

# DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN LA ESPAÑA CONTEMPORANEA DEL PERIODO DE «ENTRESIGLOS»

**José Manuel Bertolín**

## 1. *Introducción*

Superadas en España las etapas decimonónicas de la medicina racionalista, después más vitalista e impregnada de espiritualismo, y conservadora durante el reinado de Isabel II, se entra en la propiamente positivista y orgánico-materialista que se prolongará desde aproximadamente el último cuarto del siglo XIX hasta final de la Guerra Civil. Coexistían, sin embargo, en mayor o menor grado, como en el resto de Europa y América, las mentalidades anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatogénica. La recuperación de nuestra medicina del empobrecimiento que le había representado el absolutismo será consecuencia de los logros conseguidos durante la que se ha llamado «etapa intermedia» surgida durante el período isabelino (1834-1868) y, de esa manera, al inicio del presente siglo, en plena vigencia de la «medicina de laboratorio», estarán constituidos ya los fundamentos para la cristalización, consolidación y proyección exterior de la ciencia médica, enmarcada en un tiempo nuevo de cierta tranquilidad política y liberalización ideológica.

Aquel saber médico tomará su impulso definitivo en torno a la conocida en Cataluña como «generación médica del 88», que se había ido gestando tras la revolución democrática del año 1868, en el seno del movimiento lingüístico y cultural que caracterizó el renacer de algunas culturas regionales, llamado allí «Renaixença». La Institución Libre de Enseñanza (1876) se encontraba revitalizada, fomentando activamente un reformismo educativo con importante influencia en la evolución ideológica de la España contemporánea. En 1907 se fundará la Junta de Ampliación de Estudios, la Residencia de Estudiantes en 1910 y el Instituto Cajal en 1919. En psiquiatría, J. M.<sup>a</sup> Esquerdo, J. Giné, A. Galcerán y A. Rodríguez Morini se hallan entre las personalidades más destacadas en el origen de este nuevo período científico, enmarcado en una época de desarrollo nacional acelerado en los aspectos económico, industrial y cultural, más evidente desde el régimen estabilizador de la Restauración alfonsina (1875) con las salvedades de las crisis de 1898 y la de la etapa 1917-1923.

Durante la Restauración pues, en plena reanimación de la cultura científica española, decantada más hacia el realismo (como el resto de los movimientos culturales generales que siguieron a las posiciones eclécticas mantenidas durante las décadas de mediados de siglo), se fueron consolidando otras disciplinas médicas como la dermatología, otología, oftalmología y pediatría, las tres primeras con enseñanzas propias en las facultades de medicina. El 16 de septiembre de 1886 se hizo público un nuevo Plan de Estudios para la enseñanza de la medicina, réplica del plan frustrado de dos años antes. Otros Reales decretos posteriores establecieron normas sobre la validez académica de los estudios realizados por medio de la enseñanza libre, al margen de las facultades, y crearon las asignaturas de otorrinolaringología y sifilografía. Pero el desarrollo legislativo posterior enmarañará tales estudios, cuyo panorama no parece clarificarse suficientemente hasta la creación del Ministerio de Instrucción Pública en 1900. La trayectoria histórica del firme progreso que siguió la medicina en España y en particular la psiquiatría, que asimilaba ya el espíritu objetivo característico del pensamiento científico-natural kraepeliniano (culminación de la escuela clínica y de la aprehensión neurofisiológica de las enfermedades mentales), sólo conseguirá por fin la atención administrativa necesaria por parte de la II República, tras habérsela negado la Monarquía. La continuidad de sus logros, empero, se verá interrumpida con la guerra de 1936 y el régimen totalitario instaurado después.

En cuanto a la asistencia psiquiátrica en nuestro país, la mejora estrictamente humanitaria de las condiciones de custodia y cuidado de los *dementes* se inició, como es sabido, en el siglo XVIII y continuó con ciertos progresos en el XIX, tiempo en que se modificó el régimen manicomial. Se había roto ya, sin embargo, la vieja tradición asistencial española, desamparada por los poderes públicos, con la pasiva complicidad de muchos profesionales y nuestra psiquiatría, y con ella la asistencia, perdía así su oportunidad de sumarse a la vanguardia que se lograba en otros lugares gracias a su incorporación a las universidades (1) (2). El predominio conservador de la vida política española durante casi todo el siglo XIX, sólo brevemente interrumpido por paréntesis liberales, contribuyó al definitivo hundimiento de las instituciones asilares al impedir la sintonización con la realidad europea que despejaba entonces hacia posiciones de renovación. En un clima de falta de una definición clara del papel sociomédico de la psiquiatría manicomial, las tendencias asistenciales innovadoras en España sólo comenzarán a producirse a partir del primer tercio del siglo XX conservando, no obstante, un considerable atraso con respecto a muchas de las demás naciones europeas.

En efecto, las primeras instituciones psiquiátricas diferenciadas que se crearon en el continente lo hicieron al amparo de la universidad en países como Alemania, que contaba a principios de siglo con una veintena de clínicas universitarias dedicadas a enfermedades mentales; en Italia que tenía diez; Suiza cinco; Francia cuatro; y también Austria, Reino Unido y otros. Todas ellas coexistieron con los tradicionales manicomios, más reservados para los enfermos crónicos, y con otras instituciones especiales próximas a éstos como las colonias agrícolas y familiares. Este fenómeno de la incorporación de la psiquiatría a la enseñanza universitaria no se dio en España hasta mucho más tarde, a pesar de la evidencia de su necesidad urgente (3), largamente reclamada desde finales del siglo pasado. Mientras tanto, la desidia general sobre la necesaria renovación de los establecimientos manicomiales que continuó hasta la tercera década de este siglo fue denunciada como «mal crónico» del país (4), como «vergüenza nacional» (5) y otros calificativos parecidos por parte de grupos de médicos sensibilizados. La pervivencia exagerada de estas instituciones había sido sintónica con el auténtico problema socio-económico (en particular con la disociación progresiva y generalizada de las *clases sociales*) y político (con la ineficacia de la administración estatal) que caracterizó la España de *entresiglos*.

## 2. Antecedentes y evolución del marco legislativo general

El siglo pasado fue la centuria codificadora por excelencia, en contraposición a épocas anteriores con mayor espíritu compilador. En el inicio del siglo XIX tiene lugar la transformación política decisiva en España que pasa del Antiguo Régimen absolutista a las formas del estado liberal. Es entonces cuando surgen las primeras disposiciones en materia de asistencia psiquiátrica, que tienen que ver con los militares *dementes* y se remontan a las Reales órdenes de 12 de julio de 1800 y de 31 de mayo de 1802, continuadas después por las de 9 de enero y 28 de febrero de 1819, 26 de febrero de 1821 y 2 de octubre de 1865.

Ya como marco global, las Cortes extraordinarias de 27 de diciembre de 1821 acordaron por vez primera una ley, llamada también decreto de las Cortes, que fue sancionada el 27 de enero y 6 de febrero de 1822 durante el llamado «trienio liberal». Pero la ley «nació muerta y fueron inútiles las tentativas hechas para resucitarla» como dirá Rodríguez Méndez (6) en una extensa y lúcida crítica. Establecía como exclusiva competencia del Estado la asistencia a los *alienados* que pasaban a depender de la dirección y vigilancia de las Juntas municipales de Beneficencia y contemplaba la promulgación futura de un Reglamento especial que regulase la admisión de los *enajenados* en los manicomios, que no llegó a redactarse. No será más que a partir del año 1846, en pleno liberalismo conservador durante el reinado personal de Isabel II, cuando las Diputaciones Provinciales se encarguen oficialmente de esa asistencia en todo el territorio español. La Ley de Beneficencia de 1849, de 20 de junio, y el reglamento para su ejecución de 1852, de 14 de mayo, respectivamente instauran la beneficencia pública y definen y normalizan las funciones de los establecimientos públicos generales (también los había provinciales y municipales) a los que pertenecerían los establecimientos de *locos*, sordomudos, impedidos y decrepitos, consagrando el carácter subsidiario del Estado en este asunto y, por tanto, legitimando en la práctica la privatización de la asistencia psiquiátrica.

Las Diputaciones tienen entonces que hacerse cargo de sus enfermos mentales lo que dará lugar a la creación de nuevos manicomios provinciales. Una circular de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad de 5 de julio de 1864 recomienda la ampliación y mejora de las instalaciones de tales asilos de *dementes*. En 1870 el gobierno transfiere provisionalmente su responsabilidad en la asistencia de los *alienados* a las Diputaciones por la orden circular de la Regencia de 27 de julio. Más tarde, el Real

decreto de 27 de abril de 1875 regula de nuevo la inspección de los establecimientos benéficos, tarea que hasta entonces estaba encomendada a los gobernadores de las provincias, pero que resultó tan poco operativa como la antigua.

Ni durante el liberalismo revolucionario ni durante el conservador se habían propiciado por parte del Estado verdaderos avances en la asistencia psiquiátrica del país. Después, a partir del régimen estabilizador de 1874, tampoco. El desarrollo de la renovación y actualización científicas que caracterizó al período de la Restauración no aportó realmente mayor sensibilidad política y social a este respecto, relegado en la práctica al ostracismo. El estudio de las enfermedades mentales no dejaba de ser una rama de la medicina emergente, en busca de su identidad, que despertaba curiosidad pero que todavía necesitaba imponerse como actividad científica. El desarrollo legislativo será congruente con este clima, manteniéndose distanciado de los requerimientos de los especialistas y más preocupado por las cuestiones de forma que de fondo. Así, la instrucción de 27 de enero de 1885 confirmaba como asilo modelo la Casa Santa Isabel, de Leganés, cuyo programa se había publicado en la *Gaceta de Madrid* ya en 1859. El Real decreto de 19 de mayo de 1885, aclarado por Real orden de 20 de junio de ese año y ampliado por la también Real orden de 28 de enero de 1887 y Real decreto de 30 de abril de 1895, establecía nuevas normas legales sobre el internamiento de *dementes* y acerca de dichos establecimientos, por lo demás controvertidas e incluso poco convenientes por ser complicadas, meramente «defensivas,» frente a posibles internamientos ilegales y nada o casi nada innovadoras en lo demás (6) (7) (8), y que aún se vieron más burocratizadas con el Real decreto de 26 de noviembre de 1903 (9).

En efecto, el citado Real decreto de 1885 (y todas las sucesivas disposiciones legales complementarias) recibió continuas y virulentas críticas por parte de los psiquiatras durante toda su vigencia y llegó a ser tildado de funesto, anticientífico y antihumanitario, símbolo del atraso español en materia de asistencia psiquiátrica (10) (11) (12) y representativo del desinterés de los gobiernos en el asunto. Tampoco habían supuesto mejora alguna otras Reales órdenes más anteriores, además de las ya comentadas, que trataron tan sólo cuestiones de pequeño detalle, o posteriores como la de 1 de junio de 1908 destinada al cumplimiento de lo preceptuado en el artículo sexto del citado Real decreto de mayo de 1885 sobre la formación de los expedientes de reclusión definitiva.

Por la Real orden de 28 de julio de 1925 se nombraba una comisión oficial para que propusiese la reforma de la legislación manicomial en un plazo máximo de tres meses, que no se cumplió. El 18 de diciembre de 1929 se presentó al III Congreso de la Liga española de Higiene Mental un anteproyecto de legislación psiquiátrica que fue discutido y reformado (13) (14). Habrá que esperar hasta el decreto del Ministerio de la Gobernación de la República de 3 de julio de 1931 y a la creación del Consejo Superior Psiquiátrico el 12 de noviembre de ese año para que se instaure un nuevo y más avanzado marco legal de los ingresos psiquiátricos, superándose 46 años de vigencia del decreto de mayo de 1885, y para que los manicomios adquieran un sentido más similar al resto de los hospitales (15). Más tarde se declarará a extinguir el Cuerpo de los Subdelegados de Medicina y Farmacia, en 1933, y se reglamentará por primera vez el acceso a los puestos de médicos de los establecimientos psiquiátricos. La inspección de estos últimos dependerá en adelante de los miembros del Consejo designados al efecto.

En otros países próximos, como Francia, el internamiento en los manicomios estaba regulado básicamente por la «ley de locos» de 30 de junio de 1838, completada por el Real decreto de 18 de diciembre de 1839 y varias instrucciones y reglamentos posteriores. Aquella serviría después como inspiración para las legislaciones semejantes que se fueron dictando en otras naciones como Bélgica (leyes de 18 de junio de 1850, 28 de diciembre de 1873, 25 de enero de 1874 y 23 de marzo de 1882). En Italia se promulgó la ley de 20 de marzo de 1865, en Austria la de 14 de mayo de 1875, en Dinamarca las ordenanzas de 24 de diciembre de 1892 y circular de 11 de junio de 1895 y en Hungría estaba vigente el reglamento contenido en la ley de la higiene pública de 1876, que se modificará en 1912 (16) (17).

Las diferencias entre todas estas legislaciones eran sustanciales respecto a los requisitos exigibles al ingreso pero, como norma, éstos resultaban mucho menos laboriosos que en nuestro país. A comienzos del siglo XX existía ya en el Reino Unido una comisión mixta de médicos especialistas y abogados encargada de la revisión de los expedientes de reclusión y era potestativo de los médicos directores de los manicomios escoceses decretar salidas temporales de los internados de hasta 28 días, que se podían alargar por la Junta Central hasta un año. En nuestro país se exigía al ingreso, por contra, el refrendo de los Subdelegados de Medicina, precepto que no reunía, lógicamente, la menor garantía científica (18), y tampoco se autorizaban las salidas temporales, en consonancia con una visión

tanto más rígida cuanto menos pragmática de la asistencia por más que tuviera sus defensores (19). Se exigía asimismo un período de observación de los reclusos bastante amplio, que oscilaba de tres a seis meses a partir del decreto de 1885 y de un año desde la Real orden de 1887, pero se reservaba a los familiares la obligatoriedad de incoar el preceptivo expediente judicial, lo que a menudo se incumplía. Como resultado, un número indeterminado de enfermos permanecía largas temporadas ingresado sin expediente de reclusión definitiva, situación que se intentó paliar con la Real orden de 1908.

### 3. *Los sistemas manicomiales y sus derivados*

En sintonía con el marco de involución general que caracterizó la historia española de las últimas décadas del siglo XVIII, funcionaban a principios del siglo XIX el Departamento de Enajenados del Hospital General de Valencia (el manicomio había sido fundado por el mercedario Fray Gilabert Jofré en 1408); el Hospital General de la Virgen de Gracia, de Zaragoza, en el que se admitían *dementes* (el manicomio, que databa de 1425, había recibido el famoso elogio de Ph. Pinel) (20); la casa de «Los Inocentes» de Sevilla (1430); el también hospital de «Los Inocentes» o de la «Visitación», más conocido popularmente por «El Nuncio», en Toledo (1483), reedificado en 1793; el de Valladolid, de finales del siglo XV, que perduró hasta su destrucción en 1898; y había hospicios para enajenados y manicomios adscritos a hospitales generales en otras ciudades. El Reglamento de 1852 relativo a la ley de organización de la Beneficencia de 1849 establecería en seis el número de casas de *dementes* en todo el Estado. Pero la manifiesta incapacidad de los asilos públicos (por sus propios condicionantes físicos y de eficacia terapéutica) y las condiciones propias de las crecientes desigualdades sociales, abrieron la posibilidad de que surgiesen los promovidos por la iniciativa privada.

Hasta mediados del siglo pasado se contaban 17 establecimientos entre públicos y particulares que albergaban a más de dos mil *enajenados*, y hacia finales del segundo tercio no habría más de 19. En la Cataluña de las primeras décadas del siglo XIX la mayor parte de la asistencia a los *alienados* se daba en la «sala de dementes» del Hospital de la Santa Cruz (1401). La primera institución privada asilar fue la Torre Lunática (1844), de Lloret de Mar. Pero se fundaron también, la mayoría con cierta inten-

ción renovadora, los manicomios privados de San Baudilio, en Llobregat, inaugurado en 1854, ampliado después (1892 y 1904) y vendido a la Orden Hospitalaria; Nueva Belén, en Gracia, torrente de la Olla (1857), reedificado en el año 1873 en San Gervasio de Cassolas y que será prácticamente el núcleo de la moderna psiquiatría catalana y que luego sería comprado por el Hospital de la Santa Cruz a comienzos del presente siglo; el Instituto Frenopático, en Las Corts de Sarriá (1868-1874); el nuevo manicomio de la Santa Cruz construido entre los años 1886-1915 como entidad semiprivada y que se inauguró en 1890. Con todas estas construcciones del que bien podría considerarse renacimiento psiquiátrico catalán, Barcelona se convertirá en el motor de la alternativa privada en la asistencia psiquiátrica en España y, mientras tanto, en Madrid se abría el manicomio privado de J.M.<sup>a</sup> Esquerdo en Carabanchel Alto (1877) quien, con inequívoca vocación asistencial, fundaría otro más reducido en su ciudad natal de Villajoyosa (Alicante) llamado «El Paraíso».

Además, otros manicomios creados después de la Ley de Beneficencia de 1849 fueron el Hospital de Dementes de Salamanca, la «Casa del Cordón» en Valladolid, «Nuestra Señora del Carmen» en Mérida, las «Cinco Llagas» o «de la Sangre» en Sevilla y más tarde los provinciales de Granada y Zaragoza, aunque todos ellos no supusieron en realidad ningún avance sustancial en la asistencia. En 1892 se inauguró aún el manicomio de Salt, en Gerona, como institución pública financiada por la Excma. Diputación provincial y, antes, el Instituto Municipal de Psiquiatría en 1870 en Barcelona.

Por otra parte, los manicomios creados por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, dentro de ese relativo clima reformista propiciado por la ley de 1849, fueron: el de Santa Isabel, de Leganés (1851); San José, de Ciempozuelos, Madrid (1876), que comienza su labor asistencial en la parte de mujeres en mayo de 1881 y que luego contaría con numerosos pabellones especializados como los de San Andrés, para enfermos epilépticos, San Isidro, para los «trabajadores», San Anselmo, para los «tranquilos», San Camilo, para los agitados, San Rafael, para *dementes* e idiotas, y una Clínica Psiquiátrica militar (21) (22). También fueron de la Orden los manicomios de Carabanchel Alto (1899), de Madrid, para enfermos epilépticos; el de Santa Agueda, en Mondragón, Guipúzcoa (1898); y los de San Juan de Dios, en Palencia (1889). Estos últimos tenían sus raíces, podría decirse, en el antiguo hospital de San Blas, fundado en el año 1560 y entregado a la congregación de los hermanos de la Orden en 1594. Pasó después a ser propiedad de la Diputación como Hos-

pital Provincial hasta que en 1889 comenzaron a instalarse en él los *alienados*, que hasta entonces los tenían en Valladolid, encargándose de ellos la Orden.

De la asistencia impartida en la mayoría de los manicomios privados españoles son suficientemente conocidos los orígenes filantrópicos de casi todos ellos y su posterior degradación progresiva hacia el custodialismo. Este estará ligado principalmente tanto a las penurias económicas derivadas de la creciente aceptación de enfermos que dependían de las Diputaciones Provinciales, en general cicateras, como a la decadencia y fracaso del modelo del tratamiento moral y sus excesos. Los públicos no dejaron, en realidad, de practicar siempre una asistencia custodial, cerrada. Por otro lado, a partir del año 1885 comenzaron a abrirse «Departamentos de Observación de Dementes» como el del Hospital Provincial de Madrid y de otros hospitales provinciales y municipales en todo el país, como ya se había regulado desde bastante antes por la Real orden de 27 de julio de 1870. Y durante el primer tercio del siglo XX se inauguró, además del Instituto Pedro Mata, conocido más popularmente como manicomio de Reus y construido entre los años 1900-1904, la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet, de la Diputación de Barcelona (1930), aprovechando la transferencia de la asistencia psiquiátrica a las Diputaciones con la promulgación del Estatuto Provincial.

En la medicina europea y del mundo occidental de principios de siglo la tendencia general hospitalaria y de dispensarios o preventorios era el *sistema de especialización* bien por orden a la causa de enfermedad (infecciosos o contagiosos), por el aparato corporal dañado (ojos, oídos, etc.), o según consideraciones más sociales como era el caso de los pacientes sífilíticos o de las parturientas. Respecto a los manicomios las primeras diferenciaciones habían sido internas o arquitectónicas, pero sin que solventasen con eficacia problemas básicos como la higiene y otros, como eran tener un mínimo orden en la disposición de los internados según enfermedades, técnicas terapéuticas a emplear, o la vigilancia requerida, dado el hacinamiento caótico habitual en estos establecimientos (23). Los primeros ordenamientos internos más modernos basados en la especialización se implantaron en el manicomio de San Baudilio y en el de Reus (24) (25) (26), adoptando el axioma de que a cada grupo o tipo de *alienados* correspondía asimismo un tipo de asilo distinto, lo que se traducía en pabellones autónomos para cada categoría de enfermos. Se tendía, por tanto, a abandonar el viejo modelo hospitalario europeo de las construcciones monumentales típicas del Renaci-

miento y la ilustración. Pero el mismo concepto y validez del sistema basado en la especialización a ultranza fue también criticado por reduccionista si no se acompañaban los planteamientos apoyados tan sólo en las distinciones nosológicas al uso de otros orientados a la educabilidad y exigencias terapéuticas y sociales, lo que resultaba especialmente evidente en el caso de los deficientes (27). Se proponían así otras ordenaciones internas según fuesen enfermos de psicosis agudas, crónicas lúcidas, tranquilos no lúcidos, agitados y sucios (28) (29), pero que con el tiempo mostraron también su insuficiencia.

A principios de este siglo estaban vigentes en Francia distintas disposiciones legales que obligaban a los manicomios públicos a tener pabellones especiales de aislamiento para los *alienados* tuberculosos (30). Para los toxicómanos se preconizaban, también en España como en otros países, sanatorios especiales que contemplasen desde el tratamiento de desintoxicación gradual hasta la rehabilitación. Existían asociaciones que organizaron «cruzadas» contra lo que se entendía, ya entonces, una plaga social y, a falta de centros adecuados específicos, se sugería la posible inclusión en los manicomios ya constituidos de departamentos especiales para los toxicómanos indigentes (31) (32) (33).

Los *alienados* criminales o, según algunos, mejor llamados «locos procesados o delincuentes», no contaban en todos los países con asilos especiales. De hecho en cada cual se resolvía la cuestión de su internamiento mediante diversas consideraciones económicas, legislativas, administrativas y otras. En Francia Kéraval lideraba una corriente de opinión en favor de la eliminación de esos asilos especiales y contribuyó finalmente a la desaparición del de Gaillon (34) (35). Por el contrario en Cuba se consideraban necesarios ante las pésimas condiciones que reunía el local de presuntos *enajenados* de la cárcel de la Habana y del Presidio y el hacinamiento y mezcolanza con que se encontraban en el manicomio de Mazorra (36). En Irlanda, un Real decreto de 1845 establecía la creación de un Asilo Central para *locos* delincuentes. En Bélgica, bajo la cobertura del decreto de 30 de mayo de 1920, se creó una red de laboratorios penitenciarios para el estudio de la población penal. Aquella estaba dirigida por Luis Vervaeck, quien pretendía la organización antropológica de la prisión (37). La reforma penitenciaria en este país, que comenzó por modificar el régimen carcelario, se orientaba a la selección de los penados y a la individualización de la pena y, en ese sentido, se proyectó la construcción de distintas casas penitenciarias para alcohólicos, toxicómanos, epilépticos, neurópatas y otros (38).

En España se había dispuesto por Real decreto de 1885 la creación en el interior de los manicomios de un departamento separado para el internamiento de los enfermos mentales declarados irresponsables por los tribunales de justicia. Por Real decreto de 13 de diciembre de 1886 se decidió la creación en Madrid de un manicomio penal, que quedó sin efecto. Por Real decreto de 7 de febrero de 1928, de acuerdo a lo dispuesto en el de 1 de septiembre del año 1887, se daba carácter ejecutivo y urgente a las órdenes de la Dirección General de Prisiones para el ingreso en los manicomios provinciales. En abril de 1894 se había presentado a las Cortes un proyecto de ley que disponía y reglamentaba la creación de manicomios de seguridad y observación dependientes del Ministerio de Gracia y Justicia y hubo otras disposiciones legales en sentido parecido que tampoco llegaron a plasmarse en la realidad.

Lo cierto es que en opinión de muchos psiquiatras y juristas (39) su creación era una clara necesidad social pero, a falta de un ordenamiento legislativo adecuado en los códigos civil y penal (40) (41), incluso del nuevo código penal de 1928 en opinión de algunos (42), no se construyó ningún centro especial para estos enfermos, ni tampoco los había habido antes. Los *alienados* delincuentes recibían asistencia como los demás en manicomios generales, tanto como indigentes en los de beneficencia provincial o como pensionistas en los privados, aunque seguramente había más en las prisiones que en los manicomios. En 1906, en el manicomio de San Baudilio los ingresados como delincuentes eran el 3,62% del total y, según Rodríguez Morini (43) (44) (45), médico director del centro, no había razón alguna para imponerles el estigma infamante de los asilos especiales y su régimen también especial. Del mismo parecer sería después Gayarre (46) entre otros (47), modificándose así los criterios opuestos defendidos a principios de siglo (48). La alternativa que se proponía era la construcción de un pequeño pabellón anejo al penal en donde poder estudiar a los presuntos *alienados* y, en caso de confirmarse la alienación, deberían trasladarse a un manicomio ordinario. Asimismo se reclamaba para el conjunto de los criminales, junto a la reclusión y rehabilitación, el tratamiento médico, para lo cual las propias prisiones deberían cumplir un papel de sanidad social (49) (50) (51). Como telón de fondo de la insensibilidad del Estado en estos asuntos, incapaz de dar la respuesta administrativa esperada, habría que recordar la ancestral desconfianza de los poderes legislativo y judicial respecto de los criterios defendidos por los médicos psiquiatras.

Así pues, y en un plano ya general, tras las primeras instituciones especiales creadas para los epilépticos se fundaron otras para alcohólicos y

después para toxicómanos, *alienados* criminales y delincuentes, y también para la atención de los niños mentalmente anormales. Los distintos sistemas de institución manicomial vigentes en el mundo a principios del siglo XX podrían resumirse, siguiendo a Mas (1909) y otros autores, en cinco (52) (53) (54):

- I. Sistema colonial
  - agrícola
  - industrial
  - mixto
- II. Sistema de patronato familiar
  - colectivo
  - individual
- III. Sistema claustral o manicómico propiamente dicho
- IV. Sistema mixto
  - Asilo colonia con chalés para la asistencia familiar
- V. Sistema libre
  - en establecimientos de hidroterapia
  - en casa de enfermeros
  - en casas de campo
  - viajes

Como ya se ha comentado, el sistema estrictamente manicomial o clásico, con ser necesario en ciertos casos (55), se había mostrado insuficiente e ineficaz para muchos internados y eso a pesar de las nuevas tendencias hacia su dispersión en pabellones que pretendían humanizar la reclusión. De este modo surgieron las llamadas colonias agrícolas que eran, podría decirse también, la última novedad asistencial en vigor y que en España se habían iniciado ya en 1877 por A. Pujadas, pero sin mayor continuidad posterior. Existían establecimientos manicómicos de este tipo tanto en el resto de Europa (especialmente en Alemania, de donde se habían «exportado» a otros países, y Reino Unido, pero también en Italia, Rusia, Austria, Holanda, Suecia, Francia y Noruega) y América (EE.UU. y Argentina). Se pretendía con ellos el tratamiento agrícola como agente moral y gimnástico de algunos enfermos mentales (56). Todo el sistema colonial se basaba en la proximidad del asilo, formado por varios pabello-

nes, respecto de la colonia libre en la que se practicaba una asistencia de «puertas abiertas».

Por su parte, las colonias familiares o «sistema belga» tienen su origen en el siglo XVII en la legendaria de Gheel y que, desde el año 1852 en que adquirió el carácter de institución de beneficencia dependiente del Ministerio de Justicia, disponía de una enfermería central dotada de personal médico en la que permanecían en observación los nuevos ingresados hasta su redistribución definitiva. A partir del año 1882 estaba regida por una «comisión superior» compuesta por el gobernador de la provincia, el fiscal del tribunal de Thurnhant, el juez municipal, un médico designado por el gobierno y el alcalde de la propia localidad de Gheel. Había otra «comisión permanente» de inspección y vigilancia. La finalidad de esta colonia y de las que de ella se derivaron tanto en Bélgica (la de Lierneux) como en otros países europeos (Dun-sur-Auron y Aynay-le-Chateau en Francia), era el cuidado de los enfermos crónicos inofensivos y convalecientes, y se caracterizaban por el énfasis puesto en la vida en familia y el trabajo en el campo (el aspecto terapéutico del trabajo ya había sido enfatizado antes por Pinel y conservaba todavía vigencia en muchos lugares) (57). Las colonias no pretendían por tanto suplir al manicomio como tal sino complementarlo y, de hecho, se nutrían de los pacientes exhospitalizados. De su éxito da prueba la existencia de más de 2.400 enfermos en la de Gheel en 1912, que eran alrededor de 2.700 al comenzar el año 1928 (58) (59), así como su ampliación con una sección colonial para anormales y deficientes desde 1921 (60). Si el secreto del éxito innegable de Gheel era debido en buena parte a la selección cuidadosa de enfermos y familias, no podía decirse lo mismo de otras colonias creadas a su semejanza pero en las que las familias carecían de la preparación y motivación necesarias y en las que la vigilancia médica era deficiente.

Otras alternativas de asistencia familiar colectiva eran las que se daban en el propio domicilio del enfermo o en otro ajeno al mismo y estaban destinadas preferentemente a los débiles no educables y los *dementes*. En ambos casos el Estado subvencionaba a fondo perdido a las familias. En lugares como Escocia y después en Inglaterra, Alemania y también en América, los *alienados* eran albergados en diversas familias aunque sin formar entre ellas un sistema colonial. Era el llamado *private dwellings system* y estaba orientado a los enfermos más inofensivos o crónicos. Este sistema se controlaba en Escocia, que es donde mayor desarrollo alcanzó, mediante un consejo general llamado *General Board of*

*Commissioners in Lunacy* que velaba por que las condiciones de convivencia y vida de los enfermos fueran las adecuadas, que no hubiera más de cuatro por familia y que fueran visitados por un médico al menos una vez cada tres meses. Y si se trataba de indigentes, que eran sostenidos directamente por los municipios, que recibieran dos veces al año la visita de un inspector de pobres. En todos los casos, al menos una vez al año eran visitados por inspectores médicos o por los Comisionados correspondientes. Con todo ello se pretendía que los enfermos no estuvieran ingresados en los manicomios o que no lo hicieran por más tiempo del estrictamente necesario para su tratamiento efectivo, y si se cronificaban o no era posible mejorarles con el internamiento se les devolvía a su familia o a otra de alquiler.

De otra parte, el «sistema mixto» establecía que las viviendas familiares estuvieran en zonas anexas a los manicomios para beneficiarse de lo mejor de las dos posibilidades. Era el que se podría llamar «sistema italiano» en el que la colonia se regía y dependía directamente del manicomio. Un tipo particular de sistema mixto era el «sistema escalonado», iniciado en Wittenauer (Berlín), que consistía en una serie de pabellones, generalmente con régimen abierto, externos al propio hospital psiquiátrico y destinados a psicópatas jóvenes, toxicómanos y otros. El llamado «sistema libre» pretendía, en cambio, proporcionar al enfermo mental necesitado de cuidados una alternativa menos institucionalizada y estigmatizante como eran los balnearios o casas de campo, pero estaba más reservado a ciertos melancólicos, paralíticos generales o neurasténicos que a los *locos* en sentido estricto. Por último, los viajes o excursiones utilizados como medios de aislamiento debían reservarse a casos muy concretos.

#### 4. Dispositivos alternativos de asistencia

En 1900 se celebró en París un congreso internacional de asistencia y beneficencia privada de donde surgió la idea de celebrar al siguiente año en la misma ciudad otro especial para la asistencia familiar de los *alienados*. Estos sirvieron de precursores al «Congreso de asistencia a los alienados» celebrado en Milán en 1906 en el que se decidió crear un Instituto Internacional, en la práctica europeo, para la investigación de las causas y de la profilaxis de las enfermedades mentales. La comisión nacional española estaría presidida por J.M. Esquerdo y la secretaría se convino fijarla

en la misma sede barcelonesa donde se redactaba la *Revista Frenopática Española*. En el congreso del año siguiente en Amsterdam se propuso un reglamento. En el de Viena de 1908 se elaboraron planes operativos concretos y se aprobó un proyecto de estatuto. Luego vendría el congreso de Berlín de 1910 y distintas conferencias internacionales hasta el congreso de Londres de 1913. Pero habían fracasado los esfuerzos encaminados a unificar la terminología y la enseñanza de la psiquiatría, así como el resto de los objetivos propuestos inicialmente, en gran parte debido a los afanes nacionalistas de sus participante (61).

Mientras tanto, C.W. Beers ejercía una enorme influencia en EE.UU. a través de su obra *A Mind that Found Itself* y el 6 de mayo de 1908 se fundó la Sociedad de Higiene Mental, de Connecticut, y en 1909 se creaba en Nueva York el *National Committee for Mental Hygiene* que tuvo una intensa actividad refrendada después por la publicación de la revista trimestral *Mental Hygiene* desde 1917. Su labor sirvió como modelo para la creación de ligas de higiene mental en otras naciones, especialmente a partir de la tercera década de este siglo, que tanto influjo ejercieron en la renovación de la asistencia psiquiátrica. La que podríamos llamar remodelación de los manicomios, influida sin duda por la íntima relación entre la neurología y la psiquiatría, con la consiguiente revitalización del modelo médico-terapéutico enfrentado al custodial, necesitaba cada vez más proyectarse en labores de higiene y preventivas, en una suerte de mixtura entre biologismo y acción social.

La «reforma» en el modelo asistencial de la infancia comenzó, por su parte, con la creación de organizaciones educativas de distinto tipo como escuelas especiales o reformatorios y después albergues hospitalarios para los niños *locos*, recogiendo de esa manera las aspiraciones que se expresaban desde mucho antes por parte de la pedagogía (62) y, en el asunto de la educación de los anormales, desde la ortofrenia del francés Hard. En España, en junio de 1908 se terminará de construir un amplio pabellón en el manicomio de San Baudilio que será convertido después en ortofrenocomio para los niños agenésicos (63). También fueron apareciendo sucesivamente distintos tipos de instituciones desligadas de los manicomios propiamente dichos, como la Escuela Municipal de Deficientes de Vilajuana en Barcelona, desde el año 1919, o el asilo Toribio Durán, después Escuela de Reforma Toribio Durán. Sucedió parecido en otros países, como muestra la creación del Instituto Pedagógico-Forense de Milán, las escuelas especiales, los asilos-escuelas y los reformatorios belgas, italianos, alemanes, suizos y americanos orientados todos a la infancia anormal, aban-

donada o criminal, que tenían sus indicaciones en numerosos casos. En congruencia con los nuevos dispositivos se dinamizó la misma función asistencial y, así, en Bélgica se aplicará especialmente el método de la llamada «observación pedagógica», de Rouvroy, para el enderezamiento y reforma de los niños deficientes o anormales.

No había, empero, en España, una estructura organizada entre instituciones para coordinar aspectos tan interdisciplinares en relación a los niños. Aunque se había promulgado la Ley de Protección de la Infancia en 1904 y se regulaba la asistencia de los menores por el Reglamento de 1908, los deficientes y los niños psicóticos seguían recogidos casi exclusivamente en estancias especiales de los manicomios. Hubo aisladamente otras iniciativas privadas diferenciadas, como el Instituto Médico-Pedagógico (1915), pero hasta la tercera década del siglo no comienzan a constarse ciertas mejoras debidas principalmente al influjo de la Obra de Protección de la Infancia. Se funda entonces la clínica privada «Instituto Torremar», en 1928 en Vilassar de Dalt, para los niños mentalmente anormales. En la siguiente década existirá ya en Cataluña una cierta complementariedad asistencial entre el Instituto Psicotécnico de la Generalitat, el servicio de Medicina de la Infancia del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo y la cátedra de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona, que perduró hasta la Guerra Civil.

El mayor salto asistencial cualitativo general, dentro del modelo de una práctica médica moderna asumida plenamente para el tratamiento de la enfermedad mental, se dio, en cambio, con la creación de clínicas psiquiátricas autónomas y los hospitales urbanos, que pretendían superar las limitaciones de los manicomios especializados de planta diseminada y de los asilo-colonias. Las primeras en funcionar estaban integradas en los institutos universitarios autónomos alemanes de Heidelberg (1878), Leipzig (1882), Estrasburgo (1886), Halle (1891), Wurzburg (1893), Tubinga (1894), Giessen (1896) y otras más en distintos países. La enseñanza oficial de la psiquiatría era obligatoria, además de en Alemania, en Italia, Gran Bretaña, Austria, Hungría, Rusia y Suecia, y voluntaria pero organizada por el Estado en Bélgica, Francia, Dinamarca y Rumania, mientras que estaba carente de cualquier organización en España, Portugal, Noruega y Turquía (64). Se preconizaba también que estas clínicas universitarias se complementarían con los hospitales especiales, que describíamos bajo el epígrafe anterior, para el tratamiento de las psicosis agudas, sanatorios para psiconeurópatas, sistemas de hospitalización para los enfermos crónicos, asilos para epilépticos, establecimientos para idiotas, asilos

para los bebedores y los habituados, y para los *alienados* criminales, reservándose los manicomios para casos muy particulares (65). Entre los establecimientos para epilépticos destacaba sobremanera el hospital del estado de Ohio en EE.UU., inaugurado el 30 de noviembre de 1893 y en el que se hallaban ingresados más de 2.000 pacientes, ocupando una extensión superior al kilómetro cuadrado (66).

Para nuestro país los novedosos sistemas descritos, distintos del manicomio tradicional, no dejaban de ser en general la ilusión y afán de unos pocos, mientras se seguían proponiendo proyectos de nuevos sanatorios que sólo recogían las últimas tendencias arquitectónicas y de distribución interior, pero alejados de cualquier otra alternativa (67). Tras el «Proyecto Médico Razonado...» de Pí i Molist (68) (surgido en un tiempo de total ausencia de manicomios modernos en España) y la primera iniciativa de modificación radical de la legislación y asistencia a los enfermos mentales que supuso el Certamen Frenopático Español de 1883, el papel pionero, en tanto que organización, que significó la Sociedad de Psiquiatría y Neurología para promover las necesarias reformas asistenciales y también en los órdenes legislativo y docente, es indiscutible (69) (70) (71) (72) (73) pero, en buena medida, no se tradujeron en hechos concretos por parte de la Administración (74) (75). El asunto fue retomado luego por la Asociación Española de Neuropsiquiatras y la Liga de Higiene Mental (en cuya génesis tanta influencia ejercieron las páginas de la *Revista Médica de Barcelona*) (76), con el apoyo de la Sociedad española de Higiene y de la Academia Nacional de Medicina, entre otras instituciones.

En Cataluña, la disolución de la Mancomunitat por la dictadura militar en 1924 supondrá un freno al nuevo modelo asistencial público en vías de gestación. Y para el conjunto del Estado, aunque se habían modificado en cierta parte los defectos del régimen interior de los antiguos manicomios entendidos antes como meros almacenes o casas de *locos*, la falta social de cultura psiquiátrica por un lado (77) (78) (79) y la precariedad de los recursos disponibles y de manera particular los económicos y de la formación y provisión de personal (80) (81), por otro, limitó los avances logrados en el campo de la terapéutica (82) (83). Por último, la ausencia de decisiones políticas claras, es decir, la inhibición mayor o menor de los poderes públicos (84), constante durante toda la Restauración, determinó que en este asunto España fuera de los países más atrasados de toda Europa (85) y que, aún después del decreto de 1931, siguieran formulándose parecidas intenciones sobre la que todavía seguía siendo una renovación pendiente y necesaria (86) (87).

Es un hecho a destacar que la ampliación de los servicios asistenciales sacó a la luz a un número cada vez mayor de *alienados* en todos los países. En 1901 en Irlanda el número de *locos*, hospitalizados o no, era de 56 por 10.000 habitantes, en Inglaterra y Gales de 40 y en Escocia de 45 por 10.000. En este último territorio se registrará un incremento del 197% de la población vesánica internada desde 1858 hasta 1906, en consonancia con la construcción de nuevos manicomios, mientras que la población general sólo aumentó el 56%. En todos estos países parecía seguirse una tendencia alcista en la morbilidad psiquiátrica asistida (88) (89). En 1906 había en Alemania un recluido por cada 524 habitantes, estimándose en más del doble el número real de *alienados* que debía aproximarse, en 1910, a los 230.000. Se calculaba que en algunas provincias alemanas había un ingreso manicomial por cada 300-400 sujetos sanos. En la Suiza de 1910-1911 el número registrado de *alienados* equivalía al 1% de la población general, aunque se daba por supuesto que los reales serían más y se creía necesaria una cama por cada 220 habitantes, pero sólo había un recluido por cada 400. En 1910 había en los manicomios escoceses 315 enfermos pobres por cada 100.000 habitantes.

En España la situación era muy variable, según provincias, en función de la oferta pública de camas psiquiátricas por lo que, generalmente, a mejor Administración había mayor número de internamientos. Entre los años 1846-1847 había censados 7.277 enfermos mentales, de los que sólo 1.626 estaban acogidos en establecimientos públicos (90). En 1910 y por cada 1.000 habitantes, en Navarra y Vizcaya había un ingresado en el manicomio, en Guipúzcoa 1,28; en Cuenca 0,4; en Guadalajara 0,5; en Ciudad Real 0,32; en Salamanca 0,34; en Segovia 0,35; en Cáceres 0,33 y en Madrid había en el mismo año, en Ciempozuelos, solamente un recluido por cada 900 habitantes (91), que al año siguiente representaba una proporción de 112 *alienados* pobres ingresados por cada 100.000 habitantes de la provincia (92). En la España de finales de la tercera década de siglo se estimaba una morbilidad psiquiátrica de 2,5 por cada 1.000 habitantes. Existía acondicionamiento en los manicomios públicos provinciales y nacionales para aproximadamente 15.000 enfermos, pero se calculaban en mucho más del doble los *alienados* pobres necesitados de hospitalización (93).

La mayor demanda de servicios psiquiátricos por una parte, y la labor instigadora pragmático-moralista de las ligas de higiene mental, por otra, propiciarán la aparición de los primeros dispensarios psiquiátricos en el mundo (la terminología había sido tomada de los fisiólogos) por

parte de la iniciativa privada y luego también pública. Estos surgieron, por tanto, en el tiempo en que predominaba una actitud regeneracionista incentivadora de la reforma de la sociedad, a través de la educación en general y de la enseñanza directa, que fue constante durante las primeras décadas del siglo también en España y que tuvo buena expresión en la considerable difusión que lograron por doquier las ideas eugenésicas. En efecto, el primer dispensario psiquiátrico abierto surgió en EE.UU. en 1910. Se trataba del *Psychopatic Ward* de Nueva York, en el que podía haber internamientos breves de no más de tres días y disponía de varias salas de consulta, laboratorio y servicios sociales anexos. Pretendía ser un centro de consultas externas y, en su caso, de distribución de los enfermos hacia los hospitales psiquiátricos estatales. La experiencia, que desarrollaba en cierto modo la idea de Kraepelin del *Psychiatrisches Institut*, de Munich, se plasmaría más tarde en otros muchos países, y en el nuestro se comenzó algún tiempo después a promover la toma de conciencia de la necesidad de este tipo de centros (94) (95) (96), alcanzando mayor impulso al amparo del ideario de la Liga española de Higiene Mental (97) (98) [\*].

El complemento de esos dispensarios eran los patronatos dedicados a los individuos dados de alta de los manicomios y hospitales psicopáticos, con el objetivo de su protección tanto moral como económica encaminada a la reinserción social. En países como EE.UU. todos estos dispositivos se organizaban a través de un organismo central, el Comité Nacional para la Higiene Mental. Sólo en Nueva York, en 1921, se realizaron más de 13.000 consultas externas. También en países de nuestro entorno como Francia se fundaron patronatos para el apoyo médico y social de los convalecientes de internamientos manicomiales (99). En ese país la Liga de Higiene Mental se creó en diciembre de 1920 y pronto desarrolló una intensa labor divulgadora, de prevención y tratamiento de los *alienados*, y desde 1921 funcionaba el Servicio de Profilaxis Mental del Sena, dependiente del hospital Santa Ana de París. Ya en 1904 se había inaugurado en esa capital el primer dispensario antialcohólico, fundado por Berillon. Pretendía el tratamiento moral y sugestivo y la reeducación de los bebedores. La liga antialcohólica del país vecino venía desarrollando desde tiempo antes su labor moralizadora y se habían creado varios «restaurantes de temperancia» (100). La Liga francesa de Higiene Mental obtuvo finalmente la apertura, en 1922, del primer «servicio de hospitalización libre o servicio abierto» (101) (102), idea que no tardó en proponerse en España (103) (104) (105). Un servicio de esas características debería de

constar de un dispensario, servicio social, servicio de visitas a domicilio, un servicio abierto de hospitalización y otro de observación y diversos laboratorios.

En el Reino Unido se creará el *National Council for Lunacy Reform*; en Bélgica la Liga de Higiene Mental, patrocinada por la Sociedad de Medicina Mental del país; en Finlandia se fundará la Obra para la Higiene Mental; y habrá instituciones similares en Suiza, Noruega, Baviera y otras naciones. En nuestro país se venía proclamando desde la Sociedad de Psiquiatría y Neurología la acuciante necesidad de crear patronatos para anormales o niños y jóvenes mentalmente deficientes, para jóvenes y adultos abandonados o vagos y para los *alienados* pobres (106), reivindicación que luego hizo suya la Liga española de Higiene Mental recomendando se encargasen de su organización las Diputaciones (107). Por fin, con un retraso de décadas y constituido ya el Consejo Superior Psiquiátrico, se creará en España, en la Dehesa de la Villa, el primer dispensario de higiene mental, con servicio abierto de hospitalizaciones breves y ambulatorio (108) [\*\*].

## 5. Conclusiones

El desarrollo legislativo decimonónico en España, fiel reflejo de la insensibilidad social y política de la época, no había sabido sintonizar con las verdaderas necesidades en materia de asistencia psiquiátrica. La relativa tranquilidad política y liberalización ideológica que caracterizó la etapa de la Restauración alfonsina abrió un nuevo período científico en el que la psiquiatría conseguirá un desarrollo notable, pero no así la asistencia que siguió virtualmente relegada al ostracismo por parte del Estado, a pesar de la evidencia de la necesidad de su transformación.

Efectivamente, la ideología somatista u organicista que dominó en la encrucijada de los siglos XIX y XX, no resultó incompatible con la busca de la humanización y racionalización de la asistencia manicomial. Pero es cierto que tampoco fue más allá, cuando no retornó a posiciones de cierto nihilismo, salvo en los países en que consiguieron implantarse las clínicas neuropsiquiátricas universitarias, afanosas de aproximar el conocimiento psiquiátrico con el del resto del saber médico en pleno progreso exponencial. Se reivindicó apasionadamente la capacidad de tratar ambulatoriamente a muchos enfermos que hasta entonces eran recluidos

en los manicomios, y en esa dialéctica se favorecieron cambios en la estructura física y funcional de aquellos centros, llamados entonces hospitales psiquiátricos. Mas tales cambios fueron, por sí solos, claramente insuficientes.

En nuestro país era escasa la ascendencia profesional y social del reducido número de psiquiatras que se tenían por tales y la falta de oficialización de la enseñanza de la especialidad en la universidad contribuyó a su pobre capacidad de influencia sobre la Administración, de quien dependía en última instancia la renovación de la asistencia que venía reclamando la «nueva psiquiatría científica». Además del «sistema de especialización» pocas novedades registró la práctica institucional de la psiquiatría española en el período de «entresiglos» y la reforma del modelo asilar fue lenta y desigual a pesar de la mayor demanda de servicios psiquiátricos y de la labor instigadora pragmático-moralista que desarrollarán la Liga de Higiene Mental y otras sociedades e instituciones científicas. Finalmente, con un retraso lamentable, constituido ya el Consejo Superior Psiquiátrico, se creará el primer dispensario de higiene mental con servicio abierto de hospitalizaciones breves y ambulatorio.

## NOTAS

[\*] La Liga española de Higiene Mental fue declarada de utilidad pública en enero de 1927 pero no se constituyó oficialmente hasta el 27 de enero de 1930, por disposición legal publicada en la *Gaceta de Madrid*. En la fundación de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, cuya sesión preparatoria tuvo lugar los días 29 y 30 de diciembre de 1924 en Barcelona, se decidió la creación de la Liga que a partir de ese momento se reuniría conjuntamente con la Asociación en sus asambleas anuales hasta su definitiva constitución seis años después. En 1926, en el curso de la primera reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, tuvo lugar también la reunión fundacional de la Liga (108) y en 1927 se celebró la I Asamblea Constituyente en la que se nombró el Consejo Directivo. Probablemente, la primera propuesta hecha en un foro científico acerca de la creación de una Liga para la protección de los alienados en nuestro país se remonta al discurso inaugural que Fernández Sanz pronunció en 1918 ante la Sociedad Española de Higiene.

[\*\*] Antes había habido ofertas aisladas de consultas públicas gratuitas para los pacientes con enfermedades nerviosas en algunas ciudades. Es el caso, entre otros, del servicio abierto en la Casa de Socorro de Valladolid desde el uno de mayo de 1907.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) PITTALUGA [FATTORINI], G. (1931). «La higiene mental y la enseñanza de la psiquiatría». *Rev. Española Med. Cir.*, 14, 582-589.
- (2) PITTALUGA [FATTORINI], G. (1931). «La higiene mental y la enseñanza de la psiquiatría». *Prog. Clin.*, 39, 928-936.
- (3) SAFORCADA, M.; MIRA [LÓPEZ], E.; RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1926). «Enseñanza de la psiquiatría y de la neurología». *Arch. Neurobiol.*, 6, 242-250.
- (4) VILLAVERDE [LARRAZ], J.M. (1921). «La cuestión de los manicomios españoles». *Siglo Med.*, 68, 424-426; 447-450.
- (5) MESONERO ROMANOS, [E.] (1921). «Una vergüenza nacional. Los manicomios en España». *Med. Ibero*, 14-II (Cubiertas), 175-176.
- (6) RODRÍGUEZ MÉNDEZ, [R.] (1904). «El ingreso en los manicomios desde el punto de vista médico-legal». *Rev. Frenop. Española*, 2, 4-9; 33-41; 65-72; 105-112; 142-149; 206-215; 246-250; 269-276; 303-311; 348-255; 371-383.
- (7) RODRÍGUEZ MÉNDEZ, [R.] (1905). «El ingreso en los manicomios desde el punto de vista médico-legal». *Gac. Med. Catalana*, 28, 12-18; 41-48; 71-79; 103-110; 137-142; 166-172.
- (8) MAS CASAMADA, [J.] (1909). «Legislación española concerniente á los alienados. (Exposición crítica)». *Clin. Mod.*, 8, 644-650; 679-691.
- (9) RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1928). «El internamiento de los enfermos mentales y los subdelegados de Medicina». *Siglo Med.*, 81, 298-300.
- (10) RODRÍGUEZ MORINI, A. (1928). «Segunda reunión anual de la asociación española de neuropsiquiatras.- Reforma de la legislación concerniente a internamiento de los alienados». *Arch. Neurobiol.*, 8, 120-130.
- (11) ESCALAS REAL, J.; VILLACIAN [REBOLLO], J.M. (1929-30). «Cómo debe ser el régimen interior de los manicomios provinciales». *Inform. Med.*, 6, 287-298; 7, 36-39.
- (12) ESCALAS REAL, J.; VILLACIAN [REBOLLO], J.M. (1930). «Cómo debe ser el régimen interior de los manicomios provinciales». *Rev. Española Med. Cir.*, 13, 149-152.
- (13) SACRISTÁN [GUTIÉRREZ], J.M.; RODRÍGUEZ LAFORA, G.; ESCALAS REAL, J. (1930). «Anteproyecto de legislación para la asistencia al enfermo psíquico». *Arch. Med. Cir. Esp.*, 32, 681-685.
- (14) SACRISTÁN [GUTIÉRREZ], J.M.; RODRÍGUEZ LAFORA, G.; ESCALAS REAL, J. (1930). «Anteproyecto de legislación para la asistencia al enfermo psíquico». *Siglo Med.*, 86, 32-36.
- (15) EDITORIAL (1931). «El decreto sobre asistencia de enfermos psíquicos». *Rev. Med. Barcelona*, 16, 1-2.
- (16) MISKOLCZY, D.; RATH, A. Z. (1928). «Estado actual y reformas proyectados en el servicio de alienados en Hungría». *Siglo Med.*, 82, 601-606.
- (17) MISKOLCZY, D.; RATH, A. Z. (1928). «Estado actual y reformas proyectadas en el servicio de alienados de Hungría». *Arch. Neurobiol.*, 8, 209-222.
- (18) COROLEU [BORRÁS], W. (1906). «Exposición al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, acerca [de] la conveniencia de un plan obligatorio para la redacción de las certificaciones médicas para la reclusión de los alienados en los manicomios». *Rev. Frenop. Española*, 4, 79-85.

- (19) GIMÉNEZ VERA, J. (1908). «Disposiciones oficiales.- Ministerio de la Gobernación.- Real Orden». *Rev. Frenop. Española*, 6, 213-218.
- (20) PINEL, P. (1804). *Tratado medicofilosófico de la enajenación del alma o manía*. Trad. de L. Guerrero y Avellaneda, Madrid, Imprenta Real.
- (21) MARTÍN SALAZAR, [M.] (1929). «La clínica psiquiátrica militar de Ciempozuelos». *Rev. San. Milit.*, 19 (4.ª ep.), 161-163.
- (22) HERCE, F. (1929). «El Sanatorio de San José para enfermos mentales, en Ciempozuelos». *Prog. Clin.*, 37 (Cubiertas), 7-9.
- (23) GALCERÁN GRANES, A. (1906). «Conditions exigées pour les asiles propres aux malades intellectuels». *Gac. Med. Catalana*, 29, 609-616; 641-647.
- (24) GALCERÁN GRANES, A. (1903). «Instituto Pedro Mata, de Reus. Característica del Frenocomio científico». *Gac. Med. Catalana*, 26, 41-45.
- (25) GALCERÁN GRANES, A. (1906-7). «Cómo deben ser los Asilos para enfermos de la mente». *Arch. Therap. Enf. Nerv. Ment.*, 4, 136-142; 157-170; 5, 1-9.
- (26) GALCERÁN GRANES, A. (1907). «Cómo deben ser los asilos para enfermos de la mente». *Rev. Frenop. Española*, 5, 83-87; 147-150; 175-179; 208-213.
- (27) ALZINA MELIS, J. (1924). «La asistencia a los frenasténicos o deficientes». *Rev. Española Med. Cir.*, 7, 664-667.
- (28) FERNÁNDEZ SANZ, E. (1929). «Normas fundamentales para la creación y reforma de manicomios». *Arch. Med. Cir. Espec.*, 30, 5-7.
- (29) FERNÁNDEZ SANZ, E. (1930). «Taxonomía psiquiátrica y asistencia a los alienados». *Arch. Med. Cir. Espec.*, 32, 29-32.
- (30) RODRÍGUEZ MORINI, A. (1904). «El aislamiento de los alienados tuberculosos en los manicomios». *Rev. Frenop. Española*, 2, 73-77.
- (31) SALVAT NAVARRO, A. (1929). «La hospitalización de los toxicómanos». *Clin. Lab.*, 14 (3.ª ep.), 54-59.
- (32) SALVAT NAVARRO, A. (1929). «La hospitalización de los toxicómanos». *Rev. Española Med. Cir.*, 12, 537-539.
- (33) DELFINO, V. (1930). «Notas científicas... II... IV. La hospitalización de los toxicómanos». *Siglo Med.*, 85, 296-298.
- (34) RODRÍGUEZ MORINI, A. (1904). «Las tres grandes cuestiones tratadas en el Congreso de Alienistas franceses, celebrado en Pau (Agosto, 1904)». *Rev. Frenop. Española*, 2, 277-288.
- (35) RODRÍGUEZ MORINI, A. (1904). «Las tres grandes cuestiones tratadas en el Congreso de alienistas franceses celebrado en Pau (agosto, 1904)». *Gac. Med. Catalana*, 27, 621-626.
- (36) ARANGO DE LA LUZ, F. (1911). «Organización del servicio de locos criminales en Cuba». *Rev. Frenop. Española*, 9, 298-303.
- (37) VERVAECK, L. (1931). «La prisión terapéutica». *Arch. Neurobiol.* 11, 587-597.
- (38) ALZINA MELIS, J. (1923). «La reforma penitenciaria en Bélgica». *Rev. Española Med. Cir.*, 6, 80-84.
- (39) FUSTER [POMAR], J. (1926). «Asociación española de neuropsiquiatras.- Plan moderno de asistencia a los alienados». *Arch. Neurobiol.*, 6, 188-218.
- (40) SAFORCADA, M. (1911). «Necesidad de conseguir una legislación modernamente científica sobre alienados, por lo que se refiere a asuntos de responsabilidad y capacidad». *Rev. Frenop. Española*, 9, 321-332.

- (41) SAFORCADA, M.; BUSQUET [TEIXIDOR], T. (1926). «Asociación española de neuropsiquiatras.- Necesidad urgente de una revisión total de la legislación relativa a alienados»: *Arch. Neurobiol.*, 6, 179-188.
- (42) VALLEJO NÁGERA, 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)». *Siglo Med.*, 83, 570-577.
- (43) RODRÍGUEZ MORINI, A. (1906). «La asistencia de los alienados criminales en los manicomios españoles y especialmente en el manicomio de San Baudilio (Barcelona)». *Rev. Frenop. Española*, 4, 293-302.
- (44) RODRÍGUEZ MORINI, A. (1906). «La asistencia de los alienados criminales en los asilos españoles y especialmente en el de San Baudilio (Barcelona)». *Rev. Ibero-Americana Cien. Med.*, 16, 192-198.
- (45) RODRÍGUEZ MORINI, A. (1906). «La asistencia a los alienados criminales en los manicomios españoles y especialmente en el Manicomio de San Baudilio (Barcelona)». *Gac. Med. Catalana*, 29, 678-682.
- (46) GAYARRE [ESPINAR], M. (1921). «Los manicomios judiciales». *Arch. Neurobiol.*, 2, 398-403.
- (47) ESCALAS REAL, J. (1928). «Sobre el internamiento de los enfermos mentales declarados irresponsables en España. (Una disposición acertada)». *Arch. Neurobiol.*, 8, 184-187.
- (48) XALABARDER, E. (1901). «Valía higiénico-social de los manicomios judiciales». *Gac. Med. Catalana*, 24, 33-42; 74-81; 102-108; 131-138; 164-169; 196-202; 229-234; 261-267; 295-296.
- (49) FARRERAS, P. (1928). «La libertad, la igualdad y la fraternidad ante la psiquiatría». *Rev. Española Med. Cir.*, 11, 265-270; 339-346.
- (50) FARRERAS, P. (1928). «Segunda reunión anual de la asociación española de neuropsiquiatras.- La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico». *Arch. Neurobiol.*, 8, 105-118.
- (51) FARRERAS, P. (1928). «La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico». *Rev. Española Med. Cir.*, 11, 128-132.
- (52) MAS CASAMADA, [J.B.] (1909). «Sistemas de institución manicomial». *Clin. Mod.*, 8, 528-542.
- (53) MAS CASAMADA, [J.B.] (1909). «Sistemas de institución manicomial». *Rev. Frenop. Española*, 7, 302-305; 343-345; 376-384.
- (54) MEZA, S.A.; PAULIS, J. (1922). «Los antros de la locura». *Rev. Española Med. Cir.*, 5, 374-376.
- (55) BARCIA CABALLERO, J. (1903). «La hospitalización de los locos». *Rev. Espec. Med.*, 6, 513-515.
- (56) PUJADAS [MAYANS], A. (1908). «Colonia agrícola para manicomio». *Rev. Frenop. Española*, 6, 65-66.
- (57) ZARAGOZA GILBERT, F. (1929). «El trabajo como terapéutica en los enfermos mentales». *Arch. Med. Cir. Espec.*, 31, 36-43.
- (58) AÑIBARRO, R. (1912-3). «La asistencia familiar de los alienados (Ghel; Ermelo; Dun sur Aurón)». *Rev. Frenop. Española*, 10, 321-340; 11, 7-25; 97-116.
- (59) MIRA [LÓPEZ], E. (1928). «La colonia de alienados de Gheel». *Rev. Med. Barcelona*, 9, 167-169.

- (60) ALZINA MELIS, J. (1922). «Aspectos curiosos de la asistencia a los niños deficientes y criminales en Bélgica». *Rev. Española Med. Cir.*, 5, 121-126.
- (61) RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1929). «La higiene mental en España y el futuro Congreso de Washington». *Rev. Med. Barcelona*, 11, 300-313.
- (62) VIDAL PERERA, A. (1904). «Clínicas pedagógicas». *Med. Niños*, 5, 323-324.
- (63) RODRÍGUEZ MORINI, A. (1910). «Manicomio de San Baudilio de Llobregat. Memoria médica, correspondiente á los años 1908 y 1909, presentada á la Excma. Diputación provincial de Barcelona...». *Rev. Frenopat. Española*, 8, 321-325.
- (64) MAS CASAMADA, [J.] (1909). «Manicomios de especialización». *Clin. Mod.*, 8, 610-624.
- (65) GALCERÁN GASPAS, A. (1910). «Indicaciones de internamiento de los locos en los Manicomios». *Arch. Terap. Enf. Nerv. Ment.*, 8, 69-73.
- (66) MIRA [LÓPEZ], E. (1929). «El Hospital para epilépticos de Gallipolis. (Ohio. Norteamérica)». *Rev. Med. Barcelona*, 12, 95-96.
- (67) LASARTE DE JANER, J. (1911). «Sanatorio intelectual». *Gac. Med. Catalana*, 39, 303-305.
- (68) PÍ I MOLIST, E. (1860). *Proyecto médico razonado para la construcción del Manicomio de la Santa Cruz*. Barcelona, Imp. de Tomás Gorchs.
- (69) GALCERÁN GRANÉS, A. (1911). «Sociedad de psiquiatría y neurología de Barcelona. Discurso inaugural del Presidente». *Rev. Frenop. Española*, 9, 85-93.
- (70) SAFORCADA, M. (1911). «Conseguir una legislación modernamente científica sobre alienados, por lo que se refiere a asuntos de responsabilidad y capacidad». *Arch. Terap. Enf. Nerv. Ment.*, 9, 161-175.
- (71) GALCERÁN GRANÉS, A. (1912). «Sociedad de Psiquiatría y Neurología. Conseguir una legislación modernamente científica por lo que se refiere a asuntos de responsabilidad y capacidad». *Arch. Terap. Enf. Nerv. Ment.*, 10, 6-17.
- (72) GALCERÁN GRANÉS, A. (1912). «Sociedad de Psiquiatría y Neurología. Conseguir una legislación modernamente científica sobre alienados por lo que se refiere a asuntos de responsabilidad y capacidad». *Gac. Med. Catalana*, 40, 70-77.
- (73) VALLEJO LOBÓN, M. (1912). «Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona. I.- Procurar el desarrollo de la enseñanza de la psiquiatría y la creación de cátedras, laboratorios, museos, clínicas y dispensarios correspondientes a las especialidades referidas». *Rev. Frenop. Española*, 10, 116-118.
- (74) SACRISTÁN [GUTIÉRREZ], J.M. (1921). «Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España». *Arch. Neurobiol.*, 2, 1-15.
- (75) GARCÍA DE LA PIÑERA, E. (1921). «Sobre la reforma de los manicomios españoles». *Siglo Med.*, 68, 496-497; 589-590.
- (76) EDITORIAL (1929). «La cruzada pro-Higiene mental en España». *Rev. Med. Barcelona*, 11, 193-195.
- (77) SANCHÍS BANÚS, J. (1921). «Los manicomios en España. Una opinión». *Med. Ibero*, 14-II (Cubiertas), 205-207.
- (78) SANCHÍS BANÚS, J. (1921). «Los manicomios en España. Respuesta a una alusión». *Siglo Med.*, 68, 309-310.
- (79) FERNÁNDEZ SANZ, E. (1923). «La transformación del régimen manicomial. Su fundamento humanitario y científico». *Rev. Ibero-Americana Cien. Med.*, 49, 241-247.

- (80) GIMENO RIERA, J.; ESCALAS REAL, J.; TORRAS [BUXEDA], O. (1926). «Creación de un cuerpo de alienistas». *Arch. Neurobiol.*, 6, 239-242.
- (81) GUIJA MORALES, E. (1930). «Formación y nombramiento del personal subalterno en los manicomios públicos». *Clin. Lab.*, 16 (3.ª ep.), 231-241.
- (82) G[ONZÁLEZ] PINTO, R. (1921). «Sobre la reforma de los Manicomios españoles». *Siglo Med.*, 68, 470-471.
- (83) FERNÁNDEZ VICTORIO [COCINA], A. (1921). «La reforma de los manicomios españoles». *Siglo Med.*, 68, 398-399.
- (84) FERNÁNDEZ SANZ, E. (1931). «La función del Estado en la asistencia a los alienados». *Arch. Med. Cir. Espec.*, 34, 57-60.
- (85) VILLAVERDE [LARRAZ], J.M. (1927-8). «Los problemas psiquiátricos en España. Estado actual de algunos de sus aspectos olvidados que siempre debieran tenerse en cuenta». *Med. Ibero*, 21-II (Cubiertas), 523-551; 571-581; 599-605; 22-I (Cubiertas), 3-9.
- (86) Á[LVAREZ] NOUVILLAS, P. (1931). «Modernas orientaciones en la asistencia psiquiátrica». *Siglo Med.*, 88, 681-683.
- (87) FERNÁNDEZ SANZ, E. (1933). «La instalación de departamentos neuropsiquiátricos en los hospitales generales». *Arch. Med. Cir. Espec.* 36, 237-239.
- (88) COROLEU [BORRÁS], W. (1906-7). «Las causas de la locura en Irlanda». *Rev. Frenop. Española*, 4, 330-334; 5, 23-27; 45-48.
- (89) COROLEU [BORRÁS], W. (1907). «El censo freniá[r]jico de 1906 en Escocia». *Rev. Frenop. Española*, 5, 271-275.
- (90) MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN (1848). «Excmo. Sr.: La Reina (Q.D.G.) ha visto con particular agrado la importante estadística de los dementes del Reino...» *Bol. Med. Cir. Farm.*, 3 (3.ª serie), 334-335; 341-343.
- (91) NÚMERO (1914). «El número de alienados de Madrid comparado con el de Suiza [Noticia]». *Rev. Clin. Madrid*, 12, 405.
- (92) GAYARRE [ESPINAR], M. (1912). «Memoria del Manicomio de Ciempozuelos (año 1911)». *Rev. Frenop. Española*, 10, 71-89.
- (93) R[ODRÍGUEZ] LAFORA, G. (1931). «Lo que debe ser un Manicomio provincial». *Arch. Neurobiol.*, 11, 296-315.
- (94) FERNÁNDEZ SANZ, E. (1921). «La reforma de los manicomios españoles». *Siglo Med.*, 68, 261-265.
- (95) FERNÁNDEZ SANZ, E. (1922). «Organización en España de la Liga de Higiene Mental y de protección a los Alienados». *Siglo Med.*, 69, 592-596.
- (96) FERNÁNDEZ SANZ, E. (1922). «Asistencia psiquiátrica de urgencia». *Med. Ibero*, 16-I, 134-137.
- (97) FERNÁNDEZ SANZ, E. (1922). «La acción corporativa en pro de la higiene mental». *Rev. Ibero-Americana Cien. Med.*, 48, 3-8.
- (98) R[ODRÍGUEZ] LAFORA, G. (1928). «Organización del dispensario psiquiátrico para grandes y pequeñas urbes». *Siglo Med.*, 82, 373-376.
- (99) FERNÁNDEZ SANZ, E. (1931). «La pluralidad de instituciones psiquiátricas en la moderna asistencia a los alienados». *Siglo Med.*, 88, 433-435.
- (100) R[ODRÍGUEZ] MORINI, [A.] (1904). «Un dispensario antialcohólico [Noticia]». *Rev. Frenop. Española*, 2, 149.
- (101) GENIL-PERRÍN, [G.] (1923). «La profilaxis mental en Francia». *Clin. Lab.*, 2 (3.ª ep.), 209-213.

- (102) ICHOK, G. (1928). «Una organización moderna de lucha contra las enfermedades mentales». *Arch. Med. Cir. Espec.*, 28, 346-351.
- (103) LÓPEZ ALBO, W. (1926). «Asociación española de neuropsiquiatras.- Plan moderno de asistencia a los alienados». *Arch. Neurobiol.*, 6, 219-226.
- (104) SACRISTÁN [GUTIÉRREZ], J. M. (1926). «Asociación española de neuropsiquiatras.- Plan moderno de asistencia a los alienados». *Arch. Neurobiol.*, 6, 226-231.
- (105) MARÍN AGRAMUNT, J. (1926). «Asociación española de neuropsiquiatras.- Plan moderno de asistencia a los alienados». *Arch. Neurobiol.*, 6, 232-239.
- (106) XERCAVINS [RIUS, F. de P.]; TORRAS [BUXEDA, O.] (1912). «Sociedad de Psiquiatría y Neurología... Patronato en favor de alienados pobres, anormales y abandonados». *Gac. Med. Catalana*, 41, 436-439.
- (107) ORELLANA, T. (1930). «Creación de patronatos de Asistencia post-manicomial». *Clin. Lab.*, 16 (3.ª ep.), 223-229.
- (108) SAFORCADA, M.; MIRA [LÓPEZ], E.; RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1926). «Asociación española de neuropsiquiatras.- Proyecto de creación de una "Liga de Higiene Mental"». *Arch. Neurobiol.*, 6, 163-178.