

# El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España (\*)

RAFAEL HUERTAS (\*\*)

## SUMARIO

Introducción. 1.—Los principios doctrinales de la Higiene Mental. 2.—La profilaxis mental y la estructura asistencial. 3.—La sanción legislativa del nuevo modelo.

## RESUMEN

En el presente trabajo se analiza el papel de la Higiene Mental en la definición de un nuevo modelo de atención psiquiátrica que, incorporando principios de profilaxis y Salud Pública, pretendió la superación del viejo paradigma manicomial. Se estudian las principales propuestas teóricas y organizativas generadas en España durante los años veinte, tanto en el núcleo catalán como en el madrileño, así como su principal traducción legislativa, contenida en el intento de reforma psiquiátrica de la Segunda República.

BIBLID [0211-9536(1995) 15; 1933-209]

Fecha de aceptación: 31 de enero de 1994

## INTRODUCCIÓN

Como es de sobra conocido, los primeros intentos de transformación

---

(\*) Trabajo realizado en el marco del Proyecto de investigación n.º H045/91 del Plan regional de investigación de la Comunidad Autónoma de Madrid.

(\*\*) Doctor en Medicina, es Colaborador Científico en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Departamento de Historia de la Ciencia. Centro de Estudios Históricos (CSIC). C/ Duque de Medinaceli, 6. E-28014 Madrid.

de la asistencia psiquiátrica —de superación del modelo manicomial— no tuvieron lugar en España hasta la tercera década del presente siglo. Intentos y experiencias, tan heroicos como efímeros, que suponen no sólo importantes antecedentes históricos sino innegables puntos de referencia para quienes, con posterioridad, han desarrollado un pensamiento crítico y alternativo a un modelo de asistencia psiquiátrica que, todavía en 1980, era considerada, incluso desde instancias oficiales, «preferentemente benéfica, custodial, defensiva de la sociedad y segregada de la Asistencia Sanitaria General (...). Hasta el momento actual se ha dedicado muy escasa consideración a aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitadores y epidemiológicos, en contraste con la creciente morbilidad psiquiátrica» (1).

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

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

---

(1) La cita corresponde a un Informe técnico firmado por los Dres. Sanz, Navarro, Soria y Santo Domingo y elaborado a instancias de la Dirección General de Sanidad. Tomado de RENDUELES, G. (1980). La psiquiatría asilar española. In: González Chávez, M. (ed.), *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*, Madrid, Mayoría, pp. 131-149 (p. 131).

la Psiquiatría hacen de ésta una disciplina comprometida críticamente con la realidad» (2).

Pensamiento y prácticas de indudable atractivo que han sido objeto de estudio desde diversas perspectivas. Josep M.<sup>a</sup> Comelles ha abordado el caso catalán con especial lucidez al relacionar la política asistencial con el nacionalismo y con los compromisos corporativos de los psiquiatras catalanes (3), mientras que José Antonio Espino ha estudiado lo que quiso ser la reforma psiquiátrica republicana basándose fundamentalmente en sus primeros textos legislativos (4). Por mi parte, y en un intento de completar las susodichas aportaciones, me centraré en el análisis de las teorizaciones sobre el nuevo «modelo» que tales iniciativas plantearon, prestando especial atención al papel que la higiene mental jugó en estos primeros intentos de transformación del dispositivo asistencial psiquiátrico en España.

## 1. LOS PRINCIPIOS DOCTRINALES DE LA HIGIENE MENTAL

Las ideas sobre Higiene Mental en nuestro país fueron tributarias, aunque con matizaciones importantes, de dos focos considerados fundamentales en el nacimiento y desarrollo del movimiento pro-Higiene Mental en el mundo, por un lado, el que partiendo de la obra y los esfuerzos de Clifford W. Beers tiene lugar en Estados Unidos a comienzos del presente siglo (5), con la creación de las primeras sociedades de Higiene Mental y,

- 
- (2) GARCÍA, R. (1992). El estado actual de la cuestión psiquiátrica en España. In: F. Álvarez-Uría (ed.), *Marginación e Inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*, Madrid, Endymión, pp. 173-190 (p. 181).
- (3) COMELLES, J. M. (1988). *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona, PPU, 290 pp.
- (4) ESPINO, J. A. (1980). La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial. *Estudios de Historia Social*, 14, 59-106. También ESPINO, J. A. (1987). La reforma psiquiátrica de la II República. In: R. Huertas, A. I. Romero y R. Álvarez (eds.), *Perspectivas psiquiátricas*, Madrid, CSIC, pp. 221-230.
- (5) Una visión general del movimiento de Higiene Mental a comienzos de este siglo en Estados Unidos puede encontrarse en ROSEN, G. (1968). *Madness in Society*, London, Routledge; en especial el capítulo titulado «Public Health and mental Health», pp. 263-328 (pp. 303-377 de la edición española publicada por Alianza en Madrid, 1974). También WINTERS, E. (1969). Adolf Meyer and Clifford Beers, 1907-1910. *Bulletin of the History of Medicine*, 43, 414-443.

por otro, el que, encabezado por Edouard Toulouse en Francia, dio lugar no solo a la fundación de la Liga de Higiene Mental francesa sino al inicio de reformas asistenciales en el continente europeo basadas en las «puertas abiertas» (6); ambos autores —Beers y Toulouse— son, sin duda, los más citados por los teóricos españoles aunque su discurso no llega a ser una transposición mimética de las propuestas extranjeras. Los objetivos globales del movimiento de Higiene Mental, formulados por Henry B. Favill en 1909, y cifrados en «ante todo organizar la asistencia post-manicomial del enfermo mental, después educar al pueblo sobre lo que es la enfermedad y el enfermo mental y finalmente atacar el problema legislativo para modificar y orientar científicamente su asistencia» (7), son asumidos por la mayoría de nuestros psiquiatras pero adaptando las propuestas concretas a las especiales condiciones que la realidad asistencial y social española imponía.

Sin duda, una de las elaboraciones más serias y precoces que plantearon en España la necesidad de la reforma psiquiátrica apuntando algunos de los elementos básicos sobre la que ésta debía apuntalarse, fue un artículo de José M.<sup>a</sup> Sacristán titulado «Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España» y publicado en los prestigiosos *Archivos de Neurobiología* en 1921 (8). En él puede apreciarse, por primera vez, un talante integrador en el que la preocupación por el deterioro de los asilos

- 
- (6) Sobre los servicios de puertas abiertas en Francia, puede verse HUERTAS, R. (1989). Edouard Toulouse y el servicio psiquiátrico de «puertas abiertas». *Asclepio*, 41 (1), 261-280; (1992). *Del Manicomio a la Salud Mental. Para una historia de la psiquiatría pública*, Madrid, FISSS.
- (7) Este «Programa» de lo que debería perseguir la Higiene Mental es recogido por SACRISTÁN, J. M.; GERMAIN, J. y RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1939). *Psiquiatría Práctica e Higiene Mental (Impresiones de un viaje a los Estados Unidos)*. *Archivos de Neurobiología*, 10, 327-415 (p. 339).
- (8) La importancia de esta revista como punto de referencia indiscutido de todo el movimiento psiquiátrico español de preguerra ha sido puesto de manifiesto por varios autores. Cf. MARTÍNEZ PARDO, F. (1978). *La neuropsiquiatría española vista a través de Archivos de Neurobiología*, Madrid, Suplemento de *Archivos de Neurobiología*. También MONASTERIO, F. (1987). *Lafora y los Archivos de Neurobiología*; y GUTIÉRREZ, D. (1987). *Archivos de Neurobiología* en su segunda época; ambos publicados en HUERTAS; ROMERO; ÁLVAREZ (eds.), *op. cit.*, nota 4, pp. 231-242 y pp. 243-255, respectivamente.

no impide la consideración de otros aspectos de la intervención psiquiátrica hasta entonces olvidados o relegados: «... no es solo el estado de nuestros manicomios lo que exige una urgente reforma, sino todo cuanto se refiere a la asistencia psiquiátrica en su más amplio concepto. El problema es, por lo tanto, más complejo y ocupa, dentro de las cuestiones sanitarias nacionales, uno de los primeros lugares por su enorme trascendencia social» (9).

Desde este planteamiento, y desde el convencimiento de que «En España el Estado ha desatendido siempre sus más elementales deberes psiquiátricos» (10) —entre los que incluye no solo la asistencia, sino también la profilaxis, la eugenesia, la psiquiatría aplicada a la enseñanza, etc.—, lanza una primera premisa básica a la que debe supeditarse cualquier propuesta concreta de reforma: «el Estado es el único que debe ocuparse de un modo inmediato de la asistencia a sus enfermos mentales» (11).

A partir de esta premisa básica se pretende superar el viejo manicomio decimonónico, medicalizando convenientemente los asilos y estableciendo estructuras de prevención y de seguimiento del paciente dado «oportuna-mente de alta». Elementos provenientes de la Salud Pública empezarán a propugnarse en el marco de la asistencia psiquiátrica, de modo que a los servicios «libres» o de «puertas abiertas», a los dispensarios psiquiátricos y a la atención domiciliaria con fines preventivos, se añadirán las propuestas de creación de Ligas de Higiene Mental, dada la «urgente necesidad de elevar el nivel de la cultura psiquiátrica, popularizar las normas terapéuticas y los éxitos curativos, disipar las leyendas de secuestración y tortura que pesan sobre los servicios de alienados dando más fácil entrada en ellos a la mirada y crítica populares» (12).

---

(9) SACRISTÁN, J. M. (1921). Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España. *Archivos de Neurobiología*, 2, 1-15 (p. 1).

(10) *Ibidem*.

(11) *Ibidem*, pp. 1-2. La frase no es suya sino del mismísimo Kraepelin y está tomada, como el propio Sacristán indica, de una conferencia que pronunció en 1900 sobre *Die psychiatrischen Aufgaben des Staates*.

(12) TORRAS, O. (1923a). Las modernas orientaciones de la asistencia a los enfermos mentales. *Psiquiatría*, 2 (1), 21-27 (p. 25). Los artículos que Oscar Torras, subdirector del Instituto Mental de la Santa Cruz en los años veinte, publicó en la revista

No entraré, por no ser el objetivo de este ensayo, en los avatares por los que pasó la creación de la Liga de Higiene Mental en España que, aunque repetidamente citada en múltiples trabajos, sigue constituyendo una laguna historiográfica importante digna de un estudio monográfico pormenorizado. Apuntaré, sin embargo, que la Liga de Higiene Mental se creó en España por Real Orden de 25 de enero de 1927 con el objetivo de «estudiar y proponer la adopción de medidas sanitarias que tiendan a conseguir la profilaxis de la locura, que mejoren la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y que condensen las reglas más indispensables de la higiene mental individual» (13). Hasta 1930, momento en que la Liga se constituye oficialmente, desarrolló sus actividades en el seno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y entre 1927 hasta 1935 organizó sistemáticamente Reuniones y Semanas de Higiene Mental destinadas a la divulgación de los problemas psiquiátricos con el objetivo fundamental de popularizar los conceptos y, sobre todo, la necesidad de una reforma psiquiátrica en profundidad (14).

Con todo, las elaboraciones acerca de cómo debe orientarse la profi-

---

*Psiquiatría* a lo largo de 1923 y 24, constituyen, a mi juicio, una excelente síntesis de lo que en aquella época conformaban las líneas fundamentales de un nuevo modelo de servicios psiquiátricos. Otras aportaciones dignas de tenerse en cuenta en el ámbito catalán son las de BUSQUET, T. (1925). Organización técnica de los servicios provinciales de dementes. *Psiquiatría* 4 (1), 1-19; (1927). *La asistencia a los psicópatas en Suiza, Alemania y Francia. Plan de organización de los servicios en la provincia de Barcelona*, Barcelona, Diputación Provincial; (1928). *La lucha contra los trastornos del espíritu. Higiene Mental Popular*, Barcelona, Librería Catalonia, 211 pp. Con todo, conviene tener presente que la Higiene Mental en Cataluña se desarrolló fundamentalmente en su vertiente pedagógica —de pedagogía especial y de protección a la infancia desvalida—, tendencia presente ya en los proyectos de la Mancomunitat de 1921 y 1923, que culminó con la creación del Institut Médico-Pedagògic y, más tarde, del Institut per Deficients de Vilajoana. Cf. COMELLES (1988), *op. cit.*, nota 3, p. 127.

- (13) La Orden apareció en la *Gaceta* del 27 de enero de 1927 y el texto citado pertenece al artículo 1.º.
- (14) SAFORCADA, M.; MIRA, E.; RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1926). Asociación Española de neuropsiquiatras. Proyecto de creación de la Liga de Higiene Mental. *Archivos de Neurobiología* 6, 163-178. Es de interés, a este respecto, el reciente trabajo de BERTOLIN, J. M. (1993). Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la España contemporánea del periodo de 'entresiglos'. *Asclepio*, 45 (1), 189-215.

laxis mental en la España de los años veinte son abundantes y a veces muy proliferas (15), pero básicamente se centran en cuatro puntos fundamentales que son bien resumidos, ya en el año 23, por O. Torras en uno de sus trabajos sobre el dispositivo asistencial psiquiátrico. En primer lugar, la lucha contra la herencia morbosa y, consecuentemente, la aplicación de medidas eugénicas que impidan la perpetuación de las patologías hereditarias (16); labor ésta que aunque «incumbe principalmente a la higiene general, es deber del Psiquiatra procurar su más exacto cumplimiento en el terreno mental» (17).

En segundo lugar, cuando esta profilaxia hereditaria no haya sido factible, se hace necesario diagnosticar la predisposición a la enfermedad mental; diagnóstico que todavía pretende hacerse, siguiendo una tradición somaticista muy arraigada en psiquiatría desde el último tercio del siglo XIX (18),

- 
- (15) Además del ya comentado artículos de SACRISTÁN (1921), *op. cit.*, nota 9., en el que se propone la creación de una «liga psiquiátrica oficial de protección al enfermo mental», el núcleo de psiquiatras catalanes desarrolló a lo largo de los años veinte una campaña en pro de la Higiene Mental que tuvo como principal órgano de expresión la *Revista Médica Barcelonesa*. Son de destacar, además de numerosos editoriales, los artículos de RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1929). La cruzada pro-Higiene Mental en España. *Revista Médica Barcelonesa*, 11, 193-195; (1932). La Higiene Mental en Catalunya. *Revista Médica Barcelonesa*, 18, 425-427. Este mismo autor comenta, años más tarde, su visión de aquel momento en RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1973). Orígenes del movimiento pro-Higiene Mental en España. *Anales de Medicina y Cirugía*, 13, 110-118. Otro importante aliciente para la puesta a punto del discurso de la Higiene Mental en España fue la Celebración del Congreso de Higiene Mental de 1930 en Washington, que generó grandes expectativas y que favoreció la formación de comisiones de trabajo para preparar la participación española en el mismo. Sobre este último, tres de sus participantes ofrecieron un amplio informe en SACRISTÁN; GERMAIN; RODRÍGUEZ ARIAS (1930), *op. cit.*, nota 7.
- (16) Sobre el movimiento eugénico en España, véanse los trabajos de ÁLVAREZ, R. (1985). Introducción al estudio de la eugenesia española (1900-1936). *Quiju*, 2 (1), 95-122.; (1987). Herencia, sexo y eugenesia. In: Huertas; Romero; Álvarez (eds.), *op. cit.*, nota 4, pp. 205-218; (1988). Eugenesia y control social. *Asclepio*, 40 (2), 29-80.
- (17) TORRAS, O. (1923b). Los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia. *Psiquiatría*, 2, (4), 22-29 (p. 23).
- (18) Sobre el proceso de somatización de la enfermedad mental en este periodo, puede verse ÁLVAREZ, R.; HUERTAS, R.; PESET, J. L. (1993). Enfermedad mental y sociedad en la Europa de la segunda mitad del siglo XIX. *Asclepio*, 45 (2), 41-60.

mediante la identificación de los estigmas de la herencia tanto físicos como morales. Esta búsqueda de estigmas, junto a más novedosos modos de diagnóstico basados en investigaciones y reacciones psico-fisiológicas, deberán ser llevados a cabo mediante la penetración de los técnicos en el medio social o, dicho de otro modo, mediante un tipo de actuación psiquiátrica que no se limitaría a tratar patologías declaradas sino que tendría como objetivo «atacar al lobo en su misma guarida, e inclinar hacia la consulta médica las individualidades morbosas, sin esperar su acto de presencia, para asegurar posteriormente en cada caso la aplicación de medidas profilácticas» (19).

En tercer lugar, si estas medidas de detección y actuación sobre el «predispuesto» fallan y la enfermedad mental hace su aparición, el tratamiento adecuado y precoz en instituciones pertinentes se impone, para, finalmente, en último lugar y como elemento considerado de muy especial importancia en la profilaxis mental, se contempla la readaptación social del convaleciente, al que «hay que rodear (...) de ciertos cuidados higiénicos principalmente de índole mental y asegurarle la adopción de medidas profilácticas para evitar la recaída», concluyendo que «Nunca [fue] más interesante el papel del higienista que para impedir las repeticiones de accesos morbosos, tan frecuentes en la práctica psiquiátrica» (20).

## 2. LA PROFILAXIS MENTAL Y LA ESTRUCTURA ASISTENCIAL

Este nuevo modelo de actuación precisaba una red de establecimientos que permitieran cumplir los mencionados objetivos preventivos. De este modo, junto a la ya comentada reorganización de los servicios manicomiales, se imponía la necesidad de crear organismos nuevos dirigidos a la profilaxis de los trastornos mentales; a saber: los servicios «libres», los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia.

En cuanto a los primeros, la vieja tradición del *open-door* escocés y, sobre todo, experiencias francesas como las del Hospital Henri Rouselle de París o la de Fleury-les-Aubres, son elogiadas por algunos autores españoles

---

(19) TORRAS (1923a), *op. cit.*, nota 12, p. 23.

(20) *Ibidem*, p. 24.



que ven en los servicios de «puertas abiertas» la manera de superar las estrictas formalidades legales exigidas para la admisión de pacientes en los manicomios. Así, para Oscar Torras, «Debe entenderse por servicios libres psiquiátricos los destinados al tratamiento y asistencia apropiados de los enfermos mentales, en locales o establecimientos especiales, donde el ingreso y salida no están supeditadas a normas legales, sino a la voluntad del paciente y a las necesidades terapéuticas» (21).

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

Prácticamente todos los psiquiatras de la época con vocación reformadora insisten en los impedimentos legales con que han de enfrentarse y denuncian la unilateralidad de la ley española como uno de sus principales defectos, al concebirse desde «un punto de vista estrictamente jurídico y no médico» (22). Se aboga, pues, por una reforma profunda de la legislación que permita al médico llevar a cabo su quehacer profesional sin demasiados encorsetamientos legales, esto es, con la posibilidad de ingresar o de dar de alta a sus pacientes de una manera ágil y en función de criterios médicos y no administrativos (23). Los servicios «libres», una vez aceptados

---

(21) TORRAS, O. (1923c). Los servicios libres psiquiátricos. *Psiquiatría* 2 (3), 20-29 (pp. 23-24).

(22) SACRISTÁN (1923), *op. cit.*, nota 9, p. 5. Insiste este autor en que «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».

(23) Este es un problema común a otras legislaciones psiquiátricas. Robert Castel, por ejemplo, refiriéndose al caso francés indica cómo «de un día para otro se convierte uno en alienado por el hecho de ser internado en un establecimiento especial; de un día para otro se deja de serlo al salir. No hay ningún medio para disociar el estado psíquico del enfermo de la situación administrativo-legal que determina el internamiento. De ahí derivan ruinosas consecuencias para lograr un programa sanitario coherente: actividades como la prevención o la post-cura, cada vez más

por la normativa legal, permitirían evitar el internamiento, diagnosticando precozmente y tratando de manera ambulatoria o mediante hospitalización breve, a «casi todas las psicopatías en los comienzos de su evolución o en el curso de la misma, mientras no demuestren tendencias antisociales o se nieguen en absoluto y en forma violenta a toda intervención terapéutica» (24). No se descarta, obviamente, que estos servicios libres puedan ser en algunos casos «antesala de los manicomios», pero se insiste en la viabilidad de la prevención del internamiento, evitando que muchos pacientes sean sometidos a procedimiento legal para poder ser tratados psiquiátricamente.

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

Los dispensarios psiquiátricos, organizados a semejanza de los antituberculosos, y secundados por una institución de asistencia social, no trabajarían ya «a la demanda», sino penetrando en el medio social individualmente «para hacer llegar hasta el mismo enfermo o predispuesto, en su mismo ambiente, los consejos médicos higiénico-terapéuticos, y viceversa, conducir a los necesitados hasta las dispensarios para establecer contacto con la ciencia médica» (25). La figura clave de esta tarea, al igual que en otras labores preventivas, es la enfermera visitadora; la enfermera del servicio social de asistencia psiquiátrica —se insistirá— «penetra hábilmente en el seno de las colectividades y de la familia, para dictar normas higiénicas y vigilar su realización; en el ejercicio de su cometido le es fácil convertirse en guardiana de la salud que se ha recobrado afanosamente y que aún pelagra; su especial preparación profesional da al médico absoluta

---

esenciales, no tienen estatuto propiamente médico porque no encuentran sitio en este funcionamiento dicotómico» [CASTEL, R. (1980). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, La Piqueta, 293 pp. (p. 261)].

- (24) TORRAS (1923c), *op. cit.*, nota 21, p. 27. Siguiendo al francés Antheaume, distingue entre psicópatas y alienados, considerando estos últimos como aquellos que, por presentar reacciones morbosas violentas y peligrosas, requieren reclusión prolongada, o bien, los que se niegan a someterse al tratamiento médico.
- (25) TORRAS (1923b), *op. cit.*, nota 17, p. 25.

garantía de éxito, proporcionándole su actuación, antes o en la aparición de los primeros síntomas morbosos de repetición» (26).

En este mismo sentido se expresa Lafora cuando describe como una de las funciones primordiales del dispensario psiquiátrico «organizar un servicio social de *visitadoras a domicilio* para investigar los datos sobre circunstancias ambientales, herencia, antecedentes personales de los enfermos psicópatas que consultan, como así también seguir después su curso y tratamiento y comprobar si atienden las indicaciones del médico psiquiatra, e incitarles a repetir las consultas, si es preciso. Facilitar la vuelta al trabajo o la colocación de los psicópatas e interesar por ellos a sus familias» (27).

De este modo, el dispensario y el servicio social se plantean como estructuras coordinadas con los servicios libres e, incluso, con los establecimientos de reclusión, siendo su función primordial la «vigilancia especializada» y, sobre todo, el seguimiento y la atención post-cura de los pacientes dados de alta o, dicho con palabras del momento: «proteger a los enfermos recién curados o mejorados (...) guiándoles en su nuevo camino hacia la reintegración social, camino muchas veces lleno de peligros y escollos, que sin un solícito consejero puede llevar inopinadamente en direcciones diametralmente opuestas a la de la buscada rehabilitación» (28); reclamándose para todo ello, una vez más, medios económicos, mayor capacitación técnica de los profesionales y colaboración social para poder procurar ocupación o trabajo a los convalecientes, imprescindible, además del apoyo médico, moral y psicológico, para conseguir la prevención de las recaídas.

Como se ve, propuestas de un nuevo modelo de atención al enfermo mental que exigía modificaciones importantes de la organización sanitaria pública. En este sentido, Lafora llega a afirmar categóricamente que «Corresponde (...) al Ministerio de Gobernación, que está encargado actualmente de la Sanidad general, o al futuro Ministerio de Sanidad, la organi-

---

(26) *Ibidem*, p. 29.

(27) LAFORA, G. R. (1928). Organización del dispensario psiquiátrico para grandes y pequeñas urbes. *El Siglo Médico*, 82, 373-376 (p. 374).

(28) TORRAS (1923b), *op. cit.*, nota 17, p. 26.

zación de los llamados Dispensarios psiquiátricos o Preventorios psiquiátricos urbanos» (29).

El psiquiatra madrileño da, pues, un paso más con respecto a las formulaciones más teóricas de los catalanes al plantear no tanto los principios doctrinales de la profilaxis mental sino la forma de organización de la misma. Se ratifica en que los dispensarios psiquiátricos deben funcionar de manera similar a los antituberculosos, antivenéreos o anticancerosos, delegando en las Diputaciones o Ayuntamientos dicha organización pero conservando siempre «la tutela de alta Inspección sobre los mismos en toda la Nación» (30).

Habrà que esperar, una vez más, a la Segunda República para que algunas de estas propuestas fuesen consideradas por el poder legislativo. Recogido en el Decreto del año 31, se pone en marcha en Madrid, con carácter de centro piloto, el primer Dispensario de Higiene Mental, al que más tarde —como complemento del mismo y mediante Orden de 16 de abril de 1932— se le añade el primer Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica. Su modo de funcionamiento, eminentemente preventivo, estaba inspirado en las premisas ya comentadas con anterioridad —no en vano los redactores del Anteproyecto del Decreto fueron Lafora, Escala y Sacristán—, siendo su función específica «el estudio de los procesos iniciales, el tratamiento ambulatorio de los casos leves iniciales, el tratamiento ambulatorio de los casos leves y las curas de reposo en servicio abierto en los enfermos neurósicos pobres» (31).

Una última aportación de interés al tema que nos ocupa es la comunicación que sobre «Normas para la organización de Dispensarios de Higiene Mental en los centros terciarios de Sanidad» presentó Juan Pedro Gutiérrez Higuera al Primer Congreso Nacional de Sanidad del año 34. Tomando como punto de partida algunos problemas surgidos en el proceso de puesta en funcionamiento del Dispensario de Higiene Mental de Jaén (32), el autor delimita lo que, a su juicio, deben ser las funciones de

---

(29) LAFORA (1928), *op. cit.*, nota 27, p. 373.

(30) *Ibidem*.

(31) Circular de la Dirección General de Sanidad al director del Manicomio de Leganés. Tomado de ESPINO (1980), *op. cit.*, nota 4, p. 88.

(32) Este Dispensario, fundado en 1931, permaneció en un primer momento anejo al

dichos establecimientos y termina proponiendo algunos criterios para la organización de los mismos. En consonancia con las ideas del momento, insiste en que «su objetivo genuino [el del Dispensario] es organizar la profilaxis y asistencia extramural de las afecciones psíquicas; para conseguirlo tratará de crear o incrementar un ambiente de comprensión y de interés hacia estas cuestiones, procurando la elevación de la cultura médico-psiquiátrica, elaborando una correcta estadística, actuando, con sus consejos, en la familia, la escuela, el taller; contribuyendo a la lucha contra los tóxicos y la sífilis; postulando la mejora de las condiciones higiénicas del trabajo; iniciando el consejo prematrimonial y realizando, en fin, una intensa labor clínica para el diagnóstico y tratamiento precoces de los procesos psíquicos, a cuyo objeto aconsejará internamientos oportunos y los facilitará, con su intervención y relaciones, en los Centros hospitalarios» (33).

Para tal labor, y teniendo en cuenta las dificultades de poner en práctica los principios de la Higiene Mental en el medio rural (34), Gutiérrez Higuera se muestra partidario de que sea la Sanidad Nacional el organismo responsable de la misma, ya que

«los establecimientos psiquiátricos, en los pocos sitios donde existen, en condiciones adecuadas para emprender una tarea de esta índole, necesitarían para irradiar hacia los núcleos rurales su influencia, organizar todo un montaje burocrático y de intercambio científico, del cual disponen ya los Institutos de Higiene merced a los centros primarios y secundarios; además de esta limitación de horizonte, de este aislamiento en que se encuentran los hospitales, hay que contar con la impopularidad,

---

departamento psiquiátrico del hospital de la ciudad para acoplarse más tarde al Instituto provincial de Higiene; Cf. GUTIÉRREZ HIGUERAS, J. P. (1935). Normas para la organización de Dispensarios de Higiene Mental en los Centros terciarios de Sanidad. *Primer Congreso Nacional de Sanidad, Madrid, 6-12 de mayo de 1934, Madrid*, tomo II, pp. 124-128.

(33) *Ibidem*, p. 125.

(34) *Ibidem*. De hecho se insiste en que ni las experiencias extranjeras, ni las aportadas por los Dispensarios de Madrid y Barcelona son utilizables para una esfera de acción dispersa como la existente en el medio rural. Se cita expresamente el Dispensario de Plasencia como pionero —junto al de Jaén— en el esfuerzo de organización de la Higiene Mental en el ámbito no urbano.

o por lo menos recelo, con que suelen ser mirados, y, últimamente, con la imposibilidad en que se encuentran, por motivos de personal, para establecer contacto con el exterior, realizando un servicio social digno de aquel nombre» (35).

Se insiste, además, en que «el Dispensario de Higiene mental debe ser uno más en la serie de los acoplados a los Centros terciarios de Sanidad, beneficiándose de las colaboraciones técnicas y burocráticas de estos Institutos» (36). Clara apuesta, como puede verse, de despojar la práctica psiquiátrica, al menos en su vertiente preventiva, del carácter de «prestación especial» que tradicionalmente había ostentado.

### 3. LA SANCIÓN LEGISLATIVA DEL NUEVO MODELO

Como ya he indicado con anterioridad, en el Real Decreto de 1885 por el que se rigió la asistencia psiquiátrica española hasta la época republicana, predominaba un talante burocrático-judicial que en la práctica traducía dos escollos fundamentales; por un lado, la existencia de trabas administrativas y legales que complicaban enormemente el ingreso de los pacientes en los manicomios, y, por otro, una vez aceptada la locura, las pocas posibilidades de que el internado pudiera ser dado de alta y salir de la institución. Antonio Espino ha señalado, en este sentido, la «sorprendente contradicción entre el carácter febrilmente ordenancista del camino del supuesto demente hacia el establecimiento de reclusión y la ausencia completa de cualquier disposición acerca del funcionamiento de dichos establecimientos respecto a los internados» (37).

Como ya sabemos, la parcial experiencia renovadora iniciada por la Mancomunitat de Diputaciones catalanas quedó frustrada por la Dictadura de Primo que no solo abolió la Mancomunitat sino que potenció el modelo manicomial propiciando la expansión y agrandamiento de establecimientos pertenecientes a órdenes religiosas (Ciempozuelos, Mondragón, Palencia,

---

(35) *Ibidem*.

(36) *Ibidem*, p. 126.

(37) ESPINO (1987), *op. cit.*, nota 4, p. 224.

San Baudilio de Llobregat, etc.) financiados por donaciones particulares o por las aportaciones de la Diputaciones Provinciales (38).

Será, como ya he indicado, el Decreto de 3 de julio de 1931 el punto de partida de lo que pretendió ser una «transformación íntegra de la legislación vigente» (39). El objetivo fundamental de dicho decreto era regular tanto la admisión como la salida de enfermos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos. Se pretende con ello superar las dificultades que imponía la legislación anterior ofreciendo tres posibilidades de ingreso: por propia voluntad, por indicación médica y por orden gubernativa o judicial, dictándose normas precisas sobre cómo debía ser la actuación administrativa de los facultativos en cada caso (artículos 8.º al 26.º). De igual modo, se regulan las diversas formas de dar de alta a los pacientes, así como los permisos temporales y las formalidades del reingreso (artículos 27.º al 34.º).

En coherencia con esta mayor agilidad en los ingresos y en las altas, el Decreto establece, por primera vez en la historia de la psiquiatría española, la adopción de un nuevo modelo asistencial que incorpora, aunque con matices, las premisas teóricas que venían formulándose desde hacía una década. El artículo 4.º especifica textualmente que

«Todo Establecimiento psiquiátrico público urbano, deberá, a ser posible, tener un carácter 'mixto' con un servicio 'abierto' y otro 'cerrado'.

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

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

---

(38) Cf. GONZÁLEZ DURO, E. (1980). Historia reciente de la asistencia psiquiátrica en España. In: González Chávez (ed.), *op. cit.*, nota 1, pp. 117-129.

(39) La frase pertenece a la exposición de motivos del Decreto, que fue publicado en la *Gaceta* del 7 de julio de 1931.

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

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

No cabe duda de que este Decreto del 31 supuso un importantísimo avance no solo en cuanto a la regulación de los ingresos y las salidas de los enfermos de los establecimientos psiquiátricos, sino también en la aceptación de un nuevo modelo asistencial que rompía con la consideración del manicomio como único lugar de tratamiento para desplazar el eje de la atención psiquiátrica hacia los aspectos profilácticos. A partir entonces, se irá constituyendo toda una estructura técnico-administrativa encargada de todas las actuaciones psiquiátricas llevadas a cabo en el territorio nacional, dependientes de la Dirección General de Sanidad. Dicha estructura descansará sobre dos pilares básicos: el Consejo Superior Psiquiátrico, con funciones asesoras, de programación y de inspección, y la Sección Central de Psiquiatría e Higiene Mental que, con las respectivas Secciones Provinciales, tendrá una labor de dirección y ejecución directa (40).

Su labor se traducirá, en el plano legislativo, en el Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional, donde se regula la existencia de tres grupos de enfermos psíquicos: los sometidos a tratamiento ambulatorio en los dispensarios de higiene mental; los sometidos a tratamiento activo en los hospitales psiquiátricos y los pacientes crónicos tratados en las colonias agrícolas psiquiátricas (artículo 2.<sup>º</sup>). Se prevé, asimismo, la existencia en cada capital de provincia de un dispensario de higiene mental, capaz de asegurar el diagnóstico y tratamiento precoces, la

---

(40) Sobre la creación del Consejo Superior Psiquiátrico, cuyo primer presidente fue Lafora, véanse sus dos biografías, VALENCIANO, L. (1977). *El doctor Lafora y su época*, Madrid, Morata, 215 pp. (pp. 90 y ss.) y MOYA, G. (1986). *Gonzalo R. Lafora: Medicina y cultura en una España en crisis*, Madrid, UAM, 384 pp. (pp. 224 y ss.).



distribución hospitalaria y la vigilancia y asistencia post-manicomial; así como «difundir las normas de higiene mental, divulgando por cuantos medios estén a su alcance la profilaxis de las enfermedades de este grupo» (artículo 2.º).

Vemos, pues, como la traducción legislativa de lo que fueron las concepciones teóricas de un nuevo modelo de atención psiquiátrica tuvo lugar en la España republicana en un espacio temporal muy corto y con la precocidad que caracterizó tantas iniciativas transformadoras en aquel momento tan fecundo como incierto. El Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional fue presentado al Congreso de los Diputados por Federico Salmón, Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, el 31 de mayo de 1935, que el 15 de noviembre del mismo año dio su conformidad la Comisión permanente de Trabajo. Es de notar que en un artículo transitorio se especificaba que «Esta ley comenzará a regir a los tres meses de su publicación en la 'Gaceta de Madrid', debiendo dos meses antes estar redactado el oportuno reglamento, para cuya elaboración se autoriza al Ministro del ramo a que designa una Comisión encargada de proponerle en dicho plazo». Es evidente que el 18 de julio de 1936 de echó encima sin que las reformas republicanas pudieran llevarse a cabo.