

ANTOLOGÍA DE TEXTOS
1921-2000

Se recogen 18 textos que han sido seleccionados con dos criterios fundamentales: su significación para la historia de la Asociación y su escasa accesibilidad. Por el segundo de estos criterios (y por limitaciones de espacio) se ha prescindido de todos los documentos referentes a la tercera etapa, que se citan en la bibliografía y pueden encontrarse en esta misma revista o en otras publicaciones recientes. De acuerdo con la sugerencia de la Junta directiva, se ha añadido asimismo un texto, redactado expresamente con este fin, sobre el papel que ha tenido la Psicología en la historia reciente de la AEN.

José M. Sacristán

Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España (1921)

La campaña iniciada hace años por el doctor Lafora, y recientemente reanudada por el doctor Fernández Sanz para la reforma del tratamiento manicomial en España, merece el apoyo activo y constante de todo psiquiatra español; pero no es sólo el estado de nuestros manicomios lo que exige una urgente reforma, sino todo cuanto se refiere a la asistencia psiquiátrica en su más amplio concepto. El problema es, por lo tanto, más complejo y ocupa, dentro de las cuestiones sanitarias nacionales, uno de los primeros lugares por su enorme trascendencia social.

En España el Estado ha desatendido siempre sus más elementales deberes psiquiátricos¹. Esta es una grave e imperdonable falta. En una conferencia que en el año 1900 hizo el profesor Kraepelin, de Munich, sobre *Die psychiatrischen Aufgaben des Staates*, hacía resaltar cómo el Estado es el único que debe ocuparse de un modo inmediato de la asistencia a sus enfermos mentales. Exigía como medida favorable, no sólo para una buena asistencia, sino como medio para fomentar la investigación

científica en psiquiatría, la nacionalización de todos los establecimientos psiquiátricos. Cuando el Estado se muestra indiferente a estas cuestiones es obligación del especialista exigirle, por cuantos medios le sean dados, el cumplimiento de su deber, indicándole los defectos, las necesidades y las soluciones que exige el problema, para que en sus determinaciones prevalezca el espíritu médico que debe dirigir todo, absolutamente todo cuanto con los enfermos mentales se relacione. No se nos oculta la dificultad de esta empresa; pero aunque *a priori* tengamos la certidumbre de nuestro fracaso, no debemos desanimarnos y persistir, no obstante se halle muy lejana la realización de nuestro ideal. Todos los países han vivido una época semejante, y gracias a los esfuerzos de sus psiquiatras han logrado una reforma radical de sus sistemas de asistencia a los enfermos mentales².

No seríamos justos si junto a la desidia del Estado no colocáramos, como una de las principales causas de nuestra actual situación, la pretérita pasividad de nuestros especialistas, grave delito que hoy purgamos las generaciones presentes. Además, el

¹ El valor de este punto es extraordinario y requiere tratarse ampliamente; citemos, tan sólo, algunas de las cuestiones de más importancia social que con él se relacionan: proxilaxis, eugénica, psiquiatría aplicada a la enseñanza, etc. De su totalidad nos ocuparemos en un extenso trabajo que preparamos, al cual añadiremos, como apéndice, un estudio crítico sobre el valor que actualmente se concede a la psiquiatría como medio para el estudio de las alteraciones sociales, principalmente por Stransky, analizando además, el moderno concepto de Kronfeld, recientemente expuesto por este autor con el nombre de «*psicagogica*».

² Véase: WEYGANDT, «Die Entwicklung der Hamburger Irrenfürsorge», *Psych. Neurol. Wochenschr.*, año 22, p. 49, 1920-1921. En esta breve reseña histórica local se aprecia claramente cómo el progreso de la asistencia a los enfermos mentales ha sido siempre iniciativa del médico; así es muy demostrativo el cambio que sufrió la asistencia a los enfermos mentales en Alemania, irradiándose desde Hamburgo, a partir del año 1858, gracias al doctor Julius, secundado activamente por los psiquiatras más notables de aquella época.

medio científico médico nacional no ha sentido curiosidad ni interés por los estudios psiquiátricos³, fenómeno psicológico de gran valor que debemos tener muy presente, y que analizaremos algún día con la atención que merece. La ignorancia psiquiátrica oficial del médico español es hoy, seguramente, la causa primordial que mantiene nuestro atraso, constituyendo el máximo obstáculo al progreso de la psiquiatría práctica en España. Una prueba clara y fehaciente de cuanto acabamos de decir nos la dan diariamente los certificados médicos que la ley exige para la admisión de los enfermos en los manicomios. Desde hace siete años que prestamos servicio médico en un establecimiento de Madrid, y de ellos dos en el Manicomio de mujeres de Ciempozuelos, salvo contadísimos casos, en los demás no hemos podido confirmar un diagnóstico. Igualmente, hay una serie de conceptos fundamentales de psiquiatría práctica –reclusión, altas, asistencia extramanicomial– desconocidos del médico general, o lo que es peor, deficientemente conocidos, y cuya ignorancia le obliga a interpretar con un criterio de profano. Además, hay un punto dentro de la asistencia a los enfermos mentales, que nosotros creemos necesario colocar por su trascendencia en primer lugar: el llamado «derecho de los dementes», es decir, la reglamentación de todo lo concerniente al enfermo mental en

sus relaciones con la comunidad, del cual nos ocuparemos a continuación.

En el Real decreto del año 1885, actualmente en vigor, que regula el ingreso u hospitalización de los enfermos mentales, y cuyo espíritu se halla inspirado solamente en el temor de la posible reclusión del sujeto sano, se expresan una serie de conceptos que por sí solos constituyen una prueba palmaria de su inactualidad. Este Real decreto, firmado por Romero Robledo, desde su exposición hasta su último artículo no es más que una garantía de la libertad individual. Los trámites exigidos para el ingreso del enfermo en el manicomio constituyen un acumulo de obstáculos que retrasan extraordinariamente su hospitalización y, por lo tanto, la aplicación del tratamiento adecuado. Posteriormente –el 2 de junio de 1908– se promulga una Real orden de La Cierva que, como más adelante veremos, entorpece aún más la rápida hospitalización que numerosas psicosis exigen.

En el art. 1.º de la Real orden de 1885 se dice:

1.º De observación.

2.º De reclusión definitiva.

Para el ingreso en observación (art. 3.º) se precisa una solicitud del pariente más próximo del enfermo, justificada por un certificado firmado por dos médicos, visado por el subdelegado de medicina del distrito e informado por el alcalde. Las solicitudes van dirigidas a la Diputación provincial, si el establecimiento pertenece a la provincia, y al Ayuntamiento si es municipal.

En los establecimientos privados se sujetará el solicitante a los reglamentos especiales previamente aprobados por el Gobierno.

En el art. 5.º se detallan las condiciones que debe reunir el caso, pues la observación *no puede llevarse a cabo más que en casos de verdadera y notoria urgencia*; es

³ Aunque en el siglo XV existía ya en Valencia (1410) un manicomio para locos vagabundos, llamado más tarde (1436) «Casa de los locos», al cual siguieron otros varios en las demás provincias, nada significa desde el punto de vista psiquiátrico científico, ni aun del humanitario, porque como dice con razón Lugaro: «Tutte portano il titolo di 'Hospital' o 'Casa de locos' o 'de los inocentes', denominazioni che ne attestano il movente pietoso». (LUGARO, *Psichiatria tedesca nella storia e nell'attualità*, Florencia, 1917, p. 32).

decir, que «mientras el presunto demente pueda permanecer en su casa sin peligro para los individuos de la familia, sin causar molestias excesivas a personas que vivan en las habitaciones contiguas, o sin perjuicio evidente para la salud del mismo paciente, no podrá ser recluso, a menos que lo acuerde el Juzgado de primera instancia respectivo, previa la instrucción del oportuno expediente».

El tiempo concedido para la observación oscila de tres meses (artículo 6.º) a un año (Real orden 28 enero 1887).

Cumplido el tiempo marcado para la observación deberá incoarse inmediatamente el expediente de *reclusión definitiva*.

¿Por qué la ley concede tanto valor a este expediente de reclusión definitiva? Tanto el Real decreto de Romero Robledo, como la Real orden de La Cierva insisten en la urgencia de la instrucción del expediente con objeto de legalizar la situación del enfermo recluso. Sin embargo, si se analiza el texto de la Real orden de La Cierva relativa a los expedientes de reclusión definitiva y a las salidas temporales difícilmente se infiere esta conclusión. Comienza este último exponiendo los fundamentos de la observación, deteniéndose especialmente en demostrar la obligación que tienen las familias de incoar sin demora este expediente judicial de reclusión definitiva, lamentándose de la indolencia de los allegados de los enfermos que dejan pasar el tiempo sin llevar a cabo esta formalidad, dándose el caso –dice– que permanezcan años y años reclusos en observación individuos cuya capacidad mental *no ha sido competente-mente declarada*. Y no está en esa reclusión anormal del enfermo –añade– el mayor peligro de tal abuso, sino *en las licencias temporales* que conforme al reglamento podían tener dichos asilados por vía de explora-

ción, pues aunque la ley no permite su ingreso sino con *carácter definitivo*, hay un lapso de tiempo en que el dudoso (?) enfermo vive fuera de la vigilancia oficial y expuesto a contraer por la fuerza o el dolo obligaciones civiles que no están invalidadas terminantemente por una declaración de incapacidad. En vista de esto la Real orden exige que, «a partir de un mes después del ingreso se incoe el expediente de reclusión definitiva».

Estos son los conceptos fundamentales de estas leyes. En ellas no hay nada que esté de acuerdo con el concepto moderno de reclusión. La reclusión del enfermo mental, mejor dicho, su hospitalización, es una medida terapéutica cuyas indicaciones sólo el médico puede llenar. No todo enfermo mental es peligroso, ni aun siéndolo debe ser tratado sólo desde un punto de vista policíaco. El psiquiatra, solamente el psiquiatra, se halla capacitado para manejar este sistema.

El manicomio no es, como dice la Real orden de 26 de noviembre de 1903, que aclara lo preceptuado en el art. 5.º de la de 1885, «*un sistema duro y represivo*», sino un hospital o clínica médica donde el enfermo debe ser atendido como tal. Jamás debe considerarse el manicomio como un reformatorio penitenciario.

El defecto principal de estas leyes españolas es la unilateralidad, es decir, su punto de vista estrictamente jurídico y no médico. Para el médico, la reclusión lleva un solo fin: el tratamiento o la asistencia. Mientras el jurisconsulto –como muy acertadamente expresa Schultze⁴–, juntamente con el pro-

⁴ SCHULTZE, «Das Irrenrecht», en el *Handbuch der Psychiatrie*, de Aschaffenburg. Algem. Teil, tomo V, p. 193: El trabajo más serio que conocemos sobre la materia; la bibliografía que alcanza hasta el año 1912 es completísima. Véase además la colección del *Psych.-Neurol. Wochenschr.*, de J. BRESLER.

fano, considera la reclusión solamente como la privación de la libertad, el médico desea asistir al enfermo rápidamente; el jurisconsulto sólo atiende a evitar la reclusión del sano, lo que logra retrasando todo lo posible la reclusión del enfermo. Ambos conceptos se hallan en ruda oposición, y es necesario que en las leyes modernas prevalezca el médico sobre el jurídico. «Si así no fuera —añade el citado psiquiatra alemán—, la psiquiatría llegaría a ser una ciencia policíaca con un fondo difuso psiquiátrico». Y añade: «Si se quiere ver en el tratamiento manicomial sólo una privación de la libertad garantizada jurídicamente, entonces se despojará a la psiquiatría práctica de su carácter médico».

Bien están, hasta cierto punto, las medidas jurídicas que garanticen la libertad individual; pero no deben llegar nunca y por ningún motivo a entorpecer la labor del psiquiatra. ¡El hombre sano recluido trágicamente en un manicomio! ¡La voracidad insana de los allegados secuestrando al pariente poderoso! ¡No son estos hechos casi exclusivos de un *film* norteamericano? Tanto se ha exagerado y tanto se han alterado los hechos, que se ha llegado a formar una leyenda en torno a los manicomios de todos los países, que muy difícilmente se desvanecerá. A su formación han contribuido muy principalmente los relatos de psicópatas recluidos temporalmente, y que al recuperar la libertad han protestado pública y ruidosamente contra ella, alentados por gentes de turbia conciencia que los han explotado económicamente, o sostenidos por gentes de buena fe, fácilmente sugestionables, que han dado crédito a sus fantasías. Y es muy doloroso que este prejuicio vulgar haya cristalizado en la ley. Desde que ejercemos nosotros la psiquiatría en Madrid no hemos tenido ocasión de intervenir en ningún caso

de esta índole. En aquellos de mayor resonancia que el público interpretó en este sentido no se trataba de sujetos sanos, sino de enfermos mentales, en los cuales únicamente podía ser objeto de discusión médica la indicación del aislamiento.

La admisión de un enfermo mental en un establecimiento psiquiátrico debe ser facilitada en grado sumo, pues de su precocidad depende en gran número de casos —este es un hecho de la experiencia general— la curación. Si se espera, como acontece con frecuencia, a que el enfermo alcance el grado de madurez necesario para la reclusión, no sólo se habrán entorpecido las condiciones favorables curativas, sino que se habrá permitido que el enfermo, defectuosamente asistido o maltratado por sus guardianes ineptos, cuente en su haber una serie de hechos evitables, ordinariamente dolorosamente trágicos.

Desde el punto de vista jurídico, el Real decreto pudiera pasar. En cambio, desde nuestro punto de vista son tantos sus errores y defectos, incompatibles con el concepto moderno de psiquiatría práctica, que exigen sea modificado casi en su totalidad.

El art. 1.º debe modificarse en los siguientes términos: Primeramente, la reclusión en concepto de observación sólo debe llevarse a cabo en los casos dudosos (pero no en aquellos de diagnóstico obscuro), y en los que sea necesario un estudio de la personalidad psíquica del sujeto indispensable para la aplicación de determinadas medidas jurídicas. Si la alteración mental no ofrece dudas respecto de su existencia, es obvio someter al paciente a una observación. La alteración mental exige ya por sí sola la reclusión. Fácilmente se comprenderá nuestro modo de pensar, si nos fijamos, por ejemplo, en las psicosis agudas cuyos pacientes ingresan en perfecto estado de al-

teración mental y al cabo de algún tiempo son dados de alta curados. ¿Cómo pueden esta clase de enfermos ser admitidos en observación? Y por otra parte, si nos atenemos a la ley ¿cómo puede instruirse un expediente de reclusión definitiva, si la duración de la enfermedad es inferior al período de observación mínimo? Y aunque así no fuere ¿cómo es posible admitir en tal concepto de reclusión definitiva a un sujeto cuya dolencia es de pronóstico favorable? ¿Qué hacer además con los enfermos periódicos, con los enfermos en estado de remisión? La ley obliga a instruir al mes el expediente de reclusión (Real orden de La Cierva).

Una vez pasado el período de observación el enfermo, cuya familia ha organizado ya el citado expediente, queda en el manicomio en calidad de recluso definitivo «porque no hay que demorar la incoación del expediente judicial, para no tener en observación sujetos enfermos más tiempo del exigido por la ley, y sin declarar su incapacidad mental de un modo competente». Pero lo extraordinario es el procedimiento de que la ley se vale para determinar la incapacidad mental. Ello requiere cierta atención. Al tramitar el expediente de reclusión definitiva, el juez se presenta en el establecimiento y, después de exigir a los médicos la ratificación de su firma decide por sí solo si hay o no lugar a la reclusión. Esto es motivo de que el juez a veces no acepte el criterio médico, no porque vea en la actitud de los médicos un engaño, sino porque para él no está el sujeto lo suficientemente loco para privarle de libertad, único objeto que, según su punto de vista jurídico, puede tener la estancia del enfermo en el establecimiento. La conducta del juez no es censurable, ya que se limita a cumplir con la ley, que tácticamente le concede autoridad psiquiátrica para decidir en tan complejas cuestiones.

El absurdo es patente; ¿cómo es posible que un profano, fuera de los casos demenciales finales, pueda en unos minutos de conversación decidir la indicación de la reclusión, si ni aun le es dado interpretar los signos somáticos de las psicosis?

Se ha dado el caso de que un juez suspenda la tramitación de un expediente de esta naturaleza, convencido de los alegatos de un paranoico litigante. En estos choques se aprecia claramente la oposición del concepto médico frente al jurídico. El juez lleva el prejuicio de la reclusión ilegal, que es el de la ley, y es lógico sea consecuente con él.

Por lo tanto, el segundo término del art. 1.º debe ser sustituido por el de reclusión, con objeto de curación o asistencia. El término de reclusión definitiva debe ser completamente desterrado de la ley. Claro está —no debemos dejar de advertirlo— que el médico pueda dar de alta al recluso definitivo por curación o mediante una licencia como ensayo. Pero aquí nos encontramos con otro concepto, el concepto de curación, diferente para el psiquiatra y para el jurisconsulto, que merece ser aclarado en la ley para evitar incidentes. En psiquiatría las curaciones absolutas, completas, son raras, la mayor parte son curaciones incompletas, remisiones, y es muy difícil determinar en muchos casos cuándo comienzan. Así que el médico puede faltar a la ley si cree necesario dar un alta precoz, es decir, libertar un enfermo que continúa siéndolo. Esto es de gran importancia actualmente, ya que este es uno de los puntos discutidos en algunos países, favorable para algunas psicosis (la esquizofrenia).

Las altas dependen lógicamente del concepto de la reclusión. Las altas deben darse a los enfermos admitidos en observación una vez terminado el período de observación, sea o no enfermo mental. En razón de esto el período de observación que marca la

ley debe reducirse a seis meses como máximo; un año en observación es demasiado y lleva consigo numerosos perjuicios para el sujeto objeto de observación.

El enfermo admitido con objeto de tratamiento médico será dado de alta cuando, a juicio del médico, ésta deba tener lugar. Podría objetarse que si la ley se modificara en este sentido quedaría la puerta abierta a toda clase de irregularidades, y fácilmente un médico de poca conciencia retendría a sus asilados el tiempo que creyese necesario para alcanzar sus malos fines. A esto contestaríamos que es muy fácil evitarlo mediante la inspección de los manicomios por un personal competente, especializado, que rápidamente, y teniendo a la vista el historial del enfermo, decidiría sobre la existencia de la irregularidad. Inspección que, como veremos más adelante, exige una organización muy diferente de la que actualmente poseemos.

Las formalidades que la ley exige para el ingreso del enfermo mental deben facilitarse todo lo posible. Así no creemos necesario que el certificado vaya firmado por dos médicos, con uno solo basta; pero debe ser todo lo contrario de lo que hasta la fecha viene siendo. Teóricamente parece irreprochable esta medida, pero en la práctica —ya al principio lo hemos indicado— para nada sirven estos documentos, fuera de su función formalista, tal como vienen redactándose. La mayor parte de ellos son defectuosos e incompletos. Todo médico, ordinariamente, se cree obligado, al redactar uno de estos documentos, a estampar un diagnóstico escueto, o se limita al tópico: alienación mental⁵. Esto no debe continuar así. El ob-

jeto del certificado es demostrar la existencia de la alteración mental y los motivos que indican la reclusión, o en los casos dudosos la necesidad de la observación. Pero para que puedan ser aprovechados los datos por el médico del manicomio para el estudio del caso. Limitarse a un diagnóstico cuando, como ocurre con frecuencia, sólo se ha visto el enfermo unas cuantas veces, es, francamente, comportarse de un modo anticientífico, y sobre todo antipsiquiátrico. El certificado del médico de cabecera debe ser un auxiliar del médico de manicomio. Mientras en nuestro país el médico se vea obligado oficialmente a ignorar la psiquiatría, muy difícilmente alcanzarán estas relaciones el grado de eficiencia que deben tener. El único modo, quizás, de obviar este grave inconveniente sería la publicación de un cuestionario oficial, cuyas respuestas llenaría el médico de cabecera, redactado con toda claridad, procurando darle un carácter elemental. Este cuestionario, firmado por el médico, sustituiría al certificado. Un modelo del mismo no deberá ser publicado sin oír la opinión de los psiquiatras. Igualmente es necesario que la policía, los Tribunales de justicia faciliten cuantos datos crea indispensable el psiquiatra para el estudio de la personalidad de sus enfermos; así como los registros civiles y parroquiales deben auxiliar a la investigación del psiquiatra en aquellos puntos que necesite aclarar.

Estas dificultades que, tanto para el ingreso como para la salida del manicomio engendra la ley, poseen cierta universalidad. Aun en aquellos países cuya psiquiatría práctica se halla en mayor grado de florecimiento —Alemania, por ejemplo—, es

⁵ Numerosos son los diagnósticos pintorescos que pudiéramos citar aquí; recordemos tan solo que, al histerismo y la neurastenia, se acoge la generalidad, y úl-

timamente la esquizofrenia parece llevar la preferencia. No es infrecuente la aplicación de neologismos correspondientes a clasificaciones inéditas.

este uno de los puntos más tenazmente combatido por los psiquiatras.

Actualmente en este país se discute ampliamente un proyecto de reforma de la asistencia a los enfermos mentales, propuesto por Kolb⁶, correspondiendo, *mutatis mutandis*, parte de sus *desiderata* a nuestras necesidades. Pero por otra parte, desgraciadamente, nos hallamos tan alejados de la organización de la psiquiatría práctica alemana, que sería pueril el intento de su aplicación total como modificación de nuestro embrionario sistema; el salto es demasiado brusco. Sin embargo, el proyecto puede servirnos como modelo ejemplar, al cual deben acercarnos nuestros esfuerzos.

Como argumento favorable a la crítica que de las leyes españolas acabamos de hacer, creemos interesante transcribir los puntos esenciales de la reforma de Kolb. Este autor resume sus proposiciones como sigue:

El ingreso en el manicomio debe ser tan fácil y rápido como en cualquier hospital.

El manicomio no debe diferenciarse en lo más mínimo de un hospital.

Tanto en el momento del ingreso, como durante la estancia del enfermo en el establecimiento, y aun después de su salida de él, una bien organizada protección legal velará por asegurarle, mediante medidas en consonancia con su estado, la aproximación a sus condiciones normales de vida anteriores.

La salida se facilitará todo lo posible en todos los casos, en los cuales la seguridad de los demás y del propio enfermo pueda alcanzarse fuera del tratamiento o asistencia manicomial; igualmente se facilitará el reingreso rápidamente en el establecimiento de todos los casos apropiados que esta posibilidad se presente.

Para los enfermos dados de alta, principalmente para aquellos que no fueron tratados en un establecimiento, se organizará una segura protección legal, que les proporcione asistencia pública, aconseje, atienda sus reclamaciones y les socorra.

La aplicación de estas proposiciones lleva consigo una organización muy complicada, cuyas dificultades serían aún mayores en nuestro país. Primeramente se exige la formación de un sistema de protección que vele por el enfermo, no sólo desde un punto de vista meramente humanitario, sino psiquiátrico; por tanto su inspección alcanza evitar la prolongación del enfermo en el establecimiento y, ya fuera de él, intentar colocarle en condiciones semejantes o aproximadas a las de su vida anterior. Esto es de suma importancia y constituye, a juicio nuestro, el punto esencial de una buena asistencia. A la experiencia de todo médico de manicomio, español o extranjero, pertenece el hecho frecuente de la imposibilidad de dar de alta determinados enfermos, a consecuencia de su peligrosidad. De aquí las continuas quejas e incidentes con el propio interesado, que, al prolongarse su estancia, pugna por salir, suplicándonoslo a todas horas. Estos casos son —como muy acertadamente observa Kolb— los que llevan a la conciencia del pueblo que el manicomio es una cosa intermedia entre el presidio y el hospital. Además, la prolongada estancia de estos enfermos en los manicomios dificulta la buena marcha de los

⁶ KOLB, «Reform der Irrenfürsorge», *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, (Orig.), vol. 47, p. 137. Véase además: KOLB, «Inwieweit sind Aenderungen im Betriebe der Anstalten geboten?», *Psych. Neurol. Wochenschr.*, año 22, pp. 133, 149, 155; WAUSCHKUNN, «Zur Reform der Irrenfürsorge», *Psych. Neurol. Wochenschr.*, año 21, p. 121; BERZE, «Schlussätze zum Referate Kolbs Reform der Irrenfürsorge», *Verein f. Psych. u. Neurol. de Viena*, 14-28 oct. y 11 nov. 1919.

mismos, siendo un pesado lastre económico, perjudicial para el resto de la enfermería.

Naturalmente –añade el autor que comentamos–, también en lo futuro debe atender al bienestar de la comunidad protegiéndola de los peligros del enfermo en libertad, pero esta 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 especializada extramanicomial.

No creemos muy alejado de nuestra realidad pretender para nosotros algo similar: la creación de una *liga psiquiátrica oficial de protección* al enfermo mental.

Esta Liga velaría, ya que nuestra dolorosa realidad así lo exige, en primer lugar, por la modernización de nuestros manicomos; pero, al mismo tiempo que atiende a las necesidades puramente materiales, comenzará, aun antes de lograr la reforma de los establecimientos, por organizar la protección del enfermo mental en su más amplio concepto. Para esta protección son necesarias tres cosas (Kolb, loc. cit., p. 143):

1.^a La organización de un tribunal de protección.

2.^a La organización de la asistencia extramanicomial; sin ésta, la labor del primero sería imposible y no tendría ningún valor práctico, ya que al dar de alta un enfermo sin tener un sitio responsable donde enviarle no sería posible.

3.^a El nombramiento de una personalidad con autoridad psiquiátrica en inmediata relación con el manicomio donde estuvo el enfermo y con los restantes, así como con la asistencia extramanicomial.

Es necesario añadir a estos tres puntos de Kolb algunos más que nuestra deplorable asistencia actual exige. Así, en lugar de

procurar como dice Kolb combatir el recelo del pueblo al manicomio, debemos nosotros al mismo tiempo cuidar de la buena organización interior de estos establecimientos. Para lo cual *deberán ser nacionalizados* todos los destinados al tratamiento de enfermos mentales pobres subarrendando el Estado a los particulares la sección correspondiente, si su estado económico no le permite rescatarlos, y efectuar en ellos cuantas mejoras exige la psiquiatría moderna; no tomando ninguna iniciativa sin oír antes la opinión de los especialistas que constituyen la Liga.

A juicio nuestro este es el medio más rápido. No se nos ocultan ciertamente sus desventajas; pues de todos es sabido que para mayor vergüenza nuestra los establecimientos oficiales (provinciales) que poseemos, se hallan en condiciones de absoluta inferioridad respecto de los particulares. No obstante, y para obviar los abusos e irregularidades de los intermediarios laicos del Estado, esta Liga tendrá amplia autonomía y autoridad para llevar a cabo con todo rigor su cometido. La reforma de la organización manicomial supone un gasto considerable; pero, como la existencia del establecimiento privado para enfermos pudientes debe subsistir, el Estado puede subvencionar a éstos en la medida necesaria para la reforma y el sostenimiento de sus secciones de enfermos indigentes. (La subvención o cuota que por cada enfermo abonan las Diputaciones provinciales a los establecimientos privados es insuficiente para la alimentación ¿cómo extrañarse del estado de abandono de la indumentaria, menaje, etc., atendido sólo por caridad?). Primordialmente es este un asunto económico. Nada podría alcanzarse aun contando con un nutrido personal de competencia suma sin medios económicos suficientes. La téc-

nica manicomial moderna es cara⁷, extraordinariamente costosa; las secciones de enfermos agitados suponen un gasto considerable; abundancia enorme de agua, de ropas, de productos químicos, de carbón, etc. Una compensación, sin embargo, puede haber: la instauración de ciertas industrias o explotaciones agrícolas que, además de proporcionar un beneficio al enfermo –terapéutica del trabajo–, son un auxilio económico indudable. Con los medios actuales de algunos, muy pocos, de nuestros establecimientos privados más florecientes pudieran ser intentadas, a manera de ensayo, estas mejoras.

El problema de la organización manicomial comprende, además, un punto muy importante: *el personal médico*. Respecto de él no nos hallamos en condiciones de mejorarlo, sino aunque sea dolorosa la confesión, debemos crearlo. Nada significa que tal cual manicomio cuente con algún médico competente, para que el resto, a pesar de su buena fe, se halle en condiciones de inferioridad para el cargo. La psiquiatría requiere una enseñanza que nosotros, médicos españoles, no recibimos en nuestra Patria; y los interesados por esta disciplina hemos tenido que sufrir las amarguras de la expatriación para lograrla, junto con numerosos sinsabores suscitados, al regreso, por la incomprensión del medio. No vamos a insistir sobre este punto sobradamente re-

conocido por cuantos se han ocupado del asunto. Hasta que la enseñanza de la psiquiatría en España sea un hecho, démonos por satisfechos si cada manicomio es dirigido por un psiquiatra, el cual, si es consciente de su responsabilidad, procurará educar a sus subalternos. En este sentido, privadamente, puede aún hacerse mucho. Pero si nada podemos hacer por la calidad, sí nos es dado exigir un aumento del personal médico que, bien dirigido, algo significaría. No olvidemos que, ante todo, se precisa la instauración de lo más inmediatamente práctico: la asistencia elemental; y que aun alcanzando en ésta un mayor grado de progreso, sólo al cabo de largo tiempo nos hallaremos en condiciones propicias para la investigación científica. Por lo tanto, cada establecimiento *contará, por lo menos, con un médico encargado de un grupo de cien enfermos, que dependerá de un director facultativo*. Al tratar del personal médico se ha hablado de la organización de laboratorios anejos a los establecimientos –laboratorios serológicos, histopatológicos, químicos y psicológicos–. Este es un ideal para cuya realización tropezaríamos con la falta de personal competente. Es suficiente que cada establecimiento cuente de principio con un laboratorio clínico para lo más esencial; luego, según las necesidades del personal, y sobre todo según su vocación, se crearán los necesarios. Hay que evitar caer en el vicio nacional que malgasta el dinero en costosas instalaciones que aun esperan al técnico competente. Recientemente hemos tenido ocasión de ver en un Centro oficial una espléndida colección de aparatos de psicología experimental cuidadosamente encerrados en un pomposo Museo.

La reorganización del personal médico que el proyecto de Kolb reclama es inaplica-

⁷ En 1890 gastaban los Estados Unidos de América 10.595.567 dólares en la asistencia a sus dementes, y en 1903 ascendió esta cifra a 21.329.228 para los establecimientos públicos; suponiendo otro tanto para los establecimientos privados, se llegaría a los 40 millones de dólares para 151.000 enfermos mentales. Véase: N. ACHÚCARRO, «Psiquiatría en los Estados Unidos de América», *Rev. clín. de Madrid*, volumen II, p. 161.

ble hoy en nuestro país⁸. Alemania cuenta con un cuerpo de médicos de manicomio cuyos defectos han motivado la reforma, de naturaleza muy diferente a la nuestra. Últimamente se ha propuesto por los médicos catalanes encargados de la inspección de manicomios de su provincia el sistema de oposición como medio selectivo del personal médico; discrepamos en absoluto de este criterio. El sistema de oposición no seleccionaría el personal más apto, sino aquel más hábil en la técnica de la oposición; además, ¿dónde encontrar la competencia para juzgar a los aspirantes? Y por otra parte, hay que tener muy presente que el médico de manicomio no se hace con los libros, sino en la labor diaria del manicomio. La creación de un Cuerpo de médicos de manicomio, aun continuando la organización manicomial actual, es posible. Ahora bien, lo que hace falta son médicos que quieran aprender en número suficiente para llegar a formar en poco tiempo un Cuerpo numeroso. Mientras los manicomios cuenten con un solo médico, o cuando más con dos médicos subalternos para atender cientos de enfermos, poco podrá hacerse; en cambio al aumentar su número y despertarse entre ellos la concurrencia ya sentirán la necesidad de la enseñanza y del estudio, y ellos mismos obligarán al director moroso a proporcionársela.

⁸ Esta reorganización se refiere, casi exclusivamente, a la asociación médica, desde el punto de vista social. Véase: O. REHM, «Aertzliche Organisation der Irrenanstalt», *Muench. med. Wochenschr.*, 1920, núm. 21; U. VOLLRATH, «Bemerkungen zu den Rehmschen Vorschlaegen», *Psych. neurol. Wochenschr.*, año 22, p. 110; KOLB, «Die aertzliche Dienst in den öffentlichen Irrenanstalten», *Ibidem*, año 22, 1/24; E. HOLUB, «Die Aertztefrage in den Irrenanstalten», *Ibidem*, año 22, p. 201; U. VOLLRATH, «Zur Psychologie der Standesfragen», *Ibidem*, año 22, p. 300; REIN, «Standesfragen», *Ibidem*, año 22, pp. 216 y 237.

Las necesidades de la técnica manicomial moderna exigen, además, un personal auxiliar de enfermeros lo suficientemente ilustrado para poder comprender fácilmente los mandatos médicos. El programa exigido actualmente en la Facultad de Medicina para el enfermero general es suficiente, porque todo buen enfermero puede ser buen enfermero para enfermos mentales. Sin embargo, deberá añadirse a este programa algunas lecciones de psiquiatría práctica. Como modelo de prontuario para este objeto puede servir el muy excelente tratado de Scholz, *Leitfaden für Irrenpfleger*, el más completo de cuantos conocemos.

Ningún manicomio, por tanto, público o privado, laico o religioso, admitirá como enfermero a ningún sujeto que no lo sea de profesión y tenga su título. La Liga para la defensa del enfermo mental vigilará cuidadosamente las irregularidades en este sentido.

En resumen, esta Liga deberá constituirse fundamentalmente como sigue⁹:

A. Dependerá del Ministerio de Gobernación, siendo los cargos de su *Comité Directivo* absolutamente gratuitos.

B. Este Comité estará formado por personas de autoridad psiquiátrica reconocida y nombrados por vocación de los miembros que integren la Liga.

C. Para pertenecer a la Liga es necesario ser médico psiquiatra. Sin embargo, podrán ser admitidos en ella cuantos se interesen por la psiquiatría y sean autores de trabajos serios relacionados con esta disciplina; y

D. La Liga celebrará reuniones mensuales ordinariamente, pudiendo convocar

⁹ El autor ruega a cuantos se interesen por esta idea dirijan su adhesión personal a los ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGÍA, indicando su dirección.

el *Comité director* reuniones extraordinarias cuando la urgencia de ciertos asuntos de difícil solución exija la cooperación de todos.

Si esta Liga, cuyo esbozo acabamos de hacer, llegara a entrar en vías de realización, será necesario evitar caiga en los errores y defectos de las agrupaciones españolas al uso. El pertenecer a ella no significará un honor ni un título más, sino una obligación penosa, que exigirá trabajo y estudio. Aquel que no sienta intensamente un sincero deseo de mejora y de progreso para la psiquiatría práctica española, y sólo le merezcan estas cuestiones curiosidad *diletante*, a pesar de toda la gloria que en otras disciplinas haya alcanzado, más le vale permanecer lejos de nosotros y dejarnos trabajar, que de este modo su ayuda sí será eficaz. Así, pues, encarecidamente rogamus a

todos cuantos de psiquiatría se ocupan en España su colaboración y su opinión, que si algo puede obtenerse en beneficio de la psiquiatría en España, útil, moderno y científico, debe ser obra nuestra y pasar por nuestra severa censura, con objeto de evitar la influencia, siempre nefasta, de la pedantería oficiosa de nuestros aficionados a la medicina social, contra los cuales, fatalmente, tendremos que luchar¹⁰.

¹⁰ El Dr. Fernández Sanz –cuya conferencia de la R. A. de Medicina he tenido ocasión de leer durante la impresión de este trabajo, escrito hace tiempo–, propone la creación de una *Liga* que, si diferente en su estructura, lleva idénticos fines que la propuesta por mí. Por causas ajenas a mi voluntad, y el presente artículo ya compuesto, no me ha sido posible, igualmente, recoger en estas páginas y analizar con la extensión debida las aportaciones al tema aquí tratado por los Sres. Mesonero Romanos, Sanchiz-Banús, Juarros, Fortún, Camino y Fernández Victorio.