino que ha de preocuparle en toda su extensión."⁴¹ Por tanto, la clave del problema, aunque difícil de aplicar, era localizar y prevenir el peligro "allí donde se oculte o esté preparándose o incubándose."⁴²

³⁹ LOMBROSO, C; LASCHI, R. (1890), *Il Delitto Politico e le Rivoluzioni in rapporto al diritto, all antropologia criminale ed alla scienza di governo*, Torino; LOMBROSO, C. (1977), *Los anarquistas*, edición presentada por C. Díaz, Barcelona.

⁴⁰ ALVAREZ PELAEZ, R; HUERTAS GARCIA ALEJO, R. (1987), *¿Criminales o Locos? Dos peritajes psiquiátricos del Dr. Gonzalo R. Lafora*, Madrid, p. 115.

⁴¹ RUIZ MAYA (1928), p. 89.

⁴² *Ibid*, p. 90.

Parecida opinión tenían los otros ponentes, Antonio J. Torres y P. Farreras, que insistirán en la necesidad de ahondar en la profilaxis como medida fundamental de defensa social⁴³.

No obstante, a pesar del consenso que existía entre los psiquiatras en torno a la peligrosidad del enfermo mental se encontraron con un problema difícil de salvar: la determinación práctica de dicha peligrosidad. Existía, y así lo reconocían los propios psiquiatras, una fisura entre los niveles teórico y práctico. La quinta conclusión adoptada por la *Asociación Española de Neuropsiquiatras* tras discutir las ponencias de Ruiz Maya, Torres López y Farreras resulta clarificadora a este respecto: "En la práctica, la peligrosidad de los enfermos mentales es contingente y fortuita, siendo problema imposible dar reglas generales que nos adviertan su efectividad"⁴⁴

Por lo tanto el concepto de peligrosidad no se fundamentaba en principios exclusivamente científicos. Semejante reconocimiento llevaba a los psiquiatras a un callejón sin salida ante los juristas y la sociedad. Sin embargo, a pesar de no poseer un aparato científico que les permitiera la constatación y definición científica y objetiva de la peligrosidad, apelarán a su experiencia y formación para arrogarse esa misión, argumentando, ante las críticas que tachaban sus métodos de ambiguos y contradictorios, las dificultades de diagnosticar la locura de un individuo:

"Siempre nos sorprende ver que jueces, abogados y aún médicos psiquiatras se quejen o protesten de estas divergencias de opinión científica. Revelan con ello poca meditación o el desconocimiento de un hecho que es preciso proclamar valientemente, a saber: 'la psiquiatría no es una ciencia exacta y, además, el psiquiatra es un hombre falible en sus juicios'⁴⁵

Las medidas profilácticas propuestas para combatir la peligrosidad social del enfermo mental también muestran los titubeos y límites prácticos de la psiquiatría. Si nos atenemos a las conclusiones de la mencionada reunión de la *Asociación Española de Neuropsiquiatras*, podemos concluir que los psiquiatras españoles no fueron capaces de plasmar las medidas que pretendían poner en marcha. Todo se reducía a crear departamentos y establecimientos especiales para determinar la peligrosidad de los enfermos ya internados o, a crear instituciones "circum-manicomiales" para "la constante vigilancia, orientación, etc., de los peligrosos que no exijan o a los que no

⁴³ TORRES LOPEZ A.J.(1928),"La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico", Segunda Reunión Anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, Madrid, 22, 23, 24 de octubre de 1927, *Archivos de Neurobiología*, VIII, 97-104, p. 100; FARRERAS, P. (1928), "La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico", Segunda Reunión Anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, Madrid, 22, 23, 24 de octubre de 1927, *Archivos de Neurobiología*, VIII, 105-114, p. 111.

⁴⁴ DISCUSION (1928), Segunda Reunión de Neuropsiquiatras de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, Madrid, 22, 23, 24 de octubre de 1927, *Archivos de Neurobiología*, VIII, p. 119.

⁴⁵ LAFORA, G.R. (1929), *La psiquiatría en el nuevo Código Penal español de 1928*, Madrid, p. 51.

les convenga el régimen ordinario de aislamiento; en conjunto, cuanto persigue y propugna la Liga de Higiene Mental⁴⁶ Pero ni una sola palabra sobre los métodos científicos para decidir la peligrosidad del individuo.

4. LA PSIQUIATRIA Y EL CODIGO PENAL DE 1928

La dictadura del general M. Primo de Rivera promulgó en 1928 un nuevo Código Penal que ponía fin al de 1848 que, con las reformas de 1850 y 1870, había regido hasta aquel momento. De vida efímera, pues en 1931 el régimen republicano lo anuló, su importancia reside no tanto en su aplicación como en la fría acogida que tuvo entre los psiquiatras y en las discusiones que generó entre éstos y los juristas. Deseosos de reformas profundas y de intervenir en su redacción, los psiquiatras mostraron su decepción ante el nuevo Código Penal, adoptando posiciones muy críticas.

En 1926, poco antes de su promulgación, M. Saforcada y T. Busquet presentaron en la Primera Reunión de la *Asociación Española de Neuropsiquiatras*, celebrada en Barcelona, una ponencia en la que abordaban las modificaciones que debían ser introducidas en el Código Penal de 1870 desde el punto de vista psiquiátrico. La ponencia recogía, en este sentido, algunos conceptos que la escuela positivista italiana llevaba propugnando desde el último cuarto del siglo XIX, como la inexistencia del concepto de responsabilidad y la necesidad de sustituirlo por el de Defensa social.

El Código Penal, a juicio de los dos ponentes, utilizaba una terminología psiquiátrica viciosa, fruto de la ignorancia que los juristas tenían de la psiquiatría. Así, frente a la ambigüedad del artículo 8 que señalaba que estaban exentos de responsabilidad "el imbecil y el loco, a no ser que haya obrado en un intervalo de razón", proponían la utilización de una sola palabra para expresar los trastornos mentales, o bien adoptar la fórmula biopsicológica recogida en otros Códigos como el peruano.⁴⁷ Pero el aspecto que les preocupaba especialmente era la falta de soluciones del Código ante las reacciones antisociales de los individuos "que estando en los aledaños de la locura, no acusan trastornos ostensibles de bastante relieve para que puedan considerarse como alienados."⁴⁸ Estos individuos anormales, que constituían un grave peligro para la sociedad, quedaban inmunes ante la ley. La solución que proponían era aplicar la "doctrina de la Defensa social", despojando "nuestra legislación penal del metafísico postulado de la responsabilidad", considerando a dichos individuos como "anormales

⁴⁶ DISCUSION (1928), p. 117.

⁴⁷ SAFORCADA, M; BUSQUET, T. (1926), "Necesidad urgente de una revisión total de la legislación relativa a los alienados" Primera Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, celebrada en Barcelona los días 21, 22 y 23 de junio de 1926", *Archivos de Neurobiología*, VI, 179-188, p. 181.

⁴⁸ *Ibid*, p. 182.

psíquicos' que constituyen un verdadero peligro" a los que había que colocar "en condiciones de no poder causar daño, y no, como actualmente acontece, dejarlos en libertad."⁴⁹

Esta preocupación por la peligrosidad del individuo anormal y por la necesidad de articular los medios de defensa social precisos para prevenir sus acciones, venía de antiguo y era el origen de un largo debate entre juristas y psiquiatras.

El delincuente, para el derecho penal clásico, actuaba bajo su responsabilidad moral, eligiendo libre y racionalmente su actitud ante la ley. Sólo se admitía como eximente de la responsabilidad criminal la enajenación completa, la pérdida total de las facultades mentales (intelectivas y volitivas). En estos casos la justicia cedía su tutela sobre el criminal a la psiquiatría. Sin embargo, la concepción de un sistema penal basado en la responsabilidad moral del delincuente pronto quedó atrapada en una dualidad (responsabilidad-irresponsabilidad), dando la oportunidad a la psiquiatría de entrar con pie firme en los tribunales para "administrar la prueba de la irresponsabilidad en un determinado número de situaciones donde la existencia del delirio" no imponía "la caracterización patológica del acto, y donde a pesar de todo la justicia" no podía "castigar por falta de seguridad en la culpabilidad del procesado."⁵⁰

El concepto de monomanía definido por Esquirol,⁵¹ y cuyo mayor teórico en España fue P. Mata⁵², fue el primer paso dado por los alienistas decimonónicos para irrumpir con fuerza ante los tribunales y demostrar que muchos criminales aparentemente responsables no se encontraban en plenas facultades psíquicas al cometer su crimen.⁵³

Sin embargo, la progresiva somatización de la enfermedad mental y el nacimiento de la antropología criminal impulsaron el creciente conflicto entre las dos instancias en

⁴⁹ *Ibidem.*

⁵⁰ CASTEL, R. (1980), *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, p. 181

⁵¹ ESQUIROL, J.E.D. (1838), *Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygienique et médico-légal*, París.

⁵² MATA, P. (1866), *Tratado de Medicina y Cirugía legal, jurídica y práctica*, Madrid.

⁵³ Sobre el papel de la monomanía en el desarrollo de la psiquiatría y sus enfrentamientos con los juristas puede verse: FONTANA, A. (1973), "Les intermittences de la raison" en FOUCAULT, M *et al*, *Moi Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère ma soeur et mon frère*, París, pp. 333-350; CASTEL (1980), pp. 180-189; GOLDSTEIN, J. (1987), *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge, pp. 152-196; Para el caso de España véase: ALVAREZ-URIA (1983), pp. 181-199; MARTINEZ PEREZ, J. (1991), "La discusión sobre la libertad moral del delincuente en Congreso Médico Español de 1864", *Actas del V Congreso Internacional de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y las Técnicas*. Murcia, 18-21 de diciembre de 1989, Vol I, pp. 633-648; MARTINEZ PEREZ, J. (1995), "Problemas científicos y socioculturales en la difusión de una doctrina psiquiátrica: la introducción del concepto de monomanía en España (1821-1864)", en ARQUIOLA, E y MARTINEZ PEREZ, J. (eds), *Ciencia en expansión. Estudios sobre la difusión de las ideas científicas y médicas en España (Siglos XVIII-XX)*, Madrid, pp. 489-520.

torno a la responsabilidad penal del delincuente. En el último tercio del siglo XIX los alienistas españoles, conocedores de las nuevas teorías defendidas por la escuela positivista italiana, lanzaron sus primeros embates contra el concepto de responsabilidad criminal, utilizando como plataforma para propagar sus ideas una serie de procesos como el del Sacamantecas y el cura Galeote⁵⁴. La existencia de criminales que padecían enajenación mental era el principal elemento que argüían los médicos para relativizar, si no negar, el libre albedrío. Así los alienistas criticaban con dureza el concepto de delito y pena que defendía la escuela clásica de derecho penal, insistiendo en que éste era "una idea absolutamente indemostrable", una rémora del progreso" y un "concepto metafísico que no puede servir a ninguna deducción práctica."⁵⁵

El rechazo de los magistrados y de importantes sectores de la sociedad española a las nuevas ideas de la psiquiatría fue importante. El temor a que el "expansionismo" de los alienistas pudiera desplazarlos de su función social fue el motivo que provocó el enfrentamiento con éstos⁵⁶. Frente a las pretensiones de los psiquiatras oponían el peligro que corría el sistema penal y el orden social, acusando a la medicina de intentar sustraer al criminal de la pena que le correspondía⁵⁷.

Pese a los ataques de los psiquiatras contra el derecho penal clásico, éstos en ningún momento pretendían negar la misión social de los magistrados ni sustituirles. La propuesta que lanzaron a los jueces fue la de refundar los principios del derecho penal tomando en cuenta las aportaciones científicas de la medicina. Más que una destrucción y desplazamiento de lo existente, los psiquiatras estaban interesados, para obtener sus fines, en establecer una alianza con los jueces aunque en un nuevo marco⁵⁸.

La promulgación del Código Penal de 1928, lejos de suavizar el conflicto ahondó la brecha existente desde el siglo pasado entre psiquiatras y juristas. Es cierto que el nuevo Código incorporaba medidas de seguridad inexistentes en el anterior y explicitaba casos de peligrosidad social pero, como nos cuenta G. Rodríguez Lafora, estaba lejos de satisfacer las inquietudes de los psiquiatras:

⁵⁴ Sobre estos procesos y sus repercusiones científicas y sociales veanse VARELA J; ALVAREZ-URIA, F. (1979), *El cura Galeote asesino del obispo de Madrid-Alcalá. Proceso médico-legal reconstruido y presentado por...*, Madrid; ALVAREZ-URIA (1983), pp. 200-211; HUERTAS, R; MARTINEZ PEREZ, J. (1993), "Disease and crime in Spanish positivist psychiatry", *History of psychiatry*, 4, pp. 451-481.

⁵⁵ GARRIDO y ESCUIN, V. (1888), *La Cárcel o el Manicomio. Estudio Médico Legal sobre la Locura*, Madrid, p. 9.

⁵⁶ Un buen ejemplo de las críticas que suscitaron las nuevas teorías puede verse en ARAMBURU ZULOAGA, F. (1887), *La Nueva Ciencia Penal*, Madrid.

⁵⁷ TRINIDAD (1991), pp. 314 y ss.

⁵⁸ PESET (1983); ALVAREZ; HUERTAS (1987).

"Debemos confesar que el nuevo Código penal español, no obstante sus ventajas sobre el anterior en algunos sectores, nos parece en general, retardatario, excesivo en su extensión, sin una tendencia científica unitaria, contradictorio, a veces, en sus distintas secciones, redactado otras sin la viva ansia de innovación de las normas jurídicas que hoy marca en los nuevos proyectos de Código en algunos países progresivos"⁵⁹

Criticas compartidas por otros eminentes psiquiatras que consideraban que el Código era confuso porque estaba redactado al margen de criterios científicos y se había prescindido de "la valiosa e indispensable colaboración de los psiquiatras que habrían podido adoptar nuevas orientaciones en consonancia con los progresos de las modernas disciplinas antropológicas, psicológicas y psiquiátricas."⁶⁰

Una de las acusaciones centrales de los psiquiatras fue que el Código estaba impregnado del espíritu metafísico de la responsabilidad penal del delincuente: "Conserva por norte la noción de responsabilidad dando de lado a la temibilidad, única sobre la cual cabe enjuiciar psiquiátricamente", escribía en tono descalificativo César Juarros⁶¹. La clave para los psiquiatras era la peligrosidad social del sujeto y la aplicación de medidas de defensa social frente a ese peligro y no la consideración de la contravención de las leyes desde el punto estrictamente legal. Para G. Rodríguez Lafora este punto de vista era erróneo y remarcaba con claridad la distancia que existía entre el criterio jurídico y el psiquiátrico:

"El análisis de los problemas psiquiátricos en el mismo pone también en evidencia la falta de un criterio psiquiátrico moderno. Para un psiquiatra tiene que haber siempre motivos de crítica en los Códigos con tendencias expiatorias retributivas. El psiquiatra sólo ve al actor como personalidad más o menos alterada con respecto a las normas sociales o jurídicas de la ley y le interesa únicamente el conseguir reintegrar este individuo a dichas normas con la mayor eficacia posible o apartarlo definitivamente en caso de imposibilidad por inadaptación social. El legista, en cambio, ve sólo el hecho delictivo, contrario a las normas jurídicas, lo clasifica dentro del correspondiente encasillado legal y le aplica la norma expiatoria o pena correspondiente convencido de la eficacia correctiva y preventiva de aquélla. He aquí las divergencias eternas de concepción entre juristas y médicos. Mientras los Códigos estén enfocados sólo hacia los delitos, como figuras jurídicas y no hacia los delincuentes, como seres

⁵⁹ LAFORA (1929), pp. 5-6.

⁶⁰ SAFORCADA, M. y TORRAS, O. (1930), "Comentarios psiquiátricos al nuevo Código Penal español. Cuarta Reunión Anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, celebrada en Sevilla el 17, 18 y 19 de diciembre de 1929", *Archivos de Neurobiología*, X, 443-463, p. 444; este mismo punto de vista lo compartían JUARROS, C. (1929), *La psiquiatría en el nuevo Código Penal* Madrid, y VALLEJO NAGERA, A. (1929), *La psiquiatría en el nuevo Código Penal. (Discusión de la Memoria presentada a la Academia de Jurisprudencia por el Académico profesor D. Pedro Mairata*, Madrid. Ambos trabajos son tirada aparte de los números de *El Siglo Médico*, correspondientes al 9 de marzo y 13 de abril de 1929, respectivamente.

⁶¹ JUARROS (1929), p.1.

temporal o permanentemente excepcionales, la incomprensión mutua se conservará, aunque la buena voluntad de unos y otros establezca compromisos de concordia.¹⁶²

Por tanto, los psiquiatras rechazaban la idea de juzgar el delito e imponer un castigo corrector. Por el contrario, se mostraban partidarios de estudiar la personalidad del delincuente y de aplicar las medidas terapéuticas adecuadas a cada caso.

Esta patologización e individualización del criminal soportaba, a mi juicio, una tensión entre los principios humanitarios que la impregnaban y las implicaciones socio-políticas que en la práctica podían acarrear.

No cabe duda que dichas ideas eran un intento de modernizar un sistema jurídico demasiado encorsetado por el concepto de responsabilidad del individuo y por un articulado penal estricto. La posición de la psiquiatría, hasta cierto punto, introducía una humanización en el trato al delincuente al considerar que sus actos podían deberse a una anormalidad que, ante todo, merecía un tratamiento médico y no un castigo. Pero conviene no engañarse respecto a las intenciones de los psiquiatras, reduciendo el análisis de sus propuestas a sus aspectos humanitarios. Éstos abogaban directamente por una mayor presencia social de su profesión al tiempo que construían un nuevo concepto de Defensa social que retiraba al delincuente-enfermo de la sociedad. No es ya la pena lo que reclaman sino el tratamiento médico del anormal como fórmula de protección de la sociedad, desplazando la atención del crimen al criminal, de la responsabilidad penal a su peligrosidad social. En este sentido, señalaba C. Juarros "lo importante para el interés colectivo es el peligro representado por él. La finalidad no puede concretarse en el afán de castigar, sino en el de evitar nuevos delitos"¹⁶³.

Por tanto, lo que estaba en juego en nombre de principios humanitarios era un intento de establecer una legislación penal fundada en principios científicos capaz de ir más allá de lo estrictamente escrito en las leyes, de entrever, gracias a métodos científicos, la peligrosidad de los individuos antes de cometer actos delictivos y de establecer las medidas terapéuticas y profilácticas precisas para apartarlos de la sociedad. Este es el poderoso arsenal que la psiquiatría estaba ofreciendo a los estados burgueses para salvaguardar su orden y que será aprovechado sin remilgos por los nacientes estados fascistas de la época¹⁶⁴.

Las propuestas de los psiquiatras provocaron, como ya he señalado, un conflicto con los juristas que veían su terreno profesional invadido. Un buen ejemplo de este conflicto lo tenemos en el papel de los peritos en los juicios. El catedrático de derecho penal Q. Saldaña, nada remiso a introducir novedades en el Código Penal y firme partidario de contar con el auxilio de los psiquiatras como expertos en los juicios,

⁶² LAFORA (1929), p.6.

⁶³ JUARROS (1929), p.4.

⁶⁴ ALVAREZ; HUERTAS (1987), pp. 30-32.

se mostraba, sin embargo, escéptico hacia la práctica cotidiana de los peritos a los que acusaba de violentar habilmente las pruebas, provocando el rechazo y la desconfianza judicial.⁶⁵ Además, a su juicio, la creciente tecnificación de los criterios psiquiátricos para determinar la personalidad del individuo entorpecía la labor de la justicia en favor de un mayor protagonismo de los peritos:

"De la locura moral a la conciencia mórbida, de ésta al Psicoanálisis y de éste a la Endocrinología, seguimos un camino ascendente, de interpretación y superación. Al peritaje se abren nuevos horizontes científicos, pero le cercan renovadas exigencias técnicas. Buscamos en el Perito al técnico, y no podemos consentir que éste nos detenga para asesorarse, a su vez, en otro técnico. (...) El peritaje nos cerca, nos intimista, pero él mismo no se ve libre de una interna crisis de eterno relevo."⁶⁶

No obstante, no todas las críticas fueron tan perspicaces y sutiles. P. Mairata en una conferencia que leyó en 1928 en la *Real Academia de Jurisprudencia y Legislación* afirmó en un tono hiriente que "las doctrinas psiquiátricas aplicadas al derecho son como el arsénico y otros medicamentos que, salvo dosis prudentes, resultan perturbadores y mortíferos,"⁶⁷ lo que provocó duras reacciones por parte de psiquiatras como C. Juarros, A. Vallejo Nágera y G. Rodríguez Lafora. Tan sólo este último admitía, hasta cierto punto, las críticas vertidas por los juristas, reconociendo que "médicos y psiquiatras llevados de sus entusiasmos científicos teóricos exageran a veces la nota ante los Tribunales."⁶⁸ Pero su autocrítica no cuestionaba los principios científicos en que se fundamentaba la actuación psiquiátrica. La crítica se dirigía a resaltar la escasa preparación científica y falta de honradez profesional de algunos peritos a los que acusaba de redactar informes "que no son más que ejemplos molierescos de la ignorancia y de la pedantería médica".⁶⁹ Crítica, no obstante, compartida por los magistrados a los que acusaba de ignorancia y desconocimiento de la ciencia psiquiátrica, señalando que:

"con frecuencia un informe psiquiátrico científico, serio, moderado y lleno de razones lógicas tropieza con la infiltrabilidad e impenetrabilidad intelectual de algun togado que evidencia una considerable ignorancia de la psiquiatría y psicología y una falta del respeto debido al hombre que honradamente expone el fruto de su trabajo científico sobre cuestiones de gran complejidad."⁷⁰

⁶⁵ SALDAÑA, Q. (1925), *La psiquiatría y el Código (Estudio de técnica legislativa)*, Madrid, p. 23.

⁶⁶ *Ibid*, pp. 42-43.

⁶⁷ MAIRATA, P. (1928), *La psiquiatría y el nuevo Código Penal*, Madrid, p.7, citado por ALVAREZ; HUERTAS (1987), p. 38.

⁶⁸ LAFORA (1929), p.23.

⁶⁹ *Ibid*, p. 68.

⁷⁰ *Ibid*, p. 48.

La solución pasaba, en su opinión, por hacer obligatoria la enseñanza de la psiquiatría en los estudios de medicina y derecho con el fin de aumentar la cultura psiquiátrica de ambas profesiones, pero nunca se cuestionaba la cientificidad de los conceptos utilizados.

Una prueba de que las críticas de los magistrados hicieron mella entre los psiquiatras, la encontramos en la propuesta que José Sanchís Banús hizo en el marco de la *Cuarta Reunión Anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras*, solicitando medidas de sanción moral contra aquellos compañeros que mostrasen falta de honradez en el desempeño de su trabajo:

"Con el fin de contribuir a corregir ese lamentable estado de cosas -que nos denigra- pido que gestionemos la manera de implantar un tipo de sanción moral. Es posible que lo mejor, en este sentido, sea la constitución extemporánea de Tribunales de honor -siempre que alguien los solicitara- ante los que pudieran exponerse los datos oportunos. Se de sobras que dichos tribunales carecerán de virtudes externas, mas ellas son precisamente las que no busco. Me basta con que nuestros colegas conozcan, en cada caso especial, el nombre del compañero amoral sancionado."⁷¹

La propuesta de Sanchís Banús nos da una idea bastante exacta de hasta qué punto el conflicto con los juristas tenía repercusiones entre los médicos. Como es bien sabido la enseñanza de la psiquiatría no estaba institucionalizada en los estudios de medicina y los psiquiatras españoles se habían formado bien a través de la práctica de la disciplina en los manicomios, bien siguiendo estudios de especialización en el extranjero. La inexistencia de tal preparación en las Facultades de medicina daba pie a que cualquier médico pudiera, sancionado por la ley, acudir como perito a un tribunal y dictar un informe.

Las quejas de los psiquiatras, en este sentido, se dirigían tanto a mejorar las condiciones científicas y profesionales de los peritos como a establecer con claridad el monopolio psiquiátrico de los peritajes. Había, por tanto, un trasfondo científico y corporativista de los profesionales de la psiquiatría, que reclamaban su puesto y su ciencia en los tribunales frente a los médicos generales. En este sentido, J. Escalas demandaba de las autoridades públicas que se formaran "con arreglo a pruebas de capacidad y antigüedad de título, una lista que sin carácter de escalafón, sirva para designar los únicos que en lo sucesivo han de poder ser autorizados, para informar ante los tribunales sobre cuestiones psiquiátricas, y dirigir manicomios, consultas públicas, casas de salud, etc."⁷²

⁷¹ Esta propuesta de Sanchís Banús se incluye en la Discusión a SAFORCADA; TORRAS (1926), pp. 462-463.

⁷² ESCALAS, J. (1927), "Consideraciones sobre un caso de peritaje psiquiátrico", *Archivos de Neurobiología*, VII, p. 279.

Otro de los motivos de desprestigio de los psiquiatras ante los tribunales era la redacción de informes contradictorios por parte de éstos. Esta acusación de los magistrados que ponía en tela de juicio la científicidad de la psiquiatría, mostraba claramente el talón de Aquiles de ésta. Ante ello, los psiquiatras cerrarán filas y diferenciarán entre los informes realizados por peritos sin preparación y aquellos realizados honesta y científicamente, afirmando que su ciencia no era exacta y que la determinación de la anormalidad del individuo procesado revestía enormes dificultades:

"Los problemas psicológicos y psicopatológicos que ofrece el análisis de la conducta de un hombre son tan vagos e imprecisos, y la psiquiatría es una ciencia tan poco exacta y provisional, que en la decisión contradictoria de dos peritos honrados y científicos pueden intervenir infinitos factores temperamentales del juzgador (carácter exaltado, rigidez de conciencia, ideas filosóficas, carácter bondadoso, etc), para inclinar la balanza ligeramente hacia uno u otro de los lados del fiel dudoso."⁷³

La solución a las incongruencias y problemas de interpretación de los informes periciales pasaba por apartar a los médicos no preparados para dicha función y por adoptar unas normas comunes y científicas a seguir por todos los peritos:

"Todo esto podría evitarse si se practicase un minucioso examen psicológico-psiquiátrico de todos los procesados al ingresar en la cárcel, como tantas veces hemos solicitado de los Poderes públicos (...) con el fin de establecer la indispensable separación entre los delincuentes alienados y los no alienados sin perjuicio de repetir periódicamente dicho reconocimiento en los Departamentos de observación o anejos psiquiátricos de las prisiones. Si tal reconocimiento se organizase científicamente en nuestro país (...) con personal facultativo y subalterno debidamente familiarizado con las disciplinas de la psicología, psiquiatría y antropología criminal, sería factible estudiar y diagnosticar clínicamente cada procesado."⁷⁴

5. CONCLUSIONES.

En definitiva, la psiquiatría española de los años veinte en su intento por reformar las estructuras asistenciales heredadas del siglo XIX y de articular una acción social que la convirtiera en Medicina social y humanizara su práctica ante la opinión pública, encontró numerosas limitaciones de orden legal, social y científico. Aquí hemos intentado incidir en el último aspecto, resaltando cómo algunos de los conceptos que manejó para justificar su acción eran en gran medida extracientíficos.

⁷³ LAFORA (1929), p. 50; también SAFORCADA; TORRAS (1930), p. 459.

⁷⁴ SAFORCADA; TORRAS (1930), p. 457.