

ANA CONSEGLIERI, RUTH CANDELA,
ÓSCAR MARTÍNEZ AZUMENDI (Eds.)

ARTE, CLÍNICA E HISTORIA

Perspectivas desde la salud mental



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS

ARTE, CLÍNICA E HISTORIA
Perspectivas desde la salud mental

XII Jornadas de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la AEN
Valencia, 26-28 mayo 2022

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS / 67

Ana Conseglieri, Ruth Candela,
Óscar Martínez Azumendi (Eds.)

ARTE, CLÍNICA E HISTORIA
Perspectivas desde la salud mental

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2023

© Los autores

© Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2023



Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales
de Salud Mental (AEN-PSM)

C/ Magallanes, 1, Sótano 2, Local 4.

28015 Madrid, España.

<https://aen.es/>

ISBN: 978-84-95287-66-3

Impresión: Gráficas Gutiérrez Martín

C/ Cobalto, 7. 47012 Valladolid

Colección Estudios n.º 67

Ilustración de la portada: Rossana Zaera, A sus pies (2008)

Directora de la edición: Olga Villasante

ÍNDICE

ÍNDICE	7
LOS AUTORES	9
Introducción a la edición. <i>Ruth Candela, Óscar Martínez Azumendi, Ana Conseglieri</i>	11
El suicidio en la psiquiatría española de posguerra. <i>Joaquín Gil Badenes, Enric Novella Gaya</i>	15
Testimonio directo e Historia de la Psiquiatría. <i>Andrés Porcel Torrens, Margarita Medina Garibo</i>	27
«Yo no nací para loco ni para pobre»: testimonio de una década de internamiento en el manicomio de Leganés (1911-1924). <i>Ruth Candela Ramírez, Olga Villasante-Armas</i>	41
Lazos institucionales y relaciones epistolares: Jesusa Pertejo y su etapa valenciana (1957-1971). <i>Julia Álvarez-Arenas, Ana Conseglieri</i>	63
Los departamentos de orates en el hospital de la Santa Creu de Barcelona en las primeras décadas del siglo XIX. <i>Tanit Castells Pañella</i>	83
De Jean-Étienne Esquirol a Emilio Pi y Molist. Economía política y cambio cultural en torno a la construcción del manicomio modelo en Cataluña (1818-1915). <i>Josep M. Comelles, Josep Barceló-Prats</i>	101
Reflexiones en torno a la arquitectura del aislamiento. <i>Elena Martínez-Millana</i>	141
La experiencia subjetiva del paciente en los tratamientos de choque. <i>Javier Balaguer</i>	159

La psicocirugía en las instituciones psiquiátricas valencianas. <i>Esther Lavara</i>	173
Tratamientos neuropsiquiátricos en Galicia (España), 1939-1965. <i>David Simón Lorda</i>	193
La hipnosis en el cine: archivillanos, <i>Hypnotic Horror</i> y tecnologías hipnóticas para «meterse en la película». <i>Marcos Bonet</i>	223
Las exposiciones de arte psicopatológico celebradas entre Madrid y Barcelona en los meses previos a la guerra civil española. <i>Pedro J. Trujillo</i>	237
La reivindicación de vidas vivibles en la literatura, a través de la obra de Annemarie Schwarzenbach. <i>Miriam Baquero Leyva, Ana Conseglieri, Rafael Huertas</i>	245
Osama, <i>The King</i> . Una experiencia de <i>Art Brut</i> . <i>Ana Raquel Leiva Muñoz</i>	257
El <i>Art Brut</i> como inspiración para el desaprendizaje. <i>Graciela García Muñoz</i>	269
Hidroterapia en la atención psiquiátrica: nuevas y viejas <i>Stories</i> . <i>Sabela Armesto Iglesias</i>	281
«Arte, clínica e historia»: una apuesta multidisciplinar por las exposiciones temáticas. <i>Cándido Polo Griñán</i>	287
Imágenes.	291

LOS AUTORES

ÁLVAREZ-ARENAS ALCAMÍ, Julia. Psiquiatra. Servicio Salud Mental Castroviejo. Servicio Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario La Paz, Madrid.
julia_alvarez_arenas@hotmail.com

ARMESTO IGLESIAS, Sabela. MIR psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. sabe.arm@hotmail.com

BALAGUER MUÑOZ, Javier. Investigador predoctoral. Instituto interuniversitario López Piñero. Universidad de Valencia. jabamu@alumni.uv.es

BAQUERO LEYVA, Miriam. Psiquiatra. CSM, UGCPSM, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid. miriambaqueroleyva@hotmail.com

BARCELÓ-PRATS, Josep. Profesor lector Serra Hünter, Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. josep.barcelo@urv.cat

BONET SAFONT, Juan Marcos. Profesor de Historia de la Ciencia. Universidad de Valencia. bonetsafont@gmail.com

CANDELA RAMÍREZ, Ruth. Psiquiatra Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ruth.candela@salud.madrid.org

CASTELLS PAÑELLA, Tanit. Doctoranda en Historia de la Ciencia. IHC, Universidad Autónoma de Barcelona. tanit.castells@autonoma.cat

CONSEGLIERI GÁMEZ, Ana. Psiquiatra. CSM, UGCPSM, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid. anaconseglieri@hotmail.com

COMELLES, Josep M. Profesor emérito de Antropología Social. Medical Anthropology. Research Center, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. josepmaria.comelles@urv.cat

GARCÍA MUÑOZ, Graciela. Investigadora y creativa especialista en *Art Brut*. Profesional independiente. graciela@elhombrejazmin.com

GIL BADENES, Joaquín. Psiquiatra. Hospital Clínic de Barcelona. gilbadenes@gmail.com

HUERTAS, Rafael. Profesor de Investigación. Departamento de Historia de la Ciencia del Instituto de Historia, CSIC. Madrid. rafael.huertas@csic.es

LAVARA DÍAZ, Esther. Profesora. Universidad de Valencia. esther.lavara@uv.es

LEIVA MUÑOZ, Ana Raquel. Artista y diseñadora gráfica. Madrid y Valencia. anarlciva@gmail.com

MARTÍNEZ AZUMENDI, Óscar. Psiquiatra, jubilado. Bilbao. oscarmartinez@telefonica.net

MARTÍNEZ-MILLANA, Elena. Dra. Arquitecta. Investigadora Posdoctoral Margarita Salas (Next Generation EU). Departamento de Proyectos Arquitectónicos, Escuela Técnica Superior de Arquitectura, Universidad Politécnica de Madrid. e.martinezmillana@tudelft.nl; elena.martinez.millana@upm.es

MEDINA GARIBO, Margarita. Psiquiatra. Departamento de Salud Hospital General. Conselleria de Sanitat Universal. Generalitat Valenciana. ma.medinag2@comv.es

NOVELLA GAYA, Enric. Profesor de Historia de la Ciencia. Universitat de València. enric.novella@uv.es

POLO GRINÁN, Cándido. Psiquiatra, jubilado. Valencia. candidopolo51@gmail.com

PORCEL TORRENS, Andrés. Psiquiatra. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Lliria. Conselleria de Sanitat Universal. Generalitat Valenciana. porceltorrens@gmail.com

SIMÓN LORDA, David. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense. dsimlor@gmail.com

TRUJILLO ARROGANTE, Pedro. Investigador predoctoral. Instituto de Historia, CCHS-CSIC. pedrojose.trujillo@csic.es

VILLASANTE ARMAS, Olga. Psiquiatra. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid. olga.villasante@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN

Ruth Candela, Óscar Martínez Azumendi, Ana Consiglieri

No cabe duda de que la historia de la locura es una materia dinámica, en constante proceso de transformación, que se ha nutrido desde sus orígenes de numerosas disciplinas como, evidentemente, la medicina, psicología y la historia, pero también la filosofía, la sociología, la antropología, la pedagogía, la religión o las artes. En este punto nos servimos de las palabras del historiador Rafael Huertas para ilustrar la riqueza, diversidad e innegables ideologías que impregnan las distintas aproximaciones historiográficas al «enfermar» de la mente/alma, la conceptualización de la subjetividad de las personas diagnosticadas y su tratamiento y asistencia dentro de las sucesivas organizaciones socioeconómicas y culturales:

«A la variedad de epistemes psiquiátrico-psicológicas, corresponde una diversidad de enfoques historiográficos, de modo que la historia de la psiquiatría no se limita a narrar de manera aséptica y ‘objetiva’ la formación de teorías y conceptos, las discrepancias entre paradigmas o entre distintas maneras de abordar el tratamiento y la atención a los pacientes mentales, sino que se ha convertido en vehículo de legitimación o de crítica de las diferentes opciones epistemológicas y asistenciales en el ámbito psi (...). Existe, pues, una interrelación recíproca y dinámica entre historia y teoría, o entre historia y práctica psiquiátrica, que puede llegar a tener consecuencias muy relevantes» (1, pp. 240-241).

Las palabras de Huertas ponen valientemente encima de la mesa la ineludible cuestión de atender a las distintas perspectivas y paradigmas cuando se acomete la ingente y no menos interesante tarea de comprender y tratar de explicar «por qué los profesionales de la salud mental hacen lo que hacen en su práctica cotidiana, y dicen lo que dicen al construir edificios conceptuales más o menos sólidos, más o menos acabados» (1, p. 242).

El presente texto no tiene otra misión que la de realizar una modesta contribución a la comprensión de los quehaceres psiquiátricos del ayer y del ahora. Para ello se sirve de una compilación de trabajos que fueron expuestos en el marco de las XII Jornadas de la Sección de Historia de la AEN celebradas en Valencia en mayo de 2022. Algunos de estos trabajos recorren los procesos de institucionalización psiquiátrica desde los orígenes de la clínica en las primeras décadas del siglo XIX y primera mitad del siglo XX. Así, se ahonda en el desarrollo de esta disciplina a propósito de las características de la asistencia prestada en los departamentos de orates del Hospital de la Santa Creu (Tanit Castells) y de la posterior construcción del Manicomio de Santa Creu como una institución modelo (Josep M. Comelles

y Josep Barceló-Prats) en la Cataluña decimonónica, el acercamiento médico profesional al suicidio durante la posguerra española (Joaquín Gil Badenes y Enric Novella) o los intentos de profesionalización de la atención médica y pedagógica de la «infancia anormal» de la psiquiatra Jesusa Pertejo en la ciudad de Valencia en los años sesenta (Julia Álvarez-Arenas y Ana Conseglieri).

También tienen cabida análisis centrados en las estrategias terapéuticas que la recién nacida ciencia psiquiátrica fue desarrollando a lo largo del siglo XX, y que tuvieron un claro papel legitimador de una disciplina que buscaba consolidarse en un paradigma cada vez más somaticista, positivista y anatomopatológico. Partiendo de las tradicionales técnicas hidroterapéuticas de finales de siglo XIX y principio del siglo XX analizadas por Sabina Armesto Iglesias, el capítulo de David Simón Lorda realiza un recorrido por los tratamientos aplicados en la Galicia de la posguerra, desde las primeras terapéuticas farmacológicas y terapias de choque, hasta la llegada de la llamada farmacología moderna y el estudio de Esther Levara nos muestra la aplicación de las entonces novedosas técnicas psicoquirúrgicas en las instituciones psiquiátricas valencianas.

Esta obra, sin embargo, no se queda en el análisis (crítico, pero escaso de otras miradas situadas) de los procesos de institucionalización, asistencia y tratamiento de las personas «dementes» a lo largo del siglo XIX o enfermos y pacientes en la segunda mitad del siglo XX. Tal y como apuntábamos al comienzo de este prólogo, la historia de la psiquiatría requiere de otras perspectivas y paradigmas que permitan acercarse un poco más a la complejidad de la de la construcción y conceptualización del sujeto psiquiatrizado. Desde este paradigma, como no podía ser de otra manera, también se narra la historia «desde abajo». Estas sencillas pero contundentes palabras fueron utilizadas por el historiador de la medicina Roy Porter para poner el foco de análisis en unas fuentes, hasta el momento poco exploradas: las de las propias personas diagnosticadas (2). Las experiencias y testimonios biográficos son la base del análisis historiográfico en algunos capítulos como el de Ruth Candela y Olga Villasante, el de Javier Balaguer a partir de las experiencias de los y las sometidos a tratamientos de choque y el de Miriam Baquero, Ana Conseglieri y Rafael Huertas. Este último, de hecho, va más allá del uso de los escritos literarios de su protagonista, la escritora suiza Annemarie Schwarzenbach, para hacer un análisis de la intersección resultante entre diferentes ejes de disidencia –política, de género y psiquiátrica–. Con otra perspectiva bien diferente, incluso antagónica, pero también tomando como fuente principal los testimonios, esta vez orales, de los psiquiatras que la protagonizaron, Andrés Porcel Torrens y Margarita Medina Garibo analizan las experiencias de la aún reciente reforma psiquiátrica de las últimas décadas del siglo XX. A pesar de la diferencia cronológica de todos estos testimonios adentrarse en los mismos permite entrever los distintos diálogos y voces cruzadas que han ido componiendo la organización y los espacios de negociación, resistencia, cuidados y asistencia psiquiátricos.

Baquero Leyva, Conseglieri y Huertas señalan como los escritos y narraciones de las personas diagnosticadas, pueden suponer una suerte de «ruido de su protesta» tal y como ha señalado la filósofa y feminista Judith Butler (3). Una protesta que a la vez reclama justicia y sirve de autorrepresentación para aquellas personas que se encuentran en los márgenes del sistema establecido. No cabe duda de que todos los seres humanos necesitan transitar por una vida, siguiendo a Butler, «vivable» de la que se sientan parte y pertenecientes. Desde ese punto de vista cabrían diferentes vías para negociar y buscar la autorrepresentación además de los mencionados escritos. Una de las formas que más se han relacionado con la expresión humana son las artes en sus diferentes vías expresivas. Gabriela García Muñoz da buena cuenta de ello con su trabajo sobre el *Art Brut* y Ana Raquel Leiva Muñoz nos muestra como las creaciones arquitectónicas personales de «Osama» le ayudaron a construir raíces a pesar de estar a miles de kilómetros de su país natal.

El papel autorreparador o terapéutico de estas creaciones, en cualquiera de sus modalidades expresivas, no fue pasado por alto por los profesionales psiquiatras y no son pocas las referencias al uso de estas técnicas (escritura, pintura, manualidades) como herramienta terapéutica desde el siglo XIX hasta nuestros días. Sin embargo, las producciones de las personas diagnosticadas no sólo sirvieron como paliativos del sufrimiento que generaba la «enfermedad mental» sino que también se utilizaron para contrastar y evidenciar la presencia de psicopatología. En este sentido, el trabajo de Pedro Trujillo presenta y analiza la exposición de arte psicopatológico que coordinó el madrileño Gonzalo Rodríguez Lafora en el Ateneo de Madrid en los meses previos a la Guerra Civil Española. Psiquiatría y arte viajan de la mano gracias a la impregnación social y cultural de los discursos médicos, cuestión que queda de manifiesto, también, en el trabajo de Marcos Bonet sobre la influencia de la hipnosis en el cine.

Vemos, por tanto, la señalada convivencia por parte de los profesionales de una clínica de la escucha de la subjetividad del paciente con una clínica de la mirada que intentaba escudriñar y desentrañar el complejo entramado psicopatológico añadiendo a la tradicional historia clínica otros modos de observación con el objetivo de asistir y cuidar y, complementariamente, dar legitimidad a una disciplina necesitada aún de numerosos anclajes científicos y sociales. Tal y como ha analizado Huertas (1), aunque aparentemente contradictoria, la atención prestada a esta subjetividad del paciente ha convivido con los distintos ejes de poder, opresión y violencia bien descritos por Michael Foucault, tejidos entre los diferentes dispositivos, estamentos, regulaciones y prácticas médicas, sociales, administrativas y judiciales (4). Esta violencia institucional se desprende de gran parte de los textos de esta obra y aterriza de lleno en el trabajo de Elena Martínez-Millana sobre la arquitectura del aislamiento a propósito de tres prisiones panópticas construidas en los Países Bajos a finales del siglo XIX.

En resumen, con esta ecléctica obra se intenta acoger y contribuir a una historiografía crítica construida a partir de diferentes relatos escritos y orales: experiencias de internamiento, vivencias sintomáticas, exclusión y opresión, testimonios científicos de los procesos clínicos y asistenciales, pero también a partir de expresiones no orales ni escritas, igualmente relevantes y reveladoras para sus protagonistas y sus receptores como el *Art Brut*, las construcciones arquitectónicas en todas sus versiones, la literatura o el cine. Es por ello que la metáfora de la *Stultifera Navis* (Sebastian Brant, 1494) fue utilizada para dar nombre a la exposición «la Nave de los locos» que tuvo lugar en el *Centre Cultural La Nau* de Valencia con Cándido Polo y Ana Hernández como comisarios. Se trataba de plasmar cómo el arte, la clínica y la historia se entrelazan para aportar nuevos matices a la historia de la asistencia psiquiátrica y a la subjetividad humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huertas, R. Otra historia para otra psiquiatría. Madrid: La Catarata, 2017.
2. Porter R. The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory and Society* 1985;14(2):175-198.
3. Butler J. Sin miedo. Barcelona: Taurus, 2020.
4. Michael F. El poder psiquiátrico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

EL SUICIDIO EN LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA DE POSGUERRA

Joaquín Gil Badenes, Enric Novella Gaya***

Una vez finalizada la Guerra Civil, en la psiquiatría, de igual forma que en el resto de las profesiones del estado, se produce una fuerte represión hacia aquellos psiquiatras de ideologías no toleradas por el régimen, quienes o bien se exiliarán en el extranjero, o permanecerán en España siendo apartados de sus cargos profesionales, en el denominado exilio interior. Tras esta destrucción de la estructura profesional de psiquiatras preexistente, los cargos de relevancia fueron ocupados por alienistas bien posicionados entre los vencedores de la guerra (1-3). Es coherente con la ideología del bando nacional la centralización en Madrid que se producirá del poder psiquiátrico, como también la ausencia de mujeres entre los autores relevantes del periodo a estudio.

El estudio actual de las fuentes estadísticas oficiales del periodo, considerando las limitaciones metodológicas de las mismas, estima que el suicidio aumentó de manera significativa tras la Guerra Civil (4). La publicación del Instituto Nacional de Estadística en 1959 de *El suicidio en España durante medio siglo* muestra en los tres años previos a la guerra tasas que oscilan entre el 9,2 y el 9,8 por 100.000 habitantes, cifras que tras el fin del conflicto tuvieron un aumento vertiginoso con máximo de 12,4 en 1939; 11,8 en 1940 y 12,1 en 1941, resultando el ápex de 1939 el valor más elevado observado en los cincuenta años estudiados en dicha publicación (5). Sin embargo, el papel de la psiquiatría franquista de posguerra ante el mismo es un tema no desarrollado en la literatura historiográfica existente. En la presente comunicación se plantea una aproximación a su estudio desde las obras más relevantes de los psiquiatras del periodo, focalizando en los desarrollos discursivos desde la psicopatología y en su contexto ideológico, social y asistencial.

EL SUICIDIO EN LOS DISCURSOS DE LA HIGIENE MENTAL

El movimiento de la higiene mental, que caracterizó en buena medida la teoría y práctica de los alienistas desde finales del siglo XIX, se consolida en España en la tercera década del siglo XX, resultando esencial para el diseño de las reformas psiquiátricas que se plantearon con la II República. Los higienistas abogaron por la creación de dispensarios comunitarios, intentando de este modo expandir su ámbito de intervención más allá de los muros del asilo. Su

* Psiquiatra. Hospital Clínic de Barcelona. gilbadenes@gmail.com

** Profesor de Historia de la Ciencia. Universitat de València. enric.novella@uv.es

labor en dichos dispensarios debía ocuparse de cuatro áreas fundamentales: el diagnóstico precoz de las enfermedades psiquiátricas, el tratamiento de estas desde sus fases iniciales, la rehabilitación en los casos donde fuese posible y la aplicación de medidas eugénicas en las personas con afecciones psíquicas (6).

Tras la Guerra Civil, la higiene mental pasa a entenderse en España como higiene moral y racial, incorporando los principios y valores del nuevo régimen. Sus discursos versan hacia la patologización del adversario político y la vinculación de una correcta higiene mental con los valores católicos, autoritarios y antimodernos. Cabe especificar que en lo concerniente a las medidas eugénicas los psiquiatras españoles abogaron, en su mayoría, por limitarlas al consejo prematrimonial, es decir, desaconsejar a las personas con enfermedades mentales el matrimonio y, por lo tanto, la descendencia. Se plantea que la fuerte influencia católica en España influyó en que no se propusieran medidas de esterilización o exterminio de dichas personas, como sí ocurrió en otros contextos cercanos, como la Alemania del III Reich (7).

Las publicaciones que mejor reflejan la asimilación entre higiene mental e ideales políticos del franquismo corresponden a Antonio Vallejo Nágera. Se trata de obras publicadas durante la guerra y en los primeros años de posguerra (8-11), marcadamente reaccionarias, donde abundan los comentarios explícitos antidemocráticos, antimodernos, clasistas, machistas y xenófobos, así como una defensa a ultranza del integrismo católico, del nacionalismo español y de las bondades del autoritarismo castrense. En estos trabajos, además de incorporar muchas de las ideas y propuestas habituales en los discursos de la higiene mental occidental coetánea, se observa una aportación característica del Vallejo Nágera de este periodo: la voluntad de presentar al adversario político no como un enfermo mental, sino como una persona con una mala constitución psicológica, con rasgos de debilidad, falta de inteligencia y tendencia degenerativa, que le hace vulnerable a verse implicado en los movimientos políticos revolucionarios (12).

Dos ilustrativos ejemplos de este periodo de Vallejo Nágera son las monografías *Psicopatología de la conducta antisocial* de 1937 (8) y *Niños y jóvenes anormales* de 1941 (11). En ambas se menciona el suicidio como consecuencia del desarraigo y de otros problemas que generan las psicopatías. Procede especificar que con el término psicopatías se refiere a alteraciones de la personalidad, las cuales atribuye en estos escritos, principalmente, a las influencias sociales que reciba una persona durante su educación y desarrollo. En concreto, la relaciona con situaciones como las carencias de fe, de familia tradicional o de un orden social jerarquizado.

Por otra parte, cabe mencionar el conjunto de artículos publicados entre 1938 y 1939 titulados «Biopsiquismo del fanatismo marxista». En los mismos se recogen los resultados derivados de las investigaciones psicológicas llevadas a cabo sobre presos del bando republicano en los campos de concentración, dirigidas por el propio Vallejo Nágera. En el artículo sobre los prisioneros norteamericanos, se aproxima al sentido del estudio del suicidio

en el contexto de sus supuestas alteraciones psicopáticas. En este contexto, aporta la siguiente cita:

Investigamos la propensión al suicidio entre los marxistas, al solo fin de consignar sus reacciones ante los conflictos vitales; pero también para controlar si su situación como prisioneros induce al atentado contra la vida. Si comparamos el pequeño porcentaje de suicidios en nuestros prisioneros de guerra, con el elevado de la guerra mundial y la zona roja, la España Nacional se apuntará un tanto brillante a su favor en lo que respecta al trato que concede a los prisioneros de guerra (13).

Por una parte, se infiere que propone una cierta debilidad en los mecanismos psicológicos de la personalidad del marxista que le concedería un mayor riesgo de suicidio ante las adversidades, en la línea de lo descrito anteriormente en las obras de Vallejo Nágera del periodo en que estudia la supuesta relación entre orientaciones políticas y psicopatías. Por otra parte, atribuye a su ejército una excelente gestión del campo de prisioneros, que resulta discordante con los datos que aporta al estudiar la frecuencia de ideas suicidas en estos artículos. Por ejemplo, en el caso de los prisioneros ingleses: «anteriormente a la prisión 2,4%; posteriormente 46%» (14) o, en el grupo de norteamericanos: «antes de la prisión 9,72%; en la prisión 5,55%; total 15,27%» (13). Cabe mencionar que en los otros grupos estudiados no se aportan datos sobre el suicidio, y que en ninguno de los artículos del conjunto desarrolla en profundidad este tema.

En 1941 publica *Higienización psíquica de las grandes urbes*, una monografía con un trasfondo fuertemente antimoderno y reaccionario, centrado en criticar las malas condiciones de vida y los vicios de la ciudad. Aquí desarrolla el concepto del suicidio como estigma degenerativo el cual, junto con otros signos clásicos como la discapacidad intelectual, la locura, las adicciones o la criminalidad, estaría más presente en los contextos sociales que no poseen los valores morales de su bando. En referencia a los Estados Unidos de América escribe:

De los 150.000 suicidas anuales, aproximadamente la mitad son anormales psíquicos, mientras que del medio millón de delincuentes que anualmente comparecen ante los Tribunales de Justicia, aproximadamente el 60 por 100 adolecen de psicopatía o locura. ¿Qué infieren las precedentes terribles cifras? ¿No demuestran que la supercivilización material fomenta la degeneración, la imbecilidad y la locura? Pues cifras semejantes registranse en la totalidad de las naciones que destacan por hallarse en varios aspectos a la cabeza de los pueblos civilizados, sin que la llamada civilización haya corregido el desenfreño y la inmoralidad social, antes al contrario (10, p.18).

En la misma obra, Vallejo Nágera destina un capítulo a hablar de lo que denomina «Plagas sociales contemporáneas». En esta categoría incluye

cuestiones tan dispares como el suicidio, la prostitución de menores, el psicoanálisis y los psicoanalistas, la homosexualidad masculina o la criminalidad (10, pp. 64-65).

Más adelante, en *Higienización psíquica de las grandes urbes* se aportan las siguientes líneas, donde intenta integrar el riesgo individual de suicidio que implicarían los trastornos psiquiátricos con los factores ambientales que podrían proteger, parcialmente, del mismo. Estos son, en esencia, el catolicismo y los valores morales conservadores:

Por lo que respecta a las causas individuales inductoras a la muerte voluntaria, compréndese la influencia del desequilibrio mental. Existen desequilibrados cuya emotividad, inestabilidad e impulsividad son de tal naturaleza que por muy favorable que sea el medio ambiente social en que se desenvuelven, por muy indulgentemente que les trate la vida, aunque gocen de todas las posibilidades de felicidad humana, su temperamento los arrastra al suicidio. Claro está que algunos predisuestos constitucionales escapan a la muerte voluntaria si tienen la suerte de que su vida transcurra en ciertas circunstancias ambientales, y ello hace pensar en que el suicidio tiene una profilaxia, principalmente religiosa y moral (10, p. 65).

EL SUICIDIO EN LA PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA

Tras la Guerra Civil española los psiquiatras que asumieron las posiciones de poder estaban en su madurez profesional, habiendo cubierto ya, en su mayor parte, su formación. La base teórica que fundamentaba su pensamiento procedía de las escuelas anatomopatológica y psicopatológica alemanas; principalmente, la nosografía de Emil Kraepelin con las posteriores adaptaciones de Eugene Bleuler (15). En el contexto de la autarquía política y cultural de posguerra, la influencia de las psicoterapias, principalmente psicoanalíticas, en pleno apogeo en Europa en aquellas décadas fue muy limitada. Considerando lo anterior, se puede plantear que la psiquiatría de posguerra no adquiere una entidad estructurada propia y se caracteriza más bien por reproducir clasificaciones y conceptos neuroanatómicos de las escuelas alemanas, muchos ya desfasados por aquel entonces en los países del entorno, sobre los que se añaden abundantes teorizaciones moralistas desde los valores conservadores y católicos característicos de los psiquiatras del régimen. Sobre esta base, destaca la ausencia del estudio en profundidad de la psicología que, desde diferentes orientaciones, venía produciéndose en occidente en aquellos años. Tomando las palabras de Juan Casco Solís: «Una psiquiatría, en fin, sin sujeto, que brinca desde el diencéfalo a la “nada”, por ejemplo, o desde la lesión al sermón» (1, p. 205).

Se ha encontrado tan solo un artículo específico sobre el suicidio durante la posguerra titulado «Estudio psicopatológico del suicidio», que se publica

en 1948 en la revista *Anales de medicina y cirugía*, por el psiquiatra catalán Gaspar Sastre Lafarga (16). Supone un buen ejemplo del estilo de la época antes descrito, en cuanto a que combina la teoría psicopatológica de influencia alemana con el tono moralista conservador y católico. Por ejemplo, para clasificar los tipos de suicidios recurre a la clasificación de Kurt Schneider, quien los divide en tres tipos: suicidio con huida, suicidio en cortocircuito y suicidio teatral. Por otra parte, cuando Gaspar Sastre analiza en el mismo artículo los factores que predisponen al suicidio, se percibe una marcada influencia católica y antimaterialista:

En los países sin fe y en los que predomina la propaganda pagana, tienen el privilegio de ir en vanguardia en cuanto al número de suicidios. Las doctrinas materialistas concretan hablando del suicidio, que éste es propio de los valientes. Nosotros creemos que cuando un individuo tiene motivos sobrados para suicidarse porque la vida se le ha hecho imposible, necesita más valor para afrontar las dificultades y seguir viviendo, que no para eludirlos; en consecuencia, el suicidio es una claudicación ante las dificultades, es un temor a los sufrimientos, es una retirada sin lucha, es tener miedo al mañana, en todo caso, es siempre, un acto de cobardía. [...] Creemos que la religión, es con toda seguridad el mejor antisuicida. Se ven a diario enfermos afectos de melancolía con tendencia bien manifiesta al suicidio, en que sólo la fe y el temor al castigo eterno, les da el valor y la fuerza necesaria para seguir viviendo en medio de sus desgracias y desventuras (16, pp. 119-120).

Más allá del artículo de Gaspar Sastre, la mayor parte de aproximaciones al suicidio desde la psicopatología las encontramos en los manuales y tratados de psiquiatría del periodo. El tema se desarrolla, esencialmente, en los capítulos destinados al estudio de los trastornos psicóticos, especialmente, en la melancolía, entidad donde todos los autores de las obras aquí analizadas concluyen que el riesgo de suicidio es mayor.

El libro *Tratamiento de las enfermedades mentales* es un extenso manual de clínica psiquiátrica publicado por Antonio Vallejo Nágera en 1940. En el apartado dedicado al estudio de la melancolía transmite su visión del elevado riesgo suicida que esta implica. Se aprecia un matiz interesante ya que, a diferencia de lo que hemos visto en Gaspar Sastre, Vallejo Nágera considera que en la melancolía la fe no se podría considerar un factor protector ante el suicidio por sí misma:

Desconfiaremos de todos los melancólicos, pues la propensión al suicidio no depende de la intensidad de los síntomas, e igualmente se suicidan los deprimidos leves que los graves, así como tampoco nos fiaremos de que las creencias religiosas salvan de la muerte voluntaria, pues sabemos de casos de sacerdotes muy piadosos que se han suicidado en un raptó de desesperación melancólica (17, pp. 315-316).

El mismo Vallejo Nágera, en su *Tratado de psiquiatría* de 1944, desarrolla más teorías sobre el suicidio y el autolesionismo en la melancolía:

Las automutilaciones son raras y no se perpetran con la frialdad que en el esquizofrénico. En cambio, son muy frecuentes las tentativas de suicidio, peligro que debe temerse en todos los estados depresivos y a cuya resolución llega el enfermo ora poco a poco y premeditando el plan, ora impulsivamente en un raptus de desesperación. Son típicos en la melancolía los atentados contra el otro cónyuge e hijos, que se matan para que no sean unos desgraciados (18, pp. 502-503).

En la misma obra, también se estudia el suicidio en los apartados destinados al estudio de la esquizofrenia:

Este grupo de enfermos perpetran brutales suicidios, como abrirse el vientre durante la siesta (caso personal), que consuman riendo y como si se tratase de una broma (18, pp. 694-695).

Por otra parte, en la psiquiatría española de posguerra destacan dos temas particulares relacionados con las consecuencias de la contienda: las secuelas médicas y neuropsiquiátricas del hambre y las secuelas psíquicas de la guerra. Sobre estos tópicos se desarrollan discursos psicopatológicos específicos, en el contexto de los cuales se menciona el suicidio.

En 1942, una reunión científica destacó por la gran cantidad de comunicaciones dedicadas al estudio neuropsiquiátrico de las enfermedades carenciales: el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, organizado por la Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría en Barcelona. Dichas comunicaciones se publicaron durante 1943 en la revista *Actas españolas de neurología y psiquiatría*. A continuación se analizan aquellas que se refieren al suicidio.

En su ponencia «Trastornos psíquicos en la pelagra (enfermedad de Casal)», Bartolomé Llopis realiza una panorámica de las alteraciones neuropsiquiátricas en la pelagra, el nombre común con el que se conocía al déficit de vitamina B3, en base a lo observado en la población madrileña tras la carestía alimenticia durante la guerra. En el apartado destinado a estudiar el estadio neurasténico se exponen diferentes afectaciones del estado de ánimo y la conducta, incluyendo el riesgo de suicidio:

En la neurastenia pelagrosa, dadas las intensas molestias corporales, no tiene nada de extraño que, en general, el cuadro psíquico esté dominado por un intenso sentimiento de enfermedad y por un estado de ánimo profundamente depresivo. Los enfermos sienten una tristeza enorme, como no la habían sentido jamás; creen que les va a suceder algo grave a ellos mismos o a sus familiares; están desesperados y piensan en el suicidio (19, p. 14).

Y continúa, al profundizar en un estadio más grave de la enfermedad, el de hipotonía de la conciencia:

Las ideas de suicidio, presentes ya en el estadio anterior [síndrome adinámico-apático], conducen en éste y en el próximo, con mucha frecuencia, a serios atentados contra la propia vida. Se ha descrito, como especialmente típico de la pelagra, el suicidio por inmersión. No hemos podido comprobar este hecho, porque en Madrid, durante la guerra civil, no tenía acceso la población madrileña al río Manzanares ni a ningún estanque de la capital. Los intentos de suicidio observados por nosotros han consistido, sobre todo, en la precipitación desde una ventana, en la sección de venas o en la ingestión de grandes dosis de medicamentos. Sólo una enferma se arrojó a un pozo, en el que, por lo demás, apenas había agua (19, p. 18).

En las otras dos comunicaciones relacionadas en que se menciona el riesgo de suicidio o se exponen casos clínicos con tentativas o suicidios consumados, se mantiene un discurso psicopatológico que enlaza el impulso de darse muerte a uno mismo con el avance de procesos morbosos mentales consecuencia de la desnutrición. Resulta llamativa la ausencia de reflexión sobre la influencia del dramático contexto psicosocial de posguerra a la hora de explicar el por qué estas personas llegan al suicidio. Dichas comunicaciones son «Síndromes extrapiramidales de origen carencial» del médico internista del Hospital Provincial de Soria Jesús Calvo Melendro (20), y «La avitaminosis en los enfermos de la Clínica Mental de la Diputación, durante el trienio 1937-1939» del psiquiatra catalán Ricardo Bordas y Jané (21).

En cuanto a psiquiatría bélica, dos monografías se publican en 1942. En ambas se menciona el suicidio puntualmente, como complicaciones de sendos cuadros psiquiátricos, manteniendo un discurso médico desde la psicopatología, técnico y con mínima carga moral. En primer lugar, en *Psicosis de guerra* Antonio Vallejo Nágera cita el suicidio como complicación de un cuadro de «psicotimia melancólica». Cabe especificar que se trata de un caso atendido en una clínica militar del propio bando nacional (22). Por su parte, Juan José López Ibor publica *Neurosis de guerra*, donde menciona el suicidio como complicación de una reactividad depresiva exagerada en el contexto del daño orgánico cerebral (23).

EL MANEJO DEL SUICIDIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EL MANICOMIO

Referirse a la práctica clínica en el periodo de posguerra es, esencialmente, pensar en los manicomios, pues la red de dispensarios suponía en aquel periodo un elemento minoritario de la asistencia psiquiátrica. El consenso historiográfico apunta hacia unas condiciones de vida indignas, abandonados por las instituciones, masificados y donde el hambre y las enfermedades que afectaban al país se manifestaron incrementadas (1, 24). No se han identificado protocolos, guías ni documentos específicos sobre la prevención

del suicidio en este periodo. Los contenidos sobre el manejo en la práctica del suicidio se extraen de las principales publicaciones en psiquiatría durante estos años, algunas ya presentadas anteriormente.

El autor que más desarrolla los contenidos destinados a estudiar la prevención del suicidio en el ámbito manicomial es Antonio Vallejo Nágera. En *Tratamiento de las enfermedades mentales*, aporta múltiples indicaciones que van desde estimaciones potenciales del riesgo en función del diagnóstico y del estado psicopatológico, hasta consejos prácticos para el manejo de los detalles a nivel de control ambiental, así como estrategias para el personal auxiliar y de enfermería. Un conciso ejemplo en el contexto del estudio de la contención: «Las manoplas se usan para evitar automutilaciones y agresiones. Los cinturones que sujetan las manos pretenden la imposibilidad de agresiones y suicidios» (17, p. 59). Otra muestra más detallada, en este caso sobre el manejo práctico del elevado riesgo suicida en la melancolía:

Un solo medio existe de prevención del suicidio en los enfermos que manifiestan tendencias o ideas suicidas, y es: la vigilancia continua. Únicamente acompañando al presunto suicida día y noche, incluso en el retrete, y advertido el acompañante de que el menor descuido se seguirá de la muerte del enfermo, podrá prevenirse la última. Jamás habitarán celda o habitación separada los melancólicos con ideas suicidas, al menos en los frenocomios, donde los presuntos suicidas ocuparán una sala especial con supervigilancia. Compréndese que en los frenocomios no deben dejarse al alcance de los pacientes cuerdas, cinturones u otros artefactos que puedan servirles para matarse. El momento más peligroso para el melancólico es el de despertarse, siendo frecuente que le encuentre ahorcado de la cama el enfermero que le entrega el desayuno (17, pp. 64-65).

Por su parte, Francisco Marco Merenciano expone en su monografía de 1942 *Esquizofrenias paranoides* un caso clínico en el que se realiza un intento de suicidio. Orientándose como un trastorno psicótico se aplican las terapéuticas de shock habituales en la terapéutica manicomial en aquellas décadas. Este constituye uno de los primeros casos descritos de tratamiento con electroshock en el estado español:

A.M.J., 33 años, casado, Valencia [...] Se le veía huraño, taciturno, triste, pero a nadie expresaba sus inquietudes. Un día, le llevaron a casa diciendo que había intentado suicidarse arrojándose al mar. Afortunadamente, lo hizo en el puerto y lo sacaron inmediatamente. [...] Lo ingresan en el manicomio en un fuerte estado de excitación con disgregación del pensamiento, trastorno profundo de la conciencia, estereotipias, alucinaciones y negativismo. [...] Explica que mejora con inyecciones de Cardiazol, y es dado de alta, reingresando a los 15 días con la misma clínica. Entonces, explica una respuesta favorable a electroshock: Se le somete a tratamiento por electroshock, con remisión completa después del sexto (25, pp. 46-47).

Por último, cabe mencionar algunos atisbos en la literatura de posguerra de indicaciones clínicas para la prevención del suicidio fuera del manicomio. En el artículo de 1948 de Gaspar Sastre analizado previamente, «Estudio psicopatológico del suicidio», el autor reflexiona sobre la valoración clínica a realizar ante un intento de suicidio, para dirigir la toma de decisiones terapéuticas conforme a la patología de base y al riesgo de reincidencia, planteando el ingreso para los pacientes psicóticos y la psicoterapia para los no afectados de estos problemas, si bien no profundiza en qué consistiría dicha psicoterapia.

¿Qué misión tiene el médico ante un intento de suicidio? En primer lugar, deberá establecer el diagnóstico de si el intento de suicidio se ha desarrollado sobre la base de una psicosis, o bien si ha sido motivado únicamente por contrariedades, dificultades o conflictos que en la vida se presentan. En el primer caso, se investigará la enfermedad causal (melancolía, epilepsia, esquizofrenia, etcétera) y el tratamiento se dirigirá al trastorno mental, con preferencia en un establecimiento psiquiátrico.

En el segundo caso, se intentará diagnosticar a qué tipo psicológico estructural pertenece, o sea como huida, en cortocircuito o teatral, y en cualquiera de ellos el tratamiento será puramente psicológico (16, p. 120).

Por su parte, Juan Rof Carballo proporciona en su *Patología psicósomática*, de 1949, reflexiones interesantes centradas en la indicación o no de ingreso por riesgo suicida en la depresión, así como criterios de derivación al especialista en psiquiatría:

El antiguo concepto de que todo depresivo debe por este motivo ser internado en un sanatorio, bajo la estrecha vigilancia de psiquiatras y enfermeras, deriva de una época en la que estas formas leves de depresión apenas se conocían. En la práctica no hay posibilidad, ni sería conveniente, internar a este gran número de deprimidos en esbozo. [...] Pero el médico [generalista] debe tener presente el riesgo que corre al encargarse de su tratamiento y, prudentemente, solicitar en los casos dudosos la colaboración de un psiquiatra. Y, desde luego, en las depresiones típicas, con curso fásico o tendencias al suicidio, jamás tomará a su cargo el tratamiento (26, pp. 308-309).

CONCLUSIONES

El estudio del suicidio en la psiquiatría española de posguerra es, en general, un tema de relevancia menor. En la literatura del periodo analizada los autores llegan al mismo de manera tangencial en obras centradas en profundizar en otros temas. De hecho, solo se ha encontrado un artículo específico que analiza el suicidio en profundidad. También refleja que muy pocos autores monopolizan las publicaciones de posguerra, destacando en número las fuentes de Antonio Vallejo Nágera.

En la literatura más reaccionaria del periodo, aquella destinada a justificar una higiene moral y racial acorde con el régimen, el suicidio aparece presentado como una consecuencia de la ausencia de los valores del régimen. No obstante, su presencia es puntual, menor de lo que ocurre con otros estigmas degenerativos, como las adicciones o la criminalidad. Frente al anterior discurso empleado para referirse al suicidio en el contexto de la higiene mental de posguerra, contrasta una aproximación moralmente más neutra cuando este se aborda desde el estudio de las psicosis, sobre todo, de la melancolía. Aquí, el suicidio se presenta como una complicación médica de la enfermedad, con un discurso más técnico y con una menor carga moral.

De manera coherente con esta concepción bio-médica del suicidio en la psicosis, las intervenciones que se plantean sobre el mismo son terapéuticas de orientación médica que no incorporan elementos psicosociales. En el contexto estudiado, esta práctica clínica se centraba en el ámbito manicomial, donde el foco se dirige a la custodia, supervisión y control ambiental para minimizar el riesgo de autolesión. Las escasas intervenciones terapéuticas disponibles sobre los trastornos psicóticos del momento, esencialmente las terapéuticas de shock, se aplicaban para intentar mejorar el estado morbosos de base, lo que indirectamente reduciría el riesgo suicida en los pacientes en que esto fuese eficaz. En líneas generales, se puede afirmar que son anecdóticas las aproximaciones al suicidio desde las corrientes psicológicas o psicoterapéuticas. No obstante, sí se observan algunas incipientes indicaciones para el manejo del suicidio fuera del contexto sanatorial: indicaciones para que los psiquiatras determinen si un paciente debe ingresar en el manicomio o puede ser tratado sin recurrir al mismo, y criterios para que los médicos generales que identifiquen depresiones en el contexto de la psicopatología deriven o no al psiquiatra.

En dos de los tópicos más característicos de la posguerra española, las secuelas psíquicas bélicas y la neuropsiquiatría de la hambruna, se menciona el suicidio ocasionalmente, considerándolo como una complicación médica de los estados melancólicos. Llama la atención que, pese a exponer con cierto detalle alguno de los casos, en ninguno se planteen los motivos psicosociales que pudieron conducir al suicidio en dichos pacientes, especialmente, con las tremendas condiciones de vida y represión de la posguerra.

Finalmente, se retoma la idea de que la psiquiatría de posguerra tiende a considerar el suicidio un tema menor en sus publicaciones, lo que contrasta con la realidad social española de posguerra. De hecho, desde la historiografía y la sociología se ha propuesto que las condiciones de vida y la represión política provocaron un aumento considerable de los suicidios en los primeros años tras la guerra (4, 27, 28). Por su parte, la historiografía de la psiquiatría franquista ha descrito como tras la Guerra Civil los alienistas más prominentes adoptaron una función de legitimación del régimen en diferentes ámbitos (3, 6, 7). En esta misma línea se podría plantear una voluntad consciente de dichos psiquiatras al restar importancia al fenómeno del suicidio durante la posguerra española, pese al aparente aumento significativo del mismo acontecido durante este periodo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casco Solís J. Autarquía y nacionalcatolicismo. En: Berrios G, Huertas R, Peset Reig JL, editores. I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría. Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de L'Infirmier. Certificateur. Madrid: Extraeditorial, 1995; pp. 197-226.
2. Huertas R. Hambre, enfermedad y locura: la aportación de Bartolomé Llopis al conocimiento de la psicosis pelagrosa. *Frenia* 2006;6:79-107.
3. Huertas R. En los inicios de la psiquiatría franquista: el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942). *Dynamis* 2017;37(1):23-43.
4. Sánchez Barricarte JJ, Martí Rubio B, Castillo Patton AE. Análisis de las estadísticas oficiales del suicidio en España (1910-2011). *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 2017;160:95-114.
5. Presidencia del Gobierno. Instituto Nacional de Estadística. El suicidio en España durante medio siglo. Su carácter y evolución en los años 1906-1955. Madrid: Gráficas Maitea, 1959; p. 9.
6. Campos R, Huertas R. Medicina mental y eugenesia: los fundamentos ideológicos de la psiquiatría franquista en la obra de Antonio Vallejo-Nágera. *Historia del presente* 2012;20(2):11-21.
7. Campos R, Novella E. La higiene mental durante el primer franquismo: de la higiene racial a la prevención de la enfermedad mental (1939-1960). *Dynamis* 2017;37(1):65-87.
8. Vallejo Nágera A. Psicopatología de la conducta antisocial. San Sebastián: Editorial española; 1937.
9. Vallejo Nágera A. Biopsiquismo del fanatismo marxista. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra* 1938;3:189-195.
10. Vallejo Nágera A. Higienización psíquica de las grandes urbes. Bilbao: Instituto provincial de sanidad de Vizcaya, 1941.
11. Vallejo Nágera A. Niños y jóvenes anormales. Madrid: Sociedad de Educación Atenas, 1941.
12. Bandrés J, Llavona R. La psicología en los campos de concentración de Franco. *Psicothema* 1996;8(1):1-11.
13. Vallejo Nágera A. Biopsiquismo del fanatismo marxista. Grupo de internacionales norteamericanos. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra* 1939;2(5):42.
14. Vallejo Nágera A. Psiquismo del fanatismo marxista. Grupo de internacionales ingleses. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra* 1939;12:141.
15. González de Pablo Á. Sobre la génesis del orden psiquiátrico en la posguerra española. La implantación de la psiquiatría de Heidelberg en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1987;7(23):633-648.
16. Sastre Lafarga G. Estudio psicopatológico del suicidio. *Anales de Medicina y Cirugía* 1948;24(38):119-120.
17. Vallejo Nágera A. Tratamiento de las enfermedades mentales. Valladolid: Santarén, 1940.
18. Vallejo Nágera A. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1944.

19. Llopis B. Trastornos psíquicos en la pelagra (enfermedad de Casal). *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1943;4(1-2):7-31.
20. Calvo Melendro J. Síndromes extrapiramidales de origen carencial. *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1943;4(1-2):57-65.
21. Bordas y Jané R. La avitaminosis en los enfermos de la Clínica Mental de la Diputación, durante el trienio 1937-1939. *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1943;4(1-2):90-91.
22. Vallejo Nágera A. Psicosis de Guerra. Madrid: Morata, 1942; pp. 48-49.
23. López Ibor JJ. Neurosis de guerra. Barcelona-Madrid: Científico médica, 1942, pp. 90-91.
24. Simón Lorda D, Ferrer i Balsebre L. Asistencia psiquiátrica en el primer franquismo: Ourense (1939-1959). *Anales de Psiquiatría* 1999;15(5):204-205.
25. Marco Merenciano F. Esquizofrenias paranoides: psicopatología y tratamiento. Barcelona: Miguel Servet, 1942; pp. 46-47.
26. Rof Carballo J. Patología psicósomática. Madrid: Paz Montalvo, 1949; pp. 308-309.
27. Mir Curcó C. La violencia contra uno mismo: el suicidio en el contexto represivo del franquismo. *Ayer* 2000;38:187-210.
28. Miralles Alted L. Salir de la miseria. La cotidianidad del suicidio en Granada durante el Franquismo. En: Fernández Sirvent R, Gutiérrez Lloret RM, Moreno Seco M, editores. *Asociación de Historia Contemporánea. Actas del XIV Congreso. Del siglo XIX al XXI. Tendencias y debates*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2018; pp. 1932-1946.

TESTIMONIO DIRECTO E HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA¹

Andrés Porcel Torrens, Margarita Medina Garibo***

MEMORIA, TESTIMONIO, RELATO

La práctica psiquiátrica es, en sí misma, un ejercicio narrativo. La búsqueda de la psicopatología en el discurso ajeno obliga a la escucha y a la necesidad de construir, a menudo en un tiempo breve y con no poca intuición, una historia coherente que ofrecer al paciente como instrumento primero para la comprensión de sí mismo. La construcción del discurso histórico no es muy diferente. También aquí se pretende elaborar una narración lo más lineal posible con la que acercarnos a la explicación de la realidad actual. La memoria, como la historia, siempre está en relación con preguntas y exigencias planteadas por el tiempo presente (1). El trabajo de reconstrucción del pasado se dirige a rescatar los vestigios de los hechos pretéritos –materiales y documentales– y cómo no, también los testimonios directos de quienes nos precedieron.

De forma un tanto paradójica, la apreciación del valor histórico de los testimonios directos ha tardado en adquirir el relieve que se reconoce en la actualidad. La búsqueda de la legitimidad científica pretendió durante décadas igualar a las ciencias sociales con las naturales, con la aspiración a un conocimiento objetivo emanado de una tecnocracia cuantitviva. Así, los hechos sociales se reducen a datos, los individuos a informantes y las relaciones a correlaciones entre variables, despreciando las fuentes directas como carentes de la necesaria distancia a mantener para extraer de los hechos verdades de valor indiscutible (2). Frente a estas posturas, desde otras corrientes de la etnología y la sociología fue reivindicándose el interés de los testimonios personales como forma de aprehender realidades vitales que reflejan experiencias que escapan a un análisis basado en grandes series cuantificables (3).

¹ Trabajo realizado en el marco del proyecto “La clínica de la subjetividad: Historia, teoría y práctica de la psicopatología estructural” (PID2020-113356GB-I00), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

* Psiquiatra. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Lliria. Conselleria de Sanitat Universal. Generalitat Valenciana. porceltorrens@gmail.com

** Psiquiatra. Departamento de Salud Hospital General. Conselleria de Sanitat Universal. Generalitat Valenciana.

En historia, la recopilación de relatos directos, sea en forma de historias de vida o de expresión oral, permite, a la vez que se construye una nueva fuente de aproximación al pasado, contar con el punto de vista de los sujetos anónimos, los que nunca son protagonistas de un relato de los acontecimientos en que solo las elites pueden dejar huellas de su participación en los mismos. Los hechos cotidianos, las rutinas —el tejido de la vida vivida día a día, la que percibimos en nuestra experiencia— puede de esta forma entrar a formar parte de una reconstrucción del pasado que será así necesariamente más integral. Las historias locales pueden ser clave de comprensión de procesos generales. Lo que parece simple anécdota puede informar de la realidad diaria de una forma que ninguna otra fuente puede hacerlo. En el siguiente ejemplo habla un psiquiatra —Miguel Angel Luengo— al que en 1985 se encomendó visitar el manicomio valenciano de Santa María de Jesús, una institución decimonónica (4):

Había un ATS en Jesús y le dije: «¿Cuándo puedo yo ir a Jesús que quiero verlo, que quiero conocerlo, que quiero saber un poco cómo está?», «pues mira vente a las 7:30 de la mañana con botas de agua», «¿qué estás diciendo chaval, botas de agua?» «tú vente con botas de agua » Lo de las botas de agua era por los charcos de orina. Era una nave, solamente había camas, unas con muchas mantas y otras prácticamente sin nada porque como hacía frío se las quitaban unos a otros; en el fondo había como una tarima y yo lo que veía era 70 tíos en fila en pelotas con un señor arriba que con un cepillo les iba dando con un cubo, un olor insoportable (5 p. 80).

Las fuentes testimoniales ofrecen, además de la experiencia directamente reflejada, información sobre los marcos conceptuales, los valores asumidos y las actitudes de los sujetos que las expresan. En palabras de Paul Thompson, la materia de la historia no la constituyen solamente los hechos, las estructuras y los modelos de conducta, sino también el modo en que éstos son experimentados y retenidos en la imaginación (6). Así, los límites entre los hechos objetivos y las experiencias subjetivas se diluyen y adquieren un valor histórico similar. La conducta y la memoria grupal se reflejan en la conducta y la memoria individual; lo público y lo privado se enlazan de forma inextricable y la separación de ambas esferas deviene una convención artificiosa.

Los testimonios personales —cuanto más si se amplían a varios testigos— permiten entrever las estrategias de relación entre los procesos de transformación social y las personas que los viven, considerar las relaciones entre biografía, historia y estructura social y comprender el papel que los individuos juegan en los cambios (7).

De forma implícita la literatura testimonial refleja también lo que Eakin llama modelos de identidad: paradigmas de la identidad o de la personalidad que toda cultura ofrece para que se imiten (8). Según Lejeune, toda sociedad se puede definir por los modelos biográficos que difunde (9) y su asunción genera inevitables atracciones que generan a su vez sus resistencias. En el

ámbito psiquiátrico, Fernando Claramunt, adscrito al servicio de Antonio Vallejo Nágera, rememora la llegada de los discípulos directos de López Ibor en 1960:

De los nuevos compañeros nos sorprendía el modo de hablar. A la hora del aperitivo no preguntaban por el bar de la esquina. «Soy cristocéntrico. La vida es futurición, y el hombre, menestero de teoría». Claro, así no había manera de ir de tascas. Introducían metáforas tomadas de libros del profesor, así como de Ortega y Gasset o de Laín Entralgo. No decían que alguien cambiaba de opinión, sino que efectuaba un giro copernicano. Procuraban citar a Heráclito el Oscuro y oscurecían el discurso. En eso iban bastante más allá que su maestro.

El profesor López Ibor, al razonar un concepto particularmente sutil, movía los dedos de la mano derecha, deslizando yema contra yema, como si examinara una tela, una seda oriental tal vez. Alguno de sus ayudantes repetía este gesto hasta la saciedad, sin venir a cuento. Juan Antonio nos comentaba: «El doctor X está lopeziborizado. El deslopeziborizador que lo deslopeziborice, buen deslopeziborizador será (10).

El poder de la imagen del mundo es tal que cuando los hechos se consideran como reales, son reales en sus consecuencias (7). La asunción de un relato común —casi siempre mitificado— por un grupo social, adoptado como su realidad, le otorga su valor en el curso histórico (11). En el texto siguiente, el psiquiatra Ramón García relata una anécdota que refleja las tensiones vividas al filo de los años setenta en torno a las posturas encontradas respecto a los cambios en el psiquiátrico. El texto contiene más allá de los hechos la interiorización de una postura vivida como colectiva y dirigida a una aspiración de transformación militante del presente:

Fue en el «comedor de los médicos». Una joven internada perteneciente a una de las secciones en que yo trabajaba entró en el comedor (no era la primera vez que lo hacía) y dijo que quería comer; yo le ofrecí un lugar para sentarse y ella empezó a hablar de sus cosas; al cabo de un rato dos jóvenes médicos que allí comían, hablando también «de sus cosas» se levantaron y con un gesto inolvidable de ira fueron hacia el lugar en que estaba sentada la joven y cogiéndola cada uno por un brazo la llevaron «en andas» hasta la puerta y la vertieron (se dice «verter la basura», ¿verdad?) al patio. Aquella ira iba dirigida contra la joven, sin duda, pero también contra todos los que, con ella, participábamos en aquella experiencia «tan endemoniada» que permitía que las personas internadas entraran en un lugar tan sagrado como el comedor de los médicos (12).

Las limitaciones de los testimonios directos provienen, como sus virtudes, de su naturaleza esencialmente subjetiva. Todo relato evidencia olvidos, tergiversaciones, omisiones deliberadas. El carácter de justificación que toda memoria de vida tiene favorece la mistificación y el autoengaño; el recuerdo

está condicionado por las experiencias presentes. Artificioso, el relato se presenta lineal, la memoria nunca lo es. Y a la elaboración del testigo hay que sumar la de su interlocutor, que selecciona los pasajes a transcribir y la forma de hacerlo según su propia óptica (13). Un juego de subjetividades en el que los hechos no tienen nunca –como en la misma vida– el valor de lo irrefutable.

FUENTES TESTIMONIALES EN LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA

Los tipos de fuentes testimoniales más explotados desde el punto de vista histórico son los testimonios orales; las memorias y autobiografías; los diarios y los epistolarios. Junto a ellos se encuentran testimonios directos en otros escritos como las entrevistas, los textos de homenaje, las notas necrológicas o algunas biografías, sobre todo las que elaboran quienes conocieran de primera mano al biografiado.

La historia oral nace de las aportaciones pioneras de la etnología y de la antropología. A través de éstas en la década de los sesenta historiadores como Ronald Fraser encontraron la forma de superar el carácter inicial de complemento o de ilustración de las fuentes documentales para constituir-la en una forma autónoma de acercarse a un pasado reciente inaccesible con los medios tradicionales (14). Las formas en que se presenta son diversas. Los relatos de vida constan de la transcripción de una serie amplia de entrevistas con un solo sujeto, a través de cuyo relato se reconstruye su experiencia vital y su inserción en el tiempo que ha tenido que vivir. Ejemplos ya clásicos –fuera del ámbito psiquiátrico– son los del cimarrón cubano recogido por Miguel Barnet o la historia de Manuel Cortés en la posguerra española, de Ronald Fraser (15,16). Otro formato es el relato en paralelo de varias vidas (17) o de secuencias de las mismas en personas que compartieron experiencias en torno a un acontecimiento histórico concreto. Así, de forma más o menos elaborada contamos con un corpus de relatos centrados en la vivencia de la guerra civil en 1936 en ámbitos geográficos determinados (18-20). Para la historia de la psiquiatría el reciente libro *Recuerdos del presente* reconstruye a través del relato coral de sus protagonistas la práctica psiquiátrica en Valencia en la segunda mitad del siglo XX (5). En otros trabajos los testimonios orales sirven para refrendar a la historia documental, aunque se limite la transcripción de estos, que quedan citados pero ausentes del relato formal. Un ejemplo son los trabajos de Paul Roazen sobre la escuela de Freud, en que se citan ciento diez entrevistas con testigos sin que se transcriba ninguna (21). En la titánica reconstrucción de la historia del manicomio barcelonés de la Santa Creu de Josep M.^a Comelles se recogen testimonios orales de enorme valor, aunque quedan subordinados a la redacción general del texto sin adoptar un papel protagonista (22).

El método de la historia se basa en las entrevistas realizadas con los sujetos, seleccionados en función de los intereses del entrevistador. Los formatos de entrevista pueden ser cerrados o permitir que el entrevistado se exprese de forma libre, guiado o no por preguntas amplias. No hay una única técnica para la entrevista, aunque Fraser recomiende como elementos sustanciales la pasión, la persistencia y la paciencia, siempre desde el reconocimiento del privilegio que supone acceder a los testigos vivos de la historia (14). Lejeune resume tres formas de presentar la transcripción del texto: La primera la define como «lo más fiel a la palabra», recogiendo la literalidad de lo escuchado, incluyendo coloquialismos, repeticiones, interjecciones, etc. Aunque se presenta como una forma de ser fiel al «efecto etnológico» no deja de traslucir un enfoque condescendiente con quien se presenta así en un plano inferior al del redactor. En la «situación intermedia» se permanece fiel a lo que se recoge, aunque con arreglos que acercan el discurso a la comunicación escrita. Por fin, en la «elaboración literaria» el texto se acomoda a los cánones literarios respetando el contenido, pero modificando la sintaxis (23).

El método de saturación informativa consiste en recoger múltiples historias de individuos de un solo sector profesional para construir una sola a partir de muchos relatos diferentes:

ALBERTO DOMÍNGUEZ.—Muchos psiquiatras no sabían lo que había fuera del hospital psiquiátrico, y lo que había era toda la patología del sufrimiento de la vida y todos los trastornos mentales comunes que han invadido las USM.

ANTONIO REY.—Nos tuvimos que inventar cada uno de nosotros un tipo de psiquiatría que nadie nos había enseñado. Cómo se trata una neurosis, cómo se hace psicoterapia individual, nada de eso. Nosotros veníamos de otro mundo, el mundo de los locos, de sentarnos en un banco y fumarnos un cigarrillo con el paciente, de eso veníamos. Entonces claro, aquello fue muy interesante por un lado, pero por otra parte muy frustrante tuvimos que aprender a usar determinadas medicaciones que no teníamos ni idea, porque usábamos las que se usan en el manicomio, el haloperidol y derivados, y ahora que si los antidepressivos, que si la serotonina ¿a mí qué me cuentas de la serotonina?

ROSA CANO.—En principio intentamos poner un poquito de orden para cortar ese tipo de cosas. Cuando vimos que aquello nos iba a desbordar y que de diez personas que venían con esas características, a ocho las teníamos que admitir y verlas, nos dijimos que no había más alternativa que repartirlas entre todo el mundo.

ALBERTO DOMÍNGUEZ.—Ese elemento cambiaba radicalmente la realidad epidemiológica. Daba igual cuantos pacientes psicóticos tenías en recursos residenciales en los años 78, 79 u 80; cuando se vuelca en la USM toda la patología menor las propias unidades cambian y explotan (5 pp. 160-163).

La contraposición de los testimonios permite un acercamiento plural a la realidad vivida en que no se pierde la idiosincrasia de cada individuo. En este

tipo de presentación se hace evidente el papel que el redactor tiene para manipular el relato aun sin intervenir directamente en él. En palabras de Lejeune, para «pronunciar un discurso *sobre* el sujeto dándole la palabra, y dando la sensación de citar un discurso *de él*» (23).

Memorias y autobiografías comparten con la historia oral la voluntad de ejercer de testimonios si bien aquí la pretensión de trascendencia nace del propio interesado como una necesidad de revelación hacia el mundo. Es tan frecuente como discutible señalar el nacimiento de la autobiografía con las *Confesiones* de Rousseau, aunque de lo que no cabe duda alguna es de que la expansión del género ha avanzado imparable desde el inicio de la modernidad hasta nuestros días. «La nueva importancia de la historia de las sociedades, instituciones e individuos en el occidente post-ilustrado es consecuencia del declive de la fe en una trama maestra sagrada, en una historia providencial que subsumía todas las azarosas historias individuales en un fin justificado, aunque lejano (8)». El individuo asume la singularidad de su propia vida y el afán de trascendencia —o de notoriedad— impele a darse a conocer con un testimonio que aspira a la permanencia en el tiempo. Ya desde el principio del siglo XX la autobiografía dejó de ser patrimonio exclusivo de personajes encumbrados para extenderse a cualquier persona que aspire a dejar una huella de su periplo vital en la historia. Lo que Lejeune llama la «ideología autobiográfica» es la necesidad del individuo de hallar una unidad en su propia historia y dejarla plasmada en un relato coherente y ordenado, bastante más de lo que la propia vida permite en realidad (24).

Suele distinguirse entre memorias y autobiografías en tanto las primeras ofrecen un relato de lo vivido por el individuo como testigo de acontecimientos, sin ahondar en aspectos intrapsíquicos de la experiencia como sí ocurre en las segundas. Parecida distinción se establece entre las memorias ventana —dirigidas al entorno vital antes que a la intimidad— y memorias espejo, centradas en las vivencias subjetivas antes que en el contexto que ha conocido el escritor (7). No se trata evidentemente de una separación estanca. Unas y otras contienen aspectos diferentes de lo que no deja de ser la expresión individual de una experiencia colectiva. Y a su vez, la difusión y la permanencia de las autobiografías contribuye a generar y a imponer una identidad grupal a quienes se identifican —por generación, por profesión, por intereses comunes— con las mismas (8).

En España se ha señalado la primacía de las memorias sobre las autobiografías, si bien los años más recientes asistimos a una multiplicación creciente de éstas (25). Entre las escritas por psiquiatras, quizá las de Carlos Castilla del Pino sean las que contienen más aspectos autobiográficos, seguramente por contar el autor para su redacción con sus diarios inéditos escritos años atrás. A pesar de que en general es la voz del narrador actual la que desgrana y enjuicia los hechos pasados, sin entrar a expresar los sentimientos personales pretéritos, en ocasiones afloran las vivencias más íntimas:

Me sentía solo. Me habría de sentir solo. Elevaba mi sentimiento a categoría universal. En la vida, la soledad era el destino forzoso de todo ser humano, aunque lo ignore. Los sentimientos de conmiseración, de piedad, de simpatía, duran un instante; luego se desvanecen. La experiencia de lo que viví con motivo de la guerra civil fue decisiva y me ha marcado para toda la vida: la gente, guiada por intereses en los que a veces les va literalmente la vida, coloca su propio yo en el centro del mundo (26).

Los médicos han sido especialmente prolíficos a la hora de escribir sus memorias, tanto que han llegado, casi podría decirse, a constituir un subgénero propio. Señalando este hecho en fecha tan temprana como 1954, Marañón reflexionaba sobre las posibles causas: la necesidad de sublimar en la escritura la tensión del ejercicio cotidiano; la frecuente existencia de vocaciones literarias en los médicos o la compensación de las inevitables frustraciones en un relato idealizado de la trayectoria personal (27). Es cierto que la adscripción profesional a la medicina comporta unas opciones de compromiso y por ello se constituye en componente esencial de las identidades de los profesionales y por lo tanto de su memoria a la hora de abordar la escritura autobiográfica (28). Obviamente, toda autobiografía es una afirmación de identidad y un ejercicio de implícita justificación de sí (29), o con la desnudez con que la define Albert Boadella, una operación de autobombo (30).

Contamos con un apreciable volumen de memorias de psiquiatras, que se inicia con las de grandes figuras –Kraepelin (circa 1920), Freud (1924), Piaget (1950) Jung (1961), Laing (1985)– y se extiende a la de muchos otros profesionales, en forma de libros de mayor o menor difusión, desde traducciones de gran tirada (31) a ediciones de distribución restringida o publicaciones en prensa especializada.

En España la literatura testimonial entre los psiquiatras comprende un conjunto creciente de trabajos que ha ido acrecentándose en las últimas décadas. Desde las muy difundidas memorias de Carlos Castilla del Pino (1997) a las de Enrique González Duro (2013) o Agustín Jimeno Valdés (2018) un número apreciable de profesionales ha dejado constancia escrita de su trayectoria vital (32-42). En general se trata de obras de carácter más testimonial que introspectivo, que aportan una enorme cantidad de datos sobre profesionales coetáneos, práctica clínica, difusión de conocimientos y cambios, condiciones de vida, magisterios, escuelas, competencias y rivalidades que trascienden con mucho lo anecdótico y tienen la capacidad de evocar el mundo de ayer en lo que fue la experiencia diaria. Una primera lectura es en este sentido muy enriquecedora para nuestra comprensión del pasado reciente; una segunda desvela los modelos de identidad que inspiran los sujetos, el discurso interiorizado que sostiene la explicación asumida del propio periplo personal.

Agustín Jimeno rememora experiencias en el hospital santanderino Marqués de Valdecilla al inicio de los años sesenta:

Quiero mencionar una prueba psicológica inventada por D. José María (Aldama Truchuelo) padre y que él denominó «prueba de la simbolización subjetiva». Se trata de la presentación al paciente de unos «monigotes» (así los llamó Don José) formados por cuatro bloques prismáticos de madera de un tamaño aproximado de doce por cinco centímetros. Están pintados de un color distinto cada uno: blanco, negro, azul y verde, creo recordar, y siendo iguales en el resto se diferencian además en un signo arquetípico que llevan dibujado en la parte superior: el signo del acuario o del agua, el signo de la esvástica o del sol, el signo de la cruz y el signo de la circunferencia cruzada. Se pide al paciente que los identifique con personas clave de su vida: Si fuera una familia quién sería la madre, el padre, el hijo mayor si fuera un grupo de trabajo quién el jefe, un ayudante, un obrero. Yo hice alguna aplicación con ello. Leí también a Jung por aquel entonces para entender aquello de los símbolos arquetípicos de la libido. También jugábamos entre nosotros con la prueba de Rorschach, que no se aplicaba sistemáticamente, ni teníamos un experto que la enseñase. Gran parte de nuestro aprendizaje era autodidacta (42).

Ricardo Crisóstomo evoca el ambiente asambleario de las terapias de los años setenta en Madrid:

Las asambleas en ocasiones eran dramáticas. Se tomaban decisiones y se votaba a mano alzada cuestiones técnicas como por ejemplo si dar o no a un paciente haloperidol y en caso afirmativo someter a consenso el número de gotas. Situaciones de promiscuidad sexual, y probablemente de abusos, no eran infrecuentes. Recuerdo el comentario que en una ocasión me hizo una paciente mía en privado refiriéndose a las sacrosantas asambleas. «Dr Crisóstomo, ustedes no lo comprenden, porque ustedes están sanos y lo pueden soportar pero a nosotros que estamos enfermos, nos hacen mucho daño» (40 p. 87).

A pesar de que el tono más habitual en las memorias revela directamente poco sobre el sentimiento de sus autores, cubierto por cierto pudor, Castilla del Pino reconoce en *El eco autobiográfico* (43) el impacto que la redacción causa incluso en la forma en que quien las escribe, rememoraré ya para siempre su propia trayectoria: «*En el autobiógrafo la vida vivida se sustituye por la vida narrada*».

También algunos pacientes han dejado escritos sobre sus experiencias con los trastornos mentales y con la asistencia psiquiátrica. Lógicamente las exigencias que supone redactar un texto prolongado sobre el tema dejan fuera el testimonio de personas de quienes podría obtenerse mediante entrevistas grabadas, en lo que sería un campo de extraordinario interés, del que sin embargo no conocemos en nuestro medio ninguna iniciativa publicada. Sí contamos con algunas memorias como las del médico Juan Alonso Pérez, cuya toxicomanía activa no impidió el desarrollo de su carrera profesional en las décadas que van de los años treinta a los setenta:

Al cabo de tres años de mi recaída, me inyectaba diariamente y en vena 25 ampollas de morfina y 10 o 12 de simpatina. El Colegio Médico, al observar el

gran consumo que hacía de talonarios de tóxicos, me había puesto el tope en uno cada tres meses. Usaba una receta diaria para 25 ampollas, y con las cien del talonario tenía apenas lo justo para los tres meses.

Diez o doce días después, cuando ya había repartido por Alicante algunas de las recetas robadas, se presentaron en mi casa dos policías en un coche. Fueron tan discretos que nadie advirtió anormalidad alguna. Me invitaron a dar un paseo. Me dijeron que quedaba detenido hasta que el juez de Instrucción dictaminase, y aquella noche debería ser interrogado por el comisario de policía para las diligencias previas.

Llegamos al Juzgado y, tras prolongada espera, fuimos recibidos por un jovenzuelo un tanto pedante, con aires de persona importante. Me di cuenta de que por su juventud no podía ser el juez, quizá algún secretario o escribiente. Pero eso sí, al recibirnos, adoptó maneras de auténtico juez. Se acomodó en un sillón y leyó muy detenidamente el extenso informe del comisario. Por fin habló y nos dijo: esperen, voy a casa del señor juez que vive aquí al lado y volvemos enseguida. A la media hora volvió, pero sin el juez. ¡Inexplicable! Nos dijo: el señor juez no ve motivos para instruir un proceso. Todo lo sucedido será comunicado a los Colegios Médicos de Alicante y Valencia. Pueden ustedes irse. Me consolé pensando que posiblemente el Colegio me privaría de mis talonarios de tóxicos y que quizá esto podría ser la posibilidad de curarme, pero estos hechos jamás llegaron a los Colegios Médicos (44).

Como en la historia oral, las limitaciones de la literatura memorialística vienen derivadas de su naturaleza subjetiva. La memoria carece completamente del carácter lineal, artificioso, que tienen los escritos; se asemeja más al retablo medieval, compuesto de escenas sueltas solo conectadas por la mirada del observador (45). La propia pretensión de traspasar al lenguaje los hechos vividos comporta un grado inevitable de adulteración de los mismos. Los recuerdos están hechos de imágenes volcadas en palabras y éstas son también fruto de una experiencia colectiva de naturaleza social. Llevando un poco las cosas al extremo, hay que aceptar que la escritura de la historia es una práctica literaria y la historia en sí una ficción cultural y no una imposible reproducción del pasado (8). Aún así, y a pesar de que incluso el autor intuya siempre la disonancia entre la narrativa de la propia vida y la experiencia diaria (46) la verdad contenida en la autobiografía no es la de los hechos relatados sino la forma en que éstos se interpretan cuando pasan al papel (7). Para el historiador, el valor de las autobiografías testimoniales es en último término lo que puede apprehenderse de la relación del autobiógrafo con la historia (8).

La publicación de diarios ofrece un testimonio de valor extraordinario tanto sobre el periplo vital del autor —recogido en el momento mismo en que vive los hechos— como de su entorno, que puede reflejar sin dejarse llevar de los engaños de la memoria remota. No conocemos sin embargo en historia de la psiquiatría española la publicación de diarios. Fuera de nuestro ámbito es seguramente en el campo psicoanalítico donde se encuentran los

terapeutas han dejado las muestras más relevantes, como las de Lou Andreas Salomé en 1912-1913 o la de Smiley Blanton en 1929-1938 (47,48).

Los epistolarios son textos que contienen testimonios directos, aunque dirigidos a un único destinatario. Precisamente en su falta de elaboración, en su sinceridad y en su carácter de comunicación inmediata es donde reside su mayor interés para el historiador. Las cartas permiten reconstruir como ninguna otra fuente redes de relaciones e influencias y pueden revelar una imagen de sus autores más íntima que la que se ofrece en la vida pública. No es habitual la edición de epistolarios, que en cualquier caso suele reservarse únicamente a las grandes figuras, como en el caso de la correspondencia Freud-Jung (49). La preparación de una publicación así exige un enorme esfuerzo de conocimiento de los corresponsales. Estas consideraciones aquilatan aún más el valor de la edición, en nuestro entorno, de las cartas de los enfermos del manicomio de Leganés, recientemente publicadas (50), donde puede obtenerse una aproximación al conocimiento de los afanes, las necesidades, las esperanzas y los temores de unos seres condenados por lo demás al más profundo olvido. No conocemos por otra parte la edición de correspondencia de psiquiatras españoles, aunque la existencia de algunos archivos como el de Ramón Sarró pueda dar lugar a futuros trabajos.

Fuera de los ya mencionados, varios tipos de escritos pueden considerarse fuentes de interés histórico como testimonios directos en la historia de la psiquiatría. La vida en las instituciones mentales ha tenido para el público general el interés de lo extraño y algunos reportajes publicados sobre experiencias de internamiento reflejan tanto aspectos del entorno como las vivencias de los propios autores. Siguiendo el ejemplo pionero de Nellie Bly (51), la escritora Ángeles Villarta ingresó –ayudada por Emilio Carrère– en los primeros años cincuenta en el manicomio de Oviedo, dejando su libro *Mi vida en el manicomio* constancia de sus experiencias (52). En 1991, la periodista Ángeles Cáceres publicó *Los habitantes del pozo*, un extenso reportaje realizado en el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent de Alicante, donde recoge de primera mano conversaciones y relatos de las personas internadas:

Aquí uno no pasa de ser un loco más. Recuento tres veces al día, cacheo cuando se les ocurre y pastillas a juicio de los médicos. Pierdes tu identidad y tu individualidad. Al cabo de un mes de estar aquí ya no eres nadie. Nada es tuyo, no eres dueño de tus movimientos, no tienes territorio, te han arrancado de la tribu humana. Aquí no puedes decidir ni tus pasos ni tus actos ni el uso que quieras hacer de tu tiempo libre. Te llevan de un lado para otro, siempre cerrando puertas detrás de ti, y las llaves te persiguen también por la noche: la llave del funcionario que te chapa en tu celda se te aparece en sueños como una barrera que siempre te estará cerrando cualquier camino. La celda es demasiado pequeña y agobiante, te asfixias en ella, te parece que las paredes te caen encima para aplastarte (53).

En las entrevistas, publicadas en prensa especializada, en Internet y también en algunos libros (54,55) se reproducen, de boca de los mismos protagonistas, los recuerdos de vida y profesionales apenas elaborados, lo que constituye la materia prima de la historia oral. Como en ésta, pueden proporcionar vivencias que trascienden la anécdota y dan un retrato vivo del pasado. Así evoca el psiquiatra José Pérez López-Villamil, catedrático de Medicina Legal en Santiago las oposiciones para optar a la cátedra de Psiquiatría en 1952:

Es cuando yo fui y recibí la agresividad de los opositores. Formaban tribunal Laín, Alberca, Sarró y un catedrático de Médica. Me pusieron «a parir» como suele decirse ahora de rojo y de qué sé yo cuantas cosas más. Laín tuvo que tocar la campanilla a un opositor –Borreguero de Salamanca– porque había dicho que yo no quería militarizarme, que era un hombre nefasto, etc.(55).

También en textos colectivos, a menudo de circulación no muy amplia, como en los libros de homenaje, pueden hallarse referencias de gran interés para reconstruir nuestra idea del pasado que no pasarían nunca de otra forma a la historia de fuentes documentales. Francesc Freixa rememora en el volumen colectivo dedicado en 1992 al profesor Ramón Sarró el trato con pacientes ingresados por dependencia alcohólica en los años cincuenta en Barcelona:

Fue en este contexto cuando concretamente el doctor Lluís Bach y el que escribe observaron con curiosidad y comentaron por primera vez que entre el trato de favor de los pacientes se incluía la «embriaguez terapéutica» como premio de fin de semana a determinados pacientes considerados crónicos o irreversibles, los alcohólicos, que como albañiles, electricistas, tejedores, etc., sí eran útiles a la institución durante todos los días laborables (56).

La pretensión de reconstruir el pasado es un empeño tan pertinaz como de alcance necesariamente limitado. Del mismo modo que la memoria de Funes en el relato de Borges fija en su mente una vastedad de recuerdos que resulta infinita, nunca puede pensarse que haya un pasado sino un número inabarcable de ellos. Cuando la comprensión de nuestro presente reivindica escuchar todas las voces (57), la de quienes nos precedieron no puede prescindir de sus ecos y la necesidad de multiplicar nuestras fuentes es insoslayable:

Necesitamos relatos que nos cuenten las cosas tal como son, en la medida máxima de lo posible, igual que necesitamos tecnologías eficientes, conocimientos históricos rigurosos, teorías científicas que se sometan al escrutinio de la comprobación experimental, mapas para movernos por territorios desconocidos. Necesitamos cuentos y ecuaciones, poemas y fórmulas químicas, novelas y reportajes, diarios íntimos e informes de comisiones de investigación incorruptibles. Necesitamos el apunte rápido de lo recién observado y el relato memorial filtrado por la experiencia de una vida entera (58).

BIBLIOGRAFÍA

1. Juliá S. La «Falange Liberal» o de cómo la memoria inventa el pasado. En: Fernández C, Hermsilla MA, editoras. *Autobiografía en España: un balance*. Madrid: Visor, 2004; pp. 127-144.
2. Pujadas Muñoz JJ. *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2002.
3. Sanz Hernández A. El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio* 2005;52:99-115.
4. Polo Griñán C. *Bogeria i salut mental a València. El Manicomio de Jesús (1866-1989)*. Valencia: Institució Alfons el Magnànim, 2021.
5. Porcel Torrens A, Medina Garibo M. *Recuerdos del presente. Historia oral de la psiquiatría en Valencia (1960-2010)*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2021. vol. 2.
6. Thompson P. *La voz del pasado. Historia oral*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim, 1998.
7. De Miguel JM. *Auto/biografías*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2017.
8. Eakin PJ. *En contacto con el mundo. Autobiografía y realidad*. Madrid: Megazul-Endymion, 1994.
9. Lejeune P. El pacto autobiográfico (bis). En: Lejeune P. *El pacto autobiográfico y otros ensayos*. Madrid: Megazul-Endymion, 1994; pp. 123-148.
10. Claramunt F. *Juan Antonio Vallejo-Nágera. La difícil serenidad*. Madrid: Espasa Calpe, 1993; p. 50.
11. Peset M, Peset JL. *Muerte en España. Política y sociedad entre la peste y el cólera*. Madrid: Seminarios y Ediciones, 1972.
12. García R. *¡Abajo la autoridad! Ciencia, manicomio y muerte*. Barcelona: Anagrama, 1979; p. 157.
13. Lejeune P. El pacto autobiográfico, veinticinco años después. En: Fernández C, Hermsilla MA, editoras. *Autobiografía en España: un balance*. Madrid: Visor, 2004; pp. 159-172.
14. Fraser R. *El intelectual y su memoria. Explorando las fuentes orales*. Granada: Universidad de Granada, 2009.
15. Barnet M. *Biografía de un cimarrón*. Barcelona: Ariel, 1968.
16. Fraser R. *Escondido. El calvario de Manuel Cortés*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim, 1986.
17. Fraser R. *Mijas. República, guerra, franquismo en un pueblo andaluz*. Barcelona: Antoni Bosch editor, 1985.
18. Schalekamp JA. *Mallorca any 1936. D'una illa hom no en pot fugir*. Palma de Mallorca: Prensa Universitaria, s/f.
19. Reigosa CG. *El regreso de los maquis*. Madrid: Júcar, 1992.
20. Rojas JM (editor). *Las memorias del abuelo*. Madrid: En medio de Abril, 2012.
21. Roazen P. *Freud y sus discípulos*. Madrid: Alianza, 1978 (1.ª ed. 1971).

22. Comelles JM Stultifera Navis. La locura, el poder y la ciudad. Lleida: Milenio, 2006.
23. Lejeune P. La autobiografía de los que no escriben. En: Lejeune P. El pacto autobiográfico y otros ensayos. Madrid: Megazul-Endymion, 1994; pp. 313-414.
24. Lejeune P. El pacto autobiográfico. En: Lejeune P. El pacto autobiográfico y otros ensayos. Madrid: Megazul-Endymion, 1994; pp. 49-88.
25. Mercadier G. Singularidades de la escritura autobiográfica en la España moderna. En: Fernández C, Hermosilla MA, editoras. Autobiografía en España: un balance. Madrid: Visor, 2004; pp. 83-94.
26. Castilla del Pino C. Pretérito imperfecto. Autobiografía (1922-1949). Barcelona: Tusquets, 2004; p. 263 (1.ª ed. 1997).
27. Marañón G. Memorias y autobiografías de médicos. En: Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Buenos Aires: Espasa Calpe Argentina, 1954.
28. Salvador V. Autorretrato e identidades profesionales. Sobre autobiografías de científicos y médicos. *Annali di Ca'Foscare serie Occidentale* 2015;49:57-74.
29. Castilla del Pino C. Autobiografías. En: Castilla del Pino C. temas. Hombre, cultura, sociedad. Barcelona: Península, 1989; pp. 175-178.
30. Boadella A. Autobiografía y psicoanálisis gratuito. En: Fernández C, Hermosilla MA, editoras. Autobiografía en España: un balance. Madrid: Visor, 2004; pp. 65-79.
31. Yalom ID. Memorias de un psiquiatra. Barcelona: Destino, 2019.
32. Germain J. Autobiografía (I). *Revista de Historia de la Psicología* 1980;1(1):7-32.
33. Germain J. Autobiografía (II). *Revista de Historia de la Psicología* 1980;2(1):139-170.
34. García-Barros Bernabeu E. Treinta años y un día... Memorias de un psiquiatra amnésico. Madrid: Noesis, 1996.
35. Ruiz Capel A. Memorias del Hospital Psiquiátrico de Murcia. Murcia: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería, 1998.
36. Pertejo J. Una historia personal. Relato del proceso de mi formación en Psicología Clínica. *Rev de Psicol Gral y Aplic* 2002;55(4):501-513.
37. Claramunt F. Psiquiatría vivida. Memorias autobiográficas. Madrid: Biblioteca Nueva, 2004.
38. Núñez A. Memorias de una ex monja psiquiatra. León: Everest, 2006.
39. Cabrera J. Yo estuve allí. Memorias de un psiquiatra forense. Madrid: Encuentro, 2009.
40. Crisóstomo Pizarro R. Pretérito más imperfecto (Memorias de otro psiquiatra). Madrid: Artgerust, 2011.
41. González Duro E. Memorias de un psiquiatra insobornable. 2013. Disponible en https://www.academia.edu/41054682/MEMORIAS_de_un_psiquiatra_insobornable
42. Jimeno Valdés A. La psiquiatría que yo he vivido (1955-1978). Valladolid: Ediciones Fuente de la Fama, 2018; pp. 75-76.
43. Castilla del Pino C. El eco autobiográfico. En: Fernández C, Hermosilla MA, editoras. Autobiografía en España: un balance. Madrid: Visor, 2004; pp. 19-26.
44. Alonso Pérez J. Salida de las tinieblas. Memorias de un toxicómano en la República, la guerra y el franquismo. Granada: Comares, 2019; p. 142 (1.ª ed. 1976).

45. Ruiz-Vargas JM. Claves de la memoria autobiográfica. En: Fernández C, Hermosilla MA, editoras. *Autobiografía en España: un balance*. Madrid: Visor, 2004; pp. 183-220.
46. Sánchez Ostiz M. Espejos de papel y tinta. En: Fernández C, Hermosilla MA, editoras. *Autobiografía en España: un balance*. Madrid: Visor, 2004; pp. 27-38.
47. Andreas-Salomé L. *Aprendiendo con Freud. Diario de un año 1912-1913*. Barcelona: Laertes, 1977.
48. Blanton S. *Diario de mi análisis con Freud*. Buenos Aires: Corregidor, 1974.
49. Sigmund Freud-Carl C Jung. *Correspondencia*. Madrid: Taurus, 1979.
50. Villasante O, Candela R, Conseglieri A, Vázquez de la Torre P, Tierno R, Huertas R. *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Salud de Leganés*. Madrid: Catarata, 2018.
51. Bly N. *Diez días en un manicomio*. Barcelona: Buck, 2009 (1.ª ed. 1887).
52. Villarta A. *Mi vida en el manicomio*. Madrid: Angeles Villarta editora, s/f.
53. Cáceres Lescaboura A. *Los habitantes del pozo (Vida y muerte en una cárcel-manicomio)*. Alicante: Aguacilar, 1991; p. 140.
54. Mediavilla JL. *Conversaciones con Ramón Sarró. Psicoanálisis y locura*. Barcelona: Gráficas Valdep, 1980.
55. Mediavilla JL. *Conxo, siempre el primer día (Aproximación al ideario del profesor Villamil)*. Gijón: Fundación Dolores Medio, 1990; p. 51.
56. Freixa Sanfeliu F. *Guerra Civil, inquietud intelectual y toxicomanías en la Barcelona de la década de los 50*. En: Antón Fructuoso P (coord.) *Medio siglo de Psiquiatría en España. Homenaje al profesor Ramón Sarró*. Madrid: Editorial Libro del Año, 1992; pp. 185-197.
57. Huertas R. *Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos*. Madrid: Catarata, 2020.
58. Muñoz Molina A. *De lo vivido a lo contado*. El País, 19/09/2021.

«YO NO NACÍ PARA LOCO NI PARA POBRE»: TESTIMONIO DE UNA DÉCADA DE INTERNAMIENTO EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS (1911-1924)

Ruth Candela Ramírez*, Olga Villasante Armas**

LOS ESCRITOS EPISTOLARES COMO FUENTE PARA LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

No cabe duda de que las fuentes consideradas legítimas para la construcción del conocimiento están ampliándose más allá de los originales, neutrales y asépticos datos, considerados tradicionalmente como «basados en la evidencia» (1). No son pocas las disciplinas que, conscientes de las limitaciones de tener en cuenta de forma exclusiva los datos generados a partir de la metodología cuantitativa experimental comienzan a abrirse a otro tipo de fuentes y análisis más cualitativos. Uno de los ejemplos de este cambio metodológico lo conforma la transformación del concepto clásico de medicina basada en la evidencia que hoy aspira a incorporar no solo los resultados provenientes de los laboratorios, sino también otros datos como los procedentes de la experiencia clínica de los profesionales, así como las vivencias en primera persona y los valores de los y las pacientes (2-4).

La historia de la psiquiatría no se ha quedado atrás en esta apertura metodológica. Desde las aportaciones tradicionales que nos ofrecían una reconstrucción cronológica de los hechos acaecidos a partir de fuentes clásicas como las publicaciones médicas y legislativas (5) y los análisis que tomaban como eje central a determinadas figuras profesionales (véase como ejemplo la serie publicada en la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría «Clásicos de la Psiquiatría Española» de Antonio M. Rey González a lo largo de los volúmenes 2, 3, 4 y 5 de la publicación) se han ido abriendo paso nuevas aproximaciones metodológicas que beben no sólo de la metodología heurística y hermenéutica sino que entran de lleno en el análisis crítico de cuestiones sociales y culturales para construir la historia (6). Desde este paradigma metodológico merece la pena destacar el trabajo de Rafael Huertas *Otra historia para otra psiquiatría* (7). Esta obra, en cuyo marco de referencia se encuadra el presente trabajo, rescata

* Psiquiatra. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ruth.candela@salud.madrid.org

** Psiquiatra. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid. olga.villasante@salud.madrid.org

y revisa artículos publicados en las últimas dos décadas para construir una historia analítica, hermenéutica, crítica, no esencialista y alejada del positivismo.

Dentro de este «hacer» historiográfico tienen un valor principal, tal y como ha apuntado el propio Huertas, las historias clínicas. Este autor valora estas fuentes no solo por su aportación clínica, como han sido utilizadas en trabajos publicados en el ámbito internacional (8, 9) y nacional (10), sino porque permiten «intentar otros tipos de análisis que entran de lleno en el campo de la historia social, pues facilitan estudios de demografía y epidemiología histórica, aclaran muchos aspectos del funcionamiento de las instituciones asistenciales y sugieren las características reales de una praxis clínica que no siempre coincidió con los conocimientos o los paradigmas imperantes»(6, p. 8).

Además de las historias clínicas, otra de las fuentes que han permitido un «hacer» historiográfico diferente son los escritos elaborados por los y las locas que estuvieron internados e internadas en instituciones psiquiátricas. Hasta la fecha, han visto la luz diferentes y variados trabajos en el campo de la historia de la psiquiatría que han utilizado las producciones de los y las pacientes, esto es, sus experiencias en primera persona, como punto de partida para el análisis de distintas cuestiones de interés para la comprensión de la disciplina. Entre estas destacan los sentimientos, percepciones y experiencias de las personas diagnosticadas e internadas en diferentes establecimientos psiquiátricos (11), pero también nos sirven para conocer las características de la institución y los procesos de institucionalización más allá de las fuentes médicas y administrativas oficiales (12).

La utilización de estas fuentes historiográficas no es nueva y se conocen referencias al uso de la escritura como método de acercamiento clínico desde mediados del siglo XIX (13-15). De hecho, hay instituciones europeas donde los textos autógrafos de los pacientes constituyen una parte considerable del material conservado en las historias clínicas. Roy Porter, a mediados de los años 80 del siglo pasado, publicó su trabajo titulado «The patient's view: Doing medical history from below» (16) y, dos años más tarde, señaló que «los escritos de los locos pueden leerse no solo como síntomas de enfermedades o síndromes sino como comunicaciones coherentes por derecho propio» (17, p. 12). De esta manera, se iniciaba una corriente epistemológica e historiográfica centrada en el punto de vista del paciente. El historiador proponía explorar estas fuentes, hasta entonces poco estudiadas por la historia de la psiquiatría. El interés por la escritura de los locos ha experimentado un creciente desarrollo historiográfico de forma que han proliferado, tanto en España como en el extranjero, el estudio de estos escritos como fuente principal para abordar tanto la subjetividad del paciente como la experiencia del internamiento. Destacan las publicaciones de Barfoot y Beveridge a partir de las cartas de pacientes internados en el Asilo de Morningside, en Edimburgo (18, 19 y 20), el trabajo de Campos con las cartas de Morillo (21), el análisis de Ríos Molina con los escritos de 13 pacientes internados

en el Manicomio mexicano de La Castañeda (22), la producción de Molinari construida a partir de los escritos autobiográficos de mujeres internadas en el Hospital Psiquiátrico Quarto di Mare (Génova) (23), el trabajo de Wadi en el Centro Psiquiátrico Nacional de Río de Janeiro (24) o el texto de Ordorika y Golcman a partir de archivos procedentes también de La Castañeda y el Hospital Lomas de Zamora en Buenos Aires (25). Huertas, por su parte, en su obra «Locuras en primera persona» propone ese abordaje historiográfico «desde abajo» apoyando ese dar voz a los «sin voz» (26).

El presente trabajo toma como eje central el uso de las fuentes en primera persona, así como la información procedente de las historias clínicas para ahondar en los procesos de institucionalización en el Manicomio de Leganés, inaugurado en 1852 como el primer manicomio nacional, en Leganés, una población sita al sur de Madrid (27). Cabe señalar que las reflexiones que siguen a esta introducción se enmarcan en una línea de investigación más amplia, desarrollada por el «Programa Leganés», que ha tenido como objetivo principal el análisis crítico de las prácticas asistenciales desarrolladas en esta paradigmática institución con numerosos resultados (28-31). Aunque las fuentes principales de dichos estudios fueron las historias clínicas de todas las personas internadas en el manicomio, en el análisis pormenorizado de las mismas salieron a la luz diferentes escritos elaborados por los y las pacientes que nunca llegaron a su destino y quedaron archivados en los historiales. Del examen de estos documentos vio la luz el trabajo colectivo *Cartas desde el Manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés* en el que se exponen los escritos elaborados por 41 personas durante su internamiento, precedidos de una breve descripción biográfica recopilada a partir del propio contenido de las cartas y de las historias clínicas (11).

En el presente estudio nos proponemos profundizar en el contenido de las cartas de uno de estos protagonistas. Concretamente, se analizan desde una perspectiva etnográfica las cartas escritas por Ernesto durante su internamiento en la institución desde 1911 hasta su fallecimiento en 1924 (32). Siguiendo la propuesta de Huertas en su libro *Historia cultural de la psiquiatría* (6), se pone el foco de atención en los escritos de locos y locas anónimos, cuyo destino no era ser publicados, en contraposición a los tradicionales estudios que han abordado la obra literaria de autores como Sade, Rousseau, Joyce, Woolf o Claudel. Exponemos, siguiendo a Porter, las «comunicaciones por derecho propio» de Ernesto para recuperar su testimonio al igual que se han recuperado otros como el de Fuente en la obra *Un delirio* (34).

El material epistolar de Ernesto acompañado de la información contenida en la historia clínica nos ofrece el privilegio de observar y analizar las prácticas asistenciales desarrolladas en la institución desde puntos de partida diferentes. De esta manera, se pretende enriquecer la historia de la disciplina a partir del análisis de un caso con un abordaje alejado de enfoques presentistas y naturalistas que realizan una historia bajo la asunción de que la construcción del conocimiento es acumulativa y esencialista. Con el análisis de las

narrativas de Ernesto se acogen otras miradas y otros lenguajes que atiendan al proceso de construcción de significados en torno a la institucionalización psiquiátrica tal y como propone Danziger para la construcción de la subjetividad y las categorías psicológicas (35, 36).

Aunque los escritos de Ernesto se reprodujeron en *Cartas desde el Manicomio...*, esta obra no explora el contenido, dado que su objetivo fue presentar los mismos dando protagonismo a la palabra sin ninguna apuesta interpretativa (11). Por ello, nos proponemos ampliar esta propuesta y profundizar en las condiciones en las que fueron escritas, su contenido y a quién fueron dirigidas, entre otras cuestiones. El análisis crítico de los escritos de este interno y su relación con el contexto médico, histórico, cultural y social nos acerca a comprender las prácticas asistenciales y la subjetividad y la experiencia de la locura desde otro punto de vista diferenciado de los métodos de comprensión médicos expertos (16). No obstante, en primer lugar, es necesario entender el contexto institucional en el que estas cartas se escribieron y saber por qué quedaron archivadas en las historias clínicas.

EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS: CUSTODIA DE UNAS CARTAS QUE NUNCA LLEGARON A SU DESTINO

Son muchas ya las publicaciones que han abordado la historia del Manicomio de Leganés, una de las instituciones más estudiadas del panorama historiográfico español. Como se ha introducido, en el marco del «Programa Leganés» se han defendido cuatro tesis consecutivas centradas en el estudio de las historias clínicas de los pacientes internados en diferentes periodos históricos y sociales como son las tres primeras décadas del siglo XX (37), la Segunda República Española (38), la guerra civil (39) y la posguerra (40). No obstante, trabajos previos ya habían abordado las condiciones asistenciales, sociales y culturales que propiciaron el nacimiento definitivo de esta paradigmática institución decimonónica en el seno de un debate sobre lo que debía ser un manicomio modelo en 1852 (41, 42). Las primeras décadas del siglo XX estuvieron marcadas por la crisis finisecular propiciada por la pérdida de las colonias y el subsiguiente movimiento regeneracionista durante el reinado de Alfonso XIII que fue desde 1902 hasta la Dictadura de Primo de Rivera (1923-1930). Poco más tarde, en las elecciones de 1931, la victoria de la coalición republicano-socialista que daría comienzo a la Segunda República Española (43). Los diferentes cambios producidos en el plano político no se acompañaron de movimientos legislativos similares en la regulación de la asistencia psiquiátrica, que estuvo durante todo este periodo bajo el paraguas del Real Decreto de 19 de mayo de 1885 (44). Esta ley supuso un salto cualitativo importante al regular el ingreso de los dementes, en el que el médico quedaba relegado a un papel muy secundario (45), sin embargo, las críticas vertidas a la misma en los diferentes órganos

de difusión de la especialidad fueron numerosas y exigentes con la medicalización del sistema (46, 47).

Más allá de la normativa estatal, el Manicomio trató de reglamentar el funcionamiento dentro de la institución, actualizando aquellas primeras normas para el cuidado de pacientes mentales que se conocen en España (48). El entonces ministro de la Gobernación, Francisco Romero Robledo, dictó el Reglamento para Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1885 (49). Hasta la fecha, distintos trabajos se han centrado en aspectos variados de la institución en los albores del siglo XX (50, 51). No obstante, las obras de acondicionamiento de la institución que habían intentado elevarla a los estándares científicos de la época se realizaron sin un plan organizado y al margen de la opinión de los técnicos médicos (52). Dichas reformas incluyeron la mejora del problema de abastecimiento de agua que presentaba la institución desde su fundación, la ampliación del departamento de pensionistas y la separación de poblaciones, como los menores o los dementes procesados, para quienes se construyó un pabellón independiente en 1900, obras que permitieron el aumento de la población manicomial que no había superado las 200 plazas establecidas en el reglamento a lo largo del siglo XIX, hasta cerca de 300 pacientes en 1929 (37, 53). A pesar de todo, Leganés seguía siendo una institución pequeña si se comparaba con otras como el Manicomio de Valencia (54) o Valladolid (55). Además del aumento de plazas, se trató de modificar el carácter benéfico asilar y custodialista del establecimiento: se reformaron las instalaciones como el gabinete de hidroterapia, se reestructuró el servicio de electroterapia y se implantó el laboratorio clínico (56).

Sin duda, una de las características principales de dicho periodo fueron los intentos de medicalización y especialización de la asistencia prestada dentro de la institución, que había estado a lo largo del siglo XIX en manos de las Hermanas de la Caridad y de facultativos médicos sin experiencia en patología mental (48). En los primeros años del siglo XX el Manicomio tan sólo contaba con un jefe facultativo, con escasa formación en patología mental, ayudado de forma ocasional, por un médico auxiliar. A lo largo de las tres primeras décadas el grado de especialización de los facultativos fue en aumento (37). Entre los médicos que trabajaron en la institución sobresale la figura de José Salas y Vaca (1877-1933), Jefe Facultativo del Manicomio entre 1911 y 1929 (56, 57). Aunque Salas y Vaca no se considera un médico sobresaliente en la llamada *Generación de Archivos de Neurobiología* (58) si mantuvo relación con este grupo profesional y, sin duda, apostó por la profesionalización del ejercicio de la disciplina. Sus planteamientos quedaron plasmados en *Frenocomios españoles: bases para la reforma de nuestros servicios de alienados*, donde realizó algunas propuestas asistenciales y en *Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional*, publicado cuando llevaba casi dos décadas al frente de la institución, obra en la que expuso las reformas realizadas en Santa Isabel durante su jefatura (56). Salas y Vaca se distinguió, además de por su orientación reformista, por su demostrado interés por la escritura de

los pacientes, ilustrando gran parte de sus obras con los escritos de pacientes internados (57). El galeno entendía estas producciones como un medio para mejorar el diagnóstico y la comprensión clínica de los enfermos mentales, circunstancia ya señalada por autores del siglo XIX como Brierre de Boismont (13) o Louis Víctor Marcé (14).

Tal y como se ha señalado en otros trabajos previos, Salas y Vaca no sólo utilizó los escritos de los internos para justificar la presencia de determinados síntomas psicopatológicos, sino que, con toda probabilidad, estimuló a los pacientes a redactar. Consideraba que dicha información podía clarificar el diagnóstico, tal como expuso en *Degenerados en Sociedad* (59), un manual publicado en el año 1920, cuando llevaba cerca de una década al frente de la institución, y en el que el autor describió los diferentes síndromes alucinatorios y delirantes:

El diagnóstico pocas veces sale completo de un interrogatorio por bien dirigido que se lleve; en cambio, estudiando los escritos de estos enfermos, abundantes siempre y de ordinario ampulosos, se encuentra más bien la falsa interpretación de sus concepciones delirantes (...); dad cuartillas y pluma a cualquiera de estos sujetos y el aislamiento de su casa o el silencio de su celda les hará, a unos más y a otros menos, trasladar al papel alguna idea delirante o punto de partida (59, p. 44).

El uso de la escritura como método de acercamiento clínico del facultativo de Leganés revela un intento de explorar la subjetividad de los síntomas del paciente. Se puede considerar, por tanto, que Salas intentaba «dear el delirio», tal y como ha propuesto Rigolí en *Lire le délire* (15). Las palabras, sentimientos, ideas y pensamientos vertidos por los alienados servían para interpretar sus síntomas alucinatorios y delirantes y, justificar desde el punto de vista clínico, su internamiento (37).

El interés por los escritos del galeno se tradujo en la frecuencia con la que este tipo de documentación ha sido registrada en las diferentes investigaciones realizadas en la institución. De hecho, durante el periodo en que Salas estuvo al frente del Manicomio se han registrado 23 escritos, correspondientes a un 5,3% de pacientes (37), similar a la de otros establecimientos como el Manicomio de Sant Boi (60), sin embargo, es casi el triple del 2% observado si tomamos todas las historias clínicas de pacientes internados durante el primer siglo de la institución (11).

Uno de los historiales con más documentos y escritos personales es el de Ernesto que, casualmente llegó a la institución el mismo año en que Salas se hizo cargo de la dirección. En la historia clínica de nuestro protagonista se han encontrado varios escritos, aunque el primero de ellos es un memorándum que escribió antes de ser trasladado a Leganés. El segundo escrito, es una extensa carta dirigida a su suegra, redactada sobre una hoja con el sello del manicomio de Santa Isabel con fecha de 5 de agosto de 1912 y que fue reproducida en su totalidad en el libro *Degenerados en sociedad* de Salas a lo largo de siete páginas. La tercera, es una carta dirigida al propio Salas y, por último,

se ha recogido un escrito dirigido a su esposa y otro familiar (32). Ninguna de estas cartas llegó a su destino al quedar archivadas en el historial de Ernesto. El control de la correspondencia era común en las instituciones psiquiátricas (61) y, en el Manicomio de Leganés ha quedado documentada desde su fundación. El propio Ramiro Llera, administrador depositario de la institución, se refería a dicho control durante una visita del periodista Montero, en 1929, con el fin realizar un reportaje publicado en el *Heraldo de Madrid*:

La administración suele vigilar las cartas que escriben para saber si es o no prudente darlas curso; ocurre a veces que algunas no son más que un disparatado cúmulo de barbaridades, y, en este caso, naturalmente, no van a su destino (62, p. 8).

Este control quedó también reflejado en las palabras de Ernesto tal y como se observa en la siguiente cita, que deja claro el papel censor del estamento médico: «mi Don Ignacio se prestará a dar curso a esquelas o cartas que no nos interesen a V., a él, o a mí. Quede bien sentado esto» (32).

No cabe duda de que las palabras de Ernesto traducen la conciencia de esta censura y del destino inexorable ligado a la institucionalización en el Manicomio de Leganés. Por ello, analizar sus palabras nos ayuda a comprender las dinámicas, experiencias y diálogos entre voces; unas consideradas legítimas y otras invisibles, o lo que es lo mismo, el diálogo entre las voces que emitían los discursos expertos frente a las de personas «sin voz» y «desprovistas de palabra» (26).

EL INTERNAMIENTO EN LEGANÉS: ENTRE LA DEGENERACIÓN Y LA ESCRITURA

Ernesto fue un hombre casado y con cuatro hijos que ingresó en el manicomio el 9 de marzo de 1911 cuando contaba con 59 años y tras permanecer doce años internado en el manicomio de San Rafael de Valladolid, una pequeña institución privada fundada por Lázaro Rodríguez González a mediados del siglo XIX (63). Desde la proclamación de la Ley de beneficencia de 1849 (64, 65), la atención psiquiátrica española se había desarrollado mediante dos redes asistenciales bien diferenciadas que se encargarían de la atención a los pacientes mentales en España: una precaria red pública de manicomios dependientes del Estado y algunos establecimientos privados que habían florecido al amparo de la inhibición estatal (66). Mientras que instituciones privadas como el manicomio de Nueva Belén, dirigido por Juan Giné y Partagás (1836-1903), el de Sant Boi de Llobregat de Antonio Pujadas (1811-1881), el Instituto Frenopático de Barcelona o el Sanatorio del doctor Esquerdo en Madrid, constituyeron la base para el nacimiento y desarrollo de la psiquiatría en España, los establecimientos públicos, como el de Leganés, no llegaron a

ser instituciones medicalizadas cuyos profesionales médicos relegados a una mera función asesora (66, 67).

Estas diferencias, señaladas por la literatura, también quedaron constatadas en los escritos del vallisoletano que describió las distinciones encontradas entre el Manicomio Nacional y la pequeña institución privada de la que procedía:

En San Rafael tenía dos habitaciones completamente separadas de las de los locos, con todo el servicio en ellas y un criado para asistirme; aquí tengo que compartir con otra persona una pequeña celda situada entre las de los locos, ocasionándome esta falta de independencia grandísimas molestias (...). En San Rafael tenían especial cuidado en resguardarme de los aires, que a mí me hacen muchísimo daño (...) aquí desde el día siguiente al de mi llegada estoy constantemente entre aires, que circulan libremente por toda la casa, y de los que ni aun puedo resguardarme refugiándome en la celda, porque a cada momento entran y salen personas en ella (32).

La llegada de Ernesto a la institución se hizo en plaza de pensionista de segunda (32), aunque el manicomio había sido concebido como una institución de beneficencia y, desde su fundación se contemplaba la posibilidad de recibir a pacientes que pagaban por su estancia. En este sentido, es bien conocida la coexistencia de pacientes privados y pobres en las instituciones públicas y se ha documentado en otros establecimientos tanto españoles –Toledo (68) o Valladolid (55)– como extranjeros (69, 70). De hecho, el Reglamento de 1885 señalaba una población máxima de 200 ingresados (30 pensionistas, 40 medio pensionistas y 130 pobres) (49). No es de extrañar que Ernesto fuera una de las personas que pudieron escribir dentro de la institución, cuestión que se ha relacionado con distintos aspectos. Por un lado, la mayoría de los escritores se encontraban ingresados en plaza de pensionista y las mejores condiciones de hospitalidad asociadas a las plazas de pago redundaban en más «privilegios» (12); en segundo lugar, los escritos fueron más frecuentes entre los internos varones, el doble en número que los de las mujeres escritoras (11, 37). Así pues, Ernesto estaba entre la población manicomial con mayores recursos económicos y culturales y con una menor tasa de analfabetismo que las clases populares (71).

No obstante, el ingreso en plaza de pago, sin duda relacionado con su origen acomodado y de «distinguida familia» (32), no aminoró los sentimientos de malestar e incomodidad de Ernesto con las condiciones prestadas en Santa Isabel:

¡Cuán suaves y hasta deleitosos (con haber sido tan terribles que tengo por grandísimo milagro que yo haya podido resistirlos) se me representan los tormentos físicos, morales y espirituales que me abrumaron durante doce años en el manicomio de San Rafael cuando los comparo con los que vengo sufriendo en esta infernal barahúnda de Leganés desde la mencionada noche del mes de Marzo del pasado año hasta el día de hoy! (32).

Tal y como se registró en la «Hoja de entrada y vicisitudes» (Imagen 1) era un hombre de temperamento fuerte, estatura alta, constitución artrítica y comerciante de profesión. Este documento, que se puede encontrar a lo largo de toda la historia del Manicomio, recogía al ingreso del paciente además de la fecha y hora en que era recibido en la institución, datos sociodemográficos, cuestiones relativas al internamiento psiquiátrico y algunos datos clínicos bajo el epígrafe de «Reconocimiento de Entrada».

CASA DE SANTA ISABEL EN LEGANÉS

HOJA DE ENTRADA Y VICISITUDES DE D. ...

En 2 de Mayo de 1908, á las ocho de la noche, y en virtud de orden de la Dirección del Manicomio, entró D. Victoriano López Casco, hijo de Victoriano y de Dolores, natural de La Coruña, provincia de ... de 59 años, de estado casado con D. Encelia Venturo, vecino de Valladolid, provincia de ... vive en ... su oficio á ocupación Comerciante, sus señas personales ...

La orden de admisión ha sido expedida á instancia de D.^{na} Encelia Venturo, que vive en Alameda 23-2º Madrid.

RECONOCIMIENTO DE ENTRADA

Estatura Alta Temperamento Fuerte

Constitución Fuerte

Padec. Phisic. Intelectual en progresiva forma uliana en persecución y grandiosa

EXTRACTO DE SU HISTORIA CLÍNICA Y VICISITUDES GENERALES

AÑO	MES	DÍA
1911	Mayo	

Se anuncian los síntomas particulares de la neclerosis tanto en Valladolid como en Leganes. No permanencia durante 12 años en el Manicomio de San Rafael, como en este establecimiento. La enfermedad aparece en este enfermo, pero su evolución sintomática puede ser aplicable á sus autopsias obtenidas á la investigación de las causas familiares que han poseído su misma evolución en un sujeto

Imagen 1. Hoja de Entrada y Vicisitudes de Ernesto (32).

Además de la caracterización temperamental y física, que refleja la herencia de la mentalidad localizacionista y anatomoclínica (72, 73), también se consignaba el «padecimiento» psiquiátrico que motivaba el internamiento. El propio Salas y Vaca reconocía que «se desconocen los motivos particulares de su reclusión (...) tanto en Valladolid (...) como en este establecimiento», la «corrección aparente de este enfermo» y «su conducta intachable (...) dentro de su misantropía», pero Ernesto fue diagnosticado de «psicosis sistematizada progresiva, forma delirante de persecución» (32). De hecho, uno de sus escritos, de gran extensión, fue reproducido por Salas y Vaca en su libro *Degenerados en Sociedad* (59), para ilustrar las diferentes fases del delirio. El texto, dirigido a su suegra con el epígrafe «Reservado», describe las vivencias de Ernesto durante el traslado a Santa Isabel y en él se relata el trágico traslado al manicomio de Leganés dejando constancia del sufrimiento de quien se sentía víctima de una «satánica comedia»:

Señora: una mañana fría del mes de Marzo del pasado año de 1911 (...) se presentaron en el manicomio de San Rafael, de Valladolid, dos sujetos vestidos de uniforme, en que se destacaban las armas de España, y me invitaron, valiéndose de un subterfugio disparatado, a emprender con ellos un viaje a Madrid. Mi estado de salud era aquel día tan deplorable, que a duras penas podía tenerme en pie (...). El Director Víctor Díez Pinto, al despedirse de mí, me recetó unas píldoras para que las tomase durante el viaje, pues la tos me ahogaba, y sin más requisitos emprendí al siguiente día el viaje en un destartado coche de segunda clase, donde circulaba libremente el aire helado, que a veces me cortaba la respiración, y nevando y ventiscando pasé el puerto de Guadarrama y llegué a este manicomio de Leganés, más muerto que vivo, la noche del mismo día 9 de Marzo de 1911. ¡Alabado sea Dios! (32).

Sin duda, Salas favoreció que Ernesto escribiera sobre una cuartilla con el sello del manicomio y se han encontrado notas manuscritas del facultativo sobre la misma, a modo del borrador de su obra (Imagen 2). Sin embargo, las dificultades de acceso al papel para escribir se reflejan en diversas cartas: «Empecé esta carta ayer, 5 de agosto, día de Nuestra Señora de las Nieves, y por falta de papel tuve que interrumpirla y terminarla hoy 6» (32).

La carta de Ernesto sirvió al director de Leganés en su libro como ejemplo psicopatológico de los «perseguidos alucinados-forma megalómana». El galeno realizó una descripción de las diferentes variedades delirantes basándose en las formulaciones de diferentes autores franceses como Jean-Pierre Falret (1794-1870), su discípulo Charles E. Lasègue (1816-1883) o Emmanuel Regis (1855-1918) (74, 75, 76). En las descripciones de Salas y Vaca abundan los síndromes degenerativos ya que, como ha defendido Campos (77), este médico fue uno de los pocos españoles que utilizó ampliamente la teoría de la degeneración en el terreno clínico (78). Salas consideraba que los trastornos psíquicos eran expresión de la constitución anormal del organismo transmisible genéticamente y sujeta a la evolución progresiva hacia la decadencia de la raza. Los degenerados eran, por tanto, «*seres de génesis cerebral incompleta (...) predispuestos a sufrir procesos de enajenación mental que de un modo transitorio o permanente los hacen extrasociales*» (59, p. III). En línea con lo anterior, el director señaló en la historia clínica la obligación de «buscar los antecedentes hereditarios» de Ernesto ante «la corrección aparente de este enfermo» y «su conducta intachable» (32) plasmando así su aceptación de las ideas morelianas acerca de la herencia (79).

COMUNICACIONES «POR DERECHO PROPIO»: LA EXPERIENCIA DEL INTERNAMIENTO

Aunque Ernesto ingresó en plaza de «observación», se decidió su reclusión definitiva en junio de 1912, un año y 3 meses después de ingresar. Tal y como se ha mencionado, los ingresos psiquiátricos estaban regulados por el Real Decreto de 1885 que establecía que los alienados podían ingresar en dos modalidades: observación y reclusión definitiva (artículo 1) (44). Esta legislación, muy criticada por el estamento médico por la gran cantidad de trámites burocráticos para el internamiento, establecía que en el momento del ingreso del paciente en calidad de «observación» debía comenzar a tramitarse el expediente de reclusión definitiva, a fin de que, finalizado el plazo de tres meses, o de seis en casos dudosos, se expidiera por el facultativo del manicomio el certificado médico informativo (artículo 6) (44). Al igual que le ocurrió a Ernesto, la gran mayoría de los pacientes que ingresaron en el primer tercio del siglo XX en Santa Isabel, superaron con creces el plazo máximo de observación que contemplaba la ley (37).

Lo cierto es que no sólo se superaban los plazos estipulados de observación, sino que, para la mayoría de los internos de Leganés, la salida del manicomio era muy complicada. De hecho, Ernesto terminó sus días institucionalizado en Santa Isabel, trece años después de su llegada, a consecuencia de una bronquitis crónica (32).

Es posible que la escritura tuviera para Ernesto un papel autorreparador y terapéutico (80) para sobrevivir al ingreso en Santa Isabel, un espacio psiquiátrico de poder y normativización (81):

Y cuando examino mi conciencia y me persuado de que absolutamente nada le he debido nunca al mundo, y por otra parte veo el cúmulo de persecuciones infernales que Satanás y sus dóciles instrumentos han desencadenado sobre mí, no puedo menos de bendecir y alabar al gran Dios que tales crímenes ha consentido para atraerme a sí y demostrarme tan cumplida y delicadamente los efectos de su infinita misericordia y los tesoros de su divino amor (32).

Las epístolas de Ernesto se encuentran plagadas de enunciados, propuestas, reivindicaciones, pensamientos (delirantes o no), emociones y demás subjetividades. Son, en definitiva, el medio por el que dejó legado de su «verdad», una verdad enunciada desde el sufrimiento psíquico del que está invisibilizado y desprovisto de su propia palabra. Los escritos, por tanto, sustituirían al discurso oral no escuchado y coartado por los destinatarios:

Mi intención era tratar con el Director, Dr. Salas, de mi instalación en esta casa en condiciones más decorosas y menos perjudiciales a mi salud, y que él se entendiera con usted; pero, en vista de que no se sabe fijamente cuándo regresará dicho señor de su excursión veraniega, me pareció más oportuno informar a usted y a mis hijos de este y otros asuntos que más tarde hubieran tenido que saber. Una vez obtenida la conformidad de usted, me entenderé con el Administrador o con la reverenda Madre Superiora (32).

Las cartas nos muestran un diálogo desigual y obligado entre diferentes voces (82). Un pacto dispar entre médicos e internos. Ernesto escribe desde un lugar del que no se siente parte y el que lee lo hace obligado para conseguir, de algún modo, la «objetivación» de la «subjetividad alterada» (7).

Las letras custodiadas de Ernesto reflejan la emoción ansiosa de la espera, señalada en trabajos previos (11, 12); una espera prolongada durante años de aislamiento y que, sobre todo, se tornaba interminable, tal y como expresan las siguientes líneas:

El mes de septiembre se echa encima y, como ignoro por completo el tiempo que aún pueda durar la revisión del satánico expediente con todas sus derivaciones, no quiero que me coja desprevenido y me ocurra lo que el último otoño, y que este año pudiera tener peores consecuencias, pues no en vano pasa el tiempo (32).

No cabe duda de que, para Ernesto, el Manicomio era un lugar ajeno, como se ha descrito, un no-lugar, un espacio de exclusión y paradójico al que no pertenecía (83). Las palabras de resistencia se suceden e intentan escapar de un destino no elegido:

no estoy dispuesto a seguir sirviendo de mofa y de burla al rey Alfonso XIII (...); ni tampoco lo estoy a seguir deleitando con mis epístolas las vidas del gobierno (...). Yo no he venido al mundo para ceñir coronas, ni para servir de (...) de testaferrero a los Gobiernos del rey Alfonso XIII (32).

Las resistencias lo son no sólo al lugar, sino también a la condición de «loco» y a la consecuente locura: «Yo no nací para loco ni para pobre, sino para todo lo contrario; durante muy cerca de trece años y medio se me ha obligado a sentar plaza de loco y de pobre, y ya es tiempo de que vaya terminando la satánica comedia» (32).

Las letras de Ernesto reflejan, simultáneamente, la resignación del que duda de sí mismo y acepta, en cierto modo, su destino:

(...) comprendiendo que se trataba de mi traslado a viva fuerza al manicomio nacional de Leganés y que ni aquellos individuos podían hacer otra cosa que cumplir las órdenes que traían, ni los Directores facultativo y administrativo del Establecimiento podían tampoco (con gran sentimiento suyo) defenderme de aquel nuevo e inaudito atropello, acepté la nueva situación que se me creaba» . «Esta casa es del Gobierno y no basta la buena voluntad de las personas que la dirigen y administran para cambiar sus condiciones. (...) aquí hay que contar con muchos factores y no es posible ni sería cuerdo pretender una instalación especial (32).

De hecho, la aceptación llega incluso a transformarse en agradecimiento hacia el personal de la institución. Es probable que los años de aislamiento en una institución que Goffman denominó «total» (84), sujeto a las dinámicas de poder bien señaladas por Foucault (85), llevaran a Ernesto a compartir, al menos en parte, sus rutinas, cultura y lenguaje.

Estoy profundamente agradecido a estas buenísimas Hermanas, al Director, a los médicos, al practicante y a toda la servidumbre; pues de todos he recibido y recibo grandes muestras de consideración y afecto, y todos han hecho y hacen cuanto está de su parte para serme agradables, considerándome y distinguiéndome muy marcadamente (32).

Aun así, las palabras de resignación y renuncia se combinan de forma permanente con otras de protesta y reivindicación de unas mejores condiciones de habitabilidad. Trabajos previos han señalado el papel de estas fuentes para conocer, desde otra perspectiva, la cotidianidad dentro del Manicomio (12). En la misma línea, los escritos de Ernesto revelan algunas situaciones que, de otra manera, no habrían salido a la luz. El hecho de que las instituciones manicomiales públicas carecían de las mínimas condiciones de salubridad no es nuevo y diferentes estudios han abordado las carencias del Manicomio de Leganés desde su fundación. Concretamente se han descrito las constantes dificultades de abastecimiento de agua que llegaron incluso a limitar la aplicación de los «necesarios tratamientos hidroterápicos» además de los servicios higiénicos del establecimiento en los años treinta (86). La escasez de agua, sin duda, empeoró las deficiencias en la alimentación y cabe suponer que los internos de Leganés, incluso aquellos que pagaban por su estancia, no contaron con el aporte nutricional necesario ni con unas condiciones mínimas de habitabilidad (48):

Por lo visto, el Gobierno no piensa en que esas epístolas que tanto le deleitan las escribe un anciano septagenario (*sic*) casi, gravísimamente enfermo, mal instalado en una espaciosa habitación sumamente húmeda y fría, sin brasero, helado de frío (y) hambriento en ocasiones (32).

Las críticas vertidas se centraron también en la vestimenta tal y como se puede ver en las siguientes citas: «Otro tanto tengo que decir de la ropa: me estoy quedando desnudo y, antes que entre el otoño, quiero equiparme de ropa interior y exterior por mi cuenta», «Estoy materialmente desnudo y cubierto de andrajos, sírvalos de satisfacción» (32), así como en el estado de las instalaciones: «Tengo que sentarme en sillas y bancos de madera, lo que me sería indiferente si no padeciera una afección que hace con frecuencia dolorosísima esta falta de comodidad», «Yo necesito tener, (...) una habitación separada de las de los locos, con todo el servicio en ella y amueblada con algunos muebles de comodidad, pues así lo requieren mi mucha edad y mis innumerables padecimientos» (32).

Estas reivindicaciones se dirigían no sólo al personal de la institución sino también a la familia a la que Ernesto consideraba responsable, en última instancia, de su internamiento:

Habiendo sido una de V. la que hizo entrega de mi persona a esta casa de locos, es requisito indispensable que escriba en seguida a los Directores del Establecimiento, a fin de que yo entre y salga cuando quiera, y me marche cuando me plazca, quedando ellos relevados de toda responsabilidad (32).

La percepción del interno coincide con los resultados de trabajos previos que señalan la importancia del papel de las familias en la decisión del internamiento psiquiátrico, tanto en otros países (87-89), como en el propio manicomio de Leganés, donde el 92% de los internamientos realizados en el primer tercio del siglo XX fueron a petición de la familia de los pacientes (37).

Como vemos, los escritos de Ernesto son reflejo de los diálogos ocurridos entre las diferentes voces –paciente, profesionales y sociedad–, más o menos explícitas, que se entrecruzaron dentro y fuera de los muros del Manicomio. Negociaciones y resistencias que no pudieron modificar el destino Ernesto, cuyas palabras quedaron, pese a todo, retenidas, custodiadas y negadas (82, 90).

A MODO DE CONCLUSIÓN

La historia clínica de Ernesto es un estudio de caso que sirve para percibir la contraposición existente entre las diferentes voces que, en palabras de Ríos Molina, emanan de la polifonía de los expedientes clínicos. En las conversaciones generadas se observa la desigualdad y relaciones de poder

dentro del Manicomio. Ernesto, con sus largos textos busca negociar su destino y se resiste al mismo con numerosos argumentos utilizados para salir del establecimiento. Sus palabras nos ayudan a comprender la complejidad de las experiencias, emociones y vivencias que caracterizaban los internamientos psiquiátricos en las primeras décadas del siglo XX.

El relato de Ernesto, además, es un escrito de inestimable valor para entender las características de la institución y su funcionamiento, lo que nos confirma que, en el análisis estudio de la vida cotidiana del Manicomio de Leganés no se pueden obviar estas experiencias subjetivas. Afirmaciones como «estoy materialmente desnudo y cubierto de andrajos», o «yo no nací para pobre, ni para loco», más allá del posible discurso delirante, permiten conocer la emoción y vivencia de sentirse apartado de su entorno y familia, en una especie de paratopía, en un no-lugar paradójico que niega la identidad. La combinación del contenido de los escritos con el de la historia clínica permiten atender a la convivencia de una mirada clínica (las ideas degeneracionistas defendidas por Salas y Vaca) con una tímida clínica de la escucha que, tal y como ha establecido Huertas, atiende más a la subjetividad del paciente para entender los procesos psicopatológicos.

El discurso de Ernesto representa, de alguna manera, las narrativas de los «locos» y las «locas», cualquiera que sea la etiqueta diagnóstica, a los que tradicionalmente se les ha retirado la posibilidad de tener una palabra propia. Sin embargo, es prioritario que su «verdad», aunque incómoda porque choca con la de los «cuertos», sea considerada en la construcción de los relatos historiográficos para enriquecer la historia de la locura desde planteamientos culturales, sociológicos y antropológicos que permitan acometer la historia de nuestra disciplina desde otros puntos de vista y perspectivas diferentes.

Consideramos que, aunque el presente trabajo no está exento las limitaciones propias de los estudios de caso, constituye un análisis historiográfico crítico que puede contribuir a generar nuevos significantes en la comprensión de las prácticas asistenciales psiquiátricas de principios del siglo XX en España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.
2. Levant RL. Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. American Psychological Association, 2005.
3. Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B. Evidence based medicine-new approaches and challenges. Acta Inform Med 2008;16(4):219-225.
4. Fulford KW. Values-based practice: a new partner to evidence-based practice and a first for psychiatry? Mens Sana Monogr 2008;6(1):10-21.

5. Millard C, Wallis, J, editors. Sources in the History of Psychiatry, from 1800 to the Present. 1st ed. Routledge, 2022.
6. Huertas R. Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura. Madrid: La Catarata, 2012.
7. Huertas R. Otra historia para otra psiquiatría. Madrid: La Catarata, 2017.
8. Beveridge A. Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908. Part I. *Hist Psychiatry* 1995;6:21-54.
9. Beveridge A. Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908. Part II. *Hist Psychiatr* 1995;6:133-156.
10. Angosto Saura T, García Álvarez MX, González García A. Historia del Manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas (un estudio a través de 528 historias clínicas). *Siso Saude* 1998;31:17-30.
11. Villasante O, Candela R, Conseglieri Gámez A, Vázquez de la Torre P, Tierno Patiño R, Huertas, R. Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés. Madrid: La Catarata, 2018.
12. Villasante O, Vázquez de la Torre P, Conseglieri A, Huertas R. Letras retenidas. Experiencias de internamiento en las cartas de los pacientes del Manicomio de Santa Isabel de Leganés, Madrid (1900-1950). *Culturas Psi/Psy cultures* 2016;6:109-128.
13. Briere de Boismont AJF. Des écrits des aliénés. *Annales Médico-Psychologiques* 1864;1:257-263.
14. Marcé LV. De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale* (2.^a serie) 1864;21:379-408.
15. Rigoli J. Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIX e siècle. Paris: Fayard, 2001.
16. Porter R. The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory and Society* 1985;14(2):175-198.
17. Porter R. A Social History of Madness. *Stories of the Insane*. Londres: Weidenfeld and Nicolson, 1987; p. 12.
18. Barfoot M, Beveridge A. Madness at the crossroads. *John Homes letters from the Royal Edimburgh Asylum. Psychological Medicine* 1990;20:263-284.
19. Beveridge A. Voices of the mad: patients' letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1873-1908. *Psychological Medicine* 1997;27(4):899-908.
20. Beveridge A. Life in the asylum: patient's letters from Morningside, 1873-1908. *Hist Psychiatry* 1998;9(36):431-469.
21. Campos R. Leer el crimen. Violencia, escritura y subjetividad en el proceso Morillo (1882-1884). *Frenia* 2010;10:95-122.
22. Ríos Molina A. Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX. *Frenia* 2010;4(2):17-35.
23. Molinari A. Autobiografías de mujeres en un manicomio italiano a principios del siglo XX. En: Castillo A, Sierra V, editors. *Letras bajo sospecha: escritura y lectura en centros de internamiento*. Gijón: Trea, 2005; pp. 379-399.

24. Wadi YM. «Estou no Hospício, Deus»: problematizações sobre a loucura, o hospício e a psiquiatria no diário de Maura Lopes Cançado (Brasil, 1959-60), *Asclepio* 2017;69(2).
25. Ordorika T, Golcman A, coords. Locura en el archivo: fuentes y metodologías para el estudio de las disciplinas psi. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México, 2022.
26. Huertas R. Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos. Madrid: Catarata, 2020.
27. Villasante O. The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900). *Hist Psychiatr* 2003; 14(1):3-23.
28. Villasante O, Candela R. Asilo, Presidio y hospital: de la pequeña casa de dementes de Santa Isabel a Manicomio Nacional de Leganés (1846-1931). En Ríos A, Rupertuz M, editors. *De manicomios a Instituciones Psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*. México: Editorial Sílex-Universidad Autónoma de México, 2022; p. 87-140.
29. Consiglieri A, Villasante O. Shock therapies in Spain (1939-1952) after the Civil War: Santa Isabel National Mental Asylum in Leganés. *Hist Psychiatr* 2021;32(4):402-418.
30. Vázquez de la Torre P, Villasante O. Psychiatric care at a National Mental institution during the Spanish Civil War (1936-39): Santa Isabel de Leganés. *Hist Psychiatr* 2016;27(1):1-14.
31. Tierno R. Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952). *Frenia* 2008;8:97-129.
32. Historia clínica XX-308. Archivo Histórico del Hospital Universitario José Germain.
33. Perceval JT. A narrative of the treatment experienced by a Gentleman during a state of mental derangement design to explain the causes and the nature of insanity and to expose the injudicious conduct pursued towards many unfortunate sufferers under that calamity. London: Effingham Wilson; 1840.
34. Fuente J. Un delirio. Madrid: AEN, 2017.
35. Danziger K. *Constructing the Subject: Historical Origins of Psychological Research*. Cambridge University Press, 1994.
36. Danziger K. *Naming the Mind: How Psychology Found Its Language*. Sage, 1997.
37. Candela R. El Manicomio de Leganés en el primer tercio del siglo XX: organización asistencial, aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos de la población internada [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2017.
38. Tierno R. El Manicomio Nacional de Leganés durante la Segunda República (1931-1936): organización de la asistencia y práctica clínica [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2019.
39. Vázquez de la Torre P. El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2012.
40. Consiglieri A. El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínicos asistenciales [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2013.
41. Peset JL. El Manicomio modelo en España, En Berrios, G, Huertas, R, Peset JL, coords. Un siglo de psiquiatría en España. Madrid: Extraeditorial, 1995; pp. 43-51.

42. Villasante O. El manicomio de Leganés. Debates científicos y administrativos en tomo a un proyecto frustrado. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1999;19(71):469-479.
43. Juliá S. Demasiados retrocesos. Editorial Galaxia Gutenberg, 2019.
44. Real Decreto dictando reglas para la admisión de dementes en los establecimientos de beneficencia. (*Gaceta de Madrid*, 141, p. 511, 21 de mayo de 1885).
45. Aparicio Basauri V, Sánchez Gutiérrez AE. Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1997;61:125-145.
46. Saforcada M, Busquet T. Necesidad urgente de una revisión de la legislación relativa a alienados. *Archivos de Neurobiología* 1926;11:179-188.
47. Sacristán JM, Rodríguez Lafora G, Escalas Real J. Anteproyecto de legislación para la asistencia al enfermo psíquico. *Archivo de Medicina, Cirugía y Especialidades* 1930;32:681-685.
48. Villasante O. Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico. *Frenia* 2008;8:33-68.
49. Real decreto aprobando el reglamento orgánico del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (*Gaceta de Madrid*, 135, p. 447-450, 15 de mayo de 1885).
50. Candela R, Villasante O. Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosología Kraepeliniana. En Martínez Azumendi O, Sagasti Legarda, N Villasante O, editors. *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la Psiquiatría*. Madrid: AEN Estudios, 2011; pp. 201-220.
51. Villasante O, Candela R. El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. En: Brigidi S, Comelles JM, editors. *Locuras, cultura e historia*. Publicacions URV, 2014; pp. 67-85.
52. Viota y Soliva E. Memoria histórica del hospital de dementes de Santa Isabel de Leganés. Madrid: Establecimiento tipográfico de A. Avrial, 1896.
53. Candela R, Villasante O. Pacientes «penales» en instituciones psiquiátricas: cien años del Manicomio Nacional de Leganés (1852- 1952). *Dynamis* 2018;38(1):163-187.
54. Heimann, C. El manicomio de Valencia 1900-1936. En Livianos L, Ciscar C, García A, Heimann C, Luengo MA, Troppé H. *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús*. Valencia: Ajuntament de Valencia, 2006; pp. 401-479.
55. García Cantalapiedra MJ. *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1849 1975)*. Valladolid: Diputación de Valladolid, 1992.
56. Candela R, Villasante O. Lo que es, fue y será el Manicomio de Leganés. Un. proyecto de reforma de José Salas y Vaca. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2021;41(140):181-208.
57. Candela R, Villasante O. Degeneracionismo y «escritura» en el Manicomio de Leganés: José Salas y Vaca. En Simón Lorda D, Gómez Rodríguez C, Cibeira Vázquez A, Villasante O, editors. *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*. AEN Estudios, 2013; pp. 301-310.
58. Lázaro J. Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2000; 20(75): 397-515.

59. Salas y Vaca J. Los degenerados en sociedad. Madrid: Imprenta y librería de Nicolas Moya, 1920.
60. Antón Fructuoso P. Almacén de razones perdidas. Historia del Manicomio de Sant Boi. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1982.
61. Villasante O. El control de la correspondencia de los enfermos mentales en las instituciones psiquiátricas españolas: entre el cuidado y la censura, 1852-1987. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2018;25(3):763-778.
62. Montero L. La triste vida de los dementes. *El Heraldo de Madrid*. 29 de abril de 1929: 8.
63. Rodríguez González L. Reglamento adoptado para régimen del Manicomio de San Rafael de Valladolid. Imprenta y Librería Nacional y Extranjera de Hijos de Rodríguez, 1869.
64. Ley sancionada sobre establecimientos de beneficencia (Gaceta de Madrid, 5398, 24 de junio de 1849, pp. 1-2).
65. Real decreto mandando se observe el reglamento de la ley de beneficencia de 20 de junio de 1849 (Gaceta de Madrid, 6537, 16 de mayo de 1852, pp. 2-4).
66. Huertas R. Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1836). Madrid. Frenia, 2002.
67. Villasante O. Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el periodo de entresiglos. *Frenia* 2005;5(1):69-99.
68. Márquez Moreno D. La Asistencia Psiquiátrica en Castilla-La Mancha durante el Siglo XIX. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 1989.
69. Beveridge A. Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873- 1908. *Hist Psychiatr* 1995; 6: 21-54.
70. Suzuki A. A Brain Hospital in Tokyo and its private and public patients, 1926-1945. *Hist Psychiatr* 2003;14(3):337-360.
71. Villanova R. Atlas de la evolución del analfabetismo en España de 1887 a 1981 Madrid: CIDE, 1992.
72. Pinillos JL, López-Piñero JM, Ballester LG. Constitución y Personalidad: Historia y Teoría de un problema. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1966; pp. 224-232.
73. Kretschmer E. Psicología médica. Barcelona: Labor, S. A., 1954.
74. Berrios GE, Fuentenebro F. Delirio. Historia, Clínica, Metateoría. Madrid: Editorial Trotta, 1996.
75. Berrios GE. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2008.
76. Regis E. Tratado de psiquiatría. Madrid: Saturnino Calleja Fernández, 1909.
77. Campos Marín R, Martínez-Pérez J, Huertas García-Alejo R. Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923). Madrid: CSIC, 2000.
78. Peset JL. Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales. Barcelona: Crítica, 1983.
79. Morel BA. *Traité des dégénérescences physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine*. Paris : Chez J. B. Bailliére. Libraire de L'Académie impériale de Médecine, 1857.

80. Colina F. Locas letras (variaciones sobre la locura de escribir). *Frenia* 2008;7(1):25-59.
81. Huertas García-Alejo R. Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el estado liberal. Barcelona: Octaedro, 2008.
82. Villasante O, Huertas R. Escribir en el manicomio. Resistencias, negociaciones y censura en la correspondencia de los pacientes de la Casa de Santa Isabel de Leganés. En Fraile P, Bonastra Q, Solís JM, editors, *Los contornos del control*. Barcelona: Icaria, 2008. pp. 13-28.
83. Huertas R. Paratopías. El Manicomio como un no-lugar y la experiencia del internamiento. XIII Coloquio Internacional de Geocrítica. El control del espacio y los espacios de control. Barcelona, 2013.
84. Goffman E. *Asylums. Essay on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. Nueva York: Doubleday, 1961.
85. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1967.
86. Tierno R, Villasante O, Vázquez de la Torre P. La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés. En Campos R, Montiel L., Huertas García-Alejo R, coords. *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*. Madrid: CSIC, 2007; pp. 329-345.
87. Prestwich PE. Family strategies and medical power: «voluntary» committal in Parisian asylum, 1876-1914. *J Soc Hist* 1994;27(4):799-818.
88. McGovern C. The myths of social control and custodial oppression: patterns of psychiatric medicine in late nineteenth-century institutions *J Soc Hist* 1986;20(1):3-23.
89. Sacristán C. Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico. *Frenia* 2002;2(2):61-80.
90. Conseglieri A, Villasante O. Las mujeres que escribieron en el Manicomio Nacional de Leganés tras la guerra civil española (1939-1952), –História, Ciências, Saúde– Manguinhos, en prensa.

LAZOS INSTITUCIONALES Y RELACIONES EPISTOLARES: JESUSA PERTEJO Y SU ETAPA VALENCIANA (1957-1971)

Julia Álvarez-Arenas, Ana Conseglieri***

INTRODUCCIÓN

Desde la segunda década del siglo XX el interés por la psiquiatría infantil en España fue en paralelo al afianzamiento progresivo en el resto de Europa, donde iban apareciendo los primeros especialistas que se dedicaron exclusivamente a la infancia y adolescencia. La colaboración entre el ámbito médico y pedagógico, además del jurídico y psicológico, fue probablemente el factor más dinámico de progreso de la psiquiatría infantil durante el primer tercio del siglo XX (1). Sin embargo, el entusiasmo generado por la discapacidad intelectual (2,3), así como por aspectos más psiquiátricos de la infancia, tanto por psiquiatras –Gonzalo Rodríguez Lafora– como por pedagogos –Francisco Pereira y Augusto Pereda– sufrió una paralización tras el final de la guerra civil y la llegada del franquismo.

Hubo que esperar a los años cincuenta para que se implantasen nuevamente estructuras dispuestas a continuar con el proceso de institucionalización de la psiquiatría infantil y la educación especial. Como señala Mercedes Del Cura, en este proceso contribuyó, entre otros, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), fundado en 1955, al que se le encargó la creación de Centros de Diagnóstico y de Orientación Terapéutica dirigidos a las deficiencias mentales (4).

El desarrollo de la psiquiatría y psicología infantil en España a lo largo del siglo XX (5), ha sido analizado en algunos trabajos más amplios sobre la historia de la especialidad (1, 6-9) hasta otros más específicos que se han centrado en figuras como Jerónimo de Moragas (10, 11), Lluís Folch i Torres (12-13), Josep Solé Segarra (14) y Agustín Serrate (15), por citar solo algunos que consideramos de interés.

En este sentido, pensamos que el papel de Jesusa Pertejo en este campo, aunque reconocido de manera puntual en diversos estudios (9, 16-18), no se ha estudiado en profundidad hasta el momento. Este trabajo, que forma

* Psiquiatra. Centro de Salud Mental Fuencarral (Dr. Castroviejo). Hospital Universitario La Paz, Madrid. julia_alvarez_arenas@hotmail.com

** Psiquiatra. UGCPYSM, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid. anaconseglieri@hotmail.com

parte de un proyecto de investigación más amplio (19-20), tiene como objeto rescatar las contribuciones de Jesusa Pertejo al proceso de institucionalización de la psiquiatría, psicología infantil y psicoanálisis en la etapa que desarrolló en Valencia, reflexionando, además, sobre cómo el análisis de su actividad científica y profesional puede contribuir a las tendencias historiográficas con enfoque de género que pretenden dar una mayor visibilidad a las mujeres en la historia de la ciencia (21-23). Para la elaboración de este trabajo se han utilizado fuentes de archivo (los escritos autobiográficos y la correspondencia que mantuvo la autora) que se hallan conservados en el Archivo Personal de Jesusa Pertejo (APJP), además de fuentes impresas y bibliografía secundaria.

Jesusa Pertejo Seseña formó parte de la primera promoción de médicos licenciados tras la guerra civil (24). Al finalizar la carrera, pasó sus primeros años profesionales en Barcelona (25), formándose con Jerónimo de Moragas, Luis Folch Camarasa o Josep Solé Segarra, con quien llegó a crear la Sociedad Nacional de Neuropsiquiatría Infantil (8).

Posteriormente en Madrid, tras realizar su tesis doctoral dirigida por Antonio Vallejo Nágera, se integró en el Servicio de Consultas del Hospital Clínico que dependía de la Cátedra de Psiquiatría de Vallejo Nágera para hacerse cargo del Servicio de Psicología Clínica y Neuropsiquiatría Infantil. A su vez, trabajó bajo la dirección de José Germain en el Departamento de Psicología Experimental del CSIC, donde fue becada poco después para asistir al Instituto Rousseau de Ginebra.

Durante su estancia en el extranjero pudo continuar su psicoanálisis personal —interrumpido por el fallecimiento de Margarita Steinbach— (26), así como conocer el método educativo de la Escuela Decroly¹ (25), la Escuela de Padres de Ginebra² o los «sistemas de tratamiento de las personas con retraso mental en Femme-Ecole Waterloo, así como en el Centro de Mme Dupont»³. Aprendizajes, todos ellos, que utilizaría tras instalarse a partir de 1957 en Valencia.

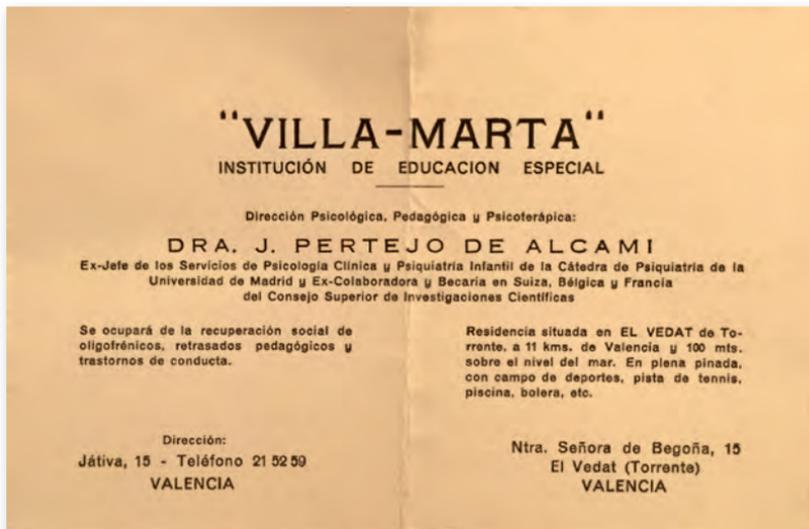
En el presente capítulo profundizamos, en la actividad de Jesusa Pertejo en la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad,

¹ La Escuela Decroly, creada en 1907 por el médico y psicólogo belga Ovidio Decroly (1871-1932) con el nombre de «Ecole de l'Ermitage» y bajo el lema «escuela para la vida y por la vida» adquirió desde su fundación gran prestigio internacional, siendo una de las escuelas nuevas europeas de mayor renombre. En Londoño Ramos, C. El impacto de Ovidio Decroly en la pedagogía y la universidad colombiana. *Revista Historia De La Educación Colombiana*. 2002; 3(3 y 4): 135-146; Ortega F. La presencia de Ovide Decroly en el Boletín y en la Revista de Escuelas Normales (1922-1936). *Revista de Pedagogía*. Sociedad Española de Pedagogía. 2014; 66 (3): 121-131.

² Sobre Jean Piaget y la Escuela de Ginebra puede consultarse: Carpintero H. La influencia de la Escuela de Ginebra en la Psicología Española. *Revista de Historia de la Psicología*. 2003; 24 (2): 255-271.

³ Documento mecanografiado, APJP.

dirigida por Román Alberca (27) y en su iniciativa y creación del Centro Villa Marta –al considerarlo lo más característico de esta etapa– (anexo-1). Otras actividades, como la participación en la fundación de la Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis (28,29), su actividad docente y las publicaciones en diferentes revistas de la época, se esbozarán únicamente de manera resumida, por considerar que exceden a la extensión del trabajo y serán fruto de futuras investigaciones y análisis.



Anexo 1

DE SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN LA CÁTEDRA DE VALENCIA A CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA DEL PANAP

La Ley de Ordenación de la Universidad española de 1943, ayudaría a implantar el nuevo modelo de organización de la psiquiatría del régimen. Un modelo, que se iba a legitimar en parte, a través de la provisión de las cátedras universitarias, forjándose una psiquiatría universitaria cada vez más separada de las dificultades asistenciales existentes (30,31).

En 1947 Vallejo Najera accedió, tras un largo y disputado proceso, a la primera cátedra de Psiquiatría de España, en Madrid (32, 33). Dicha cátedra sería la primera de otras que se irían convocando por concurso-oposición en diversas universidades españolas.

Tres años más tarde, Román Alberca Lorente, director del Manicomio Provincial de Murcia (34, 35), consiguió la Cátedra de Psiquiatría en Salamanca, si bien no llegaría a ejercerla ya que se trasladó a la Cátedra de la Universidad de Valencia, fundada el mismo año (16).

Siete años después, Pertejo aceptó una propuesta de colaboración en dicha cátedra, «esperando nos ayude a menudo en nuestras tareas»⁴. «Me alegró mucho su decisión de colaborar en la Cátedra, el trabajar juntos, que yo estimo tanto (...). Estamos organizando el servicio clínico de la Cátedra»⁵.

En el Servicio clínico de la cátedra, Pertejo desarrollaría actividades de tipo asistencial, docente e investigadora; «he organizado un Seminario de Psicoterapia y Psicoanálisis en su servicio que ha revuelto a los compañeros del servicio mucho ya que ellos se mueven en un plano más somático»⁶.

En relación con el psicoanálisis, la psiquiatra accedió al grupo de psicoanalistas españoles y portugueses que unos años antes, en 1956, habían formado la Sociedad Luso Española de Psicoanálisis, solicitando posteriormente su reconocimiento a la Asociación Internacional de Psicoanálisis (IPA). Dicha Sociedad fue aprobada en 1957 como grupo de estudio, bajo el patrocinio de la Sociedad Suiza y, finalmente, en 1959 fue aceptada como sociedad componente de la IPA. Unos años más tarde, en 1966, los miembros portugueses de la Sociedad presentaron su decisión de constituir un grupo de estudios independiente, quedando la sociedad reconocida como Sociedad Española de Psicoanálisis (26), que continuó su tarea científica, impulsando el conocimiento y desarrollo del psicoanálisis en España.

A través de la Escuela Profesional de Psiquiatría, creada según la Ley de Especialidades Médicas de 1955, se pudo continuar la actividad docente. En Valencia, Román Alberca solicitó la constitución de esta escuela, tras conocer en 1963 la de Barcelona. Dicha escuela se apoyaba en las consultas externas de psiquiatría dependientes de la cátedra y puestas en marcha en el Hospital Clínico y como recuerdan Antonio Agüero y Carmen Leal en el libro *Recuerdos del presente. Historia oral de la psiquiatría en Valencia (1960-2010)* «estaba entonces de psiquiatra infantil Jesusa Pertejo y con ella hacíamos cosas de psiquiatría infantil» (16); o en palabras de Jesusa «No solo atendía yo a la clientela infantil daba formación al grupo de estudiantes de últimos cursos que se empezaban a interesar por la Psiquiatría»⁷.

A nivel nacional, una de las iniciativas asistenciales y organizativas que intentaron reconducir la psiquiatría del régimen (36-38) fue la creación en 1955 del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) (39), dependiente

⁴ Carta de Román Alberca a Jesusa Pertejo, 15 de febrero de 1957. Archivo Personal de Jesusa Pertejo (APJP), en proceso de catalogación.

⁵ Carta de Román Alberca a Jesusa Pertejo, 24 de diciembre de 1960. Archivo Personal de Jesusa Pertejo (APJP), en proceso de catalogación.

⁶ Carta de Jesusa Pertejo a José Germain, sin fecha, APJP.

⁷ Documento mecanografiado, APJP.

de la Dirección General de Sanidad (40), que asumió las competencias relativas a la coordinación de los servicios preventivos y los establecimientos asistenciales (41-42). Dicho patronato, cuya creación no estuvo exenta de tensiones y reacciones de oposición en algunos sectores de la psiquiatría privada ligada a órdenes religiosas y del poder psiquiátrico-académico del régimen (42), se ocupó, junto a otras tareas –inspección de establecimientos psiquiátricos, coordinación, planificación, asesoría e incluso formación de personal– de la creación de los Centros Piloto de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, que comenzaron a funcionar en 1963 (43).

El primer secretario general del PANAP, José Fernández Turégano, Jefe Provincial de Sanidad de Madrid y antiguo Secretario General del Patronato Nacional Antituberculoso, estuvo en el cargo hasta que en 1964 fue reemplazado por Adolfo Serigó Segarra (41, 43).

En 1958, en lo que parece un intento por recoger opiniones generales de los profesionales en activo para abordar tareas organizativas y de planificación que asumió el patronato, se comunicaba con Pertejo solicitando sugerencias:

Distinguida compañera: Entre los proyectos más urgentes que este Patronato tiene planteados, se encuentra la redacción de un Reglamento básico en el que se condensan las directrices principales a que deben ajustarse su organización y funcionamiento todos los Establecimientos Psiquiátricos de carácter público, y dentro del cual se permitan las modificaciones accesorias que su aplicación exija en cada caso particular. Asimismo, nos ocupa la confección de un modelo de ficha psiquiátrica con fines estadísticos, en la que se unifiquen los criterios nosológicos.

En nuestro propósito de tener una amplia base informativa de las opiniones de todos los psiquiatras españoles y con el deseo de que estos se sientan identificados en la obra del Patronato, solicitamos que usted nos facilite por escrito las sugerencias que en ambos problemas tenga a bien hacer, en la seguridad de que serán estudiadas y consideradas en la realización de ambas finalidades. Sin otro particular, se despide su amigo y compañero⁸.

Dos años después, durante el Año Mundial de la Salud Mental en España (37), tuvo lugar el VI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, donde Turégano anunció la redacción de un Plan Nacional de Salud Mental. En los siguientes años se desarrollaron iniciativas dirigidas a la epidemiología, profilaxis y asistencia de los enfermos mentales, entre las que se encontraba la puesta en marcha de los Centros Piloto de Diagnóstico y Orientación Terapéutica para niños *subnormales* en varias provincias españolas (41, 44). Estos centros tenían como funciones el diagnóstico polidimensional, basado en el estudio clínico, psicológico y social; la orientación a la familia en cuanto al tratamiento médico, educativo y rehabilitador a seguir, con el fin de influir en las

⁸ Carta de José Fernández Turégano a Jesusa Pertejo, 29 de enero de 1958, APJP.

actitudes hacia el *subnormal* (45). La asistencia psiquiátrica oficial para niños y adolescentes se realizó a través de estos centros, que contaban con diferentes profesionales tanto del sector sanitario como social –psiquiatra, psicólogo y asistente social– (46).

Los centros comenzaron a funcionar en 1963 y, aunque supusieron un cierto avance en la atención ambulatoria infantil, tal y como señala David Simón, en la mayoría de los casos su función se limitaría a medir coeficientes intelectuales con la intención de buscar la prestación económica familiar asociada (43, 45).

Este fue el caso del Servicio de Psicología y Psiquiatría Infantil de la Cátedra de Valencia que incluyó un Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutico dependiente del PANAP:

A partir de 1962 se incluyó en este Servicio el Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, que sanidad crease en diferentes capitales de España. Este Servicio daba formación psicológica a pedagogos que procedían de las clases que impartía en la Universidad de Filosofía (sección pedagogía) sobre Psicopatología infantil y cursos de doctorados sobre interacción en el seno de la familia y en las relaciones profesor-alumno⁹.

A Pertejo se le asignó, precisamente, la actividad de cuantificar el nivel intelectual de los menores con vistas a la prestación económica: «Cuando el estado franquista decretó que cobraran una beca de dos mil pesetas al año los padres que tenían hijos con retraso mental se me encomendó la tarea de estudiar y fichar clínicamente a los de aquella región, junto con personal todo él constituido por estudiantes de Psiquiatría y Pedagogía y por psiquiatras voluntarios»¹⁰.

Las necesidades ligadas a esta labor obligaron a la reubicación del servicio: «Dado que la instalación de mi Servicio en el Hospital Clínico era pequeña tuve que trasladarme al salón de Actos de las Direcciones de Sanidad (...) El Jefe de Sanidad de entonces nos dio toda clase de facilidades para la realización de esta tarea»¹¹. Así, conseguían realizar el historial clínico y obtener información social «de hasta diez subnormales diarios era un trabajo intenso que hacíamos de forma gratuita ya que incluso yo misma no cobraba sueldo alguno en la Facultad de Medicina por ser jefe de Servicio de Psiquiatría Infantil»¹². El término *subnormal* utilizado por Pertejo fue el más usado durante esa época para referirse a las personas con discapacidad intelectual, una derivación de la expresión *mental subnormality* adoptada por la OMS en 1954, al producirse durante esos años un cambio terminológico respecto a expresiones habituales antes de la guerra o en la inmediata posguerra (4).

⁹ Documento autobiográfico, APJP.

¹⁰ Documento autobiográfico, APJP.

¹¹ Documento autobiográfico, APJP.

¹² Documento autobiográfico, APJP.

Esta escasez de espacio, junto a la falta de formación del personal para las tareas referidas, fue destacada en un informe redactado en 1966 por el psiquiatra australiano Donald F. Buckle cuando un año antes, como experto de la OMS y en colaboración con el PANAP, recorrió diferentes ciudades españolas, Valencia entre ellas, señalando la necesidad de aumentar progresivamente la dotación y la formación del personal de los distintos Centros Infantiles de Diagnóstico y Orientación Terapéutica (40). Poco después de ese informe de la OMS, el PANAP editaba la monografía «Los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica».

Fernando Claramunt, psiquiatra director del PANAP y de los Servicios Provinciales de Psiquiatría e Higiene Mental de Madrid (47), escribió en varias ocasiones a Pertejo entre los años 1957-1967, informando sobre la reorganización de los centros de orientación; «los programas de ayuda a subnormales se reorganizan de nuevo (cabe preguntarse si el término es apropiado y si antes hubo organización) Por lo pronto los centros de Orientación y Diagnóstico funcionarán con personal contratado y no devengarán honorarios distintos según que el niño sea listo o subnormal»¹³.

La actividad del PANAP no se redujo a la clínica asistencial, sino que también se implicó en la organización de seminarios centrados en psiquiatría infantil, en colaboración con la OMS (43), como el seminario que tuvo lugar en Ginebra en 1965, al que asistió Claramunt: «en septiembre estuve en un Seminario de la OMS sobre Servicios Extra-hospitalarios en Ginebra. Asistió Strozska, de Viena, Lebovici y Anita Duhrsen, de Berlín, como psicoanalistas»¹⁴; o el Symposium sobre Psiquiatría Infantil que tuvo lugar un año después en Sevilla organizado por el PANAP y patrocinado por la OMS.

Al igual que Claramunt, Pertejo también contribuyó a la difusión del conocimiento en esta incipiente disciplina. Así, en 1968, durante la XIV Reunión Anual de la Sociedad Nacional de Neuropsiquiatría Infantil, celebrada en Vigo, que contó con la presencia de Serigó Segarra y Elisabeth Ling como representantes del PANAP y la OMS respectivamente (40) presentó una ponencia sobre *Psicopatología de las psicosis* (17). Además, la autora colaboró en el libro *La salud mental de la familia en Europa* (publicando para la OMS con Donald Buckle y Serge Lebovici, entre otros) con su trabajo *La mujer que trabaja y la familia* (48). El PANAP también se constituyó como una institución que servía para la formación de futuros profesionales, tal y como se refleja en la última misiva de Alberca enviada a Pertejo, semanas antes de su inesperado fallecimiento en diciembre de 1966: «Querida Jesusa: Acabo de recibir esta carta del PANAP. Veán Vd. si puede convenir a alguien una de estas becas. Aunque yo iré el día 22, para que lo vayan pensando e ir ganando tiempo»¹⁵.

¹³ Carta de Fernando Claramunt a Jesusa Pertejo, 26 de diciembre de 1965, APJP.

¹⁴ Carta de Fernando Claramunt a Jesusa Pertejo, 25 de noviembre de 1965, APJP.

¹⁵ Carta de Román Alberca, a Jesusa Pertejo, 11 de diciembre de 1966, APJP.

Tras el fallecimiento de Alberca la cátedra de Psiquiatría fue ocupada en 1967 por el psiquiatra Miguel Rojo (16), con quien Pertejo continuó unos años más, sin embargo, distintas discrepancias le llevaron a abandonar su función: «Las dificultades que me ponía el Profesor Rojo para volver a reinsertarme en los locales de la Facultad de Medicina eran tales que la situación resultaba tan incómoda, que acabé, en 1970, por dejar este Servicio»¹⁶.

LAS APORTACIONES DE JESUSA PERTEJO EN EL CAMPO DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL

La apertura del Centro Villa Marta como centro de Educación Especial vino a cubrir un vacío en la región, ya que hasta ese momento era habitual que los niños tuviesen que marcharse a Madrid o Barcelona, o bien terminar ingresados en instituciones asilares como el Manicomio de Jesús de Valencia (49). En esa época, las personas con discapacidad intelectual y sus familias comenzaban a demandar apoyo de la administración y de la sociedad española, haciendo visible una realidad que hasta entonces había quedado confinada a la esfera de lo privado o de lo asilar (4).

Pertejo recordaba «Al instalarme como profesional en Valencia, comprobé que no había Centro alguno para niños o personas con deficiencias intelectuales o serios trastornos de comportamiento, salvo la posibilidad de tenerlos ingresados en el Manicomio Provincial cuya instalación y trato a los pacientes era de terror»¹⁷; «Fueron el propio Dr. Moragas y Folch Camarasa los que me animaron a abrir una escuela de Educación Especial»¹⁸.

Esta iniciativa era vista de manera desigual según los ámbitos profesionales, tal y como se puede comprobar de las expresiones de Moragas: «La tarea que usted quiere emprender con los difíciles solo le encuentro la pega de que es demasiado difícil. Más que por ellos mismos, por los padres»¹⁹, o las felicitaciones de Folch Camarasa: «Al saber que V. está ya instalada, me he permitido aconsejar a algunos clientes míos de esta hermosa ciudad que confíen a los hijos a V. No es lógico que estando V. en Valencia tengan que

¹⁶ Documento autobiográfico, APJP.

¹⁷ Documento autobiográfico, APJP. El manicomio provincial de Jesús contó desde 1932 con un pabellón propio donde se asistía a un buen número de niños en unas condiciones que impresionaron a quienes tuvieron ocasión de presenciarlo. Enric Jordá recordaba años después: «el olor y los niños que estaban allí en tierra, en una especie de pequeñito patio todo lleno de tierra, en el suelo, como si fueran animales de verdad, no exagero». En: Porcel A, Medina M. Recuerdos del presente. Historia oral de la psiquiatría en Valencia (1960-2010). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2020.

¹⁸ Documento autobiográfico, APJP.

¹⁹ Carta de Jerónimo de Moragas a Jesusa Pertejo, 28 de diciembre de 1956, APJP.

desplazarse a Barcelona (...)»²⁰. También el propio director del Manicomio la animaba «a fin de que no tuviesen que vivir en aquel Manicomio (...) y que a medida que se hacían adultos, no se integraban a la familia, sino que pasaban a ser pacientes del Manicomio»²¹.

Sin embargo, las administraciones locales y parte de la población no lo vivieron con el mismo entusiasmo y el alcalde de Torrente —donde decidió ubicar el centro— tras enviar una primera carta notificándole «ruégale pase por mi despacho para informarle sobre el particular, antes de que Vd. realice tales propósitos»²², la instó a trasladar el colegio de lugar «a una finca que había en la carretera, a mitad de camino entre dos pueblos, donde pasaría más desapercibido»²³, tras recibir las protestas de más de sesenta vecinos denunciando el centro como una «industria molesta».

Desde la Inspección de Primera Enseñanza, órgano delegado por el Gobierno para controlar el sistema educativo (50), también se opusieron: «No se permitía tener coeducación y más siendo un internado, y más siendo [los alumnos] subnormales»²⁴; además [me dijeron que] tendría que vallar con tablas el entorno para que no se viera a los alumnos desde fuera»²⁵.

Junto a los profesionales, otros dos colectivos tuvieron un papel destacado en el proceso de reconstrucción e institucionalización de la educación especial; el ámbito religioso y los padres de los niños con discapacidad (4); «Coincidiendo con la riada famosa de Valencia en 1957, se abrió una campaña de donaciones y algunas comenzaron a pedir se destinaran también para crear un centro de subnormales. La campaña se hacía por radio, preferentemente. El arzobispo recababa los fondos»²⁶. La autorización de las autoridades eclesiásticas era igualmente reglamentada en los centros educativos de la España franquista (18) y al buscar orientación para esta tarea, tanto Folch Camarasa como Moragas le remitieron a Pertejo. Sin embargo, no parece que llegase a un entendimiento con el arzobispo de Valencia y a finales de 1958 abrió Villa Marta como centro privado: «No puedes figurarte la alegría que me ha

²⁰ Carta de Folch Camarasa a Jesusa Pertejo, 15 de febrero de 1957, APJP.

²¹ Documento autobiográfico, APJP.

²² Carta de V. Lerma a Jose Alcamí, 13 de octubre de 1958, APJP.

²³ Documento autobiográfico, APJP.

²⁴ Unos años más tarde, el artículo 30 de la ley de Educación Primaria de 17 de julio por Decreto 193/1967 sí contemplaba la posibilidad de crear Escuelas-Hogar en régimen de internado similar en todo lo posible al hogar, para que protejan y eduquen a los alumnos con necesidades educativas especiales y el artículo 33 disponía que el Estado establecería Escuelas Especiales y fomentaría las de iniciativa privada para niños con perturbaciones, deficiencias o inadaptaciones de orden sensorial, físico, psíquico, social o escolar. En: Agulló Díaz M.^a Carmen. Tiempo de ilusiones, tiempo de silencio. Notas sobre la escuela de Alacant en la II República y el Franquismo. En: Pagán Antón A, Del Olmo Ibañez M.^a Teresa. La enseñanza en Alicante (Desde finales del siglo XIX hasta la transición democrática). Canoble. 2009; 55: 116-133.

²⁵ Documento autobiográfico, APJP.

²⁶ Documento autobiográfico, APJP.

producido tu carta al ver que has logrado resolver, y al parecer de una manera satisfactoria, el problema que te planteaba la creación de un Centro escolar»²⁷. En el Boletín Oficial del Estado de febrero 1960 consta la resolución y autorización con carácter provisional durante un año del «Colegio de enseñanza privada para anormales, denominado Villa Marta a Jesusa Pertejo, del que es propietaria con enseñanza mixta en régimen de internado y semipensión para niños anormales, con un máximo de 30 alumnos» (51).

Desde su apertura, la institución comenzó a encargarse de la educación de *niños y jóvenes oligofrénicos, retrasados pedagógicos y difíciles* (anexo 1) y del asesoramiento técnico a los padres y madres, siguiendo el modelo de Escuela de Padres de Ginebra. En aquel momento, no existía en España ninguna asociación a favor de las personas con discapacidad intelectual y Pertejo animó a que se crease una asociación de padres (25). En 1959 se creó en Valencia ASPRONA –Asociación pro Niños Anormales– iniciándose en los 4 años siguientes en toda España un proceso de creación de asociaciones constituidas por familiares de niños con discapacidad intelectual (52), comenzando un movimiento asociativo que ocupó esta segunda parte de la dictadura franquista (44).

No obstante, en Villa Marta no sólo se asistió a niños y jóvenes con «deficiencias mentales», sino con diagnósticos como autismo y psicosis infantiles²⁸ (18). De hecho, entre las primeras incorporaciones se encontraban varios niños que ya atendía en su consulta: «vivían aislados en una habitación rodeados de papeles para romper y les echaban la comida poco menos que por un ventanuco, sin tener contacto con otros niños y los humanos salvo el padre o la madre»²⁹.

Previamente a su ingreso, se realizaba un estudio psicopedagógico y clínico, emitiéndose un informe con un programa de recuperación que incluían tratamientos pedagógicos y psicoterapéuticos individuales y grupales. Según el folleto informativo de la institución se intentaba, como meta final, que el menor «llegase en lo posible, a realizar con perfección lo que un niño de su edad cronológica y nivel social realizaba normalmente en el grupo del seno familiar y social al que pertenece» (anexo 2), en consonancia con el discurso internacional imperante, en el que, tanto la OMS como la Unesco y la Organización Internacional del Trabajo, publicó dos informes sobre infancia y discapacidad donde insistían en la importancia de que los niños pudiesen «satisfacer plenamente sus necesidades personales y llegar a ser, en la medida de lo posible, miembros independientes y útiles en la comunidad» (4, 53).

²⁷ Carta de José Germain a Jesusa Pertejo, 13 de noviembre de 1958, APJP.

²⁸ Las primeras iniciativas en España de atención específicamente dirigidas a personas con autismo y psicosis infantiles fueron promovidas entre las décadas de 1950 y 1960 por profesionales procedentes en su mayoría del ámbito médico y con una orientación psicodinámica. En: Feinstein A. Historia del autismo. Conversaciones con los pioneros. Ávila: Autismo Ávila; 2016.

²⁹ Documento autobiográfico, APJP.

VILLA MARTA

INSTITUCION DE EDUCACION ESPECIAL

SE OCUPARÁ de la EDUCACIÓN y RECUPERACIÓN de NIÑOS y JÓVENES OLIGOFRÉNICOS,
RETRASADOS PEDAGÓGICOS y DIFÍCILES

DIRECCIÓN PSICOLÓGICA, PEDAGÓGICA, PSICOTERÁPIA y MÉDICA:

Dra. J. Pertejo de Alcami

ANTIGUO JEFE DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA y PSIQUIATRÍA INFANTIL DE LA CÁTEDRA
DE PSIQUIATRÍA DE MADRID
Y ANTIGUA BECARIA EN SUIZA y SÉLBICA POR EL CONSEJO SUPERIOR DE
INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

Dirección:

Dra. J. Pertejo de Alcami, Játiva, 15. Tel. 21 52 59. Valencia.

Dra. J. Pertejo. Rosaleda, 23. El Vedat. Torrente (Valencia).



Anexo 2a



CLASE



DORMITORIO



TALLERES: CARPINTERIA

INFORMACION GENERAL

Nuestro principal objetivo está en que el niño viva en un medio óptimo de felicidad, donde desarrolle al máximo sus posibilidades y conseguir de él una sana evolución afectiva e intelectual que le adapte a la familia y le prepare para una futura recuperación social.

Se admiten niños de ambos sexos, susceptibles de educación y recuperación, cuyas características físicas y psíquicas permitan incorporarlos al grupo ya formado. Las plazas son limitadas.

Precederá al ingreso un detenido estudio psicopedagógico y clínico, con el que obtener un informe que permita sentar una indicación o contraindicación del ingreso, que será expuesta y discutida con los padres.

De este informe saldrá un proyecto de programa de recuperación, y se comenzará el tratamiento, simultáneo a una minuciosa observación durante las primeras semanas de estancia en Villa María.

Periódicamente se informará a los padres sobre la evolución del caso.

Los padres y cuantos familiares lo deseen podrán visitar al niño; no importa a qué hora y que día. Se recomienda, para la buena marcha de los programas escolares, que las visitas sean hechas, de preferencia, los domingos por la mañana.

Para los niños extranjeros, o que tienen sus familias lejos, se aconseja buscar una familia de adopción, elegida y controlada por el Colegio, para que los visite, saque periódicamente y con los que harán las vacaciones.

Los menús, diarios escolares, cuadernos individuales de observación y de trabajo, tareas pedagógicas, libros de reuniones y discusiones del equipo, así como el diario de noche de la enfermera, están a disposición de los padres y familiares, permitiéndose toda sugerencia y modificación que vaya a favor del niño. Un estrecho contacto de los padres con los problemas de la Institución ayudará a la mejor comprensión del niño y permitirá crear un clima favorable para la vuelta al hogar.

Se establece un régimen de internado y otro de semipensión, con el servicio de un coche que regularmente los recogerá en su domicilio a las 9:30 de la mañana y los devolverá a las 7 de la tarde.



INFORMACION ESPECIAL

El personal de la Institución forma un equipo que trabaja en todo momento con miras al objetivo fijado. Las maestras, jardineras de infancia, enfermera y asistentes sociales colaboradoras, se forman de continuo en contacto estrecho con la Directora, a través de reuniones de grupo, lectura de libros comentados, discusión de problemas y casos, así como por visitas y estancias en otros centros nacionales y extranjeros de igual índole.

La vida del internado es de gran actividad. Los métodos pedagógicos se basan fundamentalmente en la "escuela activa", y la enseñanza se adapta a cada caso y se hace de forma individualizada, alternando con tareas colectivas.

La lectura, escritura y cálculo, en los que se insiste mucho, son enseñados por métodos especiales, lo cual, junto con la individualidad del tratamiento y la tenaz perseverancia, aseguran el mayor aprovechamiento posible por parte del pequeño.

Merece atención particular la formación religiosa, de acuerdo con los deseos de la familia, con el espíritu de la Institución y la misión trascendente que ésta asigna a su obra.

El enseñarle los hábitos fundamentales de convivencia, su preparación a trabajos manuales, las clases de lenguaje y tareas en los talleres, ocupan una buena parte del programa. Igualmente, el adiestramiento de las funciones que habrá de emplear preferentemente en su futuro profesional.

Los paseos diarios, excursiones y visitas a centros industriales, granjas, talleres de artesanía, etc. donde poder adquirir ellos directamente los conocimientos de las materias explicadas son hechos regularmente y de acuerdo con los centros de interés creados por el programa escolar.

Simultáneo a los tratamientos pedagógicos, se hacen las psicoterapias correspondientes, con miras a que el niño liquide, en el transcurso de su estancia en la Institución, los problemas de conducta que se añaden a la oligofrenia o a su trastorno básico, y que impiden una sana evolución de la afectividad. Igualmente se hará una terapia individual o de grupo para eliminar los problemas surgidos por el internado y la especial circunstancia que vive alejado del seno familiar y círculo social a que pertenece.

Como meta final, intentamos, a toda costa, lograr que llegue en lo posible a realizar con perfección lo que un niño de su edad cronológica y nivel social realiza normalmente en el grupo del seno familiar y social a que pertenece.



EDUCACION SENSORIAL: LOTOS



EDUCACION SENSORIAL:
ENSARTADO DE PERLAS



TALLERES: ALFOMBRAS



PARTE DEL JARDIN



ESTANQUE DE ARENA



VISTA DE LA TERRAZA



PISTA DE TENIS Y PISCINA

INFORMACION COMPLEMENTARIA

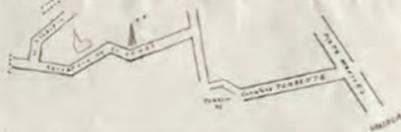
El Vedat de Torrente es una zona residencial de verano a 11 kilómetros de Valencia, constituida por 600 chalets que se diseminan por una pinada que cubre una vasta extensión. Villa Marta queda situada a 100 metros sobre el nivel del mar.

Villa Marta es un chalet más sin ninguna característica especial que lo diferencie de los demás del Vedat, lo que contribuye a dar al grupo que allí se alberga, tanto por su instalación como el espíritu que reina en el personal, una atmósfera familiar.

Debido al buen clima que disfruta esta región, puede decirse que la mayor parte del año, tanto las clases como las comidas, se hacen al aire libre. Igualmente son muchos los paseos y excursiones que se realizan.

El material escolar está de acuerdo con las más recientes técnicas de educación especial. Desde el punto de vista médico, los niños siguen tratamientos regulares, ya sean impuestos por los médicos que los enviaron, a quienes, si lo desean, se les informará periódicamente de la evolución del caso, o bien por la Directora, de acuerdo con las últimas corrientes científicas y nuevos preparados que aparecen, siempre que el niño sea beneficiario de ello.

Las comunicaciones son por travía, trenes y autobuses.



Tras la apertura del centro, la incorporación de alumnos se fue realizando poco a poco: «he hecho un grupo de oligofrénicos recuperables entre los que se mezcla algún neurótico y psicótico»³⁰; «el colegio va bien con once, un grupo bastante homogéneo y en el que la mayoría hacen progresos, leen, escriben, calculan, cosen (incluso los chicos) y hacen talleres»³¹.

Además de su labor en Villa Marta, Pertejo con frecuencia abordó el tema de la deficiencia mental y la infancia en sus publicaciones³² y participó en las Reuniones y Congresos de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil con trabajos como El complejo problema del niño oligofrénico; Deficiencia Mental y grupos humanos; Planificación de la integración social del deficiente mental; Asistencia a los oligofrénicos; Reflexiones en torno a la responsabilidad de la sociedad ante el oligofrénico (17), convirtiéndose, progresivamente, en una referente en este campo: «de envío al dador cuya hija se halla afecta de oligofrenia (...). He pensado que, en todo caso, nadie mejor que V. para asesorarlos en los problemas que habrá que plantearles»³³.

Estoy renovando completamente mi libro «Niños Oligofrénicos» para una segunda edición (...). Se llamará ahora «das oligofrenias» (...). Estaba metido en el capítulo de la prueba del dibujo y me interesaba recordar lo que usted tan amablemente nos comunicó en este Instituto. (...). Y estaba a punto de escribirla pidiéndole aclaraciones, y en el momento que iba a hacerlo, llegó el boletín de la Sociedad Valenciana de Pediatría con su magnífico trabajo (...)³⁴.

En 1969 se encargó de organizar la XIII Reunión Nacional de Psicología de la Sociedad Española de Psicología en Valencia. En ella, una sesión especial estuvo a cargo de la Sociedad Española para el Estudio Científico del Retraso Mental (anexo 3), creada un año antes por María Soriano³⁵—y de la que Pertejo llegaría a ser Presidente de Honor—, vinculada al Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica y con miembros procedentes de diversos campos (45, 54): «Párrafo aparte merece vuestro éxito en la organización de este Congreso Muy especialmente cabe destacar la programación correspondiente al retardo mental»³⁶.

³⁰ Carta de Jesusa Pertejo a J. Endara, 26 de agosto de 1959, APJP.

³¹ Carta de Jesusa Pertejo a José Germain, 23 de febrero de 1960, APJP.

³² En la Revista de Psicología General y Aplicada publicó un total de 11 artículos durante el periodo 1962-1970, entre los que encontramos: *La psicología en la educación de los padres, Exploración psicológica del oligofrénico, La medida de la debilidad en su aspecto social, Síntomas en los trastornos de conducta en la infancia, La educación en el subnormal*, entre otros.

³³ Carta de Juan Jose Barcia Goyanes a Jesusa Pertejo, 5 de febrero de 1963, APJP. J Barcia Goyanes fue catedrático de Anatomía desde 1929 y jefe del Servicio de Enfermedades Nerviosas del Hospital Provincial de Valencia desde 1930.

³⁴ Carta de Jerónimo de Moragas a Jesusa Pertejo, 12 de julio de 1960, APJP.

³⁵ Sobre María Soriano puede consultarse: Cabada J.M. María Soriano. Ministerio de Asuntos Sociales. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. 1992; Cabrera M.V. María Soriano Llorente, Psicóloga y Pedagoga española (1900-1996). XII Congreso Virtual de Historia de las Mujeres. 2020: 239-248.

³⁶ Carta de María Soriano a Jesusa Pertejo, sin fecha, APJP.

XIII REUNION NACIONAL DE PSICOLOGIA

(Valencia, 24 a 26 de abril de 1969)

La reunión Científica General de la Sociedad Española de Psicología, que se viene celebrando anualmente, combinada con la reunión anual de Directores de los Institutos españoles de Psicología Aplicada y Psicotecnia, tendrá lugar en Valencia los días 24, 25 y 26 de abril de 1969.

La Conferencia inaugural estará a cargo del Dr. Rojo Sierra catedrático de Psicología Médica y Psiquiátrica de la Universidad de Valencia.

Los trabajos se orientarán especialmente hacia la Psicometría (hacerse de tests, principalmente) y hacia la Psicología Clínica. Para estas materias se organizarán "Paneles de Discusión" (mesas cara al público) y "Mesas Redondas". En estas sesiones tomará parte activa el Dr. Kretschmer (de la Universidad de Tübingen), que habla correctamente español.

Una sesión especial estará a cargo de la Sociedad Española para el Estudio Científico del Retraso Mental.

El Dr. Forteza, director del Instituto de investigaciones Citológicas, tratará de "Alteraciones cromosómicas en los trastornos del comportamiento".

Habrán también sesiones dedicadas a comunicaciones libres sobre Psicología Pedagógica (aplicada a la educación en general y a las actividades escolares en particular), y sobre Psicología aplicada a la Industria y el Comercio.

Las inscripciones pueden hacerse enviando a la Dra. J. Pertejo, calle Játiva, 15, Valencia, o bien, a la Secretaria General de la Sociedad Española de Psicología, Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Psicotecnia, Ciudad Universitaria, Madrid-3, el adjunto boletín (diligenciado), o bien, la tarjeta postal que ha sido preparada para ello.

(Al reverso)

Anexo 3a y 3b

Pertejo formó parte del profesorado del Instituto de Pedagogía Aplicada de Madrid, dirigido por María Soriano: «Habiendo comenzado ya el Curso de Pedagogía Terapéutica (...) como en cursos anteriores, tomes parte de él con alguna de las clases de las que tan magistralmente sabes desarrollar»³⁷. Así mismo, obtuvo el Diploma de Profesor Especializado en Pedagogía Terapéutica y de Director de Centros: «Tienes concedido el título por tu alto grado de especialización en la materia. Además, figuras como profesora del mismo (por idéntica razón a propuesta mía)»³⁸.

El centro Villa Marta siguió durante años en funcionamiento, pasando de residencia a centro escolar y, a partir de 1989, se transformó en el Centro Ocupacional José Alcamí, trasladándose posteriormente a la misma ciudad de Valencia lo que supuso el cierre de Villa Marta.

³⁷ Carta de María Soriano a Jesusa Pertejo, 13 de febrero de 1965, APJP.

³⁸ Carta de María Soriano a Jesusa Pertejo, 30 de enero de 1963, APJP.

CONCLUSIONES

Con una amplia actividad en su etapa valenciana, Jesusa Pertejo, contribuyó al desarrollo de la psicología y psiquiatría infantil y psicoanálisis de Valencia. Tanto los lazos institucionales trazados como las tareas asistenciales y docentes le permitieron ampliar y compartir saberes formando parte de un colectivo de profesionales que en esos años trataron de fortalecer un campo que en la actualidad se encuentra instaurado y reconocido.

A modo de remate final, hemos querido cerrar este trabajo con la siguiente misiva enviada a Germain, que creemos refleja de forma completa las actividades de Pertejo durante esta etapa y permite rescatar, una vez más, la importancia de la correspondencia como fuente documental:

Estoy leyendo un montón de libros, artículos, trabajos de congresos y de todos proyecto hacer recensiones que un día mandaré. Tengo la subponencia de las Jornadas Médicas y la ponencia de la Reunión de Psiquiatría Infantil de Granada que llevo con F. Camarasa. Hace días di una conferencia en la Sociedad Valenciana de Pediatría de aquí. Pienso a ir a un control de análisis a Madrid. Le adjunto nota para publicar de la noticia de la Fundación de Psicoanálisis (Pedí a Bofill encargarme yo de ella, pero quería haber ampliado la nota con la sesión de apertura a los que acudieron «grandes» del análisis, pero estos datos no me llegan) (...). El Colegio va bien (...). Pedagógicamente estoy viendo cosas que no he leído en ningún sitio. Ya tengo el permiso oficial, quiero poner un anuncio en la Revista de Psicología, a la que tengo ganas de volver y que en todos los números figure alguna cosa mía (...)³⁹.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.. Domenech E, Corbella J. Aportación a la historia de la psiquiatría Infantil en España. El periodo de formación de la especialidad. 1880-1936. *Gimnemat* 1994;23;61-104.
2. Del Cura M. Psiquiatría y pedagogía en la España de los años veinte y treinta. En: Campos R, Villasante O, Huertas R. De la edad de plata al exilio. Construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española. Madrid: Frenia, 2007; p. 37-58.
3. Del Cura González M. Un patronato para los «anormales»: primeros pasos en la protección pública a los niños con discapacidad intelectual en España (1910-1936). *Asclepio* 2012; 64(2):541-564. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2012.v64.i2.532>
4. Del Cura M. La subnormalidad a debate: discursos y prácticas sobre la discapacidad intelectual en el segundo franquismo. *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos* 2016;23(4):1041-1057.
5. López P, Herrera S. Infancia y salud mental pública en España: siglo XX y actualidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 2013;33(117):95-111.

³⁹ Carta de Jesusa Pertejo a José Germain, 23 de febrero de 1960, APJP.

6. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos técnicos 2009;14.
7. Mardomingo MJ. Historia de la Psiquiatría del niño y del adolescente. En: Mardomingo MJ. Tratado de Psiquiatría del niño y del Adolescente. Madrid: Díaz de Santos, 2015-2020; pp. 1-15.
8. Mardomingo MJ, Rodríguez P, Gastaminza X. Historia de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Revista de Psiquiatría Infantojuvenil 2020;37(2):7-22.
9. Mendiguchía FJ. Tres cuartos de siglo de Psiquiatría Infantil Madrileña. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil 1995;3(95):191-199.
10. Giménez MC. La obra científica de Jeroni Moragas. Revista Historia de la Psicología 1998;19(2-3):291-30.
11. García VM, De Arana JI, Fernández JM, Fernández JJ, Giritxategi PJ, Ponte F, Zafra MA et al. Los arbores de la Psiquiatría Infantil en España. Cuadernos de Historia de la Pediatría Española. Asociación Española de Pediatría 2013;6:8-12.
12. Sainz M, Sainz D. Lluís Folch i Torres y el Instituto Torremar. Revista de Historia de la Psicología 2008;29(3-4):203-210.
13. Sainz M, Sainz D. El trabajo precursor de Lluís Folch i Torres en la evaluación psicológica pericial del menor. Revista de Historia de la Psicología 2009; 30(2-3):335-343.
14. Ruiz- Lázaro PM. Solé Sagarra: historia viva de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil 2005;1:11-20.
15. Velilla-Picazo M, Ruíz-Lázaro PM. Figuras de la psiquiatría infantil en España: el Dr. D. Agustín Serrate Torrente y la Unión Europea de Paidopsiquiatras (UEP). Revista de Psiquiatría Infanto- Juvenil 2022; 39 (3): 59-66.
16. Porcel A, Medina M. Recuerdos del presente. Historia oral de la psiquiatría en Valencia (1960-2010). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2020.
17. Serrate A. Los primeros veinticinco años de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil (1952-1977). Zaragoza: Pórtico, 1977.
18. Feinstein A. Historia del autismo. Conversaciones con los pioneros. Ávila: Autismo Ávila, 2016.
19. Álvarez-Arenas J, Conseglieri A. La figura de Jesusa Pertejo Seseña (1920-2007) en la institucionalización de la Psicología en España. En: Martínez Azumendi O, Conseglieri A, Villasanté O, Markez I. Psiquiatría y Cambio Social. Apuntes para una historia reciente. Madrid: AEN, 2019; p. 13-24.
20. Álvarez-Arenas J, Conseglieri A. Jesusa Pertejo Seseña (1920-2007) y sus primeros años de formación en medicina y psiquiatría. Norte Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria 2022;18(66):111-123.
21. Santesmases M, Cabré i Paret M, Ortiz T. Feminismos biográficos: aportaciones desde la historia de la ciencia. Arenal 2017;24(2):379-404.
22. Ortiz T. Medicina, historia y género. Oviedo: KRK, 2006.
23. García Dauder S. Psicología y feminismo. Historia olvidada de mujeres pioneras en psicología. Madrid: Narcea, 2005.
24. García Colmenares C. Las primeras psicólogas españolas. Itinerarios vitales y profesionales. Granada: Universidad de Granada, 2011.

25. Pertejo J. Una historia personal. Relato del proceso de mi formación en psicología clínica. *Revista de Psicología General y Aplicada* 2002;55(4):501-513.
26. Muñoz ML. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico en España: formación de la Asociación Psicoanalítica de Madrid. *Revista de Psicoanálisis de Madrid* 1990; número extraordinario:121-152.
27. Pacheco L, Martínez O, Merino A. Román Alberca Lorente: catedrático de Psiquiatría en 1950. *Neurosciences and History* 2021;9(3):128-134.
28. Lévy S. *Psicoanálisis y defensa social en España, 1923-1959*. Madrid: Catarata, 2019.
29. Carles F, Muñoz I, Llor C, Marset P. *Psicoanálisis en España (1893-1968)*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005.
30. Comelles JM. *La Razón y La Sinrazón: Asistencia Psiquiátrica y Desarrollo Del Estado En La España Contemporánea*. Barcelona: PPU, 1988.
31. Huertas R. En los inicios de la psiquiatría franquista. *El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría* (Barcelona, 1942). *Dynamis* 2017;37(1):23-43.
32. Angosto TD. José Pérez-Villamil o la pasión por el recuerdo. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq* 1985;5(15):484-492.
33. Pacheco L. A modo de fichas sobre clásicos de la Psiquiatría: La primera cátedra oficial de Psiquiatría en España: Antonio Vallejo Nájera y Juan José López Ibor. www.Lmentala.net diciembre 2015;37:1-6.
34. Quiñones E, Pedraja MJ, Vera JA, Ortega y Alberca: Datos para una psicoterapia. *Revista de Historia de la Psicología* 1989;10(4):173-178.
35. Pozo P. *Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Murcia: perspectiva histórica, 2008*.
36. Casco Solís J. *Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960)*. En: Fuentenebro F, Berrios G, Romero AI, et al., eds. *Psiquiatría y cultura en España en un tiempo de silencio*. Luis Martín Santos. Madrid: Necodisne Ediciones, 1999; pp. 85-129.
37. Campos R, Novella E. La higiene mental durante el primer franquismo: de la higiene racial a la prevención de la enfermedad mental (1939-1960). *Dynamis* 2017; 37(1):65-87.
38. Simón-Lordá D, Ferrer L. Asistencia psiquiátrica en el primer franquismo: Ourense (1939-1959). *Anales de Psiquiatría* 1999;15:202-222.
39. Ley de 14 de abril de 1955 sobre creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*. 15 Abr 1955, p. 2374.
40. Simón-Lordá D. La psiquiatría y la salud mental en el tardofranquismo: las misiones de los expertos de la OMS y la labor del PANAP. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 2021;41(140):253-275.
41. Novella EJ. Los límites de la tecnocracia: el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica y la modernización autoritaria de la asistencia psiquiátrica en la España del segundo franquismo. *Dynamis* 2019;39(1):73-97.
42. Noguera M, Moreira M, Bustos T, Simón-Lordá D. PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica): Un organismo público para la asistencia psiquiátrica durante la dictadura de Franco (1939-1975). El caso del Hospital psiquiátrico de Toén-Ourense-Galicia-España. En: Pereira AL, Rui J. V *Jornadas Internacionais de História da Psiquiatría e Saúde Mental*. Coimbra: Universidad de Coimbra, 2015; pp. 91-100.

43. Simón-Lordá D. El Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) y sus contradicciones: entre el enfoque psicosocial y el modelo manicomial. En: Huertas R (ed.). *Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2017; pp. 15-46.
44. Del Cura M, Martínez-Perez J. (2016). «From resignation to non-conformism: association movement, family and intellectual disability in Franco's Spain». *Asclepio* 2016;68(2):149.
45. García R. Universidad Complutense de Madrid. *Psiquiatría transhistórica en la infancia*. Tesis doctoral, 1992.
46. Baro C, Lassaletta E. Atención a la Salud Mental de niños y adolescentes. Una visión desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy* 2000;1:53-64.
47. Villasante O. Guía para auxiliares psiquiátricos (1967) de Fernando Claramunt: la vocación psico-social en el cuidado del enfermo mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 2021;41(140):277-30.
48. Pertejo de Alcamí J. La mujer que trabaja y la familia. En: *La Salud Mental de la Familia en Europa: Cuadernos de Salud Pública*, 28. Ginebra: OMS, 1966. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37869/WHO_PHP_28_%28part1%29_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consultado en marzo 2019].
49. Polo C. *Locura y salud mental en Valencia. El manicomio de Jesús (1866-1989)*. Valencia: Institució Alfons el Magnànim-Centre Valencià d'Estudis i d'Investigació, 2021.
50. Agulló MC. Tiempo de ilusiones, tiempo de silencio. Notas sobre la escuela de Alacant en la II República y el Franquismo. *Canoble* 2009;55:116-133.
51. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de febrero 1960, 45, p. 2128.
52. Lacasta JJ. FEAPS, 50 años de unión por las personas con discapacidad intelectual y por sus familias. *Siglo cero* 2015; 46(1):41-65.
53. World Health Organization. *The mentally subnormal child*. (Technical Report Series, n.75). Geneva: World Health Organization, 1954.
54. Cabrera MV. María Soriano Llorente, Psicóloga y Pedagoga española (1900-1996). XII Congreso Virtual de Historia de las Mujeres, 2020; pp. 239-248.

LOS DEPARTAMENTOS DE ORATES EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CREU DE BARCELONA EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XIX

*Tanit Castells Pañella**

INTRODUCCIÓN

En el desarrollo histórico de la psiquiatría como disciplina médica fue fundamental la constitución de los espacios de asistencia y posterior tratamiento. Estos espacios, en sus inicios configurados sobre la cultura de la caridad religiosa, fueron generados con una doble intencionalidad de asistir y segregar. En Cataluña, los centros destinados únicamente a la asistencia de orates, dementes o locos, tal y como se les llamaba, no surgieron hasta mediados de siglo XIX a través de iniciativas privadas. Anteriormente, acoger a este tipo de enfermos quedó en manos, casi de forma exclusiva, del Hospital de la Santa Creu de Barcelona.

A través de la documentación preservada en el *Arxiu Històric de l'Hospital de la Santa Creu y Sant Pau*, en este breve estudio nos proponemos recorrer su historia en un periodo de cambio de régimen político, económico y social, con el objetivo de elaborar una primera cartografía de los espacios que los y las dementes ocuparon en este Hospital, y definir cómo fue su cotidianidad de dentro de la institución asistencial.

Empezaremos con la contextualización histórica de la situación del Hospital barcelonés del siglo XVIII. Este punto nos permitirá inferir qué dificultades afrontó la institución en este periodo, además de lo que supuso la llegada diaria de nuevos enfermos, los cuales tenían que ser vestidos y alimentados con los escasos recursos de los que disponía el Hospital.

A partir de este punto, nos adentraremos en el estudio de los procesos de admisión e ingreso en los Departamentos de dementes, y posteriormente, en su funcionamiento diario a través de la normativa a la que estaban sujetos sus directores. El análisis de la documentación histórica también nos permitirá observar las características de la población departamental y, finalmente, las vías de salida del centro asistencial.

* Doctoranda en Historia de la Ciencia. IHC, Universidad Autónoma de Barcelona.
tanit.castells@autonoma.cat

El contexto político, social y económico es fundamental para comprender la situación de los locos ingresados en el Hospital de la Santa Creu de Barcelona. Desde finales del siglo XVIII, el territorio peninsular está sumido en una crisis de cambio de régimen, la cual golpeará con fuerza a las instituciones asistenciales públicas. Las estructuras tradicionales del Antiguo Régimen son insuficientes, demasiado rígidas y obsoletas. No tienen la capacidad para integrar los cambios sociales, políticos y económicos que se están produciendo con la transición hacia el Estado Liberal. Este lento proceso de cambio se verá reflejado en la quiebra del Absolutismo y la pugna entre las nuevas tendencias políticas, —primero ilustradas y después liberales— y las propias del Antiguo Régimen (1).

Sin duda, esta convivencia temporal creará una inestabilidad política que afectará directamente a las instituciones como el Hospital de la Santa Creu, el cual sigue con un funcionamiento similar al que se instauró en su constitución en el siglo XV. Aún en los siglos XVIII y XIX el Hospital todavía se asienta sobre los ideales de beneficencia y caridad religiosa. Dado que la financiación municipal y estatal es muy escasa, su subsistencia económica sigue fundamentándose en la autofinanciación a través de la explotación y uso de su patrimonio, en las donaciones testamentarias y de las limosnas (2).

Este sistema tradicional de autofinanciación se verá cada vez más limitado con las políticas ilustradas de finales del XVIII. Con el objetivo de sustituir el sistema tradicional de caridad religiosa, por un nuevo sistema público financiado y supervisado por el Estado, el gobierno pone en marcha leyes de desamortizaciones eclesiásticas. Estos intentos de reducir la presencia de la iglesia en el tejido social y sustituirla por un nuevo Estado Benefactor provoca graves problemas al Hospital. De hecho, la nueva ley de desamortizaciones de 1796-98 conllevará una gran pérdida de patrimonio del Hospital y sus ingresos menguarán de forma drástica (3, 4).

El Estado empieza un proceso de centralización de las políticas públicas, sin tener suficiente fuerza administrativa y económica para suplir las necesidades que están dejando la absorción de competencias y funciones asistenciales, que llevaban a cabo las instituciones municipales y religiosas. En este marco hay que destacar que el Hospital de la Santa Creu arrastra una situación de crisis económica y de recursos que no ha podido solventar desde 1714. La Guerra de Sucesión, con el aumento de ingresados que supone, obliga al Hospital a endeudarse y vender parte de su patrimonio para hacer frente a grandes gastos como, por ejemplo, la construcción de más salas para los soldados que ocupan la ciudad. Desde este momento el Hospital pasa a encargarse de la asistencia de los militares, función que mantiene oficialmente hasta el 1809 (5).

Así, en 1787, sin una recuperación económica de la institución, el territorio catalán entra en una crisis comercial y de subsistencia, que debilita todavía más la población. Este empobrecimiento provoca que ciertos sectores de la sociedad emigren del campo a la ciudad. Este éxodo provoca una tendencia ascendente de los residentes en Barcelona. En 1716 los habitantes de la ciudad se cifran entre 30-35.000, en 1787 el número ha aumentado hasta los 125-130.000 (6). En esta coyuntura de crisis, en 1793 estalla la Guerra del Rosellón contra Francia, y Barcelona se ve inundada de soldados y refugiados franceses, con el aumento de enfermos, heridos y pobres que supone para el Hospital. En 1795, con el final de la guerra, se activan varios mecanismos y nuevas herramientas asistenciales para aligerar la carga de pobres del Hospital¹.

El Estado, con el objetivo de combatir la constante llegada de población empobrecida a las ciudades, prohíbe la mendicidad en las calles. Así, el modelo de autofinanciación del Hospital sigue limitándose aún más. Con las desamortizaciones de patrimonio eclesiástico y la prohibición de la mendicidad, la institución entra en el nuevo siglo con una situación de crisis insostenible, la cual se ve agravada con el estallido de la Guerra de Independencia en 1808. Con la ocupación francesa de Barcelona, la administración del Hospital es sustituida por la Junta de Hospicios creada por los franceses. La situación del centro asistencial sigue marcada por la falta de recursos y de espacio. El número de ingresos vuelve a aumentar rápidamente ante la llegada de más de 5.000 soldados franceses a Barcelona².

En 1814, finalizada la guerra, el estado del Hospital es otra vez insostenible, y aunque la institución pone todo su empeño en una rápida recuperación, en 1821 estalla una virulenta epidemia de fiebre amarilla que vuelve a llenar sus salas (11). Este empeño de recuperación se ve respaldado por el gobierno del Trienio Liberal (1820-1823), ya que la preocupación por la asistencia pública pasa a estar en primer plano. En 1822 se presenta una nueva ley de beneficencia donde el municipalismo tiene el papel protagonista. Se propone la creación de Juntas Municipales de Beneficencia que sustituyan a los Ayuntamientos en la gestión de las instituciones asistenciales públicas, con el objetivo de suplantar las instituciones religiosas y privadas.

En este proyecto de ley hay que destacar la extensa legislación sobre la asistencia y el trato de los locos. La propuesta es constituir casas públicas para el auxilio a estos enfermos, las cuales no se entiendan como espacios de

¹ En marzo de 1799 se crea la Junta de Caridad con *la Olla Pública* que se mantiene hasta noviembre de 1801 y poco después es constituida la Casa de la Caridad, 1802, la cual acoge principalmente el volumen de pobres que el Hospital no puede absorber (6, 7).

² Ante el desbordamiento del Hospital, el 14 de marzo de 1809 las autoridades francesas desalojan los Padres Paùls del convento de la Calle Talleres para habilitar un Hospital Militar (9). Sabemos que este nuevo centro disponía de una sala para soldados dementes, puesto que en los expedientes del Archivo Histórico de la Santa Cruz se documenta el traslado de soldados locos entre este nuevo Hospital y el de la Santa Creu (10).

encierro, sino lugares de asistencia donde se prohíba el maltrato y el uso de violencia (12, 13). Sin embargo, esta ley no llega a ver la luz y con la Restauración de Fernando VII la asistencia pública desaparece del plano político regresando a una inmovilidad en cuanto a la renovación y medicalización de las instituciones asistenciales. No será hasta la década de 1830 que la asistencia a las personas con enfermedades mentales será considerada una pieza clave por la constitución del nuevo Estado Liberal (2).

L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU: HISTORIA Y ESPACIOS

En este contexto, nos adentramos en el estudio de la situación interna de la principal institución asistencial y de acogida para locos en Catalunya. El Hospital de la Santa Creu de Barcelona fue fundado a partir de la unión de seis hospitales más pequeños de la ciudad, los cuales no tenían bastantes recursos para seguir funcionando autónomamente. Se unieron dos hospitales de jurisdicción municipal: el *Hospital d'en Marcús* y el *Hospital Pere Desvilar*, tres hospitales de administración eclesiástica: el *Hospital d'en Colom*, el *Hospital d'en Vilar* y el *Hospital de Santa Eulàlia del Camp*. Finalmente, también se integra el *Hospital de Santa Margarida* destinado a los Leprosos (14). En 1401 se funda oficialmente con el acuerdo del *Concell de Cent* y el Capítulo Catedralicio, con la aprobación real y la autorización del papa Benedicto XIII de Aviñón. Al ser un convenio entre el poder civil y el religioso se acordó una administración mixta, la cual fue llamada *Molt Ilustre Administració* o M.I.A.³

Desde su fundación, el centro sanitario se fue ampliando con la construcción de más salas de enfermos y de nuevas instituciones asistenciales vinculadas al Hospital, como la Casa de Convalecencia fundada en 1622 (13). En poco tiempo se convirtió en el establecimiento con mayor capacidad de ingresos de Cataluña, adoptando el nombre y cargo de Hospital General de Cataluña y se instaló en el Barrio del Raval. Con la progresiva ampliación y construcción de más instituciones benéficas de asistencia social, vinculadas entre ellas, se articuló un complejo sistema asistencial y sanitario municipal que durante siglos se encargó de la cura y el mantenimiento de pobres, enfermos y locos de todo el territorio catalán. En el periodo que nos ocupa, el cuerpo del edificio hospitalario sigue estructurándose en sus raíces medievales, con notables ampliaciones y reestructuraciones de los espacios interiores, muy comunes y necesarias en los siglos de funcionamiento de la institución.

El cuerpo del Hospital tenía la entrada principal ubicada en el *Carrer Hospital*, desde la cual se accedía a un gran patio central que dividía el edificio en

³ La M.I.A. se compone de dos regidores escogidos por el Ayuntamiento de Barcelona, y dos religiosos escogidos por el obispo. Los administradores tenían un mandato de 2 años, pero cada año se renovaban dos cargos (uno municipal y uno religioso) (14).

dos alas que se unían al final del patio. La distribución de los espacios internos de la institución se organizaba en departamentos según su función. En el ala derecha se encontraban la Iglesia, las salas de uso del gobierno del Hospital y el Departamento de Hermanas, personal religioso que asistía a los enfermos y, a continuación, se encontraba el Departamento de Enfermos. Este disponía de una gran galería destinada a los enfermos febriles, llamada *Quadra de les Febres*, junto con otras salas más pequeñas también de enfermos comunes, además de una cocina y varios almacenes. Finalmente, en la parte superior del ala, llegamos al Departamento del *Corralet*, un espacio destinado a los muertos en el que se incluía, el antiguo cementerio del Hospital, la capilla y el carro para el transporte de los cadáveres al cementerio exterior. A la izquierda del Departamento el *Corralet*, encontramos el Departamento de Hombres Dementes que consta de una galería con unas 20 habitaciones en los laterales aproximadamente, algunas de las cuales eran jaulas. La primera habitación, la más cercana a la puerta, era la del director del Departamento, el Padre y, pasada la galería había otro espacio con más habitaciones, y un patio interior con algunas salas más pequeñas posiblemente destinadas a almacenes.

En la parte inferior del Departamento de Dementes encontramos un gran almacén que alberga la bodega y, a su lado, el Departamento de Expósitos, los almacenes y boticas pertenecientes al Departamento de Farmacia. A continuación, llegamos al Departamento de Mujeres Dementes que se compone de 3 sectores. El primero, es una sala en la entrada con la habitación de la directora del departamento, la Madre, y alguna habitación más. Desde esta, se accede al segundo sector donde hay una cocina con almacenes. Finalmente, encontramos la sala de mayor capacidad con bastantes habitaciones y jaulas, y en la esquina una sala destinada al guardarropa (15).

Según la documentación de 1804 que acompaña al plano descrito, las salas inferiores al departamento, la antigua lavandería, estarían destinadas a una futura ampliación del departamento de dementes (16). Hay que destacar que este departamento no disponía de patio interior. En su lugar había espacios destinados a cocina y guardarropa, áreas y tareas asociadas tradicionalmente a la feminidad. Finalmente, encontramos el Departamento de Unciones, con más salas para enfermos y oficinas de personal, otros almacenes y la sección destinada a la panadería.

En el plano descrito, datado de 1804, podemos observar con claridad la distribución de los espacios, pero no disponemos de una descripción detallada de su interior. Dicha descripción, nos llega con el Acta de la visita del Corregidor del Ayuntamiento a los departamentos de orates, en 1848 (17-19).

En 1848 la distribución del hospital ha mutado. Los departamentos de dementes han sido considerablemente ampliados y, según la documentación, disponen de un total de 131 camas para ingresados pobres, 31 para ingresados de clase distinguida y un mínimo de 5 jaulas. A partir de este total de 162 camas utilizables en 1848, podemos considerar que en 1804 se disponía de muchas menos camas, ya que los departamentos eran mucho más reducidos. La capacidad hospitalaria descrita en 1848 es bastante ajustada y

posiblemente en muchas ocasiones escasa. Vemos que en el censo de Floridablanca de 1787 ya se contabilizan 114 dementes ingresados, 61 hombres y 53 mujeres (20, 21). Entre 1825 y 1830 los ingresados han aumentado y llegan a la media de ingresos por año de 170 dementes (22).

Pese a que el flujo de entradas y salidas era constante, y los periodos de ingreso de los dementes no eran extremadamente largos, en registros de 1831 y 1832 los dementes existentes en los departamentos a finales de año oscilan entre los 87 y los 100 en cada departamento (23). Solo con estas cifras y sin contabilizar los ingresos diarios, posiblemente ya se superaban el número de camas vacantes en los departamentos en las primeras décadas del XIX. Aunque el Hospital se sustentaba en un modelo de beneficencia pública, dentro de los departamentos había distintos niveles de asistencia. Según lo que la familia pagara por la manutención de la persona ingresada, esta disponía de unas condiciones de alimentación y de ropa mejores que los demás internos, además del hecho de que a los que pagaban una cuota más elevada se les proporcionaba una habitación individual. Los pagos de manutención para los ingresos de clase distinguida se delimitaron en 1820. Se estipularon 3 niveles de clasificación, con las dietas de las que se podían disponer y sus respectivas cuotas (11): los de primera clase pagaban 45 pesetas mensuales, los de segunda 30, y los de tercera clase 15 (24).

LA HOSPITALIZACIÓN: ADMISIÓN, OBSERVACIÓN E INGRESO

Una vez conocidos los espacios que ocupaban los dementes, podemos preguntarnos cómo llegaban a ellos. El proceso de admisión y posterior ingreso era esencialmente un procedimiento administrativo centralizado en las decisiones de la Muy Ilustre Administración. Sin su autorización, los enfermos no podían ingresar o salir del hospital, aunque tuvieran el consentimiento médico.

Este proceso supone distintas etapas. En primer lugar, el contacto inicial con el Hospital. El representante legal del demente, habitualmente el Ayuntamiento o las familias, pero en algunas ocasiones también los tribunales, remitían una carta a la M.I.A. En esta se exponía la situación en que se encontraba el demente o la demente, acompañado de varios testigos y de una descripción o certificación médica, si era posible.

Este requerimiento de una certificación o testigo médico parece que no era requerido antes de 1726. En este año, encontramos la propuesta del médico Francesc Aromir. Reclama a la M.I.A. que se exija un certificado médico y se imponga un periodo de observación antes del ingreso definitivo para: *«ternirse certitud física, de si es o no es dement, eo Loco, aquell i aquella que ab tal motiu o pretext se aporta en est St Hospital Gl. de Sta. Creu desta Ciutat de Barna»* (25).

Con la llegada de la carta y el certificado médico, el caso pasaba a manos de la M.I.A, la cual evaluaba la situación y decidía si se concedía la admisión o no. Los recién llegados entraban en un periodo de observación, de duración inexacta, donde los médicos determinaban si el demente era ingresado en el departamento o no.

En este periodo se registran diversos casos donde los médicos concluyen que los afectados no sufren locura. Es el caso de dos mujeres, Justa Albosa y Theresa Botifoll. En 1823, el médico Ramón Duran considera simulada la manía religiosa que sufren, y solicita a la M.I.A. que las dos mujeres abandonen el Hospital inmediatamente (26).

Este periodo de observación previo al ingreso, también se documenta en varias instituciones de este tipo como la del Hospital de Zaragoza. En un informe enviado a la Real Academia Médica de Madrid, datado del 23 de octubre de 1817, se describe este proceso de observación y selección de los enfermos. A su llegada, los locos son tratados como enfermos comunes. Esta fase dura unos días y así los médicos observan y certifican si el recién llegado sufre demencia (27).

Las pautas de ingreso se apuntaban en la observación y criterio de cada médico, criterios que podían ser divergentes. Como podemos observar en el caso de Josep Antoni Lalana de 1822. Los médicos, Ramón Duran y Josep Roviralta, acaban en disputa por no llegar a un acuerdo sobre si Lalana padece locura. Finalmente, el Médico Mayor del Hospital es el que dictamina que Lalana no es demente, y que tiene que volver a su lugar de residencia (28, 29).

Cuando se superaba el periodo de observación, los ingresados entraban en el departamento de orates. La primera segregación que se llevaba a cabo era por sexo. A continuación, la única categorización según el juicio de los médicos era la distinción entre Furiosos o Tranquilos. El resto de las clasificaciones se llevaban a cabo según criterios económicos.

EL DEPARTAMENTO EN CIFRAS: EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

La documentación empleada para la elaboración de este estudio se encuentra en el *Arxiu Històric de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. En este caso, el bloque documental que engloba los registros de funcionamiento general y departamental del Hospital es el más extenso. Circunstancia que nos permite cartografiar el edificio hospitalario y observar sus dinámicas diarias al detalle.

Los registros de ingresos y de salidas de locos, al contrario, son prácticamente inexistentes en las primeras dos décadas del siglo XIX. Hasta 1829 no encontramos un registro con los datos suficientes para construir un perfil sociodemográfico de los hombres y las mujeres ingresadas en los departamentos de orates⁴.

⁴ Los resultados estadísticos presentados en esta publicación son fruto de la recopilación y análisis de datos de elaboración propia, a partir de la información disponible en los documentos

Aunque los datos utilizados para el análisis del perfil de los dementes hospitalizados y el intervalo de ingreso son del periodo comprendido entre 1829 y 1830 (30), a través del estudio de la documentación referente al funcionamiento y los espacios del hospital en las décadas anteriores, no parece que se produzca ningún cambio significativo en sus dinámicas en este periodo. Por lo tanto, es posible que el perfil sociodemográfico que podemos construir con los datos y registros de 1829 y 1830, sea muy parecido al perfil de ingresados presentes en el Hospital en las primeras décadas del siglo XIX. Siempre que consideremos la afectación del contexto histórico en el Hospital: el aumento demográfico de Barcelona, y en fechas concretas revueltas, epidemias y guerras.

Así, con los datos de 1829 y 1830, y un total de 361 ingresos registrados (30), podemos observar que los perfiles predominantes dentro de los departamentos eran los siguientes. En primer lugar, un hombre, entre los 20-29 años, soltero, de la provincia de Barcelona y pobre. Un segundo perfil masculino predominante, se sitúa entre los 30-39 años, casado, también de Barcelona y pobre. Finalmente, en el perfil femenino, mujer entre los 30-39 años, casada, de la provincia de Barcelona y pobre.

Concretando en los datos analizados, observamos, en primer lugar, que el número de hombres y mujeres ingresados en los departamentos es bastante parecido. Los hombres representan el 51-52% y las mujeres el 48-48%. Según algunos registros anteriores, es posible que el número de hombres siempre fuese un poco superior al de las mujeres (22). Diferencia que puede tener su explicación en el ingreso de soldados en un contexto con una gran actividad militar debido a las diversas guerras y revueltas.

La edad de la población hospitalaria era bastante joven. Entre las mujeres, la edad predominante era entre los 30 a los 39 años, lo que representa un 32-57% del total. En el departamento masculino, hay dos intervalos preminentes: entre los 20 y los 29 (27%), y entre los 30 y 39 (también 27%). En relación con lo descrito, vemos como estos intervalos de edad sobresalientes se ven reflejados en el estado civil de las personas ingresadas. El 50% de las mujeres son casadas, el 30% solteras y el 20% viudas. En los hombres, el 50% son solteros y el 40% casados, con un pequeño 10% de viudos.

La procedencia de los asistidos es principalmente de poblaciones de la provincia de Barcelona (53-19% de los ingresados). Las personas llegadas de Girona y Lleida se mueven en el 12-74% y 12-19%, Tarragona en el 8-03%. Tenemos un 5-26% que son de fuera de Cataluña, y un 8-59% de ingresados donde no se anota la población de procedencia. Finalmente, el 90% de la población departamental eran de clase pobre.

existentes en el *Arxiu Històric de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* catalogados con la referencia 27022 y 3841.

Si analizamos de forma concreta el 10% de los ingresos distinguidos, observamos cómo las dinámicas de intervalos de edades, estado civil y procedencia son parecidas, con la excepción del predominio de las mujeres entre los 40 y 49 años.

LA COTIDIANIDAD DE LA LOCURA HOSPITALIZADA

Aunque el Hospital tenía unas constituciones y reglamentos generales, cada departamento y sección de personal disponían de un reglamento propio (31). Los dos tipos de reglamentos, el general y el departamental, fueron mutando y evolucionando, adaptándose a los contextos sociopolíticos de cada época.

En el periodo que nos ocupa, en los departamentos de dementes todavía es vigente el Reglamento de 1756 (32). Este determina las obligaciones de los directores de departamento, el *Pare i la Mare de la bogeria*⁵.

La primera de estas obligaciones consistía en asistir a los enfermos en las comidas. Vigilar que las raciones fueran las adecuadas y que los locos comieran, según el reglamento: «aplicando todos los métodos que fueran necesarios, sin llegar nunca al maltrato» (32). Otro de sus deberes era vigilar que los ingresados no pelearan entre sí. Se recalca que, si era necesario, se podían aplicar castigos con el uso de grilletes y jaulas, pero siempre comunicándolo al *Prior* o *Subprior* (las figuras que impartían la justicia dentro del Hospital).

En tercer lugar, el *Pare* y la *Mare* debían procurar que los locos fueran siempre vestidos de forma adecuada, que no se quitaran ni rasgaran sus ropas. También tenían que cuidar que los espacios estuvieran limpios y que, si algún loco enfermaba, se llamase al médico. Finalmente, eran los encargados de designar los locos más obedientes y útiles para las tareas y trabajos que debían realizarse dentro del Hospital.

En este reglamento vemos reflejados los ejes que estructuran el funcionamiento de los departamentos de dementes y su día a día en el Hospital: la alimentación, la disciplina, la vestimenta y el trabajo.

Aunque cada departamento tenía un reglamento propio, es muy probable que el horario fuera común en todo el Hospital ya que se estructuraba en función de las visitas de los médicos y cirujanos, comunes para todos los enfermos.

El *Pare* y la *Mare* eran los encargados de despertar a los dementes a las 6 de la mañana. Según los registros, entre las 7 y las 7:30 pasaba la primera visita de los médicos y cirujanos (33). Posteriormente, se aplicaban los medicamentos y los remedios recetados. En algunas ocasiones el tratamiento se alargaba por la tarde.

⁵ El personal hospitalario que se encargaba de la asistencia y atención diaria de los ingresados, enfermos comunes y dementes, era religioso. La orden que se ocupa de esta función en el siglo XIX es la de los Hermanos y Hermanas de la Caridad (3, 5).

La comida empezaba a distribuirse a las 10 de la mañana. Por la tarde, entre las 17h y las 18h, según el mes del año, pasaba una segunda visita médica. Posiblemente la cena empezaba cuando terminaban dichas visitas (34).

A pesar de que parece que tenían un horario muy bien delimitado, se documentan muchas quejas del personal asistencial y también de médicos y cirujanos por el incumplimiento de estos horarios. Los facultativos culpan de la demora a la lentitud del departamento de farmacia en la preparación y distribución de medicamentos. El Apotecario Mayor, a su vez, culpa de los retrasos a los médicos (35-36).

Es posible que no se llevaran a cabo todas las visitas médicas programadas en el departamento de orates. Los locos eran enfermos que no siempre requerían de un seguimiento médico tan completo como los enfermos febriles o los heridos. Aun así, se documentan visitas médicas por las mañanas y un control diario de dementes concretos.

Como acabamos de ver, parece que las comidas administradas en el hospital también se organizaban en función de las visitas médicas. La comida principal era el almuerzo, el cual se empezaba a distribuir alrededor de las 10 de la mañana (34).

Por lo que podemos extraer de la documentación analizada, el Hospital disponía de al menos dos cocinas principales y posiblemente alguna más pequeña. La Cocina del *Tinell*, ubicada entre el patio del gobierno y el Departamento de Hermanas, en las partidas de gastos siempre recibe una cantidad menor de víveres. Posiblemente porque era la cocina que se encargaba de la comida de los oficiales y de parte del personal del Hospital. Por otro lado, la Cocina *dels Caldos*, recibía grandes cantidades de suministros, por lo que podríamos considerar que era la cocina destinada a los enfermos (37-39).

El Hospital también disponía de panadería, aunque su producción era insuficiente para toda la población hospitalaria, ya que se documentan partidas de gastos diarios para la compra de pan.

En el contexto social y económico de la ciudad de Barcelona, la alimentación, o mejor dicho la falta de ella, fue el motivo de disturbios y motines en bastantes ocasiones. La dieta básica de los barceloneses, incluido el Hospital, estaba compuesta por pan, vino, aceite y vegetales estacionales. Probablemente, era una dieta monótona y escasa en carne, siempre sujeta al estado de las cosechas de las zonas próximas a la ciudad⁶ (40).

En el Hospital, a través de los libros de cuentas, podemos observar como la dieta principalmente se constituía de una base de arroz, fideos, sémola o habas normalmente caldosos, acompañado de pan, vino y un poco de tocino

⁶ Las primeras décadas del siglo XIX estuvieron marcadas por la dificultad casi constante de abastecimiento de la ciudad. El aumento de la población, los distintos episodios bélicos y la epidemia de fiebre amarilla en 1821, junto con la introducción de un nuevo sistema de mercado, provocó un constante desequilibrio en el mercado barcelonés (41).

(38-39). Aunque no se menciona en la documentación analizada, es posible que la comida de los departamentos de dementes fuera hecha en otra cocina o a parte de la comida de los enfermos comunes. Esta era una práctica muy recurrente en otros Hospitales como en Zaragoza (20), Sevilla (42) o Granada (43). Además, recordemos que en el departamento de mujeres dementes había una cocina.

Hay que destacar que en los propios departamentos de orates había una marcada diferencia en la distribución de alimentos. El departamento masculino recibía una cantidad de carne bastante mayor que el femenino (20, 38, 39), lo que posiblemente se explica en el trabajo adjudicado a los locos, ya que las tareas de los hombres acostumbraban a ser mucho más físicas.

Por otro lado, las mujeres recibían pan de mayor calidad. Se les proporcionaba pan blanco, mientras a los hombres se les daba un pan moreno hecho con un grano de menor calidad (38, 39, 44). El vino parece ser administrado en una cantidad muy similar en los dos departamentos.

Recordemos que una de las obligaciones del *Pare i la Mare* era escoger a los dementes que consideraran más adecuados para los trabajos y tareas del Hospital. Los dementes en disposición de trabajar eran empleados como mano de obra para el propio funcionamiento del Hospital (19, 45). Como se ha comentado anteriormente, los recursos económicos y materiales escaseaban en la institución, así que usaban los ingresos para ciertas labores pues la situación de enfermedad que padecían no era necesariamente incompatible con su capacidad laboral.

A las mujeres se les encargaban las faenas tradicionalmente femeninas: cocinaban, limpiaban la ropa, cosían y arreglaban la ropa vieja o rota del departamento masculino. Dos espacios que ya encontramos insertos en su departamento.

A los hombres se les encomendaban los quehaceres más físicos, como trabajar en los huertos del Hospital o cargar y descargar sacos, cajas y materiales. Una de las tareas que se les atribuye de forma común y durante muchos años es sepultar a los muertos. Este trabajo requería salir del recinto hospitalario, ya que a partir de 1793 los muertos de la institución se enterraron en el cementerio fuera murallas de la ciudad (20, 45).

Es posible que la realización de estas actividades por parte de los ingresados ayudara a mantener al Hospital. Suponía un ahorro económico al no tener que pagar a varios mozos para trabajar los huertos o ayudar al sepulturero, eran tareas que podían realizar los locos. En todo caso, como indican las fuentes el Hospital se procuraba que no se llegara a un exceso de trabajo que conllevara un deterioro en la salud de los ingresados e ingresadas (46).

En la documentación del Hospital se señala que el trabajo era considerado beneficioso para la salud de los locos pues evitaba la ociosidad (47), pero es posible que los enfermos de clase distinguida no estuvieran obligados a trabajar. Aunque las mujeres distinguidas cosían, no era remendando ropa de otros enfermos, sino como medida terapéutica para evitar la inactividad (20, 47).

Aunque los locos fueran trabajadores asiduos y ayudaran al mantenimiento del Hospital, no eran mantenidos en la institución más tiempo del necesario para su curación. Los libros de registro de ingresos y salidas de la institución permiten conocer el tiempo que los locos estuvieron internados en el Hospital. Parece, según los datos de 1829 y 1830, que los periodos de ingreso eran intervalos de tiempo que podríamos considerar bastante breves.

Con una muestra de 282 personas que tuvieron salida del Hospital, observamos que el 67-73% de los enfermos salieron del hospital antes de los 6 meses, es decir, más de la mitad de los ingresados. El 82-97% marcharon antes de 1 año. Los ingresos superiores a los 12 meses solo corresponden al 17-03% de los enfermos, con más de la mitad de los egresos antes de los 5 años. Así los ingresos que corresponden a periodos de tiempo superiores a los 5 años y que abandonaron el Hospital con vida solo representan el 3-89% sobre el total (11 personas de 282).

El demente solo ingresaba en periodos donde se mostraba su enfermedad en fases de crisis o episodios puntuales de locura. Una vez estos periodos eran controlados o eliminados, los enfermos eran dados de alta y regresaban con sus familias y a sus trabajos. Es decir, volvían a ser parte activa de la sociedad.

En las líneas anteriores se ha mencionado que los dementes eran dados de alta, y es que entre 1829 y 1830, de las 282 personas que salieron con vida del Hospital, el 78,37% fue con alta médica. Cuando los médicos consideraban que el enfermo estaba «restituido de su locura» (48), se presentaba la petición a la M.I.A. para autorizar la salida del Hospital del demente.

El proceso burocrático para dicha alta no siempre era ágil. En algunos casos los registros muestran que la M.I.A. podía llegar a tardar hasta dos meses en autorizar una salida. Además, se añadían los condicionantes de los propios enfermos ya que, en algunas ocasiones, se registran enfermos que no querían abandonar la institución, pues eran pobres y no disponían de lugar donde vivir (48). En este punto el Hospital se encargaba de buscar a un familiar o trasladar a la persona a una institución de acogida como la Casa de Caridad.

Aunque el alta médica era la marcha más común, otra vía era la salida sin licencia, es decir sin autorización médica. Pese a que son pocas, estas salidas representan el 9-22%. Este tipo de egreso se producía cuando el loco era reclamado por un familiar cercano. Esta demanda llegaba a la M.I.A., y esta autorizaba o no la salida del demente en cuestión.

Los parámetros utilizados por la Administración para consentir una marcha no están claros. La gran mayoría eran concedidas incluso aunque no se hubiera producido la curación del demente. Sirva de ejemplo un caso de 1784. La M.I.A. autoriza la salida de Miquel Torner, loco furioso reclamado por su mujer, que es devuelto al Hospital en poco tiempo por otros familiares ya que mantiene un comportamiento muy violento y parece no estar curado (49).

Aun así, y sin que sea frecuente, encontramos algún caso de rechazo de la petición como el de Narcisca de Cabriol. Ingresada de clase distinguida, a la cual se rechaza la reclamación, pues según la Administración, todavía no está curada (50).

Es posible que en este caso en concreto se denegara la salida por motivos económicos. La familia de dicha mujer pagaba por su manutención al Hospital en segunda clase. No obstante, las salidas de la clase distinguida no se demoraban más que las de los pobres. La temporalidad de ingreso seguía el mismo patrón, con un 83-33% de los egresos antes de 1 año de ingreso. Es necesario comentar que en numerosas ocasiones este tipo de marcha acababa en un reingreso posterior pocos meses después.

Por otra parte, lo que podría considerarse una salida parcial del Hospital era el traslado, vía de salida que representaban un 9-22% de los egresos totales. Este tipo de movimiento de enfermos habitualmente se producía entre el Hospital de la Santa Creu y la Real Casa de la Caridad, institución de acogida también localizada en el conjunto de edificios asistenciales del Raval, donde el núcleo central lo ocupaba el Hospital.

Parece que los motivos de traslado podían ser diversos. Es importante mencionar que más de la mitad de este tipo de salidas (el 69,23%) se efectuaron antes de un año de ingreso. Por lo tanto, podemos considerar que estos desplazamientos de institución no necesariamente iban relacionados con una larga temporalidad de ingreso. Es muy posible que los criterios de observación de los médicos tuvieran cierto peso en la decisión de traslado, ya que en repetidas ocasiones la M.I.A. advierte que el Hospital no acoge fatuos, estos eran internados en la Real Casa de la Caridad (51, 52).

Finalmente, la última vía de salida con vida de la institución era la fuga. Si bien este camino no parece ser muy recurrente, ya que solo representan el 3-19% del total, ha sobrevivido bastante documentación sobre este suceso. Correspondencia dirigida al Hospital, desde la Intendencia de Policía o de Alcaldías de los pueblos y las ciudades, donde informaban de la llegada de personas sin identificación y según los testigos «faltos de juicio» (53), o incluso con grilletes aún puestos (54).

LA MUERTE Y SUS ESPACIOS: ESTADÍSTICA Y PROBLEMÁTICA

La última vía de salida del Hospital era la muerte. Del total de ingresos contabilizados entre 1829 y 1830, la mortalidad representaba el 21-88%, cifra que podemos juzgar bastante reducida si consideramos el marco histórico y el contexto general de pobreza y precariedad del Hospital.

Así pues, debemos considerar que la mortalidad estaba sujeta a muchos factores de los cuales podemos distinguir los factores internos de la institución y los factores externos a ella. Los factores internos son aquellos que afectaban a los enfermos dentro del Hospital: la salubridad de las

instalaciones, la alimentación, el trato que recibían y el tratamiento médico que se les aplicaba.

Por otro lado, los factores externos son los que acompañaban al enfermo antes de su ingreso: su edad, la poca salud y desnutrición con la que ya ingresaban, la gravedad de su enfermedad, es decir, el contexto sanitario y social propio.

Al analizar la cifra de muertes en relación con el tiempo de ingreso de los dementes, observamos que el 42-66% del total de las defunciones se producía antes de llegar a los 30 días. Aunque esta mortalidad tan elevada en un corto periodo de ingreso parece sujeta más a los factores externos, no podemos descartar la posibilidad de la existencia de infecciones nosocomiales como causa de muerte directa.

Observando las cifras de mortalidad de los periodos hospitalarios siguientes, de más de un mes de ingreso a menos de un año, vemos cómo se produce una tendencia ascendente que podemos explicar en la progresiva afectación de los factores internos en la salud y enfermedad de los ingresados⁷.

A partir de los periodos de ingreso superiores a un año, se produce un descenso drástico de la mortalidad debido al descenso de ingresos persistentes, (de los 361 ingresos utilizados como muestra solo persisten 61 de ellos, el 16,86%), pero en relación con los ingresos la mortalidad aumenta hasta situarse en el 52,45%.

La mortalidad del Hospital, no solo de los departamentos de dementes sino de toda la institución, suponía un problema para la ciudad de Barcelona a finales del siglo XVIII. El pequeño cementerio propio del Hospital, llamado el Corralet, no podía absorber unas cifras tan elevadas (44, 45, 50). Recordemos que la gran masa de los ingresados era pobre y posiblemente no disponían de los recursos necesarios para un entierro (43).

Lo más probable es que la gran mayoría de los difuntos tuvieran un entierro vinculado a la institución. El pequeño cementerio del Hospital constaba de un panteón para el personal religioso que trabaja en la institución, así como de una pequeña capilla donde posiblemente se realizaban las misas para los muertos del Hospital (15), la gran mayoría anónimos enterrados en fosas comunes propiedad de la institución (56).

En la ciudad de Barcelona la mortalidad era un problema generalizado. Las estrechas calles y los cementerios parroquiales intramuros, incluido el del Hospital, eran una fuente de insalubridad y malos olores (50). Para intentar dar solución al exceso de cuerpos enterrados en el núcleo urbano, en 1775 se inaugura la primera necrópolis moderna fuera de las murallas llamado *Cementeri del Bisbe Climent*, actual cementerio de *Poble Nou* (57).

⁷ Datos de temporalidad de la mortalidad en tanto por ciento (%): menos de 1 mes: 42,66%; menos de 3 meses: 6,67%; menos de 6 meses: 16%; menos de 1 año: 17,33%; 1 y 2 años: 5,33%; 3 y 4 años: 2,67%; más de 5 años: 2,67%; y más de 10 años: 6,67%.

En 1781 la Academia de Medicina de Barcelona aconsejó trasladar todos los espacios mortuorios al exterior del núcleo poblacional. Los médicos consideraban que los vapores que emanaban de los cementerios, espacios de putrefacción, eran muy perjudiciales para la salud (55).

En 1793 el Hospital recibió la autorización para enterrar sus a muertos en el *Cementeri del Bisbe Climent* (6, 58). No obstante, en 1813 durante la Ocupación Francesa, los franceses lo destruyeron (53), y el Hospital se vio obligado a volver a usar el pequeño cementerio propio y otros cementerios parroquiales. En 1815 el Hospital volvió a reclamar un espacio en el Cementerio de Poble Nou, el cual había iniciado su restauración, pero la negativa del Obispo Pau de Sitjar dificultó los trámites al menos hasta 1821 (46).

En este contexto, la población de Barcelona también se resistió al nuevo cementerio extramuros. La lejanía de sus parroquias era un factor importante, pero también fue determinante la negativa de los ciudadanos a ser enterrados en el mismo espacio que pobres, enfermos y locos.

CONCLUSIONES

En las primeras líneas de este breve estudio, nos proponíamos cartografiar los espacios que ocuparon y las dinámicas que desarrollaron, las locas y los locos que estuvieron ingresados en los departamentos del Hospital de la Santa Creu de Barcelona en las primeras décadas del siglo XIX.

Hemos podido observar cómo el contexto político, económico y social del periodo que nos ocupa afectó de forma directa a la institución, de tal modo que dificultó enormemente su función asistencial. Aún así, el Hospital siguió acogiendo día a día nuevos enfermos a través de un proceso de admisión centralizado en la burocracia de la Muy Ilustre Administración y una posterior observación e ingreso basando en los criterios de observación de los médicos existentes en el Hospital.

En lo que atañe a la demografía de los ingresados, observamos una población departamental joven, con un número parecido entre hombres y mujeres, de los cuales la gran mayoría son pobres. Su permanencia en el centro asistencial estuvo reglamentada y vigilada por los directores del departamento. Estos ejercieron una doble funcionalidad de vigilancia y cuidado.

Debemos considerar que, aunque los criterios de funcionamiento del Hospital no parecen ser médicos, los enfermos eran insertos en un espacio supervisado y configurado para su asistencia: con un horario fijo, una alimentación pautada y la asignación de trabajos y tareas de forma regular. Es decir, el ingreso en el Hospital quizá no suponía un tratamiento médico como el que podemos observar en las últimas décadas del siglo XIX, pero podemos formular la hipótesis de que eran introducidos en una marcada disciplina diaria con el objetivo de volver a incluirlos en la sociedad.

Así se refleja en la temporalidad del ingreso. La mitad de las personas ingresadas permanecía menos de seis meses en la institución, y la mayoría menos de un año. El alta era la vía de salida más habitual. A partir de estos datos, podemos afirmar que las entradas y salidas del hospital eran fluidas, con un retorno a la comunidad de procedencia de los enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castells I, Moliner A. Crisis del Antiguo Régimen y Revolución Liberal en España (1789-1845). Barcelona: Ariel Practicum, 2000.
2. Comelles J.M. L'assistència psiquiàtrica i l'evolució de l'estat a Espanya. Quaderns de l'Institut català d'Antropologia 1987;6:34-65.
3. Yetano A. Con toca. Mujeres y trabajo hospitalario, avances en tiempos convulsos. Las Hermanas de la Caridad. Manuscris 2009;27:113-139.
4. Comelles J.M. Els Manicomis. Psiquiatria Catalana. Ciència 198;22(2):722-726.
5. VV.AA. L'Hospital de Santa Creu i de Sant Pau: l'Hospital de Barcelona. Barcelona: Gustau Gili, 1986.
6. Carbonell i Esteller M. Sobreviure a Barcelona: Dones, pobresa i assistència al segle XVIII. Universitat de Vic: Eumo Editorial, 1993.
7. Garcia i Espuche A, Guàrdia i Bassols M. Estructura urbana. En: Sobrequés i Callicó, J. editor. El Desplegament de la ciutat manufacturera: 1714-1833. Barcelona: Història de Barcelona Enciclopèdia Catalana, 1991; pp. 45-108.
8. López P. Evolució demogràfica. En: Sobrequés i Callicó J. editor. El Desplegament de la ciutat manufacturera: 1714-1833. Barcelona: Història de Barcelona Enciclopèdia Catalana, 1991; pp. 111-166.
9. Carrau i Bueno I. L'Hospital Militar de Barcelona (Segles XIX i XX). Col·legi Metges Barcelona: Arxiu Històric de les Ciències de la Salut, 2018.
10. AHSCSP Manicomis de Santa Creu-Institut mental. Vol. IV. Inv. 3. Dements. Govern. Carpeta 1/3/11 – 3732.
11. Fargues García I, Tey Freixa R. L'Hospital de la Santa Creu de Barcelona durant el Trienni Liberal, 1820-1823. Barcelona Quaderns d'Història 2004;10:73-84.
12. Maza E. Ley general de Beneficencia del 23 de enero-6 de febrero de 1822. En: Maza E. Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936). Barcelona: Ariel, S.A; 1999, pp. 73-94.
13. Puy i Juanico J. Pobres, desvalguts i asilats: caritat i beneficència a la Catalunya del segle XIX. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 2009.
14. Arrizabalaga J. Hospitals, història i medicina: Hospital de la Santa Creu de Barcelona. SCHCT: Actes de la VIII trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica. 2006: 203-209.
15. AHSCSP – Sala de consulta. Copia del plano que obra en el Archivo del Hospital de la Santa Cruz 1919. Original de 1804.

16. AHSCSP. Personal mèdic. Vol. V. Inv. 1. Facultatius sanitat clínica Acadèmia Medicina. Carpeta 4/4 – 21676.
17. AHSCSP. Documents curiosos. Vol. VI. Inv. 10. Carpeta 1/2 – 4869.
18. AHSCSP. Documents curiosos. Vol. VI. Inv. 10. Carpeta 1/3 – 4870.
19. Pérez Nespereira M. La privatització de la follia: l'assistència psiquiàtrica a Catalunya durant el segle XIX. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 2003.
20. Fernández Doctor A. El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII. Zaragoza: Institución Fernando el católico, 1987.
21. Ejido C, Moreno Almárcegui A. El Censo de Floridablanca, un chequeo. Pedralbes. Revista d'història moderna 1988;8:163-184.
22. AHSCSP. Dades estadístiques. Mà hàbil. Subministraments. Vol. VI. Inv. 7. Carpeta 1/A/3 – 21993.
23. AHSCSP. Llibres registre entrades i sortides de malalts. Vol. IV. Inv. 2. Llibre 3 -3349.
24. AHSCSP. Manicomi de Santa Creu-Institut mental. Vol. IV. Inv. 3. Llibres de comptabilitat. Despeses1 – 3843.
25. AHSCSP. AHSCSP Documents de l'Hospital. Vol. VI. Inv. 11. Carpeta 7/7/8 – 27735.
26. AHSCSP. Manicomi de Santa Creu-Institut mental. Vol. IV. Inv. 3. Dements. Govern. Carpeta 1/4/8 – 3759.
27. Diéguez A. Mitificació de lo siniestro: sobre la Casa de Locos de Zaragoza. Frenia 2001;1(1):129-158.
28. AHSCSP. Personal mèdic. Vol. V. Inv. 1. Facultatius sanitat clínica Acadèmia Medicina. Carpeta 5/3 – 21766.
29. AHSCSP. Manicomi de Santa Creu-Institut mental. Vol. IV. Inv. 3. Dements. Govern. Carpeta 1/3/26 – 3747.
30. AHSCSP. Llibres registre entrades i sortides de malalts. Vol. IV. Inv. 2. Llibre 5.1 – 27022.
31. Huguet-termes T, Arrizabalaga J. Hospital Care for the Insane in Barcelona, 1400–1700. Bulletin of Spanish Studies 2010;8(87):82-104.
32. AHSCSP. Reglaments. Vol. V. Inv. 6. Reglaments de l'Institut Mental de la Santa Creu 10 – 21034.
33. AHSCSP. Manicomi de Santa Creu-Institut mental. Vol. IV. Inv. 3. Dements. Govern. Carpeta 1/1/12 – 3708.
34. AHSCSP. Reial Col·legi de Cirurgia. Vol. V. Inv. 7. Carpeta 1/39 – 3645.
35. AHSCSP. Govern de l'antic Hospital. Vol. III. Inv. 1. Carpeta 3/1 – 25421.
36. AHSCSP. Personal mèdic. Vol. V. Inv. 1. Facultatius sanitat clínica Acadèmia Medicina. Carpeta 4/6 – 21740.
37. AHSCSP. Llibres de comptabilitat. Vol. IV. Inv. 1. Utensilis i comestibles 2 – 4195.
38. AHSCSP. Dades estadístiques. Mà hàbil. Subministraments. Vol. VI. Inv. 7. Carpeta 1/A/2 – 21992.
39. AHSCSP. Ocupació francesa. Vol. IV. Inv. 4. Carpeta 2/Ch/11 – 21928.

40. Cussó X. Alimentació, salut i nivells de vida a la Barcelona industrial (1820-1936). *Jornades Alimentar Barcelona. De la protecció a la regulació 1820-1830*, 2014, 8-9maig: AHCB, 2014.
41. Arnabat R. Liberalisme i proveïment alimentari a la ciutat de Barcelona, 1820-1823. En: Renom, M. Editora. *Proveir Barcelona. El municipi i l'alimentació de la ciutat, 1329-1930*. Barcelona: MUHBA, 2015; pp. 245-258.
42. López Alonso C. *Locura y sociedad en Sevilla: historia del Hospital de los Inocentes: 1436?-1840*. Diputación de Sevilla, 1988.
43. Ibarburu Antón J. *Furiosos, Inocentes y Melancólicos*. Universidad de Granada, 2019.
44. Feliu G. El pa al segle XVIII: Continuitats i canvis. En: Renom, M. Editora. *Proveir Barcelona. El municipi i l'alimentació de la ciutat, 1329-1930*. Barcelona: MUHBA. 2015. 215-226.
45. AHSCSP. Govern de l'antic Hospital. Vol. III. Inv. 1. Carpeta 5/3 – 25495.
46. AHSCSP. Govern de l'antic Hospital. Vol. III. Inv. 1. Carpeta 1/19 – 3678.
47. Tropé H. Del trabajo de hilado de las mujeres y de los trabajos realizados por algunos locos. En: Tropé H. *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVIII*. Diputació de València: *Historia Local*; 1994, pp. 271-186.
48. AHSCSP. Llibre Actes M.I.A. – 4 – 26 Març 1821.
49. AHSCSP. Malalts. Vol. VIII. Inv. 6. Carpeta 1/1 [7] – 3164.
50. AHSCSP. Llibre Actes M.I.A. – 4 – 16 Febrer 1821.
51. AHSCSP. Manicomi de Santa Creu-Institut mental. Vol. IV. Inv. 3. Dements. Govern. Carpeta 1/5/6 – 3792.
52. AHSCSP. Manicomi de Santa Creu-Institut mental. Vol. IV. Inv. 3. Dements. Govern. Carpeta 1/5/19 – 3805.
53. AHSCSP. Manicomi de Santa Creu-Institut mental. Vol. IV. Inv. 3. Dements. Govern. Carpeta 1/6/9 – 3815.
54. AHSCSP. Manicomi de Santa Creu-Institut mental. Vol. IV. Inv. 3. Dements. Govern. Carpeta 1/6/10 – 3816.
55. Giménez López, E. La Academia Médico-Práctica de Barcelona y los problemas de salubridad de una gran urbe (1770-1819). *Revista De Historia Moderna* 2011;29:61-101.
56. AHSCSP. Ocupació francesa. Vol. IV. Inv. 4. Carpeta 1/83 – 4810.
57. Venteo D. *El cementiri de Poblenou: memòria de la Barcelona Contemporània*. Barcelona Metròpolis 2005;65:8-19.
58. AHSCSP – Llibre Actes M.I.A. – 6 .2. –1793-96.

DE JEAN-ÉTIENNE ESQUIROL A EMILIO PI Y MOLIST. ECONOMÍA POLÍTICA Y CAMBIO CULTURAL EN TORNO A LA CONSTRUCCIÓN DEL MANICOMIO MODELO EN CATALUÑA (1818-1915)¹

Josep M. Comelles*, Josep Barceló-Prats**

INTRODUCCIÓN

Je ne saurais prévoir si les résultats des recherches et des réflexions consignées dans ce mémoire atteindront le but que je me suis proposé ; peut-être n'aurais-je écrit que pour moi. Si je ne puis être utile en espérant l'être, si je n'ai fait qu'un beau rêve, ce rêve du moins m'a laissé l'espérance. Jean-Étienne Esquirol (1).

A partir de su fundación, en 1401, el Hospital de la Santa Cruz (HSC) de Barcelona ha acogido ininterrumpidamente *orats* y *orades*². Desde el siglo XV hasta finales del XIX, estas personas se ubicaron en dos pequeñas salas —una

* Profesor emérito de Antropología Social. Medical Anthropology. Research Center, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. josepmaria.comelles@urv.cat

** Profesor lector Serra Hünter, Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. josep.barcelo@urv.cat

¹ Este texto es una ampliación de los contenidos reflejados en el documental *La construcción del manicomio modelo de Barcelona: de Briere de Boismont a Pi y Molist (1835-1860)* que se presentó en las XII Jornadas de la Sección de Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría «Arte, Clínica e Historia» celebradas en Valencia entre el 26 y el 28 de mayo de 2022. <https://vimeo.com/706914482>. Posteriormente, este vídeo se amplió para ser visionado en la *XVII Trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica* que se celebró en Palma de Mallorca del 17 al 19 de noviembre de 2022. Nuestro agradecimiento al *Arsxiu Històric de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* (AHSCP) de Barcelona por la cesión de dos de las imágenes contenidas en este texto. También queremos agradecer a Eduardo Bueno, Ricardo Campos, Alicia Fernández, Sara García, Rafael Huertas, Enric Novella, Enrique Perdiguero-Gil, José Luis Peset, Jordi Roca, Iván Sánchez-Moreno, Miquel Terreu y Olga Villasante la ayuda prestada durante la realización del estudio que precedió a la elaboración de este documento.

² Los términos *orat* y *orada* aparecen ya en las primeras *Ordinacions* del HSC de 1417. Durante la Edad Media y Moderna sirvieron para denominar a las dos salas que acogían a este tipo de enfermos/as. Junto con *ignoscent* (fatuo) y *folll* (loco) corresponden a la terminología propia del catalán de su tiempo (105). Se trata de etiquetas administrativas basadas en criterios de clasificación culturales y que, desde una perspectiva naturalista y con unos límites muy porosos, distinguían la discapacidad psíquica de los *ignoscents*, las conductas estrafalarias de los *follls* y los delirios y el lenguaje subversivo de los *orats*. A partir de finales del XVIII se castellanzaron como

de hombres y otra de mujeres— del antiguo HSC sito en el barrio de *El Raval* (figura 1), hasta la construcción, entre 1885 y 1915, del Manicomio de la Santa Cruz (MSC) en el actual distrito de *Non Barris*. Entre 1889 y 1892 las mujeres dementes fueron trasladadas al ala de poniente de esta nueva institución, mientras que el traslado de los hombres al ala de levante no se pudo efectuar hasta 1906 (2). A la clausura del MSC, en 1986, los internos se trasladaron a otras instituciones (2) y se abrió un Servicio de Psiquiatría en el *Hospital de Sant Pau* (HSP), en el distrito de *Horta-Guinardó*, donde hoy día sigue su atención clínica (3).

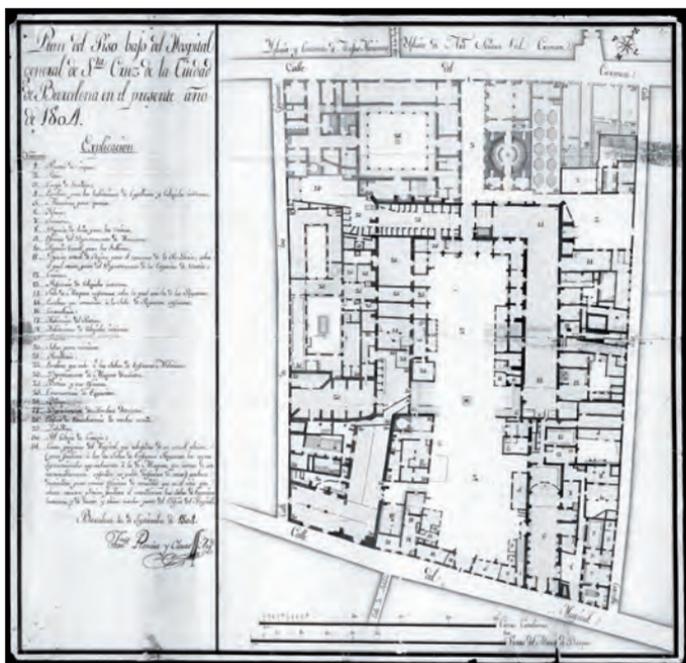


Figura 1. AHSCP: «Planta baixa del Hospital General de Sta. Creu de la Ciutat de Barcelona, en lo present any 1804»; fecha: 1804; signatura: III,6_6. En el plano, la sala de orades se corresponde con los números del 126 al 135; mientras que la de orats comprende del 95 al 102.

El objetivo de este texto es reconstruir y contextualizar los debates, iniciados en torno a 1835, que precedieron e influyeron en la construcción

«dementes hombres» y «dementes mujeres», aunque Emili Pi y Molist vindicó su traducción por la de «orates».

del MSC de Barcelona. Dicha construcción, que debe considerarse como el único y el más puro ejemplo de «arquitectura moral» en la Península Ibérica, se hizo respetando escrupulosamente el proyecto original redactado por el alienista Emilio Pi y Molist (1824-1892) y publicado en 1860 con el título de *Proyecto médico razonado para la construcción del Manicomio de la Santa Cruz* (4) —en adelante *Proyecto médico*—³. Se puede abordar ahora esta temática con mayor amplitud que en estudios anteriores que estuvieron lastrados por la dificultad de acceso a algunas fuentes (5, 6). La cronología de este estudio abarca desde 1818, año en que se publicó la *Mémoire des Établissements des aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés* (1) de Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), hasta la finalización de la construcción del MSC en 1915.

Así, para profundizar en el objeto de estudio mencionado, en primer lugar, se reconstruyen las influencias internacionales del *Proyecto médico*, desde la citada *Mémoire* de Esquirol (1), pasando por la *Mémoire pour l'établissement d'un hospice d'aliénés* de Brierre de Boismont (7) de 1834 y su traducción española realizada por Pedro Felipe Monlau (8). Seguidamente, también se analizan las propuestas que, en 1846, presentaron los ya mencionados Monlau (9) y Pi y Molist (10) al premio que la *Sociedad Económica Barcelonesa de Amigos del País* (SEBAP) convocó para estudiar *el modo más asequible de erigir un asilo, hospital o casa de locos* en Barcelona. En segundo lugar, se contextualizan estas propuestas teóricas desde la perspectiva de la economía-política de la gestión de la locura (2, 11), en un periodo complejo —por no decir poco conocido cuando no mal interpretado— de la historia de Catalunya que va desde las *bullangues* de 1835 hasta el Bienio progresista de 1854-56 (12). Mal interpretado porque pone de relieve las debilidades de la transición hacia el liberalismo en España, así como la emergencia del hecho diferencial de Cataluña —desde el punto de vista político, económico y social, no tanto aún cultural— (13). Durante dicho periodo, en el que por ejemplo emergió con fuerza el movimiento obrero y se fundaron las primeras sociedades de socorros mutuos (14), se describe el papel que como intelectuales orgánicos desempeñaron —tanto por su condición de activistas como de técnicos— algunos médicos, como Pedro Felipe Monlau y Roca (1808-1871), en los debates sobre el traslado de las salas de dementes del HSC a diferentes lugares extramuros. Finalmente, se examinan las posiciones que, sobre el proyecto de nuevo manicomio, adoptaron actores inscritos en las redes de poder ciudadano con influencia social, cultural y política (13, 15, 16), tales como el Ayuntamiento de Barcelona o la ya mencionada SEBAP.

³ El *Proyecto médico* puede consultarse en el AHSCP: número 3847, topográfico Manicomi de Santa Creu-Institut Mental. Vol. IV. Inv. 3. Memòries i projectes, llibre 2/1. Se puede consultar una versión digital en <https://books.google.es/books?id=coMW-dSdUHTC&hl=ca&pg=PR3#v=onepage&q&f=false>. Véase un recorrido a partir de las fuentes visuales de la institución en el documental *Stultifera Navis. (Cinemato)grafía de un manicomio* dirigido, en 2015, por Josep M. Comelles <https://vimeo.com/171603988>.

Las principales fuentes administrativas pueden consultarse en el AHSCP, en la Biblioteca de Catalunya (BC), en el *Arxiu Històric de la Ciutat de Barcelona* (AHCB), en el *Arxiu Històric de la Diputació de Barcelona* (AHDB) y en el *Arxiu Nacional de Catalunya* (ANC). Entre las aportaciones al tema de estudio deben verse críticamente las escritas por Emilio Pi y Molist (4, 10, 17, 18) y sus exégetas (19, 20). La obra de este alienista ha sido abordada a partir de sus trabajos literarios o clínicos, mucho menos por su *Proyecto médico* (20-23). Este último lo fue ampliamente tratado, desde una perspectiva interpretativa, por Josep M. Comelles entre 1978 y 1988 (24-27), y en aportaciones más recientes (2, 29, 30). Por otro lado, aunque la influencia de Briere de Boismont en España ha sido estudiada (30), falta todavía profundizar en la traducción que de su memoria (7) hizo Monlau (8), así como realizar un estudio comparativo con las ya citadas dos propuestas de construcción de un manicomio en Barcelona que Monlau⁴ (9) y Pi y Molist (10) respectivamente, presentaron para optar al premio de la SEBAP. Más recientemente, Enric Novella (31) ha estudiado los viajes de Pi y Molist y, entre otros, Iván Sánchez *et al.* (32) han examinado sus influencias internacionales. Sin embargo, quedan todavía por trabajar las *Actas* e informes municipales, así como los fondos del *Arxiu Capitular de la Catedral de Barcelona* relacionados con el objeto de estudio. Desde el punto de vista de la historiografía general del periodo, sigue siendo indispensable la síntesis que hizo Josep Fontana (13), la cual ha orientado toda la historiografía posterior.

LA EVOLUCIÓN DE LA ACOGIDA DE *ORATS* Y *ORADES* EN LA SANTA CREU (1401-1818)

Las primeras *Ordinacions* del HSC de 1417 ya incluían los *orats* entre la diversidad de personas que el hospital podía acoger (2, 34). Su presencia durante los siglos medievales y modernos está ampliamente documentada (35). Las dos salas del HSC de Barcelona, junto a sus equivalentes en el *Hospital General* de Valencia (36, 37) y en el *Hospital de Nuestra Señora de Gracia* de Zaragoza (37), fueron las únicas específicamente destinadas a *orats* o «docos» en los territorios de la Corona de Aragón hasta el siglo XIX —no quiere esto decir que otras instituciones hospitalarias de carácter más local les acogiesen, ocasionalmente, en sus salas generales—.

A partir de finales del siglo XVIII, la nomenclatura utilizada para referirse a las salas de *orats* y *orades* se tradujo por «dementes hombres» y «dementes

⁴ ANC. Fons SEBAP. Monlau, P. F. (1846). *Plan para la erección de un hospital de locos extramuros de Barcelona. Memoria para optar al premio ofrecido por la Sociedad económica de Barcelona en su programa del 25 de junio de 1846.*

mujeres». Así, el concepto «demente» —que aparece en adelante en los *Libros de Actas* de la Muy Ilustre Administración (MIA) del HSC hasta la segunda mitad del siglo XX— no debe entenderse como un término médico, sino como un cultismo para identificar las salas a las que se conducía a quienes cometían «excesos» o conductas consideradas fuera del «justo medio» —y que no necesariamente tenían conductas violentas— (38, 39). Esto es, «demente» debe entenderse como una etiqueta administrativa sinónimo de «internado» o «acogido» que debe contextualizarse dentro de una cultura *folk* (40) muy rica en relación con este tipo de nomenclatura: *boig, guillat, tocat de l'ala, que li falta un bull*, loco, orate, perturbado, chiflado, chalado, lunático, ido, majareta. Por citar un último ejemplo, el *Censo* de Floridablanca de 1787 (41) utilizó «doco» para contabilizar a los internados en las mencionadas salas. Además, hay que recordar que estos conceptos *folk* eran y siguen siendo dinámicos, puesto que su significado evoluciona con el tiempo y así se termina reflejando en escritos de distinto género y en la opinión pública (15).

Hasta el siglo XIX, si el considerado «doco» o «*boig*» no cometía «excesos» no era un candidato para acabar internado en las salas de orates (43, 44). Por el contrario, si se consideraba como «exceso» su conducta, ello no significaba que podía ser preso, sino conducido a una institución —como la Santa Creu—, cuyo significado principal era, en teoría, la «curación» (38). Pero lo cierto es que el rol de los médicos en estas instituciones asistenciales era subalterno al de sus administradores, aunque los nuevos reglamentos de los hospitales (45), a partir de la *Ley de Beneficencia* de 1822, empezaron a reclamar certificaciones de ingreso. En este sentido, en la primera mitad del siglo XIX, todavía no puede hablarse de «medicalización» de esas salas —esto es, de una organización presidida por criterios clínico-técnicos como sí se podía estar produciendo en las salas generales de algunos hospitales— (6). En España, los primeros ejemplos de esta medicalización deben buscarse cuando, en 1843, Pedro Felipe Monlau fue nombrado fugazmente director de las salas de orates del HSC de Barcelona (46); cuando, en 1844, el médico Francisco Campderà inauguró la *Torre Lunática* de Lloret de Mar (26); y también cuando, en 1851, se fundó el manicomio de Leganés (47, 48). Sin embargo, fue a partir de 1854 cuando esta medicalización ya fue evidente. En el citado año, Emilio Pi y Molist fue nombrado director de las salas de orates en el HSC y una de sus primeras decisiones fue la elaboración de la primera *Estadística del Manicomio de la Santa Cruz* (17) —publicada en 1856— que, por primera vez en España, incorporó criterios científicos de clasificación social y clínica de los internados.

Hasta ese momento, pues, solo podemos hablar de una acogida o tutela de *orats* y *orades* limitada a casos muy concretos, cuyo rastro documental podemos seguir en el AHSCP, ya sea en los *Llibres d'Admissions*, en los *Llibres dels Orats*⁵ del

⁵ Los únicos tres *Llibres de Orats* que han llegado a nuestros días se conservan en la Biblioteca de Catalunya (BC) (106). Cada uno de estos libros incluye entre una y cinco décadas

siglo XVII (35, 44) o en la correspondencia preservada en las carpetas *Dementes Gobierno* de los siglos XVIII y primera mitad del XIX (40, 41, 49–51)⁶. En estas últimas carpetas se pueden encontrar oficios de la administración local, judicial o militar y las respuestas de la MIA ajustadas a los criterios de las *Ordinacions* de 1756⁷. El conjunto de estas respuestas se enmarca en el garantismo jurídico previsto en las *Constitucions catalanes* (52), cuyas compilaciones –acordadas en las cortes de Monzón de 1585 y en 1702– influyeron profundamente en la cultura jurídica y política del Principado mucho más acá de la promulgación del Decreto de Nueva Planta de 1716. Esta cultura consuetudinaria reforzó el significado del dispositivo asistencial y su papel en la construcción de consensos sociales y políticos en la Cataluña de los siglos XIX y XX (53). Asimismo, también permite comprender las motivaciones que servían para justificar la demanda de ingreso en las salas de *orats* y *orades* y que solo se corresponden con aquellos «excesos» que no encontraban solución en el ámbito local, vecinal o doméstico (54).

La escasa demanda de internamiento hasta mediados del siglo XIX tenía que ver, por un lado, con que únicamente se conducían a las salas del HSC a *orats* y *orades* con situaciones personales derivadas de una precaria condición social y económica (44, 55) o con conductas muy incompatibles con la vida cotidiana de sus comunidades (38). Por otra parte, también hay que tener en cuenta los restringidos criterios de admisión que imponían los administradores de los hospitales, así como el limitado número de camas para la acogida de estos enfermos en las salas de *orats*. Por ejemplo, entre 1593 y 1702 no se superaron las 2.000 admisiones en las salas de orates del HSC de Barcelona (tabla 1), dando una media de unos 17 internamientos por mes:

TABLA 1
Elaboración propia a partir de los registros de admisiones de los tres Llibres d'Orats (1593-1702) del HSC que se conservan en la Biblioteca de Cataluña.

Libro	Orats	Orades	Total	Casos ilegibles
Libro BC AH 195 (1593-1620)	64	38	102	31
Libro BC AH 196 (1621-1646)	250	226	476	0
Libro BC AH 197 (1649-1702)	642	632	1.274	2
Total	956	896	1.852	33

de registros. Las referencias documentales de estos tres libros son, respectivamente: BC AH 195 (1593-1620); BC AH 196 (1621-1646); BC AH 197 (1649-1702).

⁶ Esta correspondencia incluye descripciones de gran valor etnográfico sobre los procesos asistenciales de las personas remitidas a las salas de orates y de cuanto sucedía con ellos. También documentan el papel subsidiario de los médicos frente a los administradores visible en las motivaciones de los solicitantes o en las respuestas de la MIA.

⁷ AHSCP: núm. 9837, «Constitucions que deuen observar-se en la iglésia y Hospital general de la Santa Creu de Barcelona [...]», Topográfico: *Reglaments*, vol. V, inv. 6, Reglaments generals 5 [armari 14]. Any: 1756.

Teniendo en cuenta que, a mediados del siglo XVII, la población del Principado rondaba los 350.000 habitantes y que la de Barcelona no superaba los 40.000, que en las salas del HSC de Barcelona solo hubiese entre una y dos docenas de *orats* y *orades* acogidos simultáneamente indica que el internamiento era un hecho excepcional o limitado a las situaciones acabadas de describir (33).

Desde la segunda mitad del siglo XVII se documenta un aumento del número de acogidos que, entre otros factores, puede relacionarse con el crecimiento de la población del Principado. Un siglo más tarde en el *Censo* de 1787 (56), con 745.714 habitantes en Cataluña y 92.835 barceloneses, en la sala de *orats* había internos 66 hombres y en la sala de *oradas* 50 mujeres. A partir de entonces, la demanda de internamiento no hizo sino aumentar, llegando a un punto álgido a mitad del siglo XIX. En diciembre de 1856 (17) ya eran 138 los hombres internados y 100 las mujeres. Catalunya tenía por entonces 1.652.291 habitantes⁸ y Barcelona casi doscientos mil⁹. Por citar un último ejemplo, en 1887, dos años más tarde de la colocación de la primera piedra del MSC- (16), sobre casi dos millones de habitantes en Cataluña y poco más de doscientos cincuenta mil en Barcelona, había en las salas de dementes del HSC 313 internos (57,16).

Sin embargo, el crecimiento demográfico no puede ser la única justificación de este significativo incremento en la demanda de acogida, puesto que ésta también dependía de la adaptación del «loco» a las comunidades y del nivel de tolerancia de éstas respecto a determinadas conductas o «excesos». Los alienistas de principios del XIX asumieron que el proceso de industrialización y crecimiento urbano, interpretados bajo una perspectiva neohipocrática, favorecían la alienación e incrementaban la demanda de internamiento. Pero desde finales del XVIII, autores como Johann Cristian Riel (1759-1813) o Johann Peter Frank (1745-1821) también estaban llamando la atención, como Philippe Pinel (1745-1826) o el ya citado Esquirol (1), sobre las deficientes condiciones y las malas prácticas en la acogida de locos en Europa, aunque Pinel reconociese la buena atención en Zaragoza —que debe matizarse como un mito fundacional *ex post facto*— (58).

La documentación conservada en el AHSCP, desde finales del XVIII, tampoco permite llegar a grandes conclusiones, puesto que se limita a recoger la casuística con implicaciones jurídicas o administrativas. Ciertamente, hubo violencia, como en el caso de Jayme Masó (38), y no cabe duda de que la argolla se utilizó con los furiosos. Pero no es menos cierto señalar que los acogidos adaptados a la vida institucional que hacían faenas diversas reciben mucha menos atención. No obstante, es plausible pensar que el aumento de internados registrado desde la segunda mitad del XVIII terminó incidiendo

⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE), censo de 1857.

⁹ INE, padrón de 1860.

en el deterioro de la asistencia por el hacinamiento en las salas de dementes. Mucha de la literatura de la época, entre ellas la obra de Esquirol (1), aporta descripciones de valor etnográfico sobre las condiciones de vida en estas salas, así como las estrategias utilizadas para sensibilizar la conciencia de los lectores civiles y políticos e influir en la opinión pública.

Hasta entonces, la clasificación de la locura se había construido a partir de criterios culturales, comportamentales y jurídicos expresados por la trilogía catalana *ignoscents* (fatuos), *folles* (locos) y *orats* (delirantes) que, si no cometían «excesos», podían permanecer en la comunidad como miembros de ésta. El problema solía ser su vulnerabilidad o la soledad en aquellos que carecían de soporte social y comunitario. También sentimientos de vergüenza que condujeron a que las clases altas empezasen a buscar y a financiar la atención mercenaria en instituciones privadas. Asimismo, en las clases populares urbanas el soporte social se fue haciendo más complicado por el progresivo hacinamiento de las viviendas fruto de las consecuencias de la industrialización. No se trataba de una «evolución natural», sino la consecuencia de una transición económica que desembocó en profundas transformaciones sociales —que ya se documentan en la Cataluña de la segunda mitad del XVIII— (59) y culturales. Ello también incidió en una evolución muy acusada del proceso de medicalización (60) que fue de la mano con la especialización técnica de los hospitales (61). Por eso, a finales del XVIII ya se documentan formas organizadas de mutualismo (60, 62) que favorecieron la tendencia hacia el pago por estancia frente a la atención caritativa (5, 6) y que explican, siguiendo la estela de las instituciones especializadas británicas (63), la precoz privatización de la asistencia a los locos en Cataluña (26).

También hay que recordar que la condición de los dementes, como personas no imputables judicialmente, exigió establecer criterios de discriminación entre la razón y la sinrazón. Se observa, pues, una transición hacia la demanda de peritajes médicos, puesto que el garantismo jurídico propio del constitucionalismo exigía un rigor probatorio reforzado que ya había sido experimentado antes (64), pero que no se regularía en España hasta el Real Decreto de 1885 (65).

En 1889 ya había en toda Cataluña 1.107 dementes internados, 958 de los cuales ubicados en dos manicomios de la provincia de Barcelona —313 en el HSC y 645 en Sant Boi— (57), decuplicando los censados en 1787. Concretamente, en el HSC se había triplicado la población internada en las mismas salas respecto los registrados en 1804 (figura 1). Si a finales del siglo XVIII los dementes ya eran descritos como un problema ciudadano (40, 43), la descripción casi un siglo después que hiciera el alienista norteamericano E. Constanco Seguin (1843-1898), en 1883—, de esas mismas salas de dementes fue demoledora (66). El hacinamiento venía de lejos, pero la solución no se antojaba nada fácil. El HSC ya no estaba rodeado de huertos y campos de labor como antes del siglo XVIII, sino que el barrio de El Raval se había urbanizado completamente por la necesidad de vivienda de una población que se cuadruplicó entre 1714 y 1850.

Así, la complejidad de la distribución interna del espacio de acogida del hospital se agudizó por la imposibilidad de ampliar sus límites más allá de la manzana que ocupaba. Además, en una ciudad rodeada de murallas y con mucha experiencia fruto de las epidemias y de los sitios, sacar el hospital extramuros no era viable a corto plazo. La *Guerra Gran* (1793-1795), la desamortización de Godoy de 1798, la *Guerra del Francès* (1808-1814) y la reacción absolutista de 1814 también afectaron, en mayor o menor medida, la vida cotidiana y la economía del HSC (5). Invisibilizaron la problemática de la locura a pesar de algunas advertencias sobre la degradación de su fábrica y las dificultades para ampliarla. Si bien el HSC estaba situado en un entorno urbano adecuado para atender la patología somática, no se podía decir lo mismo para atender a unos dementes que la cultura *folke* etiquetaba como un estado de dudosa recuperación.

DE COMO LA LOCURA SE CONVIERTE EN UN PROBLEMA CIUDADANO (1818-1835)

El primer intento de la España constitucional por atender a la locura fue el *Reglamento general de beneficencia pública* decretado por las Cortes Extraordinarias en 27 de diciembre de 1821 y sancionado el 6 de febrero de 1822. La parte de atención a los dementes de esta norma fue redactada bajo la influencia de Ignacio M. Ruiz de Luzuriaga (1763-1822) –un médico que había estudiado en París, discípulo de figuras notables de la Química y la Medicina europeas del momento, como el ya mencionado Esquirol–.

Por eso, no es de extrañar que el *Reglamento* de 1822 se inspirara en la *Mémoire* de Esquirol (1), cuya publicación en 1818 iba destinada al Ministerio del Interior de Luis XVIII. Se trata de un breve opúsculo de 43 páginas que se inicia con una descripción etnográfica que denuncia las condiciones asistenciales de los *hospices* y de los *dépôts* franceses. Continúa con una justificación de la necesidad urgente de proponer un tipo de acogida más adecuada a la población internada y de promover reformas profundas en un dispositivo de acogida que Esquirol presenta como un tema de Estado¹⁰. Finalmente, se describen los criterios de construcción y organización de los nuevos *hôpitaux spéciaux* para la alienación mental que deberían construirse, por parte del Estado, con «carácter monumental» en cada departamento(1)¹¹. Con la redacción de la *Mémoire*, Esquirol quiso influir en la toma de conciencia tanto de la clase política francesa como de la opinión pública.

¹⁰ Fue el punto de partida de la política francesa al respecto (101, 102).

¹¹ Esquirol, en este punto, introduce el significado simbólico del manicomio como un ejemplo de modernidad. Esa misma idea sería recogida en la Norteamérica jacksoniana (103) y también en Inglaterra (104).

La parte descriptiva de la *Mémoire* de Esquirol fue retomada y ampliada por Alexandre Brierre de Boismont en su *Mémoire pour l'établissement d'un hospice d'aliénés* de 83 páginas —el doble que la de Esquirol—, cuyos resultados presentó en 1834, respondiendo a las bases del premio de la *Société des Sciences Médicales et naturelles* de Bruselas sobre «*l'exposition, l'emplacement, la distribution, la direction matérielle, hygiénique et médicale, les plus convenables pour l'établissement d'un asile d'aliénés*» (7). El certamen se debe contextualizar entre la promulgación de la *Poor Act* británica de 1834 y la de la *Loi des Aliénés* francesa de 1838. Se trata de un manual práctico basado en un trabajo de campo y escrito a partir de su experiencia de primera mano en hospitales franceses e italianos. Por esa razón tiene una perspectiva comparativa. Brierre concibe el *hospice* como un hospital terapéutico fuera de las ciudades —como ya figuraba en el artículo 120 del *Reglamento* de 1822—, puesto que «*si vous mettez les malades dans les villes ou aux portes des villes, il n'aura point le repos qui lui est nécessaire*» (7). También propone directrices para decidir el emplazamiento, la orientación, la estructura y las características ambientales del establecimiento. Recomienda zonas rurales de secano por influencia neohipocrática (7) y discute la necesidad de que sea un edificio de planta baja y piso siguiendo a Esquirol (7).

Frente al panoptismo, Brierre apuesta por un modelo ortogonal, «*qui permettrait de saisir en peu d'instant tout l'ensemble des divisions*» (7), que deja entre los pabellones espacios libres ajardinados. El edificio propuesto por Brierre estaba basado en una parte central destinada a la administración, a los servicios y a los alojamientos del personal. De este núcleo central partiría un corredor que permitiría vincular los nueve pabellones —cuatro por ala más el ala de furiosos al final— y todo ello distribuido en pabellones de hombres y de mujeres (7) rodeados de «*une galerie semblable à celles des anciennes cours claustrales*». El centro del edificio principal lo ocuparía una *cour sablée* con árboles y planos con césped (7). La última parte de la *Mémoire* describe la organización de la institución y la estructura del personal, así como la distribución de sus carteras de trabajo (7).

Volviendo a España, hay que poner de relieve que el *Reglamento* de 1822 fue la primera normativa en Europa en abordar la tutela de la locura por parte del estado (67, 68). Sin embargo, su aplicación fue suspendida solo un año más tarde y no fue restablecida hasta el Real Decreto de 8 de septiembre de 1836, ya en un contexto político en que no pudo disponer de demasiado recorrido. A grandes rasgos, el *Reglamento* de 1822 establecía la creación de seis manicomios generales de competencia estatal, uno de ellos en Cataluña, que nunca se llegarían a construir. Ello fue un obstáculo que no ayudó al necesario desarrollo de un dispositivo asistencial de por sí ya muy endeble y, claro está, retrasó hasta la segunda mitad del siglo XIX la medicalización de la atención a los dementes. Por eso, en 1834, uno de los administradores del HSC dijo que:

En beneficio de la Humanidad sería preciso procurar un local proporcionado para colocar a los locos que vienen en clase de observación y que no son verdaderamente locos. En fin, que no tuviesen de estar con los furiosos y exaltados. Resuelve [la MIA] se hagan las diligencias para proporcionar un local a fin de aliviar en lo posible a aquellos infelices, y que se prevenga al encargado del Departamento que no abusen de castigarlos con el látigo y que solo se valgan de este medio para la defensa en casos muy apurados¹².

Sus argumentos son idénticos a los de Esquirol (1). En Barcelona, por ejemplo, los ventanales de la sala de mujeres daban a la calle de las Egipcíacas. De esta sala emanaban malos olores que provocaban quejas ciudadanas y eran frecuentes los episodios donde las internas increpaban a los viandantes. El escrito enlaza con la intervención, en 1833, que el ministro de Fomento general del Reino hizo en una reunión con «agentes superiores» de las provincias y que recogió Monlau:

Contados son los hospitales en que se alberga a los dementes; y la humanidad se estremece al considerar el modo con que, por lo general, se desempeña esta alta obligación. Jaulas inmundas y tratamientos crueles aumentan por lo común la perturbación mental de hombres que, con un poco de esmero, podrían ser devueltos al goce de su razón y al seno de sus familias (69).

Este tipo de posicionamientos documentan, tras la Década Ominosa, un cambio de actitud en relación con la atención a los dementes. En julio de 1840, casi dos décadas después de la promulgación del *Reglamento* de 1822, Monlau aún recordaba la bondad de algunos de sus principios:

Por el artículo 107 de ese reglamento se previene que el hospital de locos siempre estará separado de los otros hospitales. Los demás artículos relativos a la hospitalidad de los locos son los siguientes: Art. 119.- Habrá casas públicas destinadas á recoger y curar los locos de toda especie, los cuales podrán ser comunes á dos o más provincias; según su población, distancias y recursos, y aun según el número ordinario de locos en ellas —todo á juicio del Gobierno—. Art. 120.- Estas casas no deberán estar precisamente en la capital, y el Gobierno podrá establecerlas en otros puntos de la provincia que ofrezcan más ventajas y comodidades para la curación de los locos. Art.121.- En estas casas, las mujeres tendrán un departamento distinto del de los hombres y las estancias de los locos serán separadas en cuanto fuere posible, según el diferente carácter y período de la enfermedad. Art.122.- El encierro continuo, la aspereza en el trato, los golpes, grillos y cadenas jamás se usarán en estas casas. Art.123.- Se ocupará a los locos en los trabajos de manos os proporcionados a cada uno, según la posibilidad de la casa y el dictamen del médico.

¹² AHSCP: núm. 3180, «Estado de las reformas y demás disposiciones que se consideran de urgente necesidad en el Hospital general de la Santa Cruz de la presente ciudad», *Malalts*, Vol. III, Inv. 6, carpeta 2A/1. Año 1834.

Art.124.- Habrá un director a cuyo cargo estará la parte económica de la casa, como también la gubernativa, en todo lo que no tuviere relación directa con la curación de los locos. Art.125.- Podrán los particulares establecer de su cuenta casas de locos, pero estas deberán estar también bajo la inspección de las Juntas de beneficencia. Art.126.- La admisión, colocación y alimento de los locos, la forma del edificio y estancias particulares, la cantidad que deben pagar los que puedan costear su curación, las atribuciones de los facultativos, las circunstancias de los sirvientes, el orden y el tiempo de las visitas, todo será objeto de un reglamento especial (70).

Es evidente la influencia de Esquirol y de Brierré en el diálogo de Monlau con el *Reglamento* de 1822. Todos ellos trataron de reglamentar buenas prácticas en las nuevas instituciones que se proyectasen para atender a los dementes. Si bien es cierto que muchas de éstas ya estaban presentes en el *Reglamento* del HSC de 1757, hay que poner de relieve que el *Reglamento* de 1822 fue el primero que, a escala estatal, tuvo el propósito de regular todas las prácticas con una perspectiva centralizadora (71).

TIEMPO DE REFORMAS (1835-1840)

El decenio que va desde la muerte de Fernando VII, en 1833, hasta la caída de Espartero, en 1843, fue muy convulso y de difícil interpretación (13). En Cataluña, se vivió un proceso revolucionario de lucha por la hegemonía entre distintas facciones del liberalismo (72) que coincidió con la primera Guerra Carlista. También se puede documentar la emergencia del papel político de la ciudadanía, en forma de movimientos obreros o de fundación de sociedades de socorros mutuos (73), así como la ebullición de ciertos sectores intelectuales —entre los que destacaron algunos médicos— (74)¹³.

Josep Fontana (1931-2018) difiere de las interpretaciones convencionales de la historiografía general sobre el liberalismo en España (13). Considera que, al menos en el caso de Cataluña, no puede analizarse sino desde una perspectiva local que no tenía parangón con otras regiones del Estado por el mayor desarrollo del capitalismo —un tema que Pierre Vilar (1906-2003) ya desarrolló para la sociedad catalana del siglo XVIII— (73, 74). Fontana analiza —a partir de muy diversas fuentes literarias, hemerográficas y, en menor medida, archivísticas— la complejidad y las contradicciones tanto de la clase

¹³ En general, los análisis realizados desde la historia de la medicina sobre el activismo político de los médicos, así como de sus biografías muy centradas en su producción científica y profesional (31, 32), no han sido correctamente articulados con la historiografía general del periodo. Del mismo modo, tanto la historiografía general como el propio Fontana reconocen el activismo de algunos de estos médicos, pero no profundizan en su papel orgánico derivado de un discurso profesional y especializado, limitándose a biografías sin referencias precisas de sus redes de relaciones profesionales y políticas.

dirigente como de los sectores emergentes de las clases populares, así como de la nueva clase obrera. Sus fuentes le llevan a poner de relieve una serie de procesos de cambio que se impulsan desde las bases ciudadanas y que desafiaban los discursos ilustrados verticalistas inherentes a la política española de su tiempo. Leída por el Estado como una situación «local», la singularidad catalana jamás ha sido comprendida del todo por las clases políticas del Estado, siendo la represión militar la respuesta última a esas crisis sociales y culturales (13).

El papel reformador de la medicina no ha tenido demasiado eco en la historiografía general española, a pesar de la evidente voluntad «orgánica» de algunos médicos catalanes. Para esa historiografía, la reforma de la atención a los dementes es una casuística marginal y obviada. Sin embargo, según Marcel Gauchet y Galdys Swain (64) se trató de un debate central en la construcción del constitucionalismo liberal, mucho más allá del número limitado de dementes acogidos en los distintos países. Por eso, el debate ciudadano en torno a esta cuestión en Barcelona tuvo mucha más relevancia del que la historiografía le ha otorgado y acabaría dando a algunos médicos un papel no tanto como protagonistas de una demanda genérica de humanización de la acogida de dementes, sino como mediadores intelectuales para reformar las instituciones para dementes. Ello les condujo a convertirse en actores principales de la medicalización de la locura y a partir de ese proceso convertirse en agentes sustanciales en las reformas políticas¹⁴.

Según Fontana (13) el proceso político que caracterizó esta década de 1833 a 1843 tuvo en Cataluña dos inconvenientes: 1) un desfase cronológico no muy grande pero sí significativo con respecto de la evolución social, económica y política de los países centrales de Europa y 2) el desfase entre la evolución de la sociedad catalana y la del aparato político de la monarquía que condujo a un Estado débil, sin un proyecto nacional, cuya herramienta fundamental de centralización fue la de base militar (13). Una interpretación posible de este último desfase tiene que ver con una acelerada evolución social, cuyas raíces se hallan en la segunda mitad del siglo XVIII no solo por la precoz inserción de Cataluña a la economía capitalista, sino también por significativas reformas –aunque sectoriales– en el mercado médico y en la acción social y sanitaria del dispositivo hospitalario. Ciertamente, Fontana no hace referencia a estos últimos ámbitos, como si lo hicieron las investigaciones influidas por la obra de Foucault –no solo la suya– que abrieron nuevas perspectivas para interpretar la evolución de las diversas instituciones asistenciales, así como el estudio de la práctica médica, la protohistoria del mutualismo y las influencias internacionales en estos profesionales de la salud.

¹⁴ Este sería el caso un siglo más tarde del papel del ramo de dementes en la acción política de la Mancomunitat de Catalunya (1915-1925) (104)

Esta acelerada evolución repercutió en la cultura *folk* catalana y en el significado de la locura en su ciudadanía. Solemos denominarlo «proceso de medicalización» y, a partir de la Ilustración, el Estado se convierte en un nuevo e importante actor en el desarrollo del mencionado proceso, cuando en la fase anterior —esto es, en los siglos medievales y modernos— la medicalización se producía únicamente a escala local. Sin embargo, los referentes de la acción del Estado en este ámbito (77) no encuentran su equivalente en España, puesto que la crisis del Antiguo Régimen, a partir de 1814, dio lugar a un estado débil e incapaz de movilizar un proyecto nacional debido a los intereses de sectores discretos que no necesariamente se correspondían con una sociedad capitalista liberal moderna (13).

Así, mientras la *Mémoire* de Esquirol en 1818 (1) es el antecedente de la *Poor Act* británica de 1834 y de la *Loi des Aliénés* francesa de 1838 —cuya aplicación supuso la medicalización de la asistencia a los dementes y el abandono del modelo de acogida—, en España, entre otros motivos porque este tipo de cuestiones no fueron consideradas una prioridad por los grupos que controlaban el Estado, esta evolución no fue posible durante la primera mitad del siglo XIX a pesar del *Reglamento* de 1822. Desde el punto de vista ideológico, en España, la gestión de la locura no podía tener cabida en un constitucionalismo autoritario que además atribuía escaso valor a la ciencia y a la técnica —el «que inventen ellos!» de Unamuno¹⁵—.

La indiferencia con respecto de la locura tuvo su paralelo en la ausencia de modernización del resto del dispositivo asistencial. Tanto es así, que su evolución en el Principado, con el HSC como principal institución asistencial de referencia, siguió en manos de una cultura política municipalista paccionada entre distintos estamentos sociales, aunque en este poder municipal hubiese una *gentry* razonablemente ilustrada compuesta por industriales, rentistas, propietarios agrarios, profesionales o comerciantes. A esta estructura social se le debe añadir, en el periodo que abordamos, un creciente papel de las clases populares y, sobre todo, del movimiento obrero, cuyas voces emergen en la prensa, en la literatura satírica e incluso en el teatro. Se trata de un proceso de construcción de un tipo particular de ciudadanía desde la base que influyó en la política municipal durante la crisis revolucionaria (1835-1842) y que, indirectamente, repercutió en la gestión del HSC a través de los concejales del Ayuntamiento que estaban representados en la MIA. El HSC, como hospital de referencia de Barcelona y de Cataluña, no tardó en ser el blanco de las exigencias de la incipiente clase obrera, así como del discurso «orgánico»

¹⁵ Prueba de ello es que hasta 1885 solo un Real Decreto reguló la admisión de locos en manicomios (Ministerio de Gobernación. 1885. «Real Decreto de 19 de mayo», Gaceta de Madrid núm. 141, p. 511). Ninguna ley anterior lo hizo y ésta no se reformó hasta el Decreto republicano de 1931 (Ministerio de Gobernación. 1931. «Decreto de 3 de julio», Gaceta de Madrid núm. 188, pp. 186-189). Actualmente, hay que recordar que en la Ley General de Sanidad de 1986 la salud mental se limita a un par de artículos.

que pretendieron jugar algunos médicos, como Pedro Mata o Pedro Felipe Monlau, antes de evolucionar hacia posiciones mucho más técnicas a partir de 1850.

Los escritos ya citados de 1833 y 1834¹⁶ deben entenderse como el punto de partida de unos debates que se centraron en la necesidad de construir un manicomio modelo en Barcelona. El 1 de junio de 1840, Monlau firmó el prólogo de la traducción de la *Mémoire* de Brierre que iba destinada al alcalde de Barcelona (70)¹⁷. Pero a diferencia de los relatos escritos con posterioridad (78-80), y que se limitan a una cronología imprecisa de lo sucedido, Monlau fue testigo directo de lo acontecido desde 1822:

En la anterior época constitucional ocupó ya a la Administración del Hospital de Santa Cruz la separación de la casa de locos de aquel piadoso asilo. En el edificio de la Virreina, extramuros de Barcelona¹⁸, se hicieron laudables tentativas y se principiaron trabajos dignos de mejor resultado. Pero V.E.¹⁹ es quien, en estos últimos años, ha tratado de llevar a efecto la importante mejora que nos ocupa. Con fecha del 9 de octubre de 1838 se dirigió V. E. á la Academia de medicina y cirugía de esta ciudad, pidiendo dictamen acerca de la localidad más propia para una casa de locos. Aquel cuerpo científico, oída su comisión de higiene pública; convino en las indicaciones de V.E. manifestando con oficio de 1 de diciembre que el ex convento de Capuchinos de Sarríà era la localidad y punto más adecuado para el establecimiento en cuestión.

No satisfecho todavía V. E. con aquel dictamen, con fecha 19 de enero de 1839 pidió nuevamente a la misma Academia que lo ampliase, haciéndose cargo de que no había una necesidad administrativa o económica absoluta de que el hospital se estableciese en las cercanías de Barcelona; que debiendo ser asilo común para una o más provincias; y siendo varios los edificios nacionales disponibles, había completa latitud en la elección de localidad; y que el Gobierno no deseaba sino la más oportuna para la curación de los desgraciados dementes. La Academia, comprendió perfectamente las miras de V.E. y en un razonado escrito del 20 de febrero manifestó que ni el Norte de Cataluña ni en las comarcas del Noroeste podía convenir el establecimiento de la casa

¹⁶ AHSCP: núm. 3180, «Estado de las reformas y demás disposiciones que se consideran de urgente necesidad en el Hospital general de la Santa Cruz de la presente Ciudad», *Malalts*, vol. III, Inv. 6, carpeta 2A/1. Año 1834 (2).

¹⁷ Pi y Molist confirmaría (4) en 1860, que esta traducción era la única obra publicada en España. También apunta el papel de Brierre en el proyecto de 1859 de creación de un nuevo hospital en Madrid (92).

¹⁸ El HSC compró la finca de la Virreina, en 1836, al norte de la villa de Gracia. Sería enajenada mucho más adelante para recaudar los fondos con que construir el nuevo manicomio (4).

¹⁹ Se dirige y se refiere al alcalde de Barcelona en un periodo no datado exactamente, pero que podemos situar entre 1835 y 1838. La retórica de Monlau identifica V.E. con el cargo no con la persona. El 9 de octubre de 1838 el alcalde de Barcelona era Guillem Oliver i Salvà que, posteriormente, fue encarcelado y desterrado (13).

de locos; discutió las respectivas ventajas que ofrecían el ex monasterio de Poblet, la Cartuja de Montalegre, el monasterio de Pedralbes, etc., y terminó inclinándose por estos últimos como preferentes para el caso.

En 21 de junio de 1839, consultó V.E. el caso a la Junta Municipal de Beneficencia, para que, en vista de lo manifestado por la Academia facultativa expusiese lo que creyera oportuno. Así lo verificó la Junta en un extenso dictamen fecha 7 de marzo de 1840, coincidiendo en general con la Academia, pero disintiendo en cuanto a la preferencia del local. La Junta creía preferible la casa llamada de la Virreina.

Instruido ya el expediente en su punto más capital, pesadas todas las razones de conveniencia, y oído el parecer de peritos en la materia, acordó V.E. pedir al gobierno supremo la cesión del ex convento de Capuchinos de Sarriá con todos sus adherentes para fundar en él un hospital de locos. La sesión en que tal acuerdo se tomó (14 de marzo de este año)²⁰ fue presidida por el M.I. Sr. Jefe superior político de la provincia, previa invitación de V.E., a la cual se apresuró a corresponder con gusto aquella Autoridad protectora.

La exposición del 22 abril dirigida á S.M. y pasada el 28 al Sr. Jefe Político para que, apoyada con la poderosa recomendación de V.E., siga el curso debido hasta alcanzar la cesión del expresado convento, honrará eternamente el celo filantrópico del Ayuntamiento constitucional de 1840. El Sr. Jefe Político, accediendo a las indicaciones del Excelentísimo Ayuntamiento, pasó la exposición a la Junta de enajenación de bienes nacionales y con el informe favorable de ésta y el apoyo de la Autoridad provincial, es de creer no se haga esperar mucho una resolución favorable por parte del gobierno central.

En tal estado de cosas, hice presente a V.E. cuán útil fuera la publicación de la Memoria del Dr. Briere de Boismont que yo había traducido del francés. Esta Memoria fue premiada por la Sociedad de ciencias médicas y naturales de Bruselas en un concurso abierto en 1834 sobre la siguiente cuestión: «indicar la exposición, la localización, la distribución, la dirección material, higiénica y médica más propias para el establecimiento de un hospital de locos». El nombre del autor y la brillante corona académica que ha logrado ceñirse con su juicioso trabajo, persuadieron á V.E. de la importancia de éste para servir de guía en la realización del proyecto; y por lo mismo no vacilé en acceder a mis indicaciones sobre publicar la Memoria en cuestión a expensas de los fondos municipales.

Permitió también V. E. que le fuese dedicado este simple opúsculo; y al usar en este día del permiso acordado, no puedo menos de agradecer a V.E., como simple particular y como profesor del arte que más de cerca trata a los infelices privados del distintivo racional, la eficacia con que se desvela V.E. para mejorar su suerte; ni tampoco puedo menos de atreverme a rogar á V.E. que no desista un momento de realizar cuanto antes la importante mejora que la humanidad, la filosofía y el arte reclaman en balde hace muchísimos años: la creación de un hospital especial para locos es el mayor beneficio que puede V. E. añadir a las muchas que se deben ya al Ayuntamiento de 1840 (70).

²⁰ El nuevo alcalde ya era Jacinto Feliu Doménech.

Monlau, coherente con la terminología del *Reglamento* de 1822, tradujo *hospice d'aliénés* por «hospital de locos». Su voluntad, compartida por el consistorio barcelonés, no era otra que la de explicar razonadamente a la ciudadanía cuáles eran las condiciones de base científico-técnicas, materiales y organizativas de la nueva institución. De ahí que usara como referente la *Mémoire* de Brierre tanto por su sencillez como por su faceta eminentemente práctica y por los numerosos ejemplos etnográficos que permitían argumentar las razones de su propuesta.

Monlau estaba actuando como un intelectual orgánico en el sentido estricto del término (81). En esos años, estaba muy vinculado al progresismo radical y, quizás por eso, reforzó sus argumentos valiéndose del papel que el consistorio había atribuido a los dictámenes de expertos realizados por la Academia de Medicina. Esta institución, durante el siglo XIX, asesoró como instancia consultiva a las autoridades y, en determinados casos como fue el del HSC, tuvo un papel muy crítico ante las condiciones con que se atendían a los enfermos tanto en las salas generales como en las de dementes. Asimismo, aunque Monlau se refiere al nuevo manicomio como de «piadoso asilo» (70), no pensaba en una beneficencia al uso, sino de tintes laicos en la misma línea que reivindicaría el «fourierista» Joaquín Abreu (1782-1851) cuando advertía a los capitalistas de la necesidad de interesarse por mejorar «la suerte de la clase proletaria» (13). En síntesis, se trataba de implantar una serie de servicios buscando consensos sociales para asegurar la paz pública y legitimar el significado civil de la beneficencia como herramienta colectiva de protección social (53).

LA REVOLUCIÓN DEMOCRÁTICA (1840-1843)

Es la salud del poble, nostra suprema ley. Aquell que la quebranti, li llevarem la pell. Ay, ay, ay, chirivít... (El Xirivít, canción revolucionaria popular de 1843)

Desde finales del siglo XVIII y durante la primera mitad del siglo XIX, los higienistas no se cansaron de advertir a las autoridades públicas de la necesidad de realizar grandes intervenciones medioambientales y urbanísticas en las ciudades industriales. Pero fue con el triunfo de las ideas liberales cuando el Ayuntamiento de Barcelona se prestó a emprender una serie de iniciativas, como el derrumbe de la ciudadela y de las murallas, para modernizar la ciudad.

En el derrumbe de la *Ciudadella* destaca el militar y aristócrata Juan Antonio Llinás y de Ortiz Repiso (1789-1854), quien debe ser considerado como uno de los hombres clave del liberalismo revolucionario catalán. En octubre de 1841 fue escogido para presidir la Junta de Vigilancia (revolucionaria) que gobernaba la ciudad y desde este puesto privilegiado –que también le permitió estar presente en las deliberaciones de la MIA (79, 80)– empezó a

demoler la *Cintadella*, denunciando que se había construido «para dominar a nuestros abuelos, que también sabían defender las libertades públicas» (84). Su objetivo no se consiguió plenamente, ya que con el regreso al gobierno de la ciudad de los progresistas más moderados esta infraestructura volvió a reconstruirse a partir de 1842. Llinás debió emprender, una vez más, el camino del exilio hacia París, pero antes influyó para que el Ayuntamiento de Barcelona promoviese un concurso de propuestas sobre la necesidad de derribar las murallas. Es ahí donde volvemos a encontrar a Monlau, puesto que éste presentó el opúsculo que, finalmente, fue premiado con el título de *¡Abajo las murallas!* (84). En este texto, Monlau afirmaba que:

A mediados del siglo XIX no bastan providencias de dilación o a medias; la población es más crecida que nunca y lo será más en breves años. No basta reducir los conventos á solares, ni quedarnos sin huertos, ni jardines, ni patios, ni desahogo de ninguna especie; ni basta tampoco dar á las casas una elevación desmesurada y repartir cada casa en habitaciones para diez o doce familias. Todos estos sacrificios hacen frente a la necesidad del momento y nada más. Y estos sacrificios nos valen tan solo el que quepan diez personas donde higiénicamente solo debieran estar cuatro ó cinco; y en cambio la salubridad pública se resiente y en los casos de epidemia, contagio, o de reinar una constelación morbosa cualquiera, la mortandad es enorme (84).



Figura 2. Instituto Geográfico Nacional de España: «Plano de la ciudad de Barcelona»; autores: Manuel Saurí y José Matas; fecha: 1852; signatura: 31-A-9 1852 CC-BY 4.0 [ign.es](https://www.ign.es).

No cabe duda de que esta acción en pro de una ciudad más higiénica tenía relación principalmente con la demografía, pero también con la necesidad del traslado de los dementes a un lugar extramuros. Sin embargo, el proceso revolucionario que vivió la ciudad durante la regencia de Baldomero Espartero (1793-1879) —la «Jamancia»— no fue nada propicio para efectuar estos cambios. Por ejemplo, en pleno bombardeo de la ciudad, el concejal y farmacéutico José Oriol Ronquillo Vidal (1806-1876) quedó como Administrador único del HSC por haberse ausentado los demás. Su hijo, Carlos Ronquillo Morer (1838-1900) —médico e inspector higienista de la provincia de Barcelona—, explicaba de su padre que:

A pesar de sus múltiples cargos, llevó a cabo grandes reformas y entre ellas descuella la separación y traslado de 10 expósitos a un lugar más sano. Un día visitando el departamento de locas, con asombro y horror, vio mujeres desnudas revolcándose en sus propios excrementos y sujetas con cadenas. Mandó venir al médico y se le contestó que el médico no venía sino «cuando están enfermas». Preso mi padre, en tanto que Administrador, de una santa indignación y si como estuviere escrito que las radicales reformas frenopáticas debían realizarse durante los huracanes revolucionarios, don José Oriol Ronquillo, al son de los atronadores proyectiles que cruzaban el espacio mandó quitar las cadenas de los locos y les nombró para médico al dr. Monlau, traductor de un trabajo de Brierre de Boismont.

Monlau aceptó gozoso el nombramiento a pesar de su modesta dotación y en su mente vagaban grandiosos proyectos y reformas para cuando la ciudad recobrar su estado normal. ¡Pero ay! Bien pronto los expósitos volverían a buscar la muerte en los bajos del Hospital, los locos quedarían otra vez sin médico, quizás volverían a ser encadenados y el látigo sería el soberano regularizador, mientras que el Administrador [José Oriol Ronquillo] recibiría la recompensa buscando refugio en tierra africana y el primer médico de locos vagaría confinado de una a otra provincia de España (46).

LA DÉCADA MODERADA (1844-1854)

La derrota de la Jamancia, una revolución que buscaba democratizar el país, derivó en exilio y destierros y en una hegemonía de los sectores más reaccionarios del moderantismo (13). Resolver la problemática asistencial no fue una prioridad, aunque lo intentaría la *Ley de Beneficencia* de 1849 (68). Sin embargo, como también sucedió en 1822, el problema continuó siendo la exigua financiación que tanto el Estado como las Diputaciones provinciales podían proporcionar para desarrollar la mencionada *Ley* y su *Reglamento* de 1852.

Sin embargo, con o sin esta *Ley*, la atención a los dementes ya era una problemática central en Cataluña. Un ejemplo de ello fue que, mediante el *Reglamento* de 1822 —que no fue derogado hasta 1849—, Francisco Campderà

pudiese fundar, en 1844, un manicomio privado en Lloret de Mar destinado a una docena de pacientes pudientes. Ello abrió, por primera vez, la puerta a un incipiente negocio de la locura que tendría una considerable expansión en la segunda mitad del siglo XIX (85) y que se ampliaría a otros ámbitos especializados de la medicina (86). Tanto es así que, en 1846, la MIA reconocía que los locos y su adecuado tratamiento ya eran:

una necesidad imperiosa para la Provincia de Cataluña. Que se establezca un Hospital de locos con todas las comodidades y distracciones conducentes a restituir el juicio a los desgraciados que sufren esta enfermedad, pues cuando todas las naciones cultas tienen hospitales donde curan los locos sin necesidad de cadenas ni de jaulas, cuya idea hace estremecer, solo España tiene que lamentar el atraso de no poseer más que encierros oscuros y horribles, donde se amarran y enjaulan a los furiosos, confundidos con los dementes y los maníacos. Esta Administración lleva el proyecto de erigir un hospital de locos que acredite a un tiempo las virtudes y el saber de los españoles, en el que puedan recobrar la calma y el juicio los furiosos y los maniáticos²¹.

Ese mismo año de 1845, la SEBAP (87) promovió un concurso de memorias sobre la construcción de un nuevo manicomio en Cataluña. De esta forma, parte de la clase dirigente demostraba su sensibilidad hacia el tema, así como la voluntad —aunque de manera timorata— de llamar la atención al Estado. Monlau fue el autor de una de las memorias presentadas a este concurso y hay que destacar que su *Plan para la erección de un hospital de locos extramuros de Barcelona*²², está encabezado por la siguiente cita de Esquirol: «Los vicios de la sociedad aumentan el número de pobres y de criminales, los progresos de la civilización aumentan el número de locos»²³.

El manuscrito de Monlau tiene 39 páginas y se inicia con una loa patriótica, invocando los casos de Sevilla y Zaragoza, a la «labor benéfica» de España en relación con los locos. Expone la casuística internacional citando los casos Glasgow, Manchester, Bedlam, Rouen, Turín, Bolonia, Charenton y Estrasburgo²⁴, alguno de los cuales quizás pudo visitar en sus años de su exilio o que, simplemente, toma de la *Mémoire* de Briere. Atribuye el atraso de España en relación con esta problemática a «las discordias del país y no a su ignorancia» e insiste en que los locos deben estar separados de los demás enfermos, puesto que «estos infelices no habían de seguir expuestos sirviendo de diversión a los transeúntes por los patios de los hospitales; o de espantajo

²¹ Arxiu Municipal d'Alcover: 4.1. *Centres assistencials i de beneficència*, carta de 15 de junio de 1845.

²² ANC. Fons SEBAP. Monlau, P. F. (1846). *Plan para la erección de un hospital de locos extramuros de Barcelona. Memoria para optar al premio ofrecido por la Sociedad económica de Barcelona en su programa del 25 de Junio de 1846*, fol. 3.

²³ Cita tomada de *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1842, tomo IV, página 332.

²⁴ ANC. Fons SEBAP. Monlau, P. F. (1846). *Plan para la erección de un hospital de locos*, fol. 4.

a los demás enfermos, que no se les había de tratar como criminales o como fieras sino como a hombres temporalmente privados del más bello de los distintivos de nuestra especie»²⁵. Finalmente, también lamentaba que treinta años de debate sobre esta labor benéfica no hubiesen dado frutos, aunque la ciudad de Barcelona:

Es tal vez la que más antes, por más tiempo y con más ahínco ha insistido a llevar a cabo la erección de un hospital de locos separado y dirigido cual corresponde. La Administración del Hospital general de Santa Cruz, el Ayuntamiento, varias autoridades políticas y militares del Principado, corporaciones varias, profesores diversos de todo el mundo han tomado parte en este negocio de humanidad desde 1820-1823²⁶.

Monlau dividió su memoria en cuatro partes. La primera, siguiendo los postulados de Brierre, versa sobre la ubicación del manicomio y revisa —a modo de crítica— los intentos realizados en Barcelona de alojar dementes en edificios ya existentes —como el de los Capuchinos de Sarriá—. Afirma que el lugar más adecuado es el de la solana de Collserola en Barcelona por su exposición al Sureste, por la disponibilidad de agua de mina y por la facilidad del acceso por carretera (38).

La segunda parte discute minuciosamente la financiación de la obra. Se trata de una propuesta rigurosa que ofrece distintas alternativas según el papel que decidiese jugar el Estado. No obstante, si éste tuviera un rol subsidiario, Monlau afirma que Cataluña «es muy capaz de bastarse a sí misma para edificar un manicomio-modelo, agregando esta iniciativa a las muchas y honrosas que cuenta en el camino de la perfección industrial mercantil y agrícola» y añade que:

si se ofreciera como premio una cantidad regular, o se hiciera donación del terreno necesario, no faltarían empresas o particulares nacionales o extranjeros que por sí y de su cuenta llevasen a cabo el proyecto. Pero entiendo también que los hospitales de locos, por sus especiales circunstancias y por los puntos de contexto que guardan con los intereses de las familias y de la sociedad en general, deben ser establecimientos públicos con dependencia inmediata y casi absoluta del Gobierno, puestos bajo la tutela e inspección social, sin entregarlos jamás, de ningún modo, como materia de lucro a la codicia de los especuladores (...). Las provincias catalanas, auxiliadas, son las que deben realizar el pensamiento. El Gobierno supremo mirará sin duda como un deber y como una honra contribuir con una cantidad dada²⁷.

²⁵ ANC. Fons SEBAP .Monlau, P. F. (1846). *Plan para la erección de un hospital de locos*, fol. 2.

²⁶ ANC. Fons SEBAP .Monlau, P. F. (1846). *Plan para la erección de un hospital de locos*, fols. 4-6.

²⁷ ANC. Fons SEBAP .Monlau, P. F. (1846). *Plan para la erección de un hospital de locos*, fol. 13.

No cabe duda de que Monlau intuía que el Estado, por sí solo, no lideraría una inversión de este tipo en Cataluña. Por eso, apostaba por influir en la *gentry* dirigente de Barcelona aprovechando el concurso de la SEBAP, sabiendo que ésta, en la década de los cuarenta, era más proclive al reformismo social (87).

La tercera parte se refiere al «modo de construcción» del manicomio²⁸. Rechaza de plano reaprovechar un viejo edificio y su descripción del nuevo establecimiento bebe de las influencias de Esquirol y, sobre todo, de Brierre. Define un cuerpo central y sendas alas laterales para hombres y mujeres –insistiendo en que sean de planta baja–, entre las que se distinguen las salas de convalecientes y las de otros estadios de la enfermedad. Propone el tipo de arquitectura característico de las naves industriales de su tiempo y añade que, aunque su proyecto remite al caso particular de Cataluña, considera imposible construir 49 manicomios en España. Por eso, considera que debe pensarse en establecimientos de unas 600 camas. Antes de redactar la última parte, Monlau insiste en la necesidad de dotar a la institución de una plantilla amplia y bien remunerada para asegurar su correcto funcionamiento y entiende que el médico debe residir en la institución. Monlau piensa en una institución medicalizada, en la línea de los principales manicomios de referencia europeos, que coincide con los que Pi y Molist visitaría posteriormente entre 1854 y 1856, destacando el caso de los manicomios italianos por la afinidad climática y cultural.

La parte final del proyecto es un «Reglamento interior para el hospital de locos»²⁹ que se compone de ciento veintiocho artículos y una disposición final. Los primeros cincuenta y dos versan sobre el «servicio administrativo» y detallan la dirección, mayordomo, oficiales auxiliares, cabos de sala, enfermeros, mozos y criados, cocinero y portero. Entre el cincuenta y tres y el ciento veintitrés se describe el «servicio médico e higiénico», detallando las funciones del médico mayor, el médico volante, los médicos consultores, los practicantes, el vestido y la limpieza, la alimentación con descripción de las raciones, el ejercicio de los pacientes, la represión y corrección y, finalmente, el funcionamiento de las boticas. El «servicio religioso» se contempla entre el artículo ciento veinticuatro y el ciento veintiocho y cierra el reglamento la disposición final³⁰.

La memoria de Monlau va mucho más allá de la escrita por Brierre de Boismont en 1834. Seguramente, durante su exilio en Francia e incluso después pudo acceder a documentación más reciente que no cita. Mientras

²⁸ ANC. Fons SEBAP .Monlau, P. F. (1846). *Plan para la erección de un hospital de locos*, fol. 16.

²⁹ ANC. Fons SEBAP .Monlau, P. F. (1846). *Plan para la erección de un hospital de locos*, fols. 21 y ss.

³⁰ ANC. Fons SEBAP .Monlau, P. F. (1846). *Plan para la erección de un hospital de locos*, fols. 21 y ss.

Brierre propuso un manual genérico, el de Monlau era orgánico y político, puesto que propuso a la SEBAP no solo la construcción de un manicomio, sino un punto de partida para la planificación del dispositivo manicomial del Estado –no solo de Cataluña–. Mediante su propuesta, Monlau ratifica la interpretación de Fontana sobre el compromiso del moderantismo progresista catalán y, en general, de la sociedad civil catalana en la reforma del Estado (88) unos años antes de la promulgación de la *Ley de Beneficencia* de 1849 (68). Monlau, en 1846, estaba virando de posiciones más radicales hacia su nuevo futuro papel como técnico de primer nivel en el despliegue en la sanidad del Estado (88), siendo muy consciente de la situación específica en Cataluña. No es casual que, más tarde, fuese un adalid del dispositivo asistencial de las colonias industriales catalanas (89), un ámbito privado pero coetáneo a los esfuerzos de adaptación de los hospitales locales catalanes al efecto centralizador que, en la práctica, tuvieron la *Ley de Beneficencia* de 1849, la *Ley de Sanidad* de 1855 y la desamortización de Pascual Madoz en 1856 (5,6).

La otra propuesta presentada al concurso de la SEBAP fue la de Emilio Pi y Molist –hijo del historiador y miembro residente de la SEBAP Andrés Avelino Pi y Arimón (1793-1851)–³¹. En el momento del concurso, Pi y Molist ya había publicado un tratado de botánica (90) y una década más tarde escribiría que presentó «al certamen público abierto por la Sociedad Económica en 25 de junio del propio año una *Memoria sobre el modo más asequible de erigir un asilo, hospital o casa de locos* para uno u otro sexo fuera de las murallas de esta ciudad (...) y que obtuvo el primer premio» (4, 10). No hace referencia a la propuesta de Monlau que competía con la suya y se limita a citar la traducción de Brierre, aunque parece improbable que no tuviera acceso al manuscrito de Monlau.

La *Memoria* de Pi y Molist (10) consta de una primera parte, de veinte páginas sin epígrafes (10), seguida de un «Reglamento para el gobierno interior del asilo de San Vicente de Paul» (10). En el frontispicio, cita a Esquirol sobre la necesidad de acogida de los locos –a diferencia de Monlau que utilizó la propuesta etiológica del francés–. Inicia su texto con una discusión sobre el lugar más adecuado para erigir el establecimiento y coincide con Monlau que el mejor lugar era Sarrià, proponiendo la falda de Collserola. Continúa con una descripción geográfica, con un extenso apartado sobre botánica local y clima, para seguir con generalidades sobre los objetivos del manicomio y la descripción de su estructura –que no difiere de Esquirol, de Brierre, ni de Monlau–. En cambio, insiste en que «das dos grandes clases de la sociedad han de conservar su separación dentro de él», pero también se explaya sobre el hecho de poder atender a ambas clases en las mismas condiciones. La

³¹ Pi y Molist (105) en la necrológica destaca la relación de su padre con el arquitecto Oriol y Bernadet, así como su pertenencia a la SEBAP desde 1835 y a la Academia de Buenas letras.

Memoria también incluye una descripción muy detallada del edificio —que va mucho más allá de las más generales de sus predecesores— y que recuperará con aún mayor detalle en su *Proyecto médico* (4). Describe detalladamente los pabellones y cual debería ser su organización bajo criterios clínicos. Asimismo, aporta notas sobre los medios de contención y el uso de protocolos hidro-terapéuticos —para la cual se precisan unos baños descritos con notable detalle—. Lo mismo sucede con las actividades lúdicas. La siguiente parte describe la organización del personal de la institución desde una perspectiva médico-clínica y terapéutica, pero también como espacio de formación y construcción de conocimiento. El reglamento que propone Pi y Molist es menos prolijo que el diseñado por Monlau, aunque con criterios similares.

Una valoración a ciegas de ambos proyectos no resolvería nuestras dudas para comprender por qué el premio lo ganó Pi y Molist i no Monlau. No disponiendo de las actas ni de la resolución de la comisión que los juzgó, sorprende que la memoria de Monlau no fuese la premiada, puesto que únicamente es menos detallada en lo que hace referencia a la descripción del edificio y, por el contrario, es mucho más rigurosa desde el punto de vista del problema de la financiación —que Pi y Molist no abordó— y de su dimensión orgánica. Pi y Molist se limita a describir una casuística local con numerosos guiños al papel que los religiosos deberían tener en la institución, algo que a Monlau no parece interesarle en demasía. Puestos a interpretar el veredicto, todo parece apuntar que, a pesar de su condición de experto en el tema, la trayectoria política y activista de Monlau pesó en contra suya. Sin embargo, en favor de Pi está el rigor de su detallada descripción del futuro manicomio y una actitud conservadora por las consideraciones de clase que introduce. Su perfil de joven técnico parece más compatible con el ideario de la SEBAP que el de Monlau y tampoco hay que olvidar que el padre de Pi y Molist era miembro de la mencionada Sociedad Económica. Más allá de las especulaciones, lo único cierto es que la consecución de este premio dio a Pi y Molist la oportunidad de ser admitido a la SEBAP y, a través de ella, el jurisconsulto moderado Manuel Durán y Bas (1823-1907) le abrió las puertas de la MIA del HSC.

Mientras tanto, en la opinión pública barcelonesa ya había calado la idea de las malas condiciones en que se encontraba el HSC, hasta el punto de que en 1847 el alcalde de Barcelona quiso visitar, acompañado por una comisión de la Academia de Medicina, los departamentos de locos, expósitos y doncellas. Las conclusiones a las que llegó la comisión fueron demoledoras y causaron un gran revuelo ciudadano:

La falta de dirección en elegir las localidades y preparar los cambios y estructura en el departamento de dementes; la necesidad de reformar los abusos y los perjuicios que debieran prevenirse, en el punto en que se levantara aquel monumento de Beneficencia que exigiera un sinnúmero de reformas o un reglamento digno de la Ilustración médica. Como si la arquitectura y la

economía debieran hacer otro papel que el de instrumento de que se vale la medicina, para ejecutar ésta sus proyectos, se han alzado con la facultad absoluta de absorberlo todo a su antojo y no se cuenta con los médicos, sino para que visiten a los enfermos, en donde y como lo han ordenado el arquitecto y el economista. La curación de aquellos infelices debe ser conforme a los conocimientos acerca de la manía y las varias especies morbosas, debiendo desterrarse todo método hijo de envejecidas rutinas o de la barbarie y ser la dirección exclusiva de un profesor penetrado de principios científicos (91).

En 1848, la medicalización de la atención a los dementes ya era una necesidad en Barcelona. Pi y Molist, a sus 24 años, entró en la red social de la MIA y en la década siguiente se convertiría en el director de las salas de dementes del HSC, iniciando su medicalización y asumiendo la responsabilidad de redactar el *Proyecto médico* y constructivo del futuro manicomio modelo del HSC. En 1859 se casó con Antonia Bacigalupi y Maimó (1820-1896), prima hermana de la madre de Eusebio Güell Bacigalupi –conde de Güell– (1846-1918), lo que solía llamarse entonces un *beau mariage*. Este dato no es baladí, puesto que Antonia –una vez muerto su marido y sin descendencia–, continuó la tarea de construcción del complejo arquitectónico del manicomio, legando parte de su fortuna para la «construcción de la iglesia y de tres crujeas destinadas a los dementes hombres»³².

LAS BASES IDEOLÓGICAS Y POLÍTICO-ECONÓMICAS DEL MANICOMIO MODELO (1854-1874)

La *Ley de Beneficencia* de 1849, su *Reglamento* de 1852 y la *Ley de Sanidad* de 1855 fueron leyes con un marcado carácter centralizador que no resolvieron la financiación derivada de desplegar un dispositivo asistencial como el de la beneficencia. Monlau ya había adelantado, en su *Plan*, los problemas específicos que esto acarrearía, tanto a escala española como catalana. Por eso, el Estado no tuvo más remedio que centrifugar rápidamente los costos de la beneficencia a las diputaciones provinciales y, como éstas tampoco pudieron asumirlos por completo, toleró la creación de manicomios privados que se adscribieron a la beneficencia particular (5). De ahí, el desarrollo de una red incipiente de manicomios privados en Cataluña que, posteriormente, se ampliaría tras la quiebra del manicomio de San Baudilio de Llobregat y su compra por la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios, convirtiéndolo en un gran manicomio destinado, mediante conciertos, a acoger internos de aquellas diputaciones que carecían de establecimientos propios (25).

³² AHSCP: núm. 3851, título: *Documentació sobre Antònia Bacigalupi, vidua*, topográfico: Manicomi de Santa Creu-Institut mental, Vol. IV, Inv. 3. Herència Bacigalupi, carpeta 1.

En la Cataluña de mediados del siglo XIX, el HSC no podía acoger enfermos de las diputaciones provinciales, aunque en estas instituciones ya existía el pago por estancia de ciertos enfermos, por la falta de espacio en sus salas (2). Tras la *Ley* de 1849, la MIA entendió que los dementes provenientes de la beneficencia de las cuatro provincias catalanas debían ser financiados por éstas, hasta el punto de que la MIA se negó, en más de una ocasión, a acogerlos no sin controversias (38).

En España, el periodo que va de 1849 a 1860 debe considerarse clave para definir lo que serían las políticas públicas en relación con el ramo de dementes. El único establecimiento fundado y financiado por el Estado fue, en 1851, el Manicomio de Santa Isabel en Leganés (48). Ubicado en un antiguo convento desamortizado, una década más tarde hubo una frustrada operación de reforma, asesorada por Brierre de Boismont, porque los alienistas —entre los cuales Pi y Molist—, no consideraban el edificio adaptable a los criterios de la ciencia de la alienación (92). Por eso, el *Proyecto médico* y su memoria arquitectónica y financiera propusieron una alternativa modélica de nueva planta, aunque ésta nunca fue promovida por el Estado sino por una institución —como el HSC—, que, a pesar de ofrecer un servicio público, no formaba parte directamente de ninguna administración pública.

En la línea de lo que, en su día, ya propuso el *Plan* de Monlau, la construcción del manicomio modelo del HSC no supondría ningún costo para el Estado, ya que su construcción se haría con fondos propios de la mencionada institución. Sin embargo, en 1856, la desamortización de Madoz puso en jaque las bases financieras de los hospitales locales catalanes, así como las previsiones financieras de la MIA para la construcción del nuevo manicomio.

Entrando ya en el *Proyecto médico* de Pi y Molist, éste se concibió como consecuencia de dos viajes exploratorios —financiados por la MIA— que el alienista hizo en 1854 y 1856 (93) para conocer cuáles eran, en la década de los años cincuenta del siglo XIX, los referentes internacionales en la construcción manicomial. Aunque Pi y Molist no cita inicialmente esos referentes (2, 25, 33, 90), obviamente sabía de ellos, solo se limita a describir los que ya se incluían en la *Mémoire* de Brierre de Boismont. La justificación de los viajes venía de lejos y estaba avalada por aportaciones anteriores (92).

A diferencia del primero, Pi y Molist hizo el segundo viaje acompañado del arquitecto Josep Oriol Bernadet (1811-1860). Con toda seguridad, durante este viaje, ambos tuvieron acceso a los planos, iconografía y documentación, así como al asesoramiento de arquitectos que dirigían las obras o de los alienistas que los regentaban y que se citan ampliamente en el *Proyecto médico*. De la correspondencia entre Pi y Molist y la MIA (93), no cabe duda de que el alienista utilizó algo parecido a un diario de campo, puesto que tenía formación como naturalista (90), en el que debió anotar impresiones vividas, conversaciones con otros alienistas y apuntes de las visitas realizadas. De otro modo, no se explican las descripciones, eminentemente visuales, de todas y cada una de las partes de las instituciones visitadas. Sin ellas, no

habría podido desarrollar una metodología comparativa entre los tres modelos internacionales visitados —el «francés», el «angloamericano» y el «alemán», bastante dispares entre sí (2, 93), pero que a la postre le permitió, a partir de su articulación y adaptación a las necesidades locales, definir un «modelo español» de manicomio (figura 3).



Figura 3. AHSCP: «Fotografía aérea del manicomio del HSC»; fecha: 1959; *signatura: 03_06_01_0003*.

Podemos acceder hoy a fotografías, grabados y planos de las instituciones visitadas, algunas de ellas hoy en día «museizadas» como la de Gante (Bélgica) —fundada por el alienista Joseph Guislain (1797-1860)—. Ello permite compararla con el diseño previsto para el Manicomio del HSC, comprendiendo el rechazo de Pi y Molist al «panopticismo» y su asunción de elementos arquitectónicos y urbanísticos derivados de los manicomios *village*, como el de Heinrich Philipp August Damerow (1798-1866) en Halle (Alemania). Si Briere ya había apuntado que los manicomios italianos tenían características adaptadas a entornos climáticos meridionales, Pi y Molist también afirmaba que:

los modernos hospitales de locos presentan, en su parte material, diferencias muy notables y caracteres muy distintos derivados, no sólo del modo como unos y otros alienistas han querido cumplir con los requisitos del aislamiento de los orates y las indicaciones de su tratamiento colectivo, sino también, aunque secundariamente, de las circunstancias particulares del terreno, clima, costumbres, etc. de los países que han fundado asilos (4).

El *Proyecto médico* (4) tiene 367 páginas, sin contar el volumen anexo de la memoria arquitectónica realizada por Oriol Bernadet. Esto es, tiene diez veces la extensión de cualquiera de las dos memorias presentadas en el certamen de la SEBAP y cinco veces más que los informes de Esquirol y de Briere, porque el autor lo concibe desde una perspectiva mucho más ambiciosa, considerándolo como una herramienta que, al margen del diseño puramente físico, incorpora principios doctrinales de naturaleza orgánica expresada en sus objetivos:

1) terapéuticos:

«El manicomio es un establecimiento tan especial que difiere de cualquier otro de beneficencia (...). Influye poderosamente en el estado de ánimo de los enajenados produciendo una impresión favorable o adversa en su físico. Todas las partes del edificio, con su particular disposición, conspiran a la seguridad y comodidad del orate, encubriéndole hábilmente su reclusión y hablándole un lenguaje de caridad y esperanza (4)».

2) clínicos:

«El manicomio ha de estar dispuesto de manera que permita la clasificación más natural, absoluta y metódica de los alienados, que facilite (...) la vigilancia de los subalternos sobre los enfermos, de los enfermeros sobre los subalternos y de la autoridad del asilo sobre todos (4)».

3) profesionales:

«Un manicomio es una obra consagrada de la ciencia médica, en cuyos progresos coadyuva. Es una casa de caridad abierta al infortunio; es un establecimiento de curación; y un asilo de incurables; (...) es una institución necesaria para el perfecto gobierno del Estado y constituye uno de los ramos más interesantes del servicio nacional (4)».

4) formativos:

«Cuando el gobierno organice la asistencia pública habrá de crear, con más o menos formalidades, un cuerpo de médicos alienistas formados en inmensos teatros de observación como son los hospitales para la medicina o para la cirugía (...). El manicomio prestará importantes servicios a la enseñanza de esta ciencia y favorecerá las altas miras del gobierno (4)».

5) y políticos:

«Para la patria que, con la realización del proyecto, satisfará una de las necesidades más urgentes de su administración; para las personas caritativas que arden en deseos de dar impulso a la beneficencia pública de los orates hasta ponerla al nivel con las demás naciones europeas (4)».

No cabe duda de que el *Proyecto médico* es un ejemplo mayor de estudio técnico profesional que, además, tiene la pretensión de ser el prototipo para una red estatal que ya había animado el *Plan* de Monlau (106, 107). Arquitectónicamente, Pi y Molist pensó en la construcción de un edificio funcional de la mano de un arquitecto especializado en naves industriales. La duda que nos queda es si, cuando terminó su *Proyecto médico*, todavía creía en su dimensión terapéutica, puesto que el propio Pi y Molist acabaría reconociendo que —en la bibliografía internacional que manejó sobre la incurabilidad— éste parecía ser un hecho ineluctable y que «das causas así predisponentes como ocasionales de su mal (la locura) se hallan por lo común en el elemento en que vive, en sus negocios, en sus relaciones y hasta en la misma familia» (4). Ello le llevó a postular que:

en el seno de las clases menos dichosas, menos ilustradas, menos instruidas en la moral cristiana germina, por desgracia, cierto afecto de desvío y de desamor, ya que no envidia malquerencia y aborrecimiento hacia las más privilegiadas. No negaré que ambas clases contribuyen involuntariamente a su división, pero ello es que existe; y que por mucho que progresen las sociedades existirá largo tiempo (4).

Por eso:

es perjudicial la reunión absoluta de pensionistas e indigentes. A ella se oponen también consideraciones técnicas porque es incalculable el gasto que acarrearía, no sólo la construcción de las estancias de los ricos dentro de todas las secciones del establecimiento, sino la complicación consiguiente del servicio (4).

Pi y Molist era un conservador emparentado y bien relacionado con la *gentry* de la alta burguesía barcelonesa y, en particular, con Eusebio Güell. Además, era miembro de la Academia de Medicina, aunque nunca estuvo en la Universidad. Cuando publicó su *Proyecto médico*, en 1860, tenía 36 años y una posición social envidiable. Sin embargo, durante catorce años, su *Proyecto* hubo de permanecer en un cajón porque el Estado vetó la capacidad jurídica y legal del HSC —desde 1849 etiquetado como «público» y «provincial»— para materializar el *Proyecto*. Esto es, según el Estado solo las diputaciones provinciales estaban autorizadas a fundar un manicomio, aunque éstas —a diferencia del HSC— no disponían de los fondos para acometer su construcción. Este fue uno de los motivos, seguramente el de más peso, para que la MIA decidiese adscribir su institución a la beneficencia particular. Al amparo del ámbito privado se podrían sortear con más facilidad muchas de las restricciones competenciales y, en la práctica, disponer de mayor autonomía para tomar ciertas decisiones de calado. El litigio de la MIA con el Estado duró hasta 1874, año en que la MIA finalmente consiguió que el

HSC fuese declarado de «beneficencia particular» y, por consiguiente, dejase de ser «público» y «provincial»³³.

EL FINAL DE UNA LARGA ESPERA (1874-1889)

A pesar de tener vía libre desde 1874, el HSC hubo de aplazar *sine die* el inicio de la construcción del manicomio modelo, puesto que los presupuestos financieros de 1860 estaban totalmente desfasados. Mientras tanto, la situación de las salas de dementes del HSC continuaba siendo muy precaria. Dan cuenta de ello, por citar solo dos ejemplos, la demoledora descripción que, en 1883, hizo de estas salas el alienista E. Constancio Seguí (66), hijo del también alienista francés Onèsime Édouard Seguí (1812-1880), aprovechando su participación en el primer *Certamen Frenopático Español* (74), convocado por Juan Giné y Partagás (1836-1903) en su manicomio privado de Nueva Belén (99), o los capítulos sobre estas salas que se relatan en la novela *Misterios del Hospital* (100), publicada por Luís Suñé ese mismo año –bajo el pseudónimo de Emilio Solá–. Volviendo al certamen de 1883, Giné y Partagás dijo que:

aquí estamos, en la falda de la legendaria montaña del Tibidabo, precioso mirador donde se contempla la capital del Principado. ¿Por qué no de la nación? Si las naciones, como los animales vertebrados, tuviesen su cabeza allá donde se acumula mayor cantidad de sustancia nerviosa, ¿quién podría disputarle a Barcelona la capitalidad? Pero por lo visto, España debe ser regida por un collar de ganglios esofágicos, puesto que tiene su capital en el centro, que es como en el abdomen, junto a las vísceras digestivas, que reciben y preparan el alimento que luego deberá ser equitativamente repartido por toda la economía. ¿Sería esto la causa orgánica de que las funciones tróficas sean preponderantes respecto de las que ejecuta esa materia por medio de la que se siente, se piensa y se quiere y se engendra el movimiento productor del trabajo útil? ¿Por qué Cataluña, al igual que otras regiones de la nación, carece de manicomios públicos? Porque somos españoles. Sin embargo, los tenemos relativamente numerosos debido a la iniciativa y peculio individual porque somos catalanes (101).

Finalmente, en 1885 se colocó la primera piedra del «manicomio modelo» del HSC gracias a una donación anónima de los terrenos, en la que se ha querido ver detrás de ella a Pi y Molist, Antonia Bacigalupi y, por qué no, a Eusebio Güell. Su construcción respondía –aunque tarde– a la necesidad ya imperiosa de sacar a los locos del centro de la ciudad (16). En 1889, se realizó la inauguración del manicomio –al menos de las partes construidas hasta entonces– y, en su discurso inaugural, Pi y Molist quiso recordar que:

³³ AHSCP: «Real Orden declarando el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona de Beneficencia Particular», 01-G08-VIII.8-C03-12, año 1874.

es una coincidencia memorable, prez de Barcelona, que nuestro Manicomio resplandece en la penúltima década de esta centuria junto a la Exposición Universal. De aquélla ha escrito una excelsa pluma, no catalana, que sólo Barcelona pudo realizar esfuerzo tan colosal, poniéndonos con ella a la altura de las primeras naciones europeas. ¿Cabe parafrasear esta sentencia con respecto al Manicomio? ¡Qué es parafrasear! Barcelona es la única que en España ha puesto mano en una obra de tanto aliento hasta elevarla a la altura en que se halla, equiparándonos con los pueblos que al socorro de los miseros alienados consagran su ciencia y aplican su hacienda. El primer Manicomio público español se debe a Barcelona. ¡Oh! Barcelona, dulce patria mía, como éstas son tus glorias; tradicionales son en ti primacías semejantes. Díganlo tus escuelas públicas municipales de organización oficial; dígalo tu alumbrado de gas de industrias particulares; dígalo tu ferrocarril a Mataró, por personas particulares también abierto. Si hubo un tiempo en que año tras año añadías a tu corona un florón de victorias y conquistas, en el nuestro la exornas con otros de brillantez no empañada, por fortuna, con hálito de sangre, pues son emblemas de las artes, de la paz y de los frutos de la caridad (102).

CONCLUSIONES (1890-1915)

Al principi de la dècada del 1890 alguns sectors del catalanisme s'adonaren que no n'hi havia prou amb criticar i denunciar els mals del centralisme i de l'espanyolització forçosa i fer només victimisme. Per canviar realment les coses calia fer política i actuar amb objectius clars. I com que ells no eren uns revolucionaris, perquè no estaven disposats a emprar procediments violents, l'única tàctica possible era guanyar influència social, tenir més pes dins el país i controlar alguns espais de poder, encara que fossin petits, des de les entitats culturals i econòmiques fins als ajuntaments (103).

Tras la muerte de Pi y Molist, en 1892, Antonio Sivilla (1849-1915) —su discípulo y médico de la sala de dementes hombres en el antiguo HSC desde 1881 hasta el traslado de éstos al nuevo manicomio en 1906— fue nombrado su albacea testamentario. Como tal, Sivilla fue el encargado de realizar los trámites para la construcción del ala de hombres del manicomio del HSC, entre 1900 y 1906, financiadas —en gran parte— con el legado testamentario de Antonia Bacigalupi. Durante las obras de construcción, Sivilla se opuso a la construcción de las rotondas de ambos extremos del manicomio —destinadas a los furiosos y furiosas—, puesto que pensaba que carecían de sentido, recabando incluso apoyo internacional para convencer a la MIA (2). Ello fue una fuente de litigios, pero la MIA siempre ignoró a Sivilla e impuso el proyecto fundacional —esto es, un manicomio pensado a partir de referentes ideados entre 1830 y 1860 mediante una ideología terapéutica ya caducada y cuya construcción finalizó medio siglo más tarde de la publicación del *Proyecto médico*. No ya como un establecimiento público, tal y como estuvo previsto en un principio, sino como una institución de beneficencia privada.

La historia del manicomio modelo en Cataluña no es, por ello, únicamente la constancia de un fracaso del ámbito público que solo pudo remediarse mediante la iniciativa privada, sino, al contrario, un episodio que ilustra —durante casi todo el siglo XIX—, las complejas relaciones entre Cataluña y el Estado y que, además, ayuda a comprender la emergencia de una consciencia nacional y de clase en Cataluña. Durante el periodo estudiado, las clases populares y trabajadoras asumieron cuales eran los límites de lo que se podía esperar de un sistema político que era «cada cop més criticat a Catalunya, fins i tot pels sectors benestants i empresarials, a causa de la seva ineficàcia administrativa, de l'amiguisme i la corrupció que imperava i de l'acusada centralització administrativa» (103).

El propio Pi y Molist, en su desencantado discurso con ocasión de la inauguración del manicomio del HSC (102), no habló de ninguna identidad cultural —puesto que escribía siempre en castellano—, pero sí vindicó la evolución que, durante el siglo XIX, condujo a Barcelona a convertirse en una capital europea. En ella, el manicomio modelo —como el ferrocarril, la educación o la Exposición Universal de 1888— era una pieza más en la conformación de una nueva sociedad que resolvía uno de los problemas asistenciales y sociales acuciantes que la afectaban transversalmente. En ese discurso dejó entrever que el manicomio pudo ver la luz no a partir de un dispositivo otorgado por el Estado, como el ya previsto por el *Reglamento* de 1822, sino gracias a la toma de consciencia de la *res publica* catalana. El mismo compromiso transversal ciudadano que Fontana (13) refleja a la perfección al concluir su libro y que para explicitar sus bases cita a Josep Lluñàs i Pujals (1852-1905) —un tipógrafo que acabó erigiéndose en uno de los principales protagonistas del movimiento obrerista en Cataluña— y que también recoge Riquer en sus conclusiones de la reciente biografía de Francesc Cambó (103). Las reivindicaciones de Lluñàs, a finales del siglo XIX, corresponden a las anheladas por las clases populares, pero no distan mucho del discurso coetáneo de los médicos catalanes mencionados en este estudio y que, en ambos casos, deben entenderse como propios de una generación que creyó en un determinado proyecto de país. Sin embargo, ya no fueron ellos, sino la aparición de:

una nova generació de joves catalanistes, força preparats intel·lectualment atès que la majoria eren universitaris —advocats, metges, arquitectes, enginyers, etc.—. Es tractava, certament, d'una selecta minoria, donat que llavors només anava a la universitat el 0,5 % de cada anyada de joves. Tanmateix, aquesta minoria va saber aprofitar l'oportunitat política de la crisi espanyola per convertir la causa catalanista, d'aspiració idealista i minoritària, en un moviment rellevant, estès socialment i amb capacitat d'aconseguir èxits electorals i polítics (103).

Una parte de esos jóvenes, nacidos entre 1860 y 1900, también eran médicos —como, entre otros, Domènec Martí i Julià (1861-1917)—, formados bajo estándares más o menos internacionales que sabían que, en un contexto de reivindicación política, el viaje formativo era clave para su futuro profesional.

Unos médicos que también mostraron su compromiso con lo que suponía el significado de la acción social y sanitaria para ampliar la conciencia nacional del país y que intentaron llevarlo a la práctica, desde 1914, aprovechando el marco de la acción social de la *Mancomunitat* de Cataluña (5,104).

BIBLIOGRAFÍA

1. Esquirol JB. Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés. Mémoire présentée au Ministre de l'Intérieur. Paris: Imprimerie de Mme Huzard; 1819. 1-43. En: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1510009c/f18.item#>
2. Comelles JM. Stultifera Navis. La locura, el poder y la ciudad. Lleida: Milenio, 2006.
3. Quintana A. Històries de la Història de la psiquiatria catalana. Barcelona: Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, 2016.
4. Pi i Molist E. Proyecto médico razonado para la construcción del Manicomio de Santa Cruz de Barcelona, conforme al cual ha levantado sus planos el arquitecto D. José Oriol y Bernadet.... Imp. y Lib. Politécnica de Tomás Gorchs; 1860. 367 p. En: <http://books.google.com/books?id=coMW-dSdUHC&pgis=1>
5. Barceló-Prats J, Comelles JM. L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya (1849-1980). Manresa: Publicacions de l'Arxiu Històric de les Ciències de la Salut, 2020.
6. Barceló-Prats J, Comelles JM. Las bases ideológicas del dispositivo hospitalario en España: cambios y resistencias. En: Vilar Rodríguez M, Pons Pons J, editores. Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986). Madrid: Marcial Pons, 2018; pp. 83-138.
7. Briere de Boismont A. Mémoire pour l'établissement d'un hospice d'aliénés. Paris: Imprimé chez Paul Renouar, 1836; 84 pp.
8. Briere de Boismont A. Memoria para el establecimiento de un hospital de locos. Traducción de Felipe Monlau. Barcelona: Imprenta de Antonio Bergnes y Compañía, 1840.
9. Monlau PF. Plan para la erección de un hospital de locos extramuros de Barcelona. Memoria para optar al premio ofrecido por la Sociedad económica de Barcelona en su programa del 25 de junio de 1846. Barcelona: Arxiu Nacional de Catalunya, Fondo SEBAP, 1846.
10. Pi i Molist E. Memoria sobre el modo más asequible de erigir un asilo, Hospital o Casa de Locos para uno u otro sexo fuera de las murallas de esta ciudad, acompañada de un reglamento interior para el régimen del establecimiento. Barcelona: Arxiu Nacional de Catalunya, Fondo SEBAP, 1846.
11. Comelles JM. La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en España. Barcelona: PPU, 1988.
12. Miquel Magrinyà N. La Jamància (1843). The revolutionary alternative of Barcelona progressivism. Cercles Revista d'Història cultural 2020;23:81-117.
13. Fontana J. La fi de l'Antic Règim i la industrialització (1787-1868). Barcelona: Edicions 62, 1988.
14. Marín G. Los márgenes de la solidaridad. Sociedades de socorros mutuos y mutualismo en España. Intus-Legere Historia 2015;9(2):59-84.
15. Fradera JM. Història política, societat i cultura dels Països Catalans. La Gran Transformació 1790-1860. Vol. 6. Barcelona: Enciclopèdia Catalana, 1997.

16. Pi i Molist E. El Manicomio de La Santa Cruz. Breve reseña de los antecedentes de su fundación. Barcelona: Imprenta de la Casa Provincial de Caridad, 1886.
17. Pi i Molist E. Estadística del manicomio del Hospital de Santa Cruz, correspondiente al año... Barcelona: Imp. y Libr. Tomás Gorchs; 1857. 35 p. En: <http://books.google.com/books?id=OGWKcr6DryYC&pgis=1>
18. Comenge y Ferrer L. Pi y Molist. Vol. 23, Independencia médica. 1891; p. 502; 514; 527.
19. Roca i Roca J. Necrológica de Pi i Molist. La Vanguardia. 3 de julio de 1892;1-2.
20. Sancho de San Román R. La obra psiquiátrica del doctor Emilio Pi i Molist. En: Sánchez-Granjel L, editor. Publicaciones del Seminario de Historia de la Medicina, 2. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1959; pp. 229-46.
21. Iván Sánchez-Moreno. El Quijote de Emili Pi i Molist: Una reconstrucción modélica de la subjetividad a través de la locura. Tesis Psicológica 2016;11(1):180-201.
22. Rey A. Clásicos de la Psiquiatría española del siglo XIX (III) Emilio Pi y Molist. RAEN 1983;3(6):111-21.
23. Coroleu W. Historia, literatura y filosofía médicas. Los grandes alienistas del siglo XIX, Emilio Pi y Molist. Anales de medicina y Cirugía 1946;19(12):394-401.
24. Comelles JM. La razón y la sinrazón. Barcelona: PPU, 1988.
25. Comelles JM. Groupes informels, coalitions et factions dans un hôpital psychiatrique. 4 vols. Tesis de doctorado. París: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1979.
26. Comelles JM. Els manicomis i el fracàs de la psiquiatria catalana del XIX. Ciència Revista Catalana de Ciència i Tecnologia 1983;2(22):26-31.
27. Comelles JM. El tratamiento moral en Catalunya (I): El «Proyecto médico razonado de Emili Pi i Molist» (1860). En: Actas del XXVII Congreso Internacional de Historia de la Medicina Vol 1. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1981; pp. 48-55.
28. Comelles JM, Conejo T, Barceló-Prats. Introducción. Atender al extraño y al ciudadano. Hacia una economía política de las instituciones y practicas asistenciales. En: Imago Civitatis Hospitales y manicomios en occidente. Tarragona-Barcelona: Publicacions URV- Universitat de Barcelona edicions, 2018; pp. 7-32.
29. Comelles JM, Conejo A, Barcelo J. Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente. Tarragona-Barcelona: Publicacions URV- Universitat de Barcelona edicions, 2018.
30. Novella EJ, Huertas R. Alexandre de Briere Boismont. And the origins of the Spanish Psychiatric Profession. History of Psychiatry 2011;22(4):387-402.
31. Novella EJ. Travel and professional networks in the origins of Spanish psychiatry. Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos 2016;23(4):1-17.
32. Sánchez-Moreno I, Fernández A, Christina Schubert AV. Las fronteras del paisaje de la locura. Fundamentos médico-arquitectónicos del Manicomio de la Santa Creu de Barcelona. En: Comelles JM, Conejo A, Barceló-Prats J, editores. Imago Civitatis Hospitales y manicomios en Occidente. Tarragona: Publicacions URV, 2018; pp. 145-69.
33. Illanes Zubieta X. Pobres, locos, contrechos, heridos y otros miserables personas de distintas naciones y condiciones. Los enfermos del Hospital de la Santa Creu de Barcelona durante el Siglo XV. Vol. 11, Intus-Legere Historia. Universidad Adolfo Ibáñez, 2017; pp. 46-73.

34. Fontanals Jaumà R. The Books of Admissions of the Hospital de la Santa Creu de Barcelona (15th-18th Centuries). *Summa Revista de cultures medievals* 2013; 2(Autumn):187-214.
35. Trope H. *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV y XVI*. Valencia: Diputació de València, 1994.
36. Terrada, ML. Health Care and Poor relief in the Crown of Aragon. In: *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*. Routledge, 2005; pp. 185-208.
37. Fernández-Doctor A. El Hospital Real y General de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII. Zaragoza: Institución Fernando el católico, 1987.
38. Comelles JM. Locuras, excesos y manías en la Cataluña moderna (1769-1834). En: Brigidi S, Comelles JM, editores. *Locuras, culturas e historia*. Tarragona: Publicacions URV, 2014; pp. 15-48.
39. Comelles JM. De la locura como exceso a la locura como enfermedad. En: Simón Lorda D, Gómez Rodríguez C, Cibeira Vázquez A, Villasante O, editores. *Razón, locura y sociedad Una mirada a la historia desde el siglo XXI*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013; pp. 143-63.
40. Redfield R. The folk society. *American Journal of Sociology*. 1947;52(4):293-308.
41. Censo español executado de orden del Rey comunicada por el Excelentísimo señor Conde de Floridablanca. Madrid: En la Imprenta Real, 1787.
42. Novella EJ. Locura, opinión pública y medicina mental en los orígenes de la España contemporánea. *Medicina e Historia* 2012; 1:3-18.
43. Curet F. *Visions Barcelonines: La vida humanitària*. Alta Fulla; 1983, 332 p. En: <http://books.google.com/books?id=rYWgAAAAMAAJ&pgis=1>
44. Huguet-Termes T, Arrizabalaga J. Hospital Care for the Insane in Barcelona, 1400-1700. *Bulletin of Spanish Studies*. diciembre de 2010 ;87(8):81-104. En: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14753820.2010.530836>
45. Martín E, Comelles JM, Marina Arnau O. El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls. *Dynamis* 1993;13:201-234.
46. Parellada D, Buqueras i Bach F. L'obra psiquiàtrica de Pere Felip Monlau Roca. *Gimbernat Revista catalana d'història de la medicina i de la ciència* 1990; 13:181-92.
47. Villasante Armas O. The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900). *History of Psychiatry* 2003; 14(53 Pt 1):3-23.
48. Villasante O. Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: Un frustrado proyecto de Manicomio-Modelo. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria* 2002;2(2).
49. Comelles JM. Narrativas y locura en Barcelona. En: Viñuales O, editor. *Trastorno Mental Especialistas, pacientes y entorno*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2015; pp. 17-48.
50. Comelles JM. Caminos de la locura en la Catalunya de la Ilustración. En: *La experiencia de enfermar desde una perspectiva histórica XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*. Granada; 2008; pp. 181-5.
51. Comelles JM. La sombra del miedo: locura, violencia y cultura en la Cataluña moderna. En: Fernández-Juárez, G; Pedrosa JM, editores. *Antropologías del miedo: vampiros, sacamantecas, locos, enterrados vivos y otras pesadillas de la razón*. Madrid: Calambur, 2008; pp. 79-118.

52. Llibre de les costums generals escrites de la insigne ciutat de Tortosa. Tortosa: Imprenta Querol; 1912. 530 p. En: <http://books.google.com/books?id=dURUSQAACAAJ&pgis=1>
53. Comelles JM. Hospitals, Political Economy and Catalan Cultural Identity. En: Bonfield C, Reinarz J, Huguet-Termes T, editores. *Hospitals and Communities 1100-1960*. Oxford: Peter Lang, 2013; pp. 183-207.
54. Comelles JM. Sociedad, salud y enfermedad: Los procesos asistenciales. *Trabajo Social y Salud* 1998;29:135-50.
55. Capdeferro J. En la jaula de los locos: el Hospital de la Santa Creu de Barcelona, un ámbito jurisdiccional complejo (siglos XVI-XVII). *Ius Fugit* 2020;(23):41-54.
56. Espinosa Iborra J. La asistencia al enfermo mental en España durante la ilustración y el reinado de Fernando VII. En: *Cuadernos de Historia de la Medicina española*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1966; pp. 181-215.
57. Arranz T. Estadística oficial de manicomios españoles. *Revistas psiquiátricas del Manicomio de Sant Boi* 1999;157:2.
58. Diéguez A. Mitificación de lo siniestro: sobre La Casa de Locos de Zaragoza. *Frenia* 2001;1(1):129-157.
59. Vilar P. Catalunya dins l'Espanya moderna, IV. La formació del capital comercial. Barcelona, Edicions 62. Barcelona: Edicions 62, 1968.
60. Zarzoso A. L'exercici de la medicina a la Catalunya de la Il·lustració. Manresa: Publicacions de l'Arxiu Històric de les Ciències de la Salut, 2006; 186 pp.
61. Risse GB. *Mending Bodies, Saving Souls: a History of Hospitals*. New-York Oxford: Oxford University Press, 1999; 716 pp.
62. Bueltingsloewen I von. *Machines à instruire, machines à guérir. Les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société allemande 1730-1850*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 1997.
63. Parry-Jones WL. *The Trade in Lunacy: a study of Private Madhouses in England in the 18th and 19th centuries*. 1972]. 361 pp.
64. Gauchet M, Swain G. *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris: Gallimard, 1980.
65. Aparicio Basauri V, Sánchez Gutiérrez AE. Norma y ley en la psiquiatría española. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1997;17(61):125-45.
66. Seguí FC. *Apuntes sobre los manicomios españoles*. En: *Primer Certamen Frenopático Español*. Barcelona: Academia Ullastre, 1884; pp. 429-61
67. Cardona Á. La racionalidad centralizadora de la beneficencia y la asistencia de los locos en la España del trienio liberal. *Frenia* 2001; 1(2):87-102.
68. Maza E. *Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1939)*. Barcelona: Ariel, 1991.
69. Brierre de Boismont A. *Memoria para el establecimiento de un hospital de locos, traducida por P.F. Monlau*. Barcelona: Imprenta de Don Antonio Bergnes y Compañía, 1836.
70. Monlau F. *Al excelentísimo Ayuntamiento constitucional de Barcelona*. En: Brierre de Boismont A, editor. *Memoria para el Establecimiento de un Hospital de Locos*. Barcelona: Imprenta de Don Antonio Bergnes y compañía, 1840. pp. I-III.

71. Cardona A. La racionalidad centralizadora de la Beneficencia y la asistencia de los locos en la España del Trienio Liberal. *Frenia* 2001;1(2):87-102.
72. Rueda Sabala P. Les bullangues de Barcelona (1835-1837): Estat de la qüestió. *Índice Histórico Español* 2021;134:162-86.
73. Abelló T. L'ajut mutu en els inicis de l'associacionisme obrer: cooperatives i sindicats. *Revista d'Etnologia de Catalunya* 1997; 11:58-67.
74. Ricardo C. Monlau, Rubio, Giné. Curar y gobernar. Medicina y liberalismo en la España del siglo XIX. Madrid: Nivola, 2003.
75. Vilar P. La Cataluña industrial: reflexiones acerca de un arranque y de un destino. En: Vilar P et al., editor. *La industrialización europea Estadios y tipos*. Barcelona: Crítica, 1981; pp. 173-92.
76. Vilar P. *Catalunya dins l'Espanya moderna*. 4 vols. Barcelona: Edicions 62, 1964.
77. Rosen G. De la policia médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud. México: Siglo XXI, 1985; 379 pp.
78. Pi i Molist E. Proyecto médico razonado para la construcción del Manicomio de Santa Cruz de Barcelona. Barcelona, Tipografía la Académica, 1860.
79. Manicomio de la Santa Cruz. Barcelona San Andres. Folleto impreso. HSC, 1908.
80. El Manicomio de La Santa Cruz. Breve reseña de los Antecedentes de su fundación. Barcelona: Imprenta de la Casa Provincial de Caridad, 1886.
81. Gramsci A. Los intelectuales y la organización de la cultura. México: Nueva Visión, 1975; 50 pp.
82. Roca Vernet J. Quan els exiliats catalans de 1823-1850 bastiren horitzons nacionals plurals a Europa. *Revue d'Études Catalanes* 2018;3:6-18.
83. Roca Vernet J. La transformation de l'exil libéral espagnol en France (1823-1852). En: *Les exilés politiques espagnols, italiens et portugais en France au XIXe siècle Questions et perspectives*. Paris: L'Harmattan, 2017; pp. 81-102.
84. Monlau PF. Abajo las murallas. Memoria. Barcelona: Imprenta del Constitucional; 1841.
85. Comelles JM. Els manicomis i el fracàs de la psiquiatria catalana del XIX. *Ciència* 1982;22:16-30.
86. Zarzoso A. Private surgery clinics in an open medical market: Barcelona , 1880s-1936. *Journal of Evolutionary Studies in Bussiness* 2021;6(1):67-113.
87. Dalmau Palet P. La Societat Econòmica Barcelonesa d'Amics del País durant la primera meitat del segle XIX: origen, organització i principals línies d'actuació. *Cercles Revista de Historia cultural*. 2010;13:151-68.
88. Calbet Camarasa JM. El pensament de Pere Felip Monlau. En: *I Congrés Internacional d'Història de la medicina catalana. Llibre d'actes*. Barcelona- Montpeller: Editorial Scientia, 1970; pp. 281-304.
89. Terrades I. The Industrial Colonies: a test case for the relationship between Politics and Economics in Industrial Capitalism. *Critique of Anthropology* 1978;3(12):39-57.
90. Pi i Molist E. Elementos de Botánica: traducidos y arreglados en español, conforme al manual completo de Botánico que ha publicado en francés Mr. Boitard. Barcelona: Imprenta y Librería de P. Tous, 1844.

91. Dictámenes Médico-HigiéNICOS de la Comisión Facultativa inspectora del Hospital de La Santa Cruz de Barcelona. Nombrada El 12 de diciembre de 1847 por el Señor Alcalde Corregidor de esta ciudad. Barcelona: Imprenta de Antonio Brusi, 1848.
92. Novella EJ, Huertas R. Alexandre de Briere Boismont and the Origins of the Spanish Psychiatric profession. *History of Psychiatry* 2011;22(4):387-402.
93. Novella EJ. Travel and professional networks in the origins of Spanish psychiatry. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos* 2016;23(4):1023-40.
94. Comelles JM. El Tratamiento Moral En Catalunya (I): El 'Proyecto Médico Razonado de Emili Pi i Molist' (1860). En *Actas Del XXVII Congreso Internacional de Historia de La Medicina*. Vol. 1, 48-55. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1981.
95. Janer F. De los viajes médicos: discurso del Dr. D. Félix Janer ... en la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, leído en la sesión pública del día 2 de enero de 1844. Barcelona: s.n.: Imp. de A. Brusi, 1844; 19 pp.
96. Sánchez-Moreno I, Barreiros B. Quem vigia os vigilantes? A análise crítica do panoptismo na construção de asilos psiquiátricos: Hospital de Rilhafoles (Lisboa) e Hospital Mental de Santa Creu (Barcelona). En: Arruda A, Mello Machado F, Foureaux B, editores. *Governamentalidade e práticas psicológicas*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense- Nau Editora, 2020; pp. 315-52.
97. Comelles JM. Ideología Asistencial y Práctica Económica.» In I Congreso Español de Antropología. *Actas Vol 1*, Barcelona: Universidad de Barcelona, 1980; pp. 337-401.
98. Sánchez-Moreno I, Arruda A, Ferreira L, Jesus PR. Los escenarios del Theatrum Insaniae. Análisis de los modelos arquitectónicos del Gran Encierro. *Rev Hist Psicol* 2018;39(1):12-23.
99. Villasante Armas O. Primer Certamen Frenopático Español (1883): estructura asistencial y aspectos administrativos. *Asclepio* 1997;49(1):79-93.
100. Sola E (Luis Suñé y Molist). *Misterios Del Hospital. Narración Realista de Escenas y Lances Hospitalarios y Patológicos, Miserias Humanas...* Barcelona: Guillermo Parera Libroero, 1883.
101. Giné i Partagàs J. Discurso de clausura del Certamen Frenopático de Nueva Belén pronunciado en la sesión del día 18 de setiembre de 1883. En: Giné i Masriera J, editor. *Obra escogida*. Barcelona: Tipografía de La Academia, 1903; p. 335.
102. Pi i Molist E. Discurso que en la inauguración del Manicomio de la Santa Cruz de Barcelona... Barcelona: Imprenta de Heirinch y Compañía, 1889; 1-23 pp.
103. Riquer B de. Francesc Cambó. L'últim retrat. Barcelona: Edicions 62, 2022.
104. Comelles JM. Forgotten paths: Culture and ethnicity in Catalan mental Health policies (1900-39). *History of Psychiatry* 2010;21(4):406-23.
105. Peset Llorca V. *Estudios históricos sobre la Psiquiatría Valenciana*. Valencia: Edicions Alfons El Magnànim, 1987.
106. Fontanals Jaumà R. *Els llibres d'entrades de malalts de l'hospital de la Santa Creu de Barcelona (S. XV-XVIII)*. Svmma. Universitat de Barcelona, 2013; pp. 50-76.
107. Castel R. *L'Ordre Psychiatrique. L'Age d'or de l'aliénisme*. Paris: Les Editions de Minuit, 1976.

108. Goldstein J. *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo, 1997.
109. Rothman D. *The Discovery of the Asylum: Social Order and Disorder in the New Republic*. Boston: Little Brown, 1971.
110. Scull A. Museums of madness revisited. *Social history of medicine*, 1993;6(1):3-23.
111. Pi i Molist E. Breves apuntes biográficos sobre Avelino Pi i Arimon. En: Pi i Arimón A, editor. *Barcelona antigua y moderna o Descripción histórica de esta ciudad desde su fundación*. Barcelona: Imprenta y Librería Politécnica de Tomas Gorchs, 1854; pp. I-VI.



Imagen 1. *Vista exterior de la prisión De Koepel, año 1985, en el entorno urbano de la ciudad de Arnhem, Países Bajos. Gelders Archief / Fotocollectie voormalig gemeentearchief Arnhem / 1524-11504.*



Imagen 2. *Interior de la prisión De Koepel. La inmensa cúpula cubre un espacio circular delimitado por las celdas, y en su centro se sitúa el puesto de vigilancia. Gelders Archief / Fotocollectie voormalig gemeentearchief Arnhem / 1524-11499.*

REFLEXIONES EN TORNO A LA ARQUITECTURA DEL AISLAMIENTO

*Elena Martínez-Millana**

En las pasadas jornadas «*Arte, Clínica e Historia*» organizadas por la *Sección de Historia* de la *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, tuve la oportunidad de presentar algunos resultados de mi tesis doctoral¹ (1). En concreto, participé en la mesa temática «Las arquitecturas de la exclusión», moderada por la Dra. Margarita Medina.

Antes de comenzar, me parece pertinente señalar brevemente algunas cuestiones generales sobre esta tesis doctoral. En relación con el ámbito de estudio, cabe decir que proviene del campo de la arquitectura. La realicé en la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM). En concreto, en el Programa de Doctorado en Proyectos Arquitectónicos Avanzados (DPAA), y en el grupo de investigación en Vivienda Colectiva (GIVCO)². De modo que la tesis pertenece al área de investigación más específica que se ocupa del estudio de proyectos de vivienda colectiva. Estas jornadas de la *AEN* fueron una doble oportunidad. Por un lado, pude dar a conocer mi tesis más allá del ámbito estrictamente arquitectónico. Por otro lado, pude conocer de primera mano diversos estudios que, estando relacionados con el tema de mi investigación, provienen de otros ámbitos, como el de la medicina, y de su especialidad de psiquiatría. En este documento me centraré en presentar, como hice en las jornadas de la *AEN*, algunos resultados de mi tesis doctoral. Para contextualizar el estudio de caso que trataré aquí, primero introduciré brevemente las líneas de investigación que desarrollé en esta etapa predoctoral, y que también constituyen las bases de mi proyecto posdoctoral³.

* Dra. Arquitecta. Investigadora Posdoctoral Margarita Salas (Next Generation EU). Department of Architecture, Faculty of Architecture and the Built Environment, Delft University of Technology. Departamento de Proyectos Arquitectónicos, Escuela Técnica Superior de Arquitectura, Universidad Politécnica de Madrid.

e.martinezmillana@tudelft.nl; elena.martinez.millana@upm.es

¹ Esta tesis doctoral, titulada *Domesticidad «entre rejas»*, recibió el «Premio Extraordinario de Tesis Doctorales» de la Universidad Politécnica de Madrid, correspondiente al curso 2020-21 (2022).

² Grupo de investigación en Vivienda Colectiva (GIVCO), Escuela Técnica superior de Arquitectura, Universidad Politécnica de Madrid: <http://dpa-etsam.aq.upm.es/gi/givco/>

³ La autora es Doctora Contratada por la Universidad Politécnica de Madrid a través del programa oficial de *Recualificación Margarita Salas* del Ministerio de Universidades del Gobierno de España, financiado por el programa *Next Generation EU* (Unión Europea).

La domesticidad ha sido definida como un término que hace referencia a la experiencia de la vida privada, a las dimensiones materiales del hogar, y a una ideología que organiza cuestiones complicadas y a menudo controvertidas sobre la privacidad, el trabajo, la identidad de género, la familia, la formación del sujeto, la clase socioeconómica, la moral civilizadora y la representación cultural (2). El tema de la domesticidad, centrado en la ocupación del espacio, ha sido ampliamente abordado por diversos campos de estudio como la antropología, la etnografía, la cultura material y la geografía cultural, sin embargo, el de la arquitectura comenzó a estudiarlo más activamente a principios del siglo XXI. Una revisión reciente de estas contribuciones se puede encontrar en el artículo titulado «Situating Domesticities in Architecture: Tracing Emerging Trajectories» (3). De todas ellas, la que fue especialmente reveladora para mi tesis doctoral fue la de Hilde Heynen «Modernity and Domesticity: Tensions and Contradictions» (4). En este artículo, Heynen señala que también existe cierta complicidad entre la modernidad y la domesticidad, mientras que el discurso dominante establecía que esta relación es de oposición. La cercanía etimológica entre los términos domesticidad y domesticar no es una coincidencia y, como señala Heynen junto con otros autores, desvela otro tipo de relación. Mi investigación se basa en esta idea de que la noción de domesticidad es a la vez complementaria y opuesta a la vivienda de la modernidad. En este sentido, la tesis examina en qué medida incluir esta noción en el análisis de la arquitectura vivienda puede desestabilizar sus bases. Demostrando que el estudio de la domesticidad puede ser útil para articular la reconceptualización de la vivienda.

Las líneas de investigación que planteé desde un comienzo tratan de explorar críticamente y repositionar el término habitar en relación con la arquitectura de la vivienda y la domesticidad. La pregunta de investigación era ¿Cómo puedo explorar las tensiones y contradicciones de la domesticidad? Para ello, propuse estudiar las viviendas de aquellos que no habían tenido a la familia como referente, considerar otras formas de vida colectiva que surgieron en los últimos siglos y que fueron habitadas por personas solas, pero dentro de una comunidad. En otras palabras, propuse estudiar la domesticidad fuera de la *domus*, de la casa, mediante el análisis de las «heterotopías»⁴—noción que definió Michel Foucault en «Des espaces autres» (5)—, y que agrupa conjuntos arquitectónicos, como son los hospitales, las prisiones, y los asilos, entre otros, a los que yo añadí

⁴ Este artículo fue premiado en la *XIV Bienal Española de Arquitectura y Urbanismo (BEAU)* titulada «Más habitar, más humanizar», en la categoría de investigación, por el Ministerio de Fomento del Gobierno de España (2018).

justificadamente los monasterios y los conventos. Una referencia clave a mencionar es el reciente trabajo de Susanne Schmid en su libro *A history of collective living: forms of shared housing* (6). En él la autora repasa la historia de la vida en común desde aproximadamente 1850 hasta nuestros días, a través de una selección de proyectos de vivienda que van más allá de la vivienda tradicional. Algunas de las líneas de investigación que yo había planteado en *Desmontando la domesticidad: Habitando las heterotopías* (7), en 2016, las he visto desarrolladas con gran eficacia en el trabajo de Schmid. En mi investigación, seleccioné una colección de proyectos arquitectónicos, tanto históricos como contemporáneos, que generan respuestas especulativas a la pregunta de qué significa habitar, y problematizan cuáles son los términos de referencia del habitar (8).

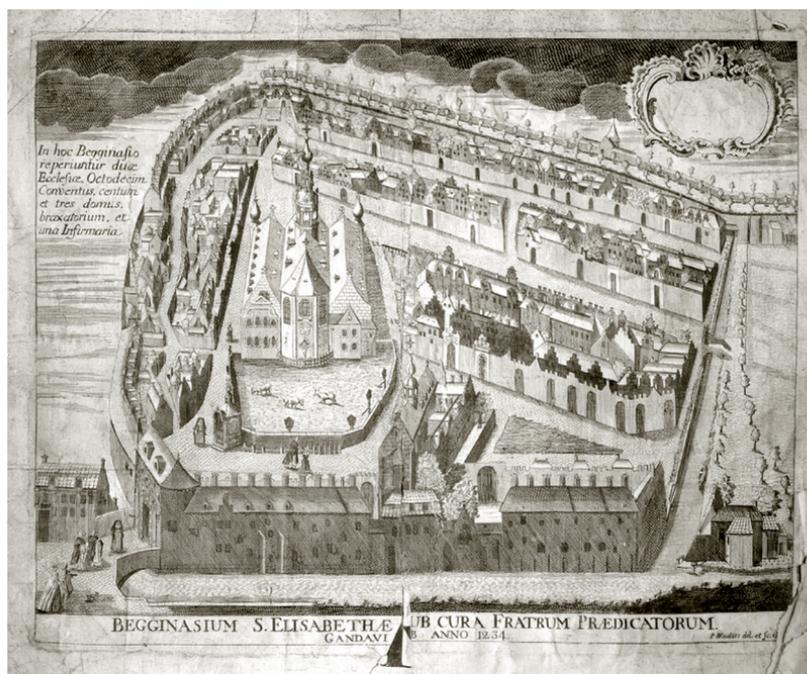


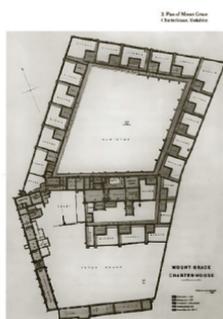
Imagen 3. Ejemplo de estudio de caso analizado por la autora en «The Beguinages: Cities Within Cities. Analysis of other hybrid types in the medieval city». En: «EURAU Congress on Architecture's Capacity to Challenge and Extend the Limits of other Disciplines», 19-21 September 2018, Escuela Politécnica Superior, Universidad de Alicante; pp. 132-137.

Una de estas líneas de investigación cobró un mayor protagonismo cuando en 2017 conseguí un contrato predoctoral, financiado por la Comunidad de Madrid y el Fondo Social Europeo⁵; el proyecto tenía por título *Domesticidad «entre rejas»*, y planteaba la conjetura crítica según la cual las prisiones son también viviendas, y las viviendas también pueden ser prisiones. La posibilidad de hacer este proyecto era, por así decirlo, la intersección entre los intereses de la autora y los que la academia, la ciencia, y la sociedad, representada por esta figura financiadora, pudieran tener. En síntesis, se puede decir que con esta investigación traté de extender los límites tradicionales del estudio de la vivienda, al incorporar las prisiones como tales. Tanto el enfoque general de la investigación como este más acotado, tuvieron como referencia desde su origen los trabajos del arquitecto e historiador Robin Evans. Un ejemplo concreto es la tesis que Evans expuso en su artículo «Right of retreat and rites exclusion», donde el autor establece una relación genealógica entre los espacios de retiro como los monasterios y los espacios de exclusión como las prisiones, ya que ambos comparten el concepto de una vida fuera de la sociedad, aunque en un caso se trate de una decisión voluntaria y en el otro forzada, ambos comparten «la paradójica posibilidad» de estar «densamente atestados de individuos aislados», en ambos «la arquitectura reduce al mínimo la probabilidad de contactos humanos casuales» (9). Más allá de esta referencia, mi interés por su trabajo se debe a la profundidad analítica, y un enfoque de su investigación que abarca desde cuestiones sociales, como la moral y las relaciones de poder en las prisiones y las viviendas, hasta preocupaciones formales, como el diseño, la creación y la proyección (10).



1071

The Rights of Retreat and the Rites of Exclusion
Notes Towards the Definition of Wall



1. Plan of Prison and
Monastery
2. Plan of Prison and
Monastery
3. Plan of Prison and
Monastery

body has seriously approached architecture from this direction, possibly because it is, in the end, the issue that induces most criticism, for though in the manufactured world it seems to be the prime mobilising force in a culture of such mutual interdependence, interconnection and interactivity.

Our common hope has led that retreat is to be a more acceptable, greater and altogether more lively reduction of the current emptiness of materiality (deeper than the usual Post-war emptiness of modernism), but both could be considered, in a certain sense, as difficult. So much what we have seen circulating in the past few years is to see the building (vision) of a young generation, in the light of a new culture of human failure.¹⁰ The desire for sanctuary is with us once more.

Imagen 4. Páginas del artículo de Robin Evans «The Rights of Retreat and the Rites of Exclusion: Notes Towards the Definition of Wall». En: *Translations from drawing to buildings and other essays*. AA Publications: London, UK, 2011; pp. 34-53. Publicado originalmente en *Architectural Design* 1971, 6; 335-339.

⁵ Convocatoria pública competitiva financiada por el Fondo Social Europeo (Unión Europea) y la Comunidad de Madrid, PEJD-2017-PRE/HUM-4149, contrato de investigadora predoctoral.

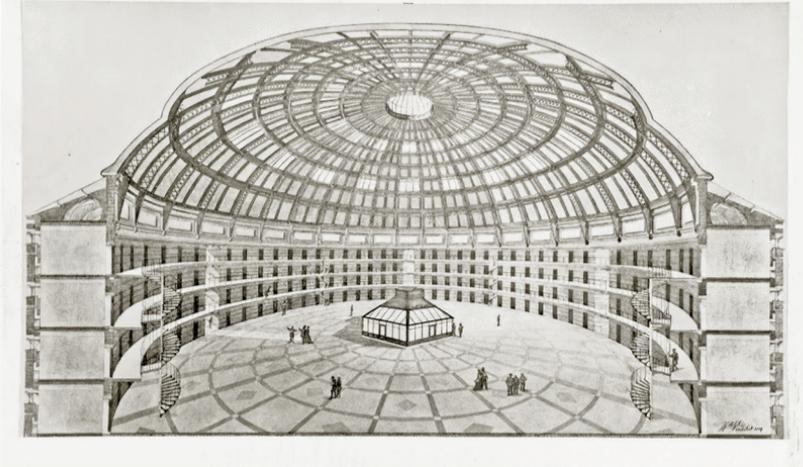


Imagen 5. De Koepelgevangenis o «prisión de cúpula», situada en la ciudad de Arnhem, Países Bajos, del arquitecto J.F. Metzelaar, 1882-1886. Nationaal Archief, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Den Haag. NL-HaNA/ 4.RGD (Rijksgebouwendienst)/ 1612.32.

En esta tesis traté de ofrecer lo que se conoce como «análisis proyectivo», que aúna teoría y práctica arquitectónica (11); por la complejidad de la materia, finalmente fue un estudio de caso en lugar de una colección de ellos. Durante los años 2019 y 2020 realicé mi estancia de investigación predoctoral en la Delft University of Technology (TU Delft) gracias a dos becas, de 3 y 12 meses, y por ello obtuve la mención de «Doctorado internacional»⁶. La razón principal de esta estancia fue que mi tesis se centró finalmente en un caso paradigmático, una de las pocas prisiones panópticas puras construidas en Europa a finales del siglo XIX. Tres de ellas están en los Países Bajos. Pude mostrar las transformaciones de la domesticidad de una prisión Panóptica en relación con la evolución de las políticas penitenciarias a lo largo de más de un siglo (1882-1988). En particular, profundicé en el periodo de finales de los años setenta y principios de los ochenta del siglo XX, y analicé el proyecto que el influyente arquitecto holandés Rem Koolhaas/Office for Metropolitan Architecture hizo para la renovación de esta prisión situada en la ciudad de Arnhem. En este periodo las políticas penitenciarias perseguían que las prisiones se parecieran a las viviendas, y el proyecto de Koolhaas/

⁶ Chair of Architecture & Dwelling, Faculty of Architecture and the Built Environment, Delft University of Technology: <https://www.tudelft.nl/bk/over-faculteit/afdelingen/architecture/organisatie/groepen/woningbouw/staff>

OMA mostraba las posibilidades de transformación de la domesticidad de este edificio histórico, monumento nacional en los Países Bajos, pero además emblema de lo que Foucault denominó la «sociedad disciplinaria» (12).

DOMESTICIDAD «ENTRE REJAS»

El caso que presento a continuación es una de las tres prisiones panópticas puras construidas en los Países Bajos a finales del siglo XIX, en concreto la que se encuentra situada en la ciudad de Arnhem. Los resultados aquí presentados, se estructuran en dos partes. En la primera parte, explico brevemente cuestiones significativas del estudio del edificio original, y el principio en el que se basó; y, a continuación, sintetizo cuál fue la recepción de éstos en la década de 1970 y 1980 a través de las ideas de Foucault. En la segunda parte, muestro la influencia de las ideas de Foucault en el discurso teórico y la práctica arquitectónica de Koolhaas en la década de 1970, y, concretamente, en su proyecto para la renovación de la prisión Panóptica en la década de 1980.

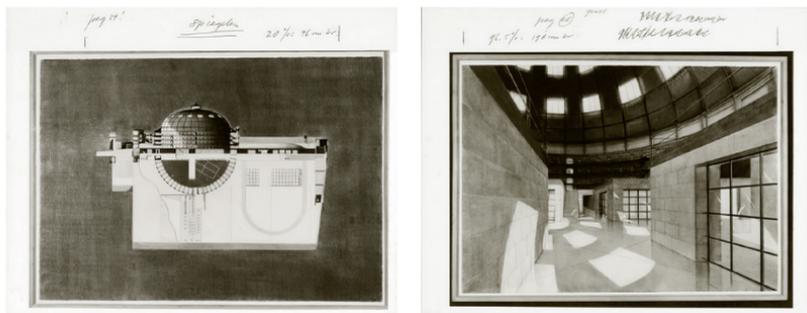


Imagen 6. Proyecto de Rem Koolhaas/OMA para la Koepelgevangenis en Arnhem, 1979-1980; perspectiva general del proyecto, y del espacio interior de la cúpula, «la intersección de las dos calles elimina 'el ojo' del Panóptico», por Stefano de Martino. Collection Het Nieuwe Instituut/ OMA / f47-7a; OMA / f47-8a (2 foto's zwart/wit van presentatietekeningen).

En primer lugar, he estudiado el edificio original, conocido como la *Koepelgevangenis* que significa «prisión de cúpula», o *De Koepel* «la cúpula», de J. F. Metzelaar (1882-1886) y he mostrado hasta qué punto materializó el principio Panóptico en el que se había basado. Tal y como J. Bentham lo ideó, las celdas de la prisión están ubicadas siguiendo un perímetro circular. Por lo tanto, en teoría todos los presos pueden ser observados desde un único punto de vigilancia situado en el centro del círculo. Esta distribución genera un gran espacio central que, en el diseño de la prisión *De Koepel*, tiene un diámetro de

52 metros y está cubierto por una cúpula de 31 metros de altura. El anillo de celdas está dividido en cuatro partes iguales por cuatro torres donde una escalera de piedra conecta el nivel inferior con los otros tres niveles. Además, en las pasarelas que dan acceso a las celdas, hay cuatro escaleras de caracol metálicas a mitad de camino entre las torres.

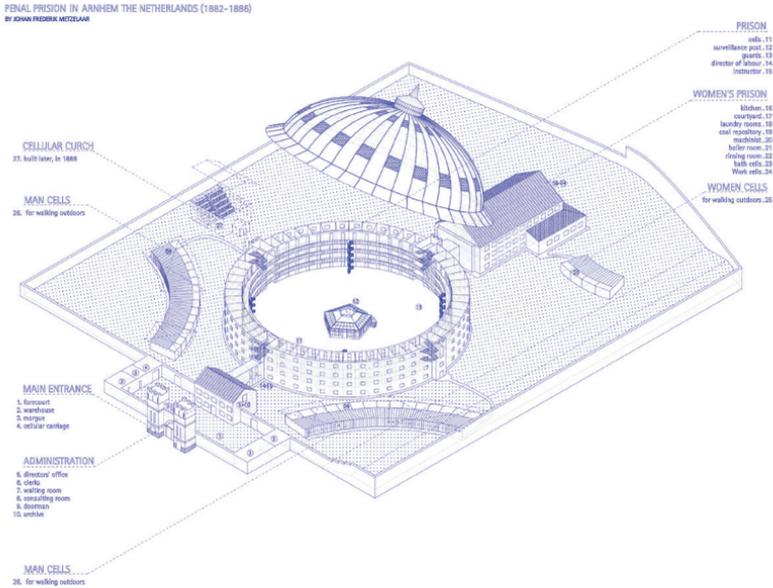


Imagen 7. Axonometría del conjunto de la prisión De Koepel, en Arnhem, Países Bajos; dibujo elaborado a partir de los planos de J. F. Metzelaar.

Hay un total de 208 celdas, ligeramente trapezoidales, con una anchura de 2.40 metros en el lado de la puerta y 2.80 metros en el lado opuesto, donde está la ventana. La longitud o profundidad de las celdas es de 4.00 metros. Las ventanas de las celdas miden 1.20 × 0.70 metros.

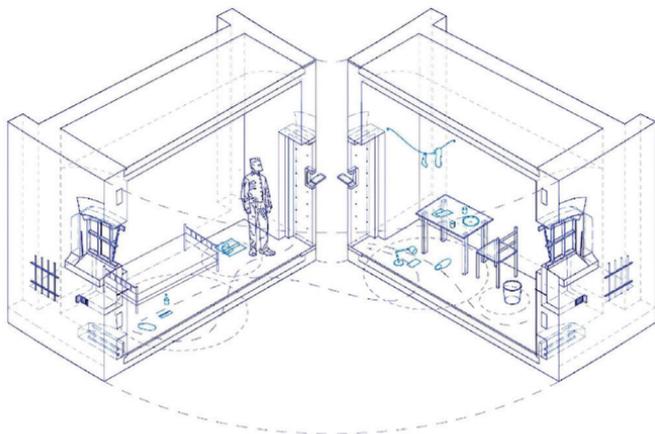
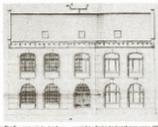


Imagen 8. Dibujos de la celda tipo de la Koepelgevangenis en Arnhem, Países Bajos, elaborados para este análisis a partir de los grabados del s. XIX.

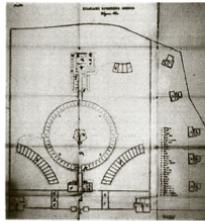
A través del estudio de documentos como, por ejemplo, la tesis doctoral de M.A. Petersen acerca de la historia del sistema penitenciario de los Países Bajos desde 1795, he podido averiguar y explicar por qué esta prisión fue criticada desde el origen (13). Tal y como Petersen estudió a partir de documentos de la época, esta presentaba una serie de inconvenientes. Por ejemplo, la peculiar acústica de la cúpula hacía que los prisioneros no pudieran entender al clérigo desde sus celdas, y fue necesario construir una iglesia celular poco después. También se señaló la dificultad de los guardias para acercarse a las celdas sin ser vistos por los prisioneros —no había ninguna galería de inspección para ocultarlos—, y la imposibilidad de supervisar el interior de las celdas desde el puesto de vigilancia —las paredes de las celdas estaban construidas con ladrillos. La prisión fue fuertemente criticada desde su origen como un «dujo descarado». Era frecuente escuchar a la gente cuestionar si estaba justificado que los prisioneros fueran alojados en un edificio que se asemejaba a un hotel: «¿No promovería el crimen en lugar de disuadirlo?» (14). Estos «inconvenientes» serían cruciales en el estudio llevado a cabo por Koolhaas para la prisión.



10. De Strafgewangenis in Arnheim - versie uit ontwerptekening anno 1886



11. De Strafgewangenis in Arnheim - versie uit ontwerptekening anno 1886



12. De Strafgewangenis in Arnheim - plattegrond anno 1886 - versie uit ontwerptekening

13. De Strafgewangenis in Arnheim - plattegrond anno 1886 - versie uit ontwerptekening van de architect J.F. Metzelaar. De tekening is een detail van de plattegrond van de gevangenis in Arnheim, met de centrale toren en de cellen eromheen. De tekening is getiteld 'De Strafgewangenis in Arnheim - plattegrond anno 1886 - versie uit ontwerptekening van de architect J.F. Metzelaar'. De tekening is een detail van de plattegrond van de gevangenis in Arnheim, met de centrale toren en de cellen eromheen. De tekening is getiteld 'De Strafgewangenis in Arnheim - plattegrond anno 1886 - versie uit ontwerptekening van de architect J.F. Metzelaar'.

Imagen 9. *De Strafgewangenis o De Koepel, en Arnhem, Paisas Bajos, J.F. Metzelaar, 1886. M.A. Petersen, Gedetineerden Onder Dak. Ph.D Thesis, Univ. of Leiden, The Netherlands, 1978.*

En segundo lugar, he mostrado cual fue la recepción de este principio abstracto y del propio edificio en la década de 1970, a través de las ideas de Michel Foucault, sobre las heterotopías y las prisiones. Foucault afirmó que «El mayor efecto del Panóptico: inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción; que la perfección del poder tienda a volver inútil la actualidad de su ejercicio; que este aparato arquitectónico sea una máquina de crear y de sostener una relación de poder independiente de aquel que lo ejerce; en suma, que los detenidos se hallen insertos en una situación de poder de la que ellos mismos son los portadores». Para Foucault, el Panóptico mostraba de alguna manera el «diagrama» de lo que él denominó «sociedad disciplinaria»: «El Panóptico no debe ser comprendido como un edificio onírico: es el diagrama de un mecanismo de poder referido a su forma ideal; su funcionamiento, abstraído de todo obstáculo, resistencia o rozamiento, puede muy bien ser representado como un puro sistema arquitectónico y óptico: es de hecho una figura de tecnología política que se puede y que se debe desprender de todo uso específico» (15, p. 189).

Robin Evans, en este periodo también estudió las prisiones y en concreto el Panóptico de Bentham, en su tesis doctoral «Diseño de prisiones, 1750-1842. Estudio de la relación entre la arquitectura funcional y la ideología penal» (Universidad de Essex). Cabe decir que la tesis la leyó el mismo año, en 1975, en el que fue publicado el libro de Foucault *Surveiller et Punir. Naissance de la Prison* (1975), sin embargo, años antes, en 1971, ya había sido publicado su artículo sobre el Panóptico en la revista de la *Architectural Association* de Londres. Como señalo Evans, la idea del Panóptico tendía a asociarse sólo

con la arquitectura penitenciaria, sin embargo, el propio Bentham pensó que podría ser igualmente útil para otros fines, «no importa cuán diferentes o incluso opuestos». Tal y como describió Bentham el Panóptico o Casa de Inspección en 1787, su esquema es «Una forma de obtener poder de la mente sobre la mente, en una cantidad hasta ahora sin ejemplo y que, en un grado igualmente sin ejemplo, se asegura por quien lo elige así, contra el abuso» (16). Es decir, se basaba en un ideal progresista de mejora del comportamiento humano, la Arquitectura era un instrumento para el control, pero también para protegerlos contra el abuso.

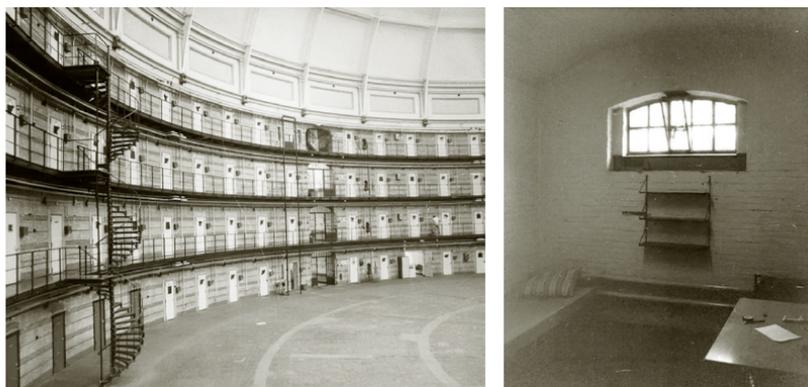


Imagen 10. La prisión De Koepel, en Arnhem, los anillos circulares dan acceso a las celdas; la celda tipo de la prisión De Koepel; un espacio mínimo, con escasa luz natural. Office for Metropolitan Architecture Archive. Collection Het Nieuwe Instituut / OMAR / f2-22a; OMAR / f2-28^a.

Antes de mostrar la influencia de las ideas de Foucault en el proyecto específico de Koolhaas para la renovación prisión Panóptica, he de decir que me he apoyado en los trabajos de otros autores que ya lo han estudiado en relación con otras obras suyas. De estos quiero destacar el Hilde Heynen y Lieven De Cauter con respecto a proyecto *Exodus. The Voluntary Prisoners of Architecture*, donde los autores explican la influencia del concepto de heterotopía de Foucault en la concepción de este proyecto, entre otras cuestiones (17). También, mucho antes Hans Van Dijk, relaciona sus ideas con las de Bentham, etc. (18). También cabe señalar que Koolhaas conoció a Foucault cuando estaba en EE. UU., en concreto en 1972 cuando estuvo dando clases en la Universidad de Cornell. Entonces Foucault estaba preparando su libro *Surveiller et Punir* por lo que Koolhaas pudo conocer de primera estas ideas.

Para poder analizar la propuesta de Koolhaas para la prisión Panóptica, en primer lugar, ha sido clave estudiar el encargo, que le hizo la *Agencia*

de Edificios del Gobierno (*Rijksgesbouwendienst* o RGD) de los Países Bajos. En particular quiero destacar este documento que me facilitó la RGD y que me permitió conocer y profundizar en esta cuestión, el encargo. El objetivo era que el edificio de 100 años de antigüedad fuera equipado para que pudiera funcionar «por lo menos otros 50 años», y lo más importante, que «encarnara las ideas actuales sobre el tratamiento de los prisioneros...». De acuerdo con las políticas penitenciarias de entonces, era importante que las prisiones reprodujeran una condición de normalidad. En palabras del cliente, «aparte de la inevitable detención, las condiciones dentro de la prisión deben diferir lo menos posible de las del exterior» (19).

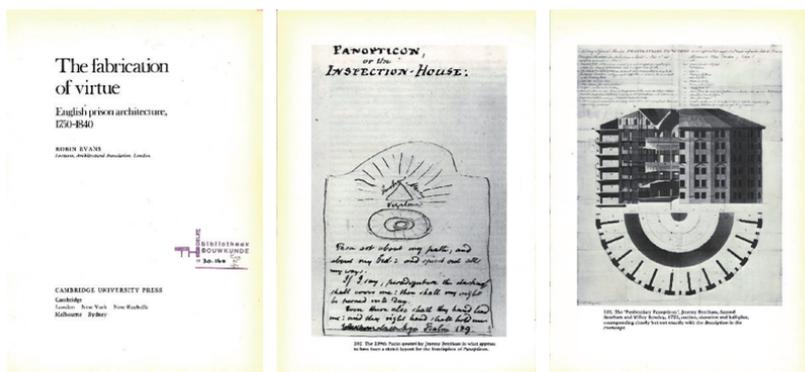


Imagen 11. *El Panóptico de Jeremy Bentham, páginas extraídas del cap. 5 «A way of obtaining power».* Robin Evans, *The Fabrication of Virtue* (1982), versión publicada de *Prison design, 1750-1842*, Ph.D. Thesis, Univ. of Essex, UK, 1975.

El ejemplo más representativo de prisión que encarnó estas entonces nuevas políticas es la *Institución Penitenciaria Over-Amstel* (*Penitentiare Inrichting Over-Amstel*) en Ámsterdam, comúnmente conocida como *Bijlmerbajes*, construida de nueva planta entre los años 1972 y 1978, esta se parecía mucho a las viviendas de los alrededores; ni siquiera tenía rejas. Como podemos ver en este documento, en *Bijlmerbajes* el plano de cada torre muestra un espacio colectivo con una instalación comunitaria y varias celdas que lo rodean (20). La creación de diferentes grupos en esta prisión estaba determinada por la distribución de cada plano o nivel de la torre, en «familias» de prisioneros. Lo curioso es que esta prisión fue muy criticada por la sociedad de la época que le parecía intolerable que las nuevas prisiones se parecieran a sus viviendas. Me preguntaba ¿por qué la gente se ofende si las prisiones se parecen a sus viviendas, que acaso tienen que vivir en sitios peores? ¿O acaso les indigna porque sus viviendas son también prisiones?

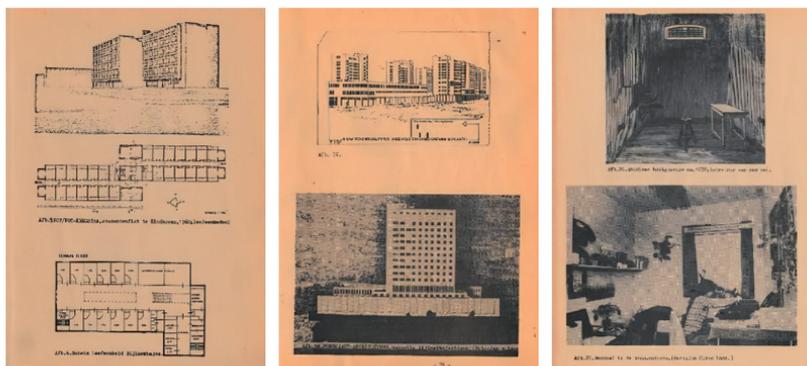


Imagen 12. La comparación entre las nuevas prisiones como la de Bijlmerbajes en *Ámsterdam* y la *Koepelgevangenis* en *Arnhem*, también fue examinada por otros autores, como *Agnes Schreiner and Pia Mitchell, De 'Geschiedenis' van de Bijlmerbajes. SRV/U: Amsterdam, The Netherlands: 1980.*

Esta prisión *Bijlmerbajes* también fue muy criticada por los que están al lado de los presos, la asociación el *Grupo de Iniciativas de Pacientes y Prisioneros*, la *Unión de Trabajadores Científicos*, etc. Consideraban que las nuevas prisiones similares a las viviendas eran sinónimo de «control excesivo»: eliminaban todo sentido de colectividad, la subdivisión reforzaba los sentimientos de aislamiento; la relación con los guardias se ha mediado a través de dispositivos electrónicos; imponían una unidad ‘familiar’ con pretensión terapéutica. Estos documentos acerca del encargo y las condiciones que marcaban las nuevas políticas penitenciarias, y la recepción por parte de la sociedad (general y especializada) de la prisión ejemplar que las había materializado, me permitió comprender mejor la propuesta de *Koolhaas/OMA*. El proyecto de renovación de la prisión *De Koepel* fue una oportunidad que aprovecharon para hacer una importante crítica a la evolución de la arquitectura penitenciaria, y, también a la arquitectura de la vivienda en general.

Para comprender la estrategia general de la propuesta es importante hacer referencia a la primera experiencia de *Koolhaas* al visitar la *Koepel*, en 1979. Entonces pudo ver que la *Koepel*, los prisioneros podían circular «casi libremente» por las pasarelas y el enorme espacio central (como podéis ver en la foto están las pistas de juego) y el puesto de vigilancia se había convertido en una cafetería (en la que cortinas protegían a los vigilantes para no ser observados). En palabras de *Koolhaas*: (la prisión) «Tiene 100 años y su ‘fórmula’ ya ha sido invertida, el puesto de vigilancia se había transformado en una cafetería para los guardias que estaban obligados a protegerse con cortinas de las miradas de los presos que podían circular casi libremente por las pasarelas!» (21). La domesticidad de la prisión se había transformado sin

necesidad de intervención alguna. Es decir, en contextos restrictivos y totalitarios como una prisión pueden producirse experiencias liberadoras apoyadas en la Arquitectura.

La propuesta de Koolhaas daba, en definitiva, continuidad a ese cambio que ya se había producido. La estrategia más reconocible de la intervención es la de dos calles que se cruzan en centro de la *Koepel* en el antiguo puesto de vigilancia, «su intersección eliminaba para siempre el ‘ojo’ del panóptico». Esta voluntad de «eliminar el centro», de «eliminar el ojo» del Panóptico lo expresaron con gran claridad en la conocida imagen de *Un Chien Andalou*, (Luis Buñuel y Salvador Dalí 1929), que aparece al principio del capítulo dedicado a este proyecto en *S,L,M,XL* (22). Uno de los principales documentos de mi investigación fue una presentación que ofreció Koolhaas en un encuentro de posdoctorado de la Delft University of Technology (TU Delft) en el que explicó exclusivamente la propuesta. Entonces, en 1980, ofreció una explicación diferente a la que es posible encontrar en los archivos más técnicos que hizo para el cliente. Pude demostrar que Koolhaas utilizó de forma explícita el estudio de Robin Evans sobre Bentham. Si bien, esto podía suponerlo porque fue publicado cuando ambos estaban en la *Architectural Association* de Londres, en esa presentación utilizó las ilustraciones del artículo de Evans por lo que quedaba probado. También era evidente que las ideas que Koolhaas explicó sobre el Panóptico y las prisiones guardaban gran similitud con el discurso sobre el poder de Foucault, por ejemplo, Koolhaas diría: «¡Muy pocas partes nos ofrecen un autorretrato tan fiel de la sociedad como el sistema penitenciario!» (14).

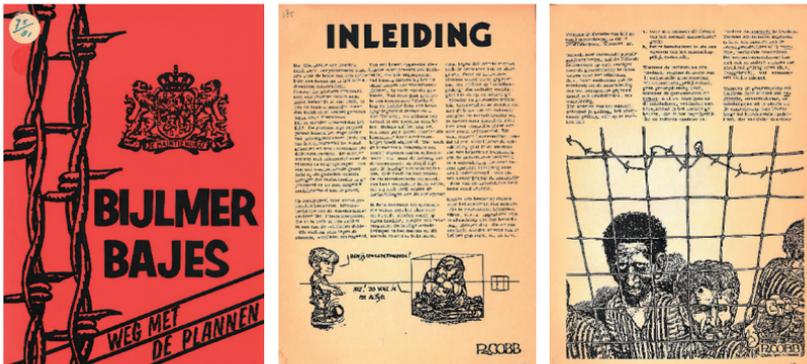


Imagen 13. Algunas páginas del estudio que hizo una crítica feroz a la Penitenciaire Inrichting Bijlmerbajes (Institución Penitenciaria Bijlmerbajes), Amsterdam. *Bijlmerbajes: Weg Met de Plannen*; *Nederlands Genootschap tot Reclassing: Amsterdam, The Netherlands, 1974.*



Imagen 14. La *Koepelgevangenis*, en Arnhem, en el centro se encuentra el antiguo puesto de vigilancia; fotografías de Rem Koolhaas/OMA. Collection Het Nieuwe Instituut/OMAR / j2-11^a.

La propuesta de Koolhaas operaba sobre los dos principios fundamentales en los que la prisión había basado su existencia, la vigilancia central y el confinamiento solitario. El proyecto original consta de dos operaciones clave. En primer lugar, la creación de un podio público (enterrado bajo la *Koepel*), que contiene todos los nuevos equipamientos de la prisión, (cocinas, talleres, gimnasio, medico, dentista, peluquería, biblioteca), y unas calles que incorpora una ambigua cualidad urbana en el interior de la cúpula. En segundo lugar, el proyecto introduce una serie de instalaciones en el anillo de las celdas que equipan la reliquia histórica para que funcione como una «vivienda». A través de su propuesta, utilizando numerosos diagramas, Koolhaas trató de mostrar las mayores posibilidades de agrupación que presentan los anillos celulares, en comparación con las prisiones modernas como la *Bijlmerbajes*. Por ejemplo, formando grupos en cada planta (funcionarios de la prisión, presos en dos mitades) y además también podían agrupar distintos niveles. De esta manera, de acuerdo con el objetivo de las políticas penitenciarias de entonces, los contrastes esenciales que definen la vida en el exterior –como el interior/ exterior, el hogar/trabajo, la casa/calle– se restablecen en el interior de la prisión de forma que no hay distinción entre el mundo interior y el exterior.

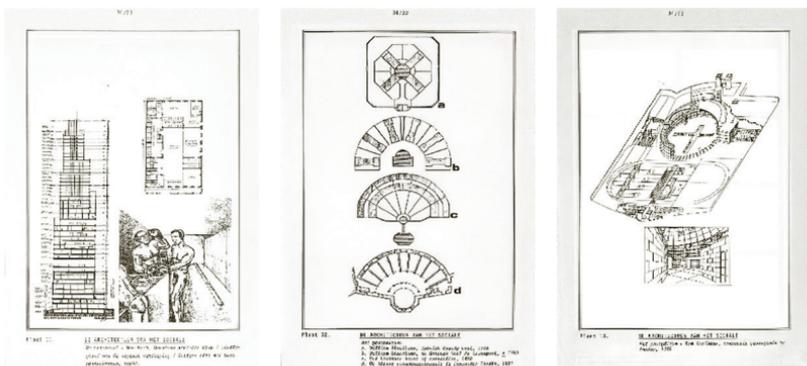


Imagen 15. Láminas «De architectuur van het sociale», que Koolhaas utilizó en la presentación del proyecto de la prisión De Koepel, en la TU Delft, 1980. (a) Plaat XI. «The metropolis»; (b) Plaat XII. «The Panopticon»; (c) Plaat XIII. «The Panopticon: Rem Koolhaas, prison renovation in Arnhem, 1980». En *Stichting Postdoctoraal Onderwijs in het Bouwen*. Delft University of Technology: Delft, The Netherlands, 1980; pp. 21-23.

Para Koolhaas, la *Koepel* demostraba ser más «flexible», frente a otras como la *Bijlmerbajes* que se basaba en una «coincidencia determinista entre la forma y el programa», y ofrecía «un inventario literal de todos los detalles de la vida cotidiana». La *Koepel* no era una «anticipación exhaustiva de todos los cambios posibles» sino que tenía capacidad de hacer posibles «interpretaciones y usos diferentes e incluso opuestos» (22).

Para concluir, quiero hacer referencia al título de la tesis domesticidad entre rejas, que sintetiza la interpretación de las viviendas como prisiones y las prisiones como viviendas. Como conclusiones de este estudio de las transformaciones de la domesticidad de la prisión de acuerdo con la evolución de a las políticas penitenciarias holandesas: La domesticidad de la prisión ya se había transformado sin necesidad de intervención alguna, emblema de la sociedad disciplinaria había sido conquistado por nuevas formas de relaciones sociales entre prisioneros. Su propuesta trató de dar continuidad a ese cambio que ya había producido en el emblema de la sociedad disciplinaria, para ello, tacha (simbólicamente) el ojo del panóptico introduciendo las calles. Con la introducción de los satélites cuestiona la imposición de la agrupación «familiar» a un colectivo presos. Con el podio de equipamientos colectivos, actualiza la antigua prisión panóptica de acuerdo con las nuevas políticas penitenciarias, que perseguían hacer «más habitable» y mejorar la vida de los presos.

En 2022, más de tres décadas después de que el proyecto llegara a su fin, Koolhaas/OMA ha anunciado que finalmente llevará a cabo la renovación de una de las tres prisiones panópticas de Países Bajos, en este caso la situada en la ciudad de Breda. Entre otras razones, esto muestra lo pertinente de este estudio de caso.

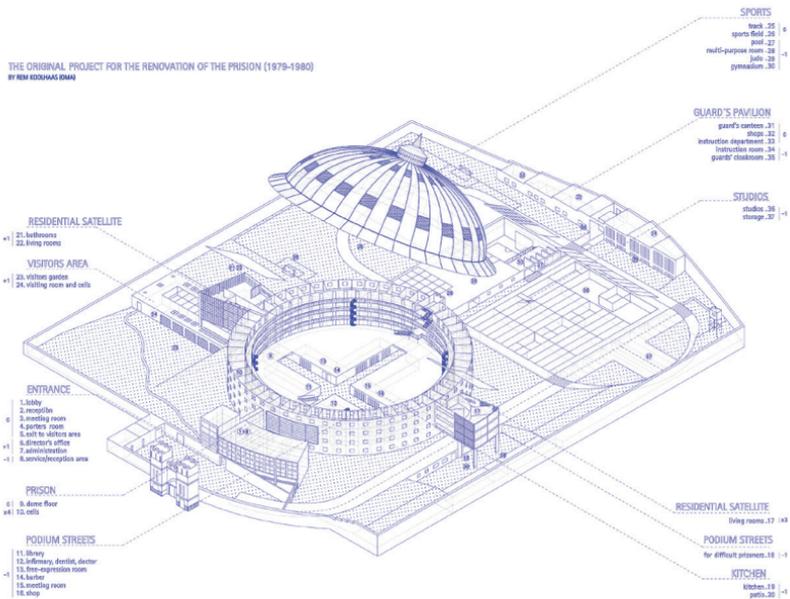


Imagen 16. Axonometría del conjunto del proyecto de renovación y extensión de la Koepelgevangenis, en Arnhem, elaborada a partir de los planos de Rem Koolbaas/OMA (1979-1980).



Imagen 17. Maqueta del proyecto de renovación y extensión de la Koepelgevangenis en Arnhem, de Rem Koolbaas/OMA, 1979-1980. Collection Het Nieuwe Instituut/ OMA/ MAQV_500-e

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Millana E. Domesticidad «entre rejas»: Proyecto de Rem Koolhaas/OMA para la Prisión Panóptica en Arnhem (1979-1988) [Tesis doctoral]. [Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid]: Universidad Politécnica de Madrid, 2021; p. 1.
2. Cohen MF. Domesticity. En: Oxford Bibliographies [Internet]. New York, N.Y.: Oxford University Press; 2016 [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: 10.1093/obo/9780199799558-0091
3. Chee L. Situating Domesticities in Architecture: Tracing Emerging Trajectories. En Routledge; 2018 [citado 29 de abril de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10331867.2018.1473004>
4. Heynen H. Modernity and domesticity: tensions and contradictions. En: Heynen H, Baydar G, editores. *Negotiating Domesticity*. Routledge, 2005; pp. 1-29.
5. Foucault M. Des espaces autres. *Architecture, Mouvement, Continuité*. 1984; (5):46-9.
6. Schmid S. A history of collective living: forms of shared housing [Internet]. Schmid S, Eberle D, Hugentobler M, editores. Birkhäuser; 2019 [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/9783035618686>
7. Martínez-Millana E. Disassembling Domesticity: Inhabiting Heterotopias= Desmontando la domesticidad: habitando las heterotopías. En: Tejedor Cabrera A, Molina Huelva M, editores. *IDA: Advanced Doctoral Research in Architecture*. ETSA Sevilla: Universidad de Sevilla, 2017; pp. 1387-406.
8. Martínez-Millana E. The Beguinages: Cities within Cities. Analysis of other hybrid types in the medieval city. En: *Eurau Alicante Retroactive Research in Architecture Selected Articles | EURAU Congress on Architecture's Capacity to Challenge and Extend the Limits of other Disciplines | 19/20/21/21 September 2018 | Escuela Politécnica Superior Universidad de Alicante [Internet]*. San Vicente del Raspeig. Alicante: E.T.S. Arquitectura (UPM); 2020 [citado 20 de diciembre de 2022]; pp. 132-7. Disponible en: <https://oa.upm.es/66568/>
9. Evans R. *Translations from Drawing to Building and Other Essays*. Cambridge, MA, USA: MIT Press, 1997; 294 pp.
10. Zhu J. Robin Evans in 1978: between social space and visual projection. *The Journal of Architecture [Internet]*. 1 de abril de 2011 [citado 14 de mayo de 2022];16(2):267-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13602365.2011.570104>
11. Somol RE, Whiting SM. Notes around the Doppler Effect and Other Moods of Modernism. *Perspecta* 2002; (33):72-7.
12. Foucault M. *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris: Gallimard, 1975; 360 pp. (Collection Traduire, écrire, lire).
13. Petersen MA. *Gedetineerden Onder dak: Geschiedenis van het Gevangeniswezen in Nederland van 1795 af, Bezien van zijn Behuizing*. [Ph.D. Thesis]. University of Leiden, Leiden, The Netherlands, 1978.
14. Koolhaas R. En ontwerp voor de gevangenis te Arnhem. En: *Stichting Postdoctoraal Onderwijs in het Bouwen Lessen in architectuur, 2 Tweede leergang Lessen in Architectuur, gehouden op 8 en 9 oktober 1980 in de Aula van de Technische Hogeschool te Delft*. Delft, the Netherlands: Delft University of Technology, 1980; pp. 92-105.

15. Foucault M. *Le panoptisme*. En: *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris: Gallimard, 1977; pp. 197-229. (Collection Traduire, écrire, lire).
16. Bentham J. *Panopticon or the Inspection-House*, & C. En: *The Panopticon Writings*. London, UK: Verso, 1995; pp. 29-95.
17. Heynen H, De Cauter L. *The Exodus Machine*. En: *Exit Utopia Architectural Provocations 1956-76*. Munich; London: Prestel, 2004; pp. 263-76.
18. Van Dijk H. *Rem Koolhaas: de reïncarnatie van de moderne architectuur*. *Wonen-TA/BK* 1978; (11):7-16.
19. Koolhaas R. *Studie om in hoofdlijnen na te gaan of het bestaande Huis van Bewaring De Koepel Arnhem bruikbaar kan worden gemaakt voor een tijdsduur van circa 50 jaar, rekening houdend met huidige inzichten betreffende de huisvesting van gedetineerden*. Den Haag, the Netherlands: Rijksvastgoedbedrijf RVB, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelatie, 1980.
20. Schreiner A, Mitchell P. *De 'Geschiedenis' van de Bijlmerbajes*. Amsterdam, The Netherlands: SRVU, 1980.
21. Goulet P, Koolhaas R. *La deuxième chance de l'architecture moderne, entretien avec Rem Koolhaas*. Interview with Patrice Goulet. *L'Architecture d'Aujourd'hui*. avril de 1985; (238):2-9.
22. Koolhaas R. *Revision. Study for the Renovation of a Panopticon Prison*. Arnhem, Netherlands (1979-81). En: Sigler J, editor. *S,M,L,XL*. Rotterdam: 010, 1995.

LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DEL PACIENTE EN LOS TRATAMIENTOS DE CHOQUE

Javier Balaguer*

Trataremos aquí de averiguar las sensaciones de los pacientes sometidos a tratamientos psiquiátricos de choque, específicamente la cardiazolterapia y el electroshock; es decir, los que provocan un ataque epiléptico como forma de intervención. Aunque en ocasiones la cura de Sakel, o insulino-terapia, se resolvía asimismo en convulsiones epilépticas (*dry shock*), no era este el objetivo que inicialmente se buscaba, sino el de provocar un coma (*wet shock*); por ello no se incluirá como objeto de estudio en este trabajo. Se busca pues una aproximación al punto de vista del paciente en línea con el relato de la historia médica desde abajo (1), apartándonos de las cuestiones puramente médicas como diagnósticos, tratamientos, resultados de la terapia, etc.

Para ello se han utilizado diversas fuentes. En artículos académicos, historias clínicas y literatura autobiográfica (cuya validez se tratará más adelante) encontramos testimonios directos de pacientes, escritos o grabados -incluyendo los de psiquiatras que se someten al tratamiento: como veremos, Gillespie se sometió al tratamiento cardiazólico, mientras que Bersot hizo lo propio con el electroshock-, transcripción y paráfrasis por parte de los facultativos de testimonios de pacientes, narrativa de lo observado por parte de los psiquiatras y estudios y valoraciones al respecto. De forma deliberada se han utilizado con profusión las citas textuales, al objeto de distanciarnos lo mínimo posible de los testimonios.

Por otra parte, varias autoras literarias como Barbara Ward, Leonora Carrington, Janet Frame y Sylvia Plath escribieron acerca de sus impresiones cuando fueron sometidas a tratamientos de choque. Excepto Carrington, que escribió en primera persona, las obras de las otras autoras son *romans à clef*, es decir, que sus personajes de ficción representan a personas reales. Las escritoras citadas estuvieron internadas en instituciones psiquiátricas y recibieron tratamientos epileptizantes. La validez de sus testimonios ha sido tratada por diferentes autores (2, 3); es cierto que la descripción de algunos pasajes puede estar dramatizada en aras del relato novelístico, como por ejemplo la narración que hace Carrington del denigrante trato experimentado en el sanatorio del doctor Morales en Santander. Cabría dudar del mismo, ya que por

* Investigador predoctoral. Instituto interuniversitario López Piñero. Universidad de Valencia. jabamu@alumni.uv.es

entonces el sanatorio era un lujoso establecimiento y además fue confiada allí por «médicos de prestigio, abogados, hombres de negocios y diplomáticos» (4). Hay que tener en cuenta, además, que el padre de Carrington era un importante empresario inglés vinculado a la poderosa empresa británica *Imperial Chemical Industries*. Sin embargo, no parece razonable dudar de las emociones expresadas cuando, además, coinciden con otras narraciones al respecto.

TRATAMIENTO CARDIAZÓLICO

En lo que al tratamiento cardiazólico se refiere, algunos pacientes lo consideraban beneficioso e incluso lo solicitaban: «ayuda recibir inyecciones cada dos días, aclara mis pensamientos tan bien». Un paciente comentaba el positivo cambio que había experimentado tras la inyección cardiazólica: «me quedó claro que algo me ayudaría a mejorar... Estaba tan feliz», explicaba (5, p. 355).

Pero estos casos no eran los habituales. Aunque es cierto que los testimonios recogidos pueden experimentar un cierto sesgo, en el sentido de representar las experiencias más extremas (6), el sentimiento absolutamente predominante entre los pacientes a los que se le aplicaba el tratamiento era el temor, o incluso verdadero terror, ante el mismo y, en consecuencia, el rechazo de la terapia.

Temor y rechazo

Desde sus comienzos, las desagradables sensaciones que provocaba el Cardiazol fueron descritas por los psiquiatras que lo administraban. Cook las describía así:

En los pocos segundos que transcurren entre el final de la inyección y la pérdida de conciencia se experimentan sensaciones definitivamente alarmantes. Estas sensaciones son recordadas mejor por algunos pacientes que por otros, pero la mayoría tiene un recuerdo vago pero insistente de su naturaleza desagradable. Parecen ser peculiarmente aterradoras y a veces se asocian con alucinaciones visuales (7, p. 37).

Por su parte, Gillespie recogió testimonios directos de los pacientes:

Tres pacientes se mostraron indiferentes a los efectos del Cardiazol. El resto lo encontró desagradable, nueve utilizando expresiones suaves como «No me gusta», «Estoy bastante asustado» o «¿No lo podría tomar por la boca»? Los otros once fueron más fuertes en su desagrado, diciendo «Son terriblemente desagradables», «El solo hecho de pensar en ello me hace encogerme de horror», o «Estoy aterrizado, nada podría asustarme más» (8, p. 391).

Asimismo, otras manifestaciones de enfermos fueron expuestas por Good: «Aterrador en extremo... un estremecimiento de horror... ser asado vivo en un horno al rojo blanco.» «Un estremecimiento atroz» (6, p. 493).

En España los doctores Villacián y Sánchez fueron los primeros en describir estas sensaciones experimentadas por sus pacientes del Manicomio Provincial de Valladolid, del que Villacián era director. Aunque reconocían una cierta eficacia en la terapia, dichas percepciones, que plasmaron en un artículo, les provocaban un grave problema moral en su aplicación al escuchar de sus pacientes testimonios como los siguientes: «Tenga la bondad de no ponerme más inyecciones, so pena que quiera hacerme morir de espanto; acudo a lo que usted tenga de cristiano y de caballero para que me atienda y no me ponga más inyecciones». Y también: «otro enfermo nos dice con lágrimas no fingidas en los ojos: «Prefiero volverme rematadamente loco y estar siempre encerrado a continuar que me inyecten, siento verdadero pánico ante ellas». Así pues, para Villacián y Sánchez el gran inconveniente de la terapia cardiazólica era «el terror, verdadero pánico y sensación de muerte que experimentan muchos enfermos en el espacio que transcurre entre la puesta de la inyección y el comienzo de la inconsciencia» (9, p. 66).

Francisco Marco Merenciano, director del Manicomio Provincial de Valencia en la época, recogía también algunas expresiones similares y escribía en consecuencia:

Queda, sin embargo, si no el peligro, el desagrado, la experiencia terrible del enfermo que es inyectado con Cardiazol... en muchas ocasiones los enfermos nos suplican llorando que no les inyectemos, invocando la memoria de nuestros padres y la salud de nuestros hijos (10, p. 12).

También de nuestro Sanatorio se fugó un enfermo después de la primera inyección de Cardiazol ante el temor de que le dieran la segunda... Otro, al entrar en la sala obligado por los enfermeros, exclamó: «¡No, no y no. Esto es una salvajada! anteponiendo a su exclamación un taco rotundo y redondo (10, p. 13).

El temor a la muerte que parecía provocar el tratamiento quedaba también patente en la siguiente afirmación, asimismo de Marco: «Son muchas las veces que tenemos que inyectar el Cardiazol contra la voluntad del enfermo, y muchas más las que expresa angustiosamente la impresión de que se va a morir» (10, p. 14).

Otro testimonio, este en primera persona, lo proporcionaba la pintora y escritora surrealista Leonora Carrington. Presa de un desequilibrio psiquiátrico fruto de una serie de circunstancias sociopolíticas –o al menos influenciado por ellas–, Carrington fue internada, como se ha dicho, en el sanatorio del doctor Luis Morales en Santander. La detención de Max Ernst –artista surrealista alemán y compañero de Carrington– por parte, en primer lugar, del régimen colaboracionista con los nazis de Vichy en calidad de extranjero

indeseable y luego por parte de la Gestapo tras la ocupación alemana de Francia, hizo que la artista huyera a España, donde el doctor Luis Morales le administró tres sesiones de Cardiazol. Carrington escribió sobre estas vivencias en su obra *Down below*: «¿Tiene una idea de cómo es el Gran Mal epiléptico? Pues una cosa así provoca el Cardiazol. Más tarde supe que mi estado había durado diez minutos; estaba convulsa, lastimosamente horrenda; gesticulaba, y mis muecas las repetían todas las partes de mi cuerpo» (11, p. 188).

La segunda inyección le resultó más llevadera, pero no así la siguiente, que relataba con verdadero terror:

...comprendí con horror que iba a administrarme una tercera dosis de Cardiazol. Le prometí todo lo que estaba a mi alcance conceder, si desistía de ponerme la inyección... En medio de mis convulsiones, reviví mi primera inyección, y sentí de nuevo la atroz experiencia de la dosis original de Cardiazol: ausencia de movimiento, fijeza, realidad espantosa. No quería cerrar los ojos, pensando que había llegado el instante sacrificial, y estaba dispuesta a oponerme con todas mis fuerzas (11, p. 204).

El aura cardiazólica

El miedo que provocaba el tratamiento cardiazólico tenía su origen en la experiencia del aura cardiazólica, semejante a la epiléptica, que tenía lugar —como señalaba Villacián— en el intervalo de tiempo comprendido entre la inyección intravenosa del fármaco y el desencadenamiento de las contracciones, momento en el que el paciente perdía la conciencia. Las descargas neuronales anormales que provoca el Cardiazol originaban una serie de síntomas, tales como una peculiar percepción subjetiva con alucinaciones olfatorias y gustativas y alteraciones visuales, además de, en ocasiones, sentimiento de separación del propio cuerpo y sensaciones de intenso pánico. Los sentimientos angustiosos del aura fueron señalados por diversos autores, como Good: «... íntima e indisolublemente ligada al tratamiento con Cardiazol está la presencia del miedo... Este miedo resulta de la experiencia del aura... en el aura está contenida alguna situación aterradora de la cual el paciente no puede escapar» (6, p. 493).

La impresión de proximidad de la muerte, otra de las características del aura, fue descrita por el psiquiatra español López Ibor: «Son bien conocidas las (auras) del Cardiazol, con su sensación impresionante de vida que se escapa, esa auténtica vivencia de angustia -el ser que se sumerge en la nada- que recuerda algunas descripciones de Dostoiewski» (12, p. 214) y también por Marco Merenciano: «... es cierto que el aura epiléptica... tiene características especiales en el aura cardiazólica; y esa vivencia de separación, es vivencia de muerte y profundamente angustiosa quizá porque precisamente la muerte no sobreviene» (10, p. 14).

Aplicación del tratamiento

La forma de aplicación del tratamiento, coercitiva en muchas ocasiones, contribuía a crear esa sensación de temor, algo que veremos con más detalle al hablar del electroshock. Así, el paciente era obligado contra su voluntad a recibir la inyección cardiazólica y, en ocasiones, era controlado físicamente para poder administrarla. Recogemos así varios testimonios al respecto: «...tres (pacientes) se resistieron activamente y requirieron más que la estabilización habitual del brazo» (8, p. 391). «Otro, al entrar en la sala obligado por los enfermeros...» (10, p. 13). «Son muchas las veces que tenemos que inyectar el Cardiazol contra la voluntad del enfermo...» (10, p. 14). «Especialmente en los inicios de la era cardiazólica, habíamos tenido que valernos de varios enfermeros para sujetar al enfermo y poder aplicarle la inyección, otras veces habíamos presenciado reacciones elementales de pánico o de furor» (13, p. 181).

¿Cuestión de dosis?

En opinión de López Ibor y Vela del Campo, la causa del terror provocado por la cardiazolterapia tenía su origen en la utilización de una cantidad escasa del fármaco, que hacía que se alargara en exceso el intervalo de tiempo entre el momento de la inyección -que provocaba poco después el comienzo del aura- y el inicio de la contracción epiléptica, cuando el paciente perdía el sentido:

La causa de la angustia, o por lo menos del terror de los enfermos al Cardiazol radica, sin duda alguna, en la timidez al dosificar. Los continuos fracasos cuando se intenta ahorrar Cardiazol son los que hacen temer al enfermo el tratamiento (12, p. 199).

Pero hay que tener en cuenta, por otra parte, que los psiquiatras encontraban problemas de suministro del fármaco, ya que el Cardiazol era fabricado por la empresa alemana Knoll A. G. y Alemania, en la época que nos ocupa, se encontraba inmersa en la Segunda Guerra Mundial. Seguramente durante el largo periodo autárquico los problemas de abastecimiento continuaron y, por otra parte, el precio del producto resultaba gravoso, especialmente para los establecimientos de caridad. Estas circunstancias hacían que se procurara suministrar la menor dosis convulsivante posible.

Así las cosas, Gillespie, por entonces médico en el Holloway Sanatorium en Inglaterra, decidió experimentar en sí mismo el tratamiento. Según su testimonio, tras la inyección de 10 cc. de Cardiazol (cuando la dosis habitual, al menos en España, eran 5 cc.) experimentó una sensación extraña, aunque no dolorosa, que se extendía por su cuerpo para dar paso rápidamente a la

inconsciencia. Al despertar de esta tenía un ligero dolor occipital y mandibular, experimentaba un olor punzante en el fondo de la nariz y una amnesia retrógrada que se fue resolviendo paulatinamente. Durante el resto del día las sensaciones fueron desagradables, con dolor de cabeza, anorexia y malestar. En resumen, definía las sensaciones como ligeramente desagradables, pero no alarmantes (8). Es posible que la dosis incrementada redujera las sensaciones angustiosas, pero hay que tener también en cuenta que se prestó al ensayo voluntariamente, lejos del ambiente coercitivo, antes señalado, de las instituciones.

ELECTROSHOCK

Como sabemos, el electroshock sustituyó progresivamente pero rápidamente a la terapia cardiazólica. Las desagradables sensaciones experimentadas por los pacientes, ya descritas, fueron sin duda uno de los factores que contribuyeron al cambio de procedimiento. También entraron en juego factores económicos, como se ha mencionado: el precio y la escasez del producto ponían al tratamiento cardiazólico en desventaja frente al eléctrico, ya que este último, tras la inversión inicial en el aparato, suponía tan solo el consumo de una ínfima cantidad de electricidad en cada aplicación.

El apagón

Así pues, nos planteamos una pregunta semejante a la que efectuábamos en el caso del Cardiazol: ¿Qué sentía el paciente cuando el psiquiatra pulsaba el interruptor del artilugio y la descarga eléctrica que recorría su cerebro le provocaba un ataque epiléptico? La respuesta corta es: nada. La inmediatez de la pérdida de conocimiento hacía que no se manifestara la temida aura epiléptica, sino que se desencadenaran inmediatamente las contracciones tónico-clónicas y la pérdida del conocimiento. Estos son algunos testimonios al respecto: «Muy deliberadamente, muy lentamente una sombra negra me cubrió los ojos.» (14, p. 205). «No hay tiempo para sentirlo. No hay ningún dolor. De inmediato, un apagón» (15, p. 396). «El doctor, esperando, está exultante. Pulsa el interruptor. Un momento después, y nada» (16, p. 13). «... cuando la electricidad fue conectada y caímos en una solitaria e inmediata inconsciencia» (17, p. 25). «...y me siento caer como si una trampilla se hubiera abierto hacia la oscuridad» (17, p. 29), «Y me puso algo en la lengua y, presa del pánico, lo mordí, y la oscuridad me borró como la tiza en una pizarra» (18, p. 192).

Fascinación

Por otra parte, la electricidad ha ejercido una importante fascinación a lo largo de la historia, ya desde el comienzo de su producción por medios artificiales. Asimismo, fue propuesta como forma de curación de las más diversas enfermedades, incluyendo las mentales. Esta atracción se puso también de manifiesto, en principio, con el electroshock, como queda reflejado en diversos testimonios: «Los enfermos se someten gustosos al tratamiento... vemos que lejos de oponer la resistencia que oponían al Cardiazol nos preguntan con interés cuándo volvemos a darles las corrientes» (19, p. 196). «Pero, en realidad, lo que más entusiasmaba a la gente era «la electricidad», por lo que necesitábamos aprovecharnos de ella, ya que gustaba y no resultaba económicamente costosa» (aunque en este caso los autores estaban utilizando tratamientos subconvulsivos que proporcionaban al paciente la impresión de que se les estaba atendiendo) (20, p. 158); «He conocido compañeros que simplemente pueden entrar, que les coloquen los electrodos y ¡zas! De hecho he conocido a uno o dos (compañeros) que decían que no les importaba y que les gustaba» (15, p. 396).

Sensaciones positivas

En ocasiones los pacientes experimentaban sensaciones agradables tras la terapia. Como se ha dicho, el psiquiatra suizo Henri Bersot decidió conocer «desde dentro» lo que se experimentaba al recibir un electroshock, y se sometió él mismo al tratamiento. Estas son algunas de sus observaciones: «Experimento una cierta euforia: contento de haber superado mis aprensiones, de haber realizado una experiencia científica «desde dentro» y sobre todo distanciamiento de la realidad» «Tengo la impresión de que podría hacer mucho más trabajo con más facilidad. El porvenir me parece menos sombrío, menos pesado» (21, p. 312). En resumen: distanciamiento de las preocupaciones, sentimiento de independencia, de ligereza.

Otros pacientes describían así su experiencia tras la descarga eléctrica: «Uno de nuestros enfermos nos decía que al despertar se encontraba como si fuera otro, sentía un bienestar como si estando muy cansado hubiera tomado una ducha fría» (19, p. 196). «Me desperté algún tiempo después sintiéndome completamente renovado, no cansado ni drogado por el sueño, sino listo para un gran día» (14, p. 205). Esta ligereza corporal, bienestar y euforia fueron también descritas por García de la Villa, quien abundaba en la idea de Bersot, anteriormente citado, de que el tratamiento parecía alejar las preocupaciones y facilitar un enfoque más positivo de la vida. Hay que tener en cuenta, por otra parte, que este tratamiento no era un verdadero electroshock, sino de múltiples aplicaciones eléctricas subconvulsivas (22). Tras un tratamiento ortodoxo —este sí— con electroshock por sus recurrentes episodios de depresión, la novelista y

poeta Sylvia Plath escribía: «Todo el calor y el miedo habían desaparecido. Me sentía sorprendentemente en paz. La campana de cristal pendía suspendida, a unos cuantos pies por encima de mi cabeza» (18, p. 193).

Ansiedad y temor

Aplicación indolora y sensaciones placenteras... parecería pues el fin de la historia y que el tratamiento debería ser bien aceptado por los pacientes. Pero nada más lejos de la realidad. A pesar de todos los testimonios anteriores, los sentimientos predominantes ante la perspectiva de un electroshock eran la ansiedad y el miedo. En 1956, Alfred Gallinek publicó los resultados de un estudio sistemático realizado a cien pacientes de centros privados con sus impresiones acerca de la terapia electroconvulsiva, cuando encontró que en un 67% de dichos enfermos se presentaba un marcado temor hacia la terapia (23). Quizás este miedo fuera fomentado por psicólogos y psiquiatras contrarios a la terapia por razones teóricas, pero, sea como fuere, estas son algunas afirmaciones de pacientes a los que se les aplicó electroshock: «Estaba muy asustado y no tenía sentido bromear sobre eso» (14, p. 205), «No puedo decir que me guste el tratamiento de choque. Prefiero hacer otra cosa que recibir una descarga» (15, p. 396), «...Hasta llegar a la habitación donde las mujeres esperan, en ropa de noche, el terror de las nueve llamado tratamiento con electroshock» (16, p. 13).

Es cierto que existía un componente somatogénico, puesto que a menudo los pacientes experimentaban dolores de cabeza y musculares, además de náuseas, tras el tratamiento. Pero la aplicación de una descarga eléctrica en la cabeza tenía cierta similitud con una ejecución, especialmente en Estados Unidos, por su asociación con la silla eléctrica. «Va a electrocutarme. ¿Fue tan grande mi crimen?» pregunta al psiquiatra que la trata una atribulada Virginia Cunningham, protagonista de la película *The Snake Pit*, antes de su primer electroshock (24). Y estos son algunos otros testimonios: «... después de haber recibido más de doscientas aplicaciones de T.E.C. sin modificar, cada una equivalente, en grado de miedo, a una ejecución» (25, p. 301), «Esperar temprano en la mañana, en las horas heladas cubiertas de negro, era como esperar el pronunciamiento de una sentencia de muerte» (17, p. 22), «Era un verano extraño, sofocante, el verano en que electrocutaron a los Rosenberg y yo no sabía qué estaba haciendo en Nueva York. Les tengo manía a las ejecuciones. La idea de ser electrocutada me pone mala» (18 p. 1), «No te preocupes —me sonrió la enfermera—. La primera vez todo el mundo está muerto de miedo» (18 p. 129), «Hubiera recorrido el vestíbulo entre dos enfermeras, hubiera pasado junto a DeeDee y Loubelle y la señora Savage y Joan, con dignidad, como una persona fríamente resignada a la ejecución» (18, p. 190).

Diversas circunstancias en lo que a la administración del tratamiento se refiere contribuían a crear sensaciones amedrentadoras. Una de ellas eran los

tratamientos en serie, bien en los pabellones comunes de las instituciones o en pequeños cuartos al efecto. Con respecto a los primeros espacios, Prieto escribía: «Con una adecuada organización en nuestras salas de agitadas, sometemos al electrochoque en una sola sesión con un aparato portátil sobre soporte rodado desplazable de cama a cama a gran número de enfermas.» (26, p. 287). En cuanto a los cuartos, era habitual aprovechar alguna habitación auxiliar ante la que esperaban ansiosos el grupo de pacientes a los que se les iba a aplicar el tratamiento. En ambos casos era imposible preservar la intimidad del paciente, especialmente en el caso de las salas comunes. Ya L. C. Cook, aunque refiriéndose al Cardiazol, indicaba la importancia de la intimidad en el tratamiento:

Las inyecciones se administran siempre en una habitación separada, de forma que los otros pacientes no puedan ver ni oír nada del procedimiento. La colocación de biombos es insuficiente, puesto que gritos u otros sonidos alarmantes pueden iniciar o acompañar al ataque (7, p. 34).

Entre estos últimos se podía encontrar en ocasiones el que producían las camas mal ajustadas sometidas al traqueteo ocasionado por las convulsiones de los pacientes que las ocupaban.

El grito epiléptico

Además de en las salas, el grito epiléptico también podía ser oído en ocasiones por los pacientes que esperaban frente a la habitación de tratamiento, quienes podían asimismo ver entrar al enfermo para su tratamiento y salir después del mismo.

...otro hombre en otro carrito era conducido a la sala de visitas, donde se administraba el choque. Tenían un sistema. Quince pacientes podían recibir el tratamiento de choque en una hora, fácilmente... Me sacaron al pasillo para esperar mi turno. Se oyó otro grito y un gemido de tos gorgoteante, y el paciente que estaba delante de mí fue trasladado por el pasillo hasta el dormitorio, con los brazos, las piernas y la cabeza desmadejados... se oyó un grito horrible en el pasillo y supe que el tratamiento de choque del primer paciente había comenzado» (14, p. 205).

La novelista y poeta neozelandesa Janet Frame, internada en diversas ocasiones en instituciones mentales por una presunta esquizofrenia, lo recuerda también: «todos nosotros... emitíamos el mismo tipo de grito ahogado cuando se conectaba la electricidad y caíamos en una inmediata solitaria inconsciencia» (17, p. 25). Aunque este grito no parecía producirse por dolor, sino que se producía fisiológicamente por una contracción tónica de la laringe su efecto sobre el resto de los pacientes debía ser descorazonador.

Control físico

El control físico del paciente durante la terapia era sin duda otro elemento que contribuía a crear un ambiente de temor. La materialidad de las palas (electrodos con mangos), e incluso más de los fórceps —aunque estos fueran poco utilizados en España— frente a otros sistemas de disposición de los electrodos menos restrictivos, como podía ser su fijación mediante una banda ajustada a la cabeza perseguida, por lo menos al principio, un control sobre el enfermo:

El sistema de mangos usado por nosotros ofrece también algunas ventajas, como es la de poder realizar una presión tan fuerte como se quiera, inmovilizando, en parte, la cabeza del enfermo en algunos agitados o que se resisten... La sujeción del enfermo se hace con la colaboración de enfermeros (27, p. 597).

Por otra parte, la inmovilización del paciente, aunque destinada a reducir el número de fracturas, especialmente de columna vertebral, que originaban las contracciones, debía constituir para este una desagradable experiencia. Sargant y Slater hablaban de cinco enfermeros para sujetar al paciente, y continuaba:

El control de los movimientos del paciente durante el choque es muy necesario si se quieren evitar las fracturas. Hay dos formas prácticas de hacerlo sin recurrir a medios químicos. El paciente puede ser sujetado por personal de enfermería capacitado o colocado en una chaqueta especialmente construida para restringir sus movimientos durante el ataque. Esta última alternativa ha resultado ser la más satisfactoria. La chaqueta, copiada y modificada a partir de una camisa de fuerza ordinaria... (28, p. 65).

Es más, hasta seis enfermeras sujetaban a Frame durante sus tratamientos: «la matrona y cuatro enfermeras y Pavlova presionan sobre mis hombros y mis rodillas» (17, p. 29).

Trato por parte del personal sanitario

Aunque en muchas ocasiones presionados por la sobreocupación de las instituciones, el trato a los pacientes por parte del personal sanitario dejaba mucho que desear y no contribuía en absoluto a la aceptación del tratamiento. Blek y Navran recogían el testimonio de un paciente en este sentido:

Lo que más me duele de mi tratamiento no es tomar los tratamientos en sí, sino que los responsables me digan «vale, vamos» y cosas así. Prefiero ir caminando a la sala de shock yo misma que ser escoltada por dos tipos que tienen la actitud de decir: Te daremos el shock aquí mismo si no vas (15, p. 396).

Y, en la misma línea:

El último médico que tuve en B. que me dio el tratamiento de choque era un hombre joven, y parecía ser, bueno –frío. Quiero decir que no parecía interesarse por los pacientes en absoluto. O sea que pensaba que se trataba de un tratamiento más, sólo otro tratamiento. Y era duro recibir tratamientos de choque con él (15, p. 394).

Por su parte, Esther Greenwood –*alter ego* de Frame en una de sus novelas– se sintió engañada por su psiquiatra, que le había prometido que no recibiría más electroshocks: «No fue el tratamiento de choque lo que me impactó, sino la traición descarada del doctor Nolan...» (18, p. 189).

Memoria

La pérdida de memoria –en mayor o menor grado, de mayor o menor duración– concomitante al tratamiento constituía asimismo un motivo de preocupación de los enfermos y de rechazo de la terapia: «Cerré los ojos y traté de pensar. Pero no se me ocurrió nada» (14, p. 206). El paciente no recordaba la fecha, ni el día de la semana, el mes o incluso el año, ni siquiera lo que estaba haciendo en un hospital.

Tras su electroshock al que –recordemos– se sometió voluntaria para averiguar lo que experimentaban los pacientes, Bersot relataba:

Parece que me han practicado un electroshock. No me acuerdo de nada... Poco a poco los recuerdos reaparecen, aunque algunos de ellos no lo hacen jamás... Los problemas de la memoria y de la conciencia que provoca el choque eléctrico son graves y no desaparecen nada más que lentamente (21, p. 311).

También Frame hablaba de la pérdida de memoria: «y en el proceso mi memoria fue triturada y en algunos aspectos debilitada permanentemente o destruida, y después de haber sido objeto de propuestas para cambiarme, mediante una operación física, en una persona más aceptable, dócil y normal» (25, p. 301). Este testimonio pone de relieve, además, un importante aspecto del electroshock: su utilización como elemento de control, de lo que existen múltiples testimonios. Debía constituir motivo de desazón tanto para el enfermo al que se le aplicaba el tratamiento como para sus compañeros, que eran conscientes de sus efectos.

Queremos señalar por último un importante aspecto de la terapia: lo que llamamos, de acuerdo con Gallinek, la cuestión existencial. Sin una asistencia adecuada, el paciente tratado con electroshock se encuentra, tras su vuelta a la consciencia, perdido en su ser, sin puntos de referencia. De forma similar a lo que ocurre con una anestesia general, el procedimiento eléctrico produce una escisión con el pasado. Pero mientras que en el primer caso esta desconexión es de breve duración, en el caso de la terapia electroconvulsiva puede manifestarse durante periodos prolongados tras el choque, en los que el paciente se encuentra en un estado de total desconcierto, separado del pasado e incapaz de proyectarse en el futuro, sin que le resulte familiar el ambiente en el que se encuentra, familiaridad que tan solo se recupera lenta y progresivamente. La sensación de los pacientes tras el electroshock puede ser comparada con la ansiedad de la filosofía existencialista, inherente al género humano. Abundando en la sensación manifestada por Bersot de «distanciamiento del pasado», Gallinek apunta la hipótesis de que esa ansiedad genérica de la humanidad se ve neutralizada por la familiaridad con el entorno que permite al paciente reorientarse en la vida. Pero «una aniquilación temporal del sentido de familiaridad después del electroshock provoca una ansiedad básica y da lugar a un fuerte y progresivamente creciente miedo al tratamiento» (23, p. 433).

Frame describía así el dolor de esa separación existencial:

Puedo escuchar a alguien gimiendo y llorando; es alguien que se ha despertado en el momento y lugar equivocados, porque sé que el tratamiento te arrebató estas cosas, te deja solo y ciego en la nada del ser y trata de abrirte camino como un animal recién nacido hacia el flujo de primeras comodidades; luego te despiertas, pequeño y asustado, y las lágrimas siguen cayendo en un dolor que no puedes nombrar (17, p. 28).

En otro párrafo abundaba en las mismas sensaciones:

Entonces me elevo desencarnado de la oscuridad para agarrarme y adherirme como un parásito sin hogar a la forma de mi identidad y su posición en el espacio y el tiempo. Al principio no puedo encontrar mi camino, no puedo encontrarme donde me dejé, alguien ha borrado todo rastro de mí. Estoy llorando (17, p. 29).

Por el contrario, la atención solícita al enfermo mental hacía el tratamiento más llevadero: «en algunos casos, sobre todo cuando el tratamiento se lleva a cabo cuidadosamente, hay pocos indicios de ansiedad por parte de los pacientes» (29, p. 98).

En lo que al tratamiento cardiazólico se refiere, algunos pacientes lo encontraban positivo. Pero este no era el caso habitual. Las sensaciones angustiosas que acompañaban al aura cardiazólica hacían que, en general, el tratamiento fuese temido y rechazado. Con esto tenía asimismo que ver la utilización, por cuestiones económicas y de suministro, de dosis escasas del fármaco, con lo que se alargaba la duración del aura. Un ambiente coercitivo en el procedimiento contribuía asimismo a provocar sensaciones negativas.

Por otra parte, la electricidad ha despertado siempre una cierta fascinación que se extendía en algunos casos a los pacientes a los que se les aplicaba. La inmediatez de la pérdida de consciencia en el electroshock hacía que no se experimentara la temida aura. Pero lo cierto es que muy a menudo se iba desarrollando un sentimiento de temor hacia esta terapia debido a una serie de factores. La electricidad no despertaba únicamente atracción, sino también temor, especialmente por su relación con la ejecución mediante silla eléctrica. Además, los lugares de aplicación hacían posible muy a menudo que los pacientes oyeran el grito epiléptico del enfermo al que se le aplicaba la descarga, lo que resultaba sin duda amedrentador para el resto. Tampoco contribuía el trato recibido en ocasiones por parte del personal sanitario. Asimismo, la pérdida de memoria más o menos pronunciada y el desconcierto tras el choque que experimentaban los pacientes originaban sentimientos de temor hacia la terapia, que en ocasiones podían ser paliados mediante un tratamiento psicoterápico oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porter R. The patient's view: Doing medical history from below. *Theory and Society* 1985;14(2):175-98.
2. Kellner CH. Electroconvulsive Therapy (ECT) in Literature: Sylvia Plath's *The Bell Jar*. En: *Progress in Brain Research*. Elsevier, 2013; pp. 219-28.
3. Hoff A. «I Was Convulsed, Pitiably Hideous»: Convulsive Shock Treatment in Leonora Carrington's *Down Below*. *Journal of Modern Literature* 2009;32(3):83-98.
4. Morales L. La enfermedad de Leonora. *El País* [Internet]. 17 de abril de 1993 [citado 12 de diciembre de 2021]; Disponible en: https://elpais.com/diario/1993/04/18/cultura/735084002_850215.html
5. Kragh JV. Shock Therapy in Danish Psychiatry. *Med Hist* 2010;54(3):341-64.
6. Good R. Some Observations on the Psychological Aspects of Cardiazol Therapy. *J ment sci* 1940;86(362):491-501.
7. Cook LC. Cardiazol Convulsion Therapy in Schizophrenia: (Section of Psychiatry). *Proc R Soc Med* 1938;31(6):567-77.

8. Gillespie E.O.N. Cardiazol Convulsions the Subjective Aspect. *The Lancet* 1939; 233 (6025): 391-2.
9. Villacián JM, Sánchez García A. Un año de cardiazolterapia. *Acta Española Neurológica y Psiquiátrica* 1940;1(1):60-8.
10. Marco Merenciano F. Nuevas orientaciones sobre concepto, clasificación y tratamiento de las esquizofrenias paranoides. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid, 1941.
11. Carrington L. La casa del miedo: memorias de abajo. 1. ed. mexicana. Mexico: Siglo Veintiuno Editores, 1992.
12. López Ibor JJ, Vela del Campo L. Tratamiento de la esquizofrenia por el cardiazol y la insulina. *Rev Clin Esp* 1940;1(3):197-216.
13. Sarró R, Vela L. Los nuevos tratamientos en Psiquiatría. *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1942; Año III(Nums. 1-2):173-86.
14. Alper TG. An electric shock patient tells his story. *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 1948;43(2):201-10.
15. Blek L, Navran L. Somatic therapy as discussed by psychotic patients. *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 1955;50(3):394-400.
16. Frame J. *Owls do cry*. Melbourne, Vic.: The Text Publishing Company, 2014.
17. Frame J. *Faces in the water*. 2018. London: Virago, 2015.
18. Plath S. *The Bell Jar*. 3rd. 1966 edition. London: Faber and Faber, 1971.
19. Marco Merenciano F, Rius Vivó JM. El electroshock en psiquiatría. Primeras experiencias con un aparato español. *Acta Española Neurológica y Psiquiátrica* 1940;1(1):193-8.
20. Parellada Feliu D, Granados López C. El microelectrochoque en las neurosis y psicosis leves. En: II Congreso de Neuro-Psiquiatría Comunicaciones Valencia Mayo-Junio; 1950; pp. 157-64.
21. Bersot H. Auto-observation de l'electrochoc. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française XLIII.º session Montpellier (28, 29, 30 octobre 1942) *Comptes rendus* 1942;312-6.
22. García de la Villa B. Electropsicoterapia. Presentación de un aparato y exposición de los resultados obtenidos hasta ahora. En: II Congreso de Neuro-Psiquiatría Comunicaciones Valencia Mayo-Junio 1950, 63-83.
23. Gallinek A. Fear and Anxiety in the Course of Electroshock Therapy. *American Journal of Psychiatry* 1956;113(5):428-34.
24. *The Snake Pit* (película). Litvak J, director. Los Angeles: 20th Century Fox, 1948.
25. Frame J. *An Angel at My Table*. London; Chicago: Virago. Little, Brown Book Group, 2008.
26. Prieto Vidal A, López Sáiz I, del Río Torre A. Nuestra experiencia del electrochoque con técnica propia (Prieto Vidal). *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1942; Año III (1-2):281-8.
27. Prieto Vidal A. La convulsión eléctrica como tratamiento en psiquiatría (Primeros ensayos). *Semana Médica Española* 1941; 107:592-602.
28. Sargant W, Slater E. *An introduction to physical methods of treatment in psychiatry*. Edimburgo: E. & S. Livingstone Ltd., 1946.
29. Abse DW. The Psychology of Convulsion Therapy. *Journal of Mental Science* 1940;86(360):95-9.

LA PSICOCIRUGÍA EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS VALENCIANAS

*Esther Lavara**

INTRODUCCIÓN

La psicocirugía ha sido, probablemente, uno de los tratamientos psiquiátricos más controvertidos durante la segunda mitad del siglo XX. Sus comienzos son en torno a 1935 cuando el neurocirujano Almeida Lima, bajo la dirección del neurólogo portugués Egas Moniz llevó a cabo la inyección de alcohol en la sustancia blanca de los lóbulos frontales. Sin embargo, Egas Moniz reconoció que la inyección de alcohol tenía el inconveniente de no destruir completamente las fibras nerviosas, por lo que idearon un instrumento especial, denominado leucotomo, que permitía realizar pequeñas secciones en el área prefrontal.



Figuras 1 y 2. *Egas Moniz (1) y Almeida Lima (2).*

* Profesora. Universidad de Valencia. esther.lavara@uv.es

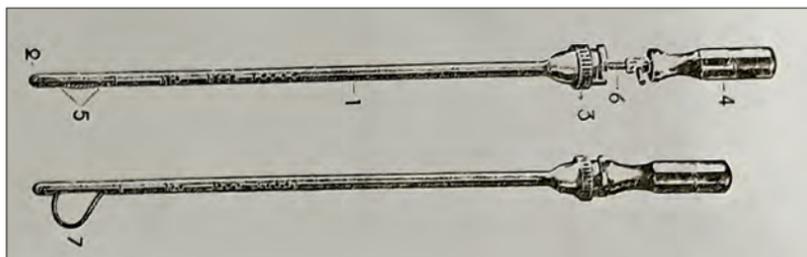


Figura 3. *Leucotomo cerebral de Egas Moniz (3).*

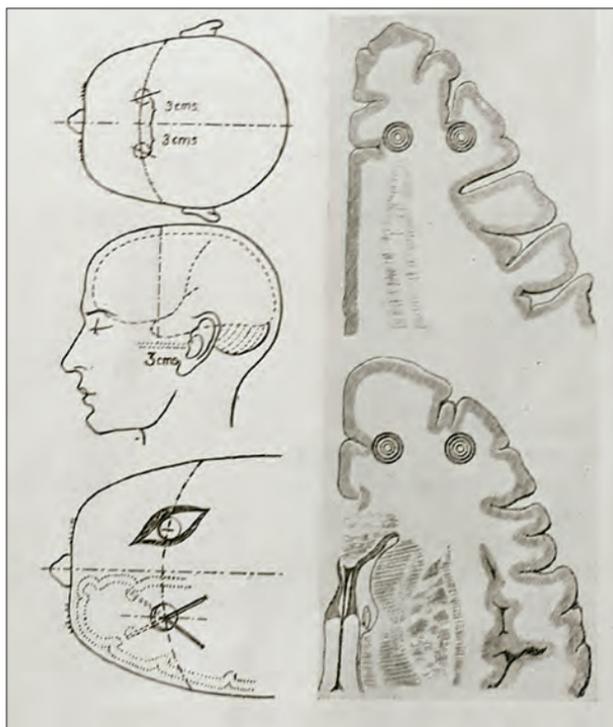


Figura 4. *Representación esquemática de la leucotomía prefrontal según Egas Moniz (3).*

Egas Moniz defendía que su método partía de la hipótesis según la cual ciertas ideas persistentes, obsesivas y delirantes de algunos estados psiquiátricos mórbidos dependían de la formación de agrupamientos célula-conectivos

cuyas conexiones se volvían más o menos fijas (4). Por ende, la interrupción más o menos extensa de estas vías de asociación eliminaba y corregía las perturbaciones de los pacientes psiquiátricos (3): «para curar los enfermos es preciso destruir estas conexiones que deben existir en el cerebro y principalmente las que ligan el lóbulo frontal» (4, p. 151). Con estas premisas, Egas Moniz entendía que la sección quirúrgica de los lóbulos frontales podía mejorar la sintomatología, a pesar de la incertidumbre que producía el desconocimiento de la zona topográfica que se seccionaba. En líneas generales, la comunidad científica creyó que esta técnica suponía un beneficio para la humanidad, y ello le valió a Egas Moniz la obtención en 1949 del premio Nobel de Medicina, con la consecuente expansión e introducción de la técnica en otros países (5).

Siguiendo las ideas de Egas Moniz, los difusores de la psicocirugía en EE. UU. fueron el neurólogo Freeman y el neurocirujano Watts. En 1936 comenzaron a aplicar la leucotomía y documentaron un total de 20 operaciones a finales de ese año. Sin embargo, Freeman y Watts se vieron obligados a reconocer que había serias complicaciones con la operación que incluían síndrome frontal, crisis epilépticas, apatía, dificultad en la atención y trastornos en el comportamiento. Los pacientes que consideraron mejorados habían recaído, y muchos de ellos fueron reoperados. De hecho, ocho de los primeros 20 pacientes tuvieron que ser reoperados una segunda vez, y dos de ellos fueron sometidos a una tercera operación. Por ese motivo, Freeman creyó que debía idear una nueva operación más segura y menos destructiva que pudiese ser practicada en más pacientes psiquiátricos.



Figuras 5 y 6. *Freeman (6) y Watts (7).*

A finales de 1937 desarrollaron lo que se llamó la «lobotomía estándar de Freeman-Watts». La nueva técnica, de uso más generalizado y cuyo procedimiento era «ciego», consistía en seccionar la sustancia blanca de cada lóbulo frontal en el plano de la sutura coronal mediante la introducción de un leucotomo. Sin embargo, en 1945 Freeman consideró que debía encontrar una solución para los cientos de miles de personas con enfermedades psiquiátricas en EE. UU. que no tenían acceso a la psicocirugía. Freeman diseñó una nueva técnica psicoquirúrgica denominada «leucotomía transorbitaria», en la que se introducía un orbitoclasto en la órbita del ojo y posteriormente se movía, con la consecuente destrucción de la sustancia blanca del lóbulo frontal (8).



Figura 7. Freeman realizando una lobotomía transorbitaria en el Western State Hospital, Fort Steilacoom, Washington el 11 de julio de 1949 (8).



Figura 8. Paciente con dos orbitoclastos (8).

En esta época se registró un aumento dramático de la psicocirugía, pues prometía realizar grandes cambios en la psiquiatría: convertir los asilos en hospitales, adaptar a los pacientes psiquiátricos, reducir el gasto económico que suponía la institucionalización y guiar la psiquiatría a la medicina tradicional. Por ello no es de extrañar que el número de técnicas psicoquirúrgicas aumentase paulatinamente, a pesar de ser una intervención de base teórica excesivamente hipotética y con una técnica demasiado imprecisa.

LA ACTIVIDAD PSICOQUIRÚRGICA EN ESPAÑA

Una de las primeras instituciones donde se llevaron a cabo técnicas psicoquirúrgicas en España fue el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (Madrid). Según consta en la tesis doctoral de Conseglieri, entre 1939 y 1952 se realizaron un total de 10 leucotomías. Las intervenciones fueron realizadas a seis pacientes esquizofrénicas, tres epilépticas –dos con demencia epiléptica y otra con psicosis epiléptica– y una oligofrénica. En ocho de esas pacientes no se había empleado previamente ningún otro tipo de tratamiento, y en las dos restantes, se habían aplicado previamente farmacoterapia y electrochoques. El psiquiatra responsable de estas pacientes fue Peraita, sin embargo, no tenemos constancia de qué cirujano llevó a cabo las leucotomías. Los motivos de alta en los pacientes leucotomizados del Manicomio Santa Isabel de Leganés fueron muy diversos. Dos de las pacientes recibieron el alta por prescripción facultativa, siendo su situación clínica al alta la mejoría sintomática; cuatro fallecieron –en dos no se especificaba la causa, otra fue debido a un infarto de miocardio y otra por secuelas producidas por la leucotomía–; las restantes, dos de ellas fueron trasladadas en el curso de su internamiento y en otros dos casos no constaba el motivo del alta (9).

Del mismo modo, interesados por el tratamiento desarrollado por Egas Moniz, los psiquiatras Martí Granell y Usua Mariné decidieron tratar a sus pacientes con la ayuda del cirujano Ramón Escardó. Dichas intervenciones fueron practicadas entre 1943 y 1949 en pacientes del Instituto Frenopático de Barcelona, donde Martí Granell era jefe de clínica. Previamente, estos pacientes habían sido tratados con tratamientos psicoterápicos y farmacológicos sin lograr una remisión significativa. Para ello, Martí Granell y Usua Mariné seleccionaron a nueve pacientes neuróticos obsesivos que podían beneficiarse de esta intervención. La técnica escogida por el neurocirujano Ramón Escardó para la intervención fue la lobotomía prefrontal ideada por Freeman y Watts. La mayoría de los pacientes fueron operados en una sola ocasión empleando anestesia local. No obstante, Ramón Escardó tuvo que reoperar a tres pacientes realizando incisiones más posteriores en cada intervención ante la persistencia de la sintomatología. Durante el desarrollo de las lobotomías prefrontales no se observó ninguna complicación, salvo en un paciente en el que se desencadenó un ataque epiléptico durante la intervención (10). Para

valorar los resultados obtenidos en los pacientes intervenidos a corto y a largo plazo, Martí Granell y Usua Mariné publicaron en 1952 el artículo «Resultados tardíos de la lobotomía frontal». En vista de los resultados postoperatorios tardíos obtenidos, Martí Granell y Usua Mariné puntualizaron que los resultados que obtuvieron en los pacientes neuróticos obsesivos no fueron tan buenos como esperaban. Solo recomendaron la intervención quirúrgica en los casos graves y en los que hubiesen fracasado todas las terapéuticas no cruentas, calibrando la gravedad por el grado de incapacitación profesional, social y de convivencia familiar. En el caso de las neurosis de angustia y en las hipocondríacas recomendaban la aplicación de técnicas psicoquirúrgicas ya que provocaban tranquilidad y despreocupación. En la publicación de 1952, además de valorar los resultados obtenidos en los nueve casos de neurosis obsesiva, Martí Granell y Usua Mariné incluyeron los resultados de seis pacientes esquizofrénicos y un paciente melancólico. Los pacientes esquizofrénicos fueron intervenidos en el año 1943 y en ellos se llevaron a cabo diferentes técnicas psicoquirúrgicas. En cuatro de ellos se aplicó la leucotomía prefrontal según la técnica de Egas Moniz, en uno la leucotomía de Freeman y Watts, y en otro la lobotomía transorbitaria. Tras la intervención, los autores consideraron a los enfermos como «enormemente mejorados». No obstante, esta mejoría desaparecía en un lapso corto de tiempo, al cabo del cual el paciente recaía. Por ello, Martí Granell y Usua Mariné concluyeron que los seis pacientes esquizofrénicos no habían obtenido ningún beneficio de este tratamiento, pues continuaron ingresados en el sanatorio (11).

Haciéndose eco de los resultados obtenidos por Martí Granell y Usua Mariné, continuaron aplicándose técnicas psicoquirúrgicas en diversas instituciones catalanas como el Instituto Mental de la Santa Cruz (Barcelona). Los psiquiatras catalanes Torras Buxeda y Fuster Pomar decidieron someter a técnicas psicoquirúrgicas a 21 pacientes del Instituto Mental de la Santa Cruz entre noviembre de 1944 y mayo de 1948, por lo que dichas intervenciones fueron coetáneas a las que se aplicaron en los pacientes tratados por Martí Granell y Usua Mariné. Los resultados obtenidos en los pacientes intervenidos fueron publicados en 1949 en la revista *Medicina Clínica* bajo el título «La leucotomía y lobotomía prefrontales en las psicosis terminales». La primera intervención fue practicada por el cirujano Soler-Roig, mientras que el resto de las intervenciones fueron realizadas por el cirujano Arquer. De los 21 pacientes intervenidos, en 18 de ellos se empleó la técnica de Egas Moniz con doble trepanación y leucotomía en tres direcciones, mientras que en los tres pacientes restantes se aplicó la técnica tipo Freeman bilateral. Los 21 pacientes intervenidos presentaban los siguientes diagnósticos: seis esquizofrenias paranoides, tres esquizofrenias catatónicas, dos esquizofrenias procesales, dos esquizofrenias agitadas, dos esquizofrenias con síndrome obsesivo, una psicosis degenerativa, dos parafrenias, una psicopatía obsesiva, un delirio presenil y una depresión. En cuanto a los resultados, refirieron ciertos problemas a la hora de agrupar los éxitos y fracasos para obtener conclusiones concretas acerca de la aplicación del tratamiento.

Los pacientes psicóticos no sufrieron variación alguna con la aplicación de la lobotomía, ya que, al igual que en los procesos demenciales, se había mantenido la sintomatología delirante y las alucinaciones. En los pacientes caracterizados por una conservación regular de la personalidad y con una buena tolerancia de los síntomas, se calificó que habían obtenido buenos resultados en relación con sus características personales anteriores, ya que lograron una mayor adaptación a la vida sanatorial y desaparecieron las conductas agresivas, los tics y las reacciones impulsivas. En los pacientes con déficit general muy avanzado, escasas energías de lucha y productividad morbosa muy fijada, Torras Buxeda y Fuster Pomar calificaron los resultados obtenidos como desastrosos, ya que provocaron una aceleración del derrumbamiento de la personalidad de los pacientes en los cuales se observaba una apatía constante con una disminución de la intensidad de las alucinaciones y la sintomatología delirante. En conclusión, Torras Buxeda y Fuster Pomar consideraron que habían logrado una adaptación en 8 pacientes, mientras que los 13 restantes fueron considerados como «fracaso» ya que mantuvieron las conductas agresivas, la impulsividad y la inadaptabilidad a la vida sanatorial; en algunos pacientes, además, la lobotomía provocó una aceleración del derrumbamiento total de la personalidad hacia la demencia apática (12).

Diagnóstico	Observación N.º	Duración de la psicosis	Fecha de intervención	Resultado
Esquizofrenia paranoide	5	10 años	9-2-1945	Adaptación
» »	7	9 »	9-2-1945	Fracaso
» »	8	2 »	10-10-1945	Adaptación
» »	13	4 »	14-12-1946	Fracaso
» »	14	2 »	14-12-1946	Fracaso
» »	19	7 »	18-1-1948	Adaptación
» catatónica	2	10 »	18-11-1944	Fracaso
» »	11	17 »	22-5-1946	Adaptación
» »	21	14 »	26-5-1948	Fracaso
» procesal	6	6 »	9-2-1945	Fracaso
» »	9	30 »	10-11-1945	Fracaso
» agitada	3	4 »	18-12-1944	Fracaso
» »	20	6 »	12-5-1948	Adaptación
» con síndrome obses	1	5 »	18-11-1944	Fracaso
» con síndrome obses.	15	15 »	14-12-1946	Fracaso
Psicosis degenerativa	4	10 »	18-12-1944	Fracaso
Parafrenia	10	7 »	10-11-1945	Adaptación
» »	18	3 »	28-12-1947	Fracaso
Psicopatía obsesiva	12	12 »	22-5-1946	Adaptación
Delirio presenil, fobias	16	15 »	28-6-1947	Fracaso
Depresión hip. presenil	7	4 »	28-6-1947	Adaptación

Figura 9. Casuística intervenida por Torras Buxeda y Fuster Pomar en el Instituto Mental de la Santa Cruz (12).

Por otro lado, Estella Bermúdez de Castro, catedrático de Terapéutica Quirúrgica en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y cirujano del Hospital de la Princesa (Madrid), aplicó la cirugía para tratar las psicosis esenciales sin base orgánica definida. En diciembre de 1944, Estella publicó en la *Revista Española de Cirugía* el artículo «Tratamiento quirúrgico de las enfermedades mentales». En dicha comunicación, Estella dio a conocer su experiencia con 31 pacientes, los cuales leucotomizó junto a Obrador Alcalde y los cirujanos Vara y López (13). Estella comenzó a aplicar esta técnica en el Manicomio de Ciempozuelos (Madrid), concretamente en el Sanatorio Psiquiátrico de San José, dirigido por el psiquiatra Vallejo-Nágera desde 1930, y posteriormente leucotomizó a enfermos del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (Madrid), dirigido entonces por el neurólogo y psiquiatra Peraita. Por ello, deducimos que los pacientes incluidos en esta investigación fueron pacientes tratados por los psiquiatras Vallejo-Nágera y Peraita, respectivamente. En cuanto a los pacientes leucotomizados, Estella seleccionó en ambos servicios a pacientes graves y rebeldes a la terapéutica psiquiátrica, es decir, a pacientes en los que los métodos de tratamiento psíquico, farmacológico y físico habían fracasado. Para la realización de la técnica, los pacientes fueron fuertemente barbiturizados la víspera de la operación, y media hora antes recibían una inyección de 1,5 cg de morfina. En cuanto al método empleado, este consistió en la utilización de un leucotomo automático de corte lineal diseñado por Estella que permitía obtener planos de sección de 3 cm siguiendo la técnica de Freeman y Watts. De acuerdo con la experiencia de Estella, se obtuvo una mejoría en 4 pacientes (12%) y una mejoría marcada en 11 de ellos (35,4%). En estos casos favorables, el defecto postoperatorio se reducía a la readaptación mental de los pacientes a un nivel psíquico más simple que conllevaba la remisión de los conflictos angustiosos y la corrección de los problemas de conducta. De este modo, Estella calificaba como «curación» al cese definitivo de los sufrimientos morales del enfermo y la capacidad adquirida para incorporarse sin el menor peligro a la sociedad y con el mayor provecho al trabajo. Otro grupo más numeroso mostró remisiones menos pronunciadas del

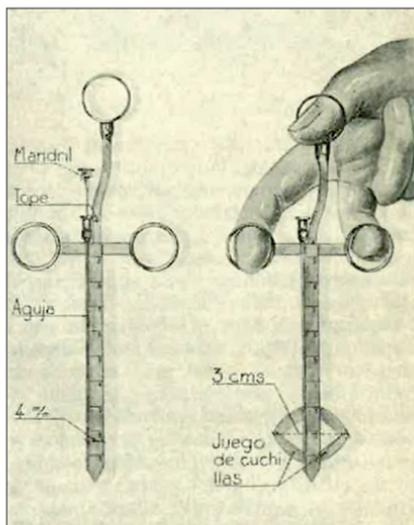


Figura 10. Leucotomo automático de sección plana que utilizó Estella para la práctica de la lobotomía frontal (3).

proceso psicótico obteniendo una remisión fugaz o ausente en 15 pacientes (49,9%) y 1 fallecimiento (3,1%). Así, con las observaciones propias y ajenas, Estella determinó que la leucotomía era una técnica que jamás lograría la curación absoluta de la totalidad del proceso ni resultaba una indicación en un tipo preciso de enfermedad mental. Sin embargo, creía que corregía de forma definitiva las perturbaciones más aflictivas y peligrosas comunes a numerosas psicopatías. Asimismo, consideró que la lobotomía lograba suprimir la ansiedad y eliminaba las respuestas habituales a las alucinaciones e ilusiones de los estados depresivos, aunque, en estos pacientes persistían algunos problemas de conducta. De este modo, pensaba que la leucotomía distaba de representar un tratamiento exclusivo para la esquizofrenia, la demencia precoz, la locura delirante o cualquier otra enfermedad mental, pero constituía un recurso excelente frente a los estados ansiosos e hipomaniacos, la agresividad, la tendencia al suicidio, el abandono de la higiene personal, etc. (3).

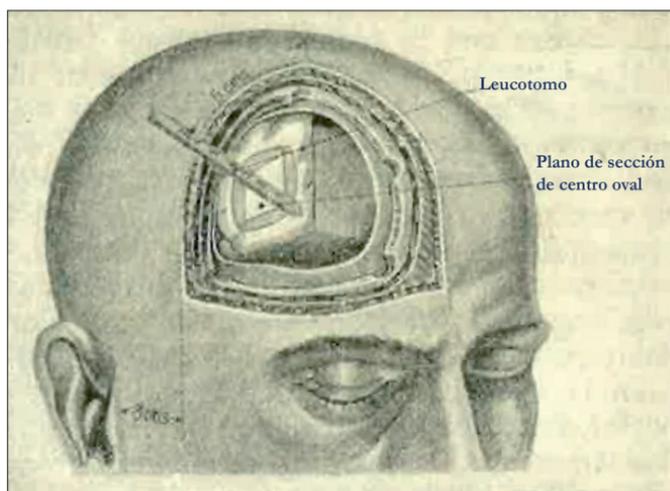


Figura 11. Esquema del plano de sección que realiza el leucotomo ideado por Estella a nivel del centro oval (3).

La relevancia que adquirió la psicocirugía como nuevo tratamiento en la psiquiatría española se puso de manifiesto en el III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría celebrado en 1952 en Santiago de Compostela. En dicho congreso, esta idea fue reforzada por el discurso inaugural realizado por Vallejo-Nágera y las comunicaciones presentadas por diversos psiquiatras españoles que expusieron su experiencia psicoquirúrgica. Entre las comunicaciones presentadas debemos destacar la presentada por Barcia Goyanes y Domingo Simó en la cual dieron a conocer su experiencia psicoquirúrgica

en pacientes del Sanatorio Psiquiátrico Provincial del Padre Jofré (Valencia). Por ello, la presencia de esta y otras comunicaciones puso de manifiesto la actualidad y prominencia de la psicocirugía en España, evidenciando que se trataba de uno de los temas candentes de la actualidad psiquiátrica.

JUAN JOSÉ BARCIA GOYANES Y LA PSICOCIRUGÍA

Barcia Goyanes —perteneciente a una de las familias con más larga tradición médica— fue médico, catedrático, anatomista, neurocirujano y neuropsiquiatra. En 1929 tomó posesión de la Cátedra de Anatomía en la Universidad de Valencia; en 1930 opositó a la plaza de jefe de sala del Servicio de Enfermedades Nerviosas del Hospital Provincial de Valencia; y en marzo de 1931 se convirtió en jefe del Servicio de Enfermedades Nerviosas del Hospital Provincial de Valencia, servicio que pasó a llamarse Servicio de Neuropsiquiatría y Neurocirugía. Barcia Goyanes y el entonces director del Sanatorio Psiquiátrico Provincial del Padre Jofré, Domingo Simó, pronunciaron una conferencia en el Salón de Actos de la Diputación Provincial de Valencia el 4 de junio de 1951, la cual fue publicada ese mismo año en la revista *Medicina Española* bajo el título «Nuestra experiencia de la leucotomía en enfermos mentales» (14). El trabajo realizado por Barcia Goyanes y Domingo Simó recopilaba su experiencia en el tratamiento psicoquirúrgico de 16 enfermos psiquiátricos entre 1950 y 1951, y los resultados obtenidos tras aplicar el procedimiento. Barcia Goyanes y Domingo Simó estaban convencidos de que lo más importante en la terapéutica por leucotomía o lobotomía era la correcta selección de los pacientes que debían ser tratados. Por ello, los pacientes fueron elegidos siguiendo las recomendaciones de Almeida, Amaral y Parada Leitao, que señalaban la depresión, la ansiedad, las alteraciones distímicas, la perplejidad ansiosa, la obsesión y las ideas hipocondriacas como los síntomas más influenciables por este método, así como el delirio y las alucinaciones que tenían engarce en la tonalidad afectiva general, o incluso los impulsos suicidas (15).

Un año más tarde, en 1952, Domingo Simó junto a Ruiz Aguilera y Jiménez Espinosa, presentó la comunicación «Consideraciones en torno a los resultados tardíos de la leucotomía prefrontal» en el III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría celebrado en 1952 en Santiago de Compostela. En dicha comunicación realizaron una revisión histórica sobre la evolución de las técnicas psicoquirúrgicas desde 1935 —con el surgimiento de la leucotomía de Egas Moniz— hasta las modificaciones de la leucotomía presentadas en el I Congreso Internacional de Psicocirugía de 1948. Esta comunicación perseguía el mismo objetivo que la comunicación efectuada por Barcia Goyanes y Domingo Simó en 1951. Sin embargo, en la comunicación de 1952 Domingo Simó y sus colaboradores pretendían conocer cuáles eran los resultados de los pacientes leucotomizados mediante la técnica de Lysterly-Poppen-Scarff

al mes de ser intervenidos, a los seis meses y al año (16). Debemos destacar que, en la comunicación de 1952, Domingo Simó reveló «dos cinco casos más demostrativos de la casuística» correspondientes a aquellos pacientes que obtuvieron una remisión total o notable de su sintomatología. Por lo que, en dicha comunicación, solo estudió en mayor detalle a aquellos pacientes que se beneficiaron de la leucotomía, obviando a aquellos que obtuvieron remisiones ligeras, no remitieron su sintomatología o empeoraron.

En lo referente a los resultados, Barcia Goyanes y Domingo Simó indican que los resultados que obtuvieron al mes de practicar las intervenciones psicoquirúrgicas fueron 4 remisiones totales, 6 remisiones notables, 4 remisiones ligeras y 2 pacientes que no variaron su sintomatología. Los autores valoraban la evolución del paciente leucotomizado, en concreto, la corrección de aquella sintomatología que aparecía como predominante en el paciente y que los autores consideraban influenciable favorablemente por la intervención. Así, advertían que, en relación con el síndrome, los resultados se podían clasificar como remisión total, notable, ligera, sin variación y exacerbación, lo cual equivalía a curación, gran mejoría, mejoría, sin modificación y empeoramiento. Con respecto a los pacientes con personalidades psicopáticas, en lugar de utilizar la palabra remisión, los autores decidieron emplear la palabra normalización. De este modo, los autores asociaban la recuperación total del paciente a una desaparición de su conducta anterior, así como a la presencia de un comportamiento tranquilo y cooperativo —dicha modificación iba asociada con una conducta apática, indiferente y falta de individualidad e interés— que les permitía adaptarse a la vida intrasaneatoria y extrasaneatoria o incluso recuperar su empleo anterior.

Tras analizar las comunicaciones anteriores, se accedió a los fondos del Archivo Histórico del Sanatorio Psiquiátrico Provincial del Padre Jofré localizados en el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia) para conocer con mayor detalle la casuística de Barcia Goyanes y Domingo Simó. Tuvimos que realizar largas sesiones de trabajo —en múltiples ocasiones con pocos resultados— debido a que la numeración de las historias clínicas especificada en los artículos de Barcia Goyanes y Domingo Simó no coincidía con el número de las historias clínicas del Archivo Histórico. Por ello, se optó por delimitar las historias clínicas teniendo en cuenta la fecha de ingreso y las iniciales de los pacientes incluidas en los artículos de Barcia Goyanes y Domingo Simó. Tras seleccionar y leer las historias clínicas, se compararon con la información aportada por los autores, identificando trece de las dieciséis historias clínicas —desconocemos los motivos por los que no se dispone de las historias clínicas de los otros tres pacientes leucotomizados Barcia Goyanes entre 1950 y 1951—. En dichas historias clínicas aparecía documentación anexa como la solicitud de ingreso, los tratamientos aplicados, la correspondencia, la evolución de enfermería, los informes derivados de otros facultativos, certificados, escritos, etc. Sin embargo, en otras historias clínicas destaca la ausencia de información, limitándose a un mero resumen de los datos y la evolución del

paciente (Figuras 12 y 13). Después de revisar las historias clínicas de los pacientes, conocimos que los pacientes considerados como «remisión total» reingresaron años después de ser intervenidos, presentando su sintomatología anterior, así como un comportamiento apático, muy inhibido y con falta de iniciativa y de proyección de futuro, lo cual se fue agravando con el paso del tiempo.

 DIPUTACION PROVINCIAL DE VALENCIA SANATORIO PSIQUIATRICO PROVINCIAL DEL PADRE JOFRE		HISTORIA CLINICA NUM. [REDACTED]
Apellidos	[REDACTED]	
Nombre	[REDACTED]	Edad 34 años.
Estado	CASADO	Profesión CAMARERO
Naturaleza	JATIVA	
Residencia	VALENCIA	
Domicilio	[REDACTED]	
Fecha de ingreso	6-III-48	por INDICACION MEDICA
Observaciones:		
<hr/> DIAGNOSTICO <u>ESQUIZOFRENIA DE FORMA PARANOIDE</u>		
INFORME <u>Pseudopercepciones con interpretaciones deliriosas y conversión de la personalidad en sentido paranoide.</u> <u>LEUCOTOMIA. 12-XII-50.</u>	ALTAS Y BAJAS Licencia 30-VI-48 Reingreso 19-IX-48 Licencia 9-VI-49 Reingreso 6-VIII-49 Licencia 17-V-50 Reingreso 20-VII-50 Licencia 23-XI-50. Reingreso 12-2-52 Licencia 15-VI-52 Reingreso 5-VI-53 Licencia 24-XII-53	

Figura 12. Historia clínica obtenida del Archivo Histórico del Sanatorio Psiquiátrico Provincial del Padre Jofré localizada en el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia) (17).

Enfermedad actual	Hace 5 o 6 días que no duerme. Alucinaciones auditivas "ella es la mala, loco". Ha amenazado a su mujer con tirarle por el balcón.
6-III-48	Algo desquiciado de sí mismo. Se comporta atentamente y con corrección. Habla espontáneamente apenas iniciamos un interrogatorio sobre las causas de su estancia aquí. Protesta energicamente y trata de convencernos de que está completamente bien y ha venido engañado. Esto lo interpreta como que "algo tienen que tapar". Se pregunta y nos pregunta por quien es el que ha decidido su ingreso, ya que según cree él, aquí no hay ningún documento suyo y por tanto es ilegal su reclusión. Nos explica sus sospechas de que su mujer le engaña, "algo más que coquetear", y esto lo sabe por las alusiones que oye en las demás personas que convierten entre sí, por ejemplo en el casino del ateneo donde sirve como camarero, por salidas de su mujer injustificadas y a horas fijas, "Por que ví que la siguen varios hombres...". Y como tiene servicios aunque pasa once horas sin ir por casa no sabe lo que ella pueda hacer en este tiempo. Aunque ya había recurrido a hacer él la compra en el mercado parece estar más seguro de ella. Sospecha que ella no está bien o quiere gastar bromas. Aquí en este establecimiento también oye la voz de su mujer por todas partes, diciendo que ella es la buena... A veces comenta lo que él piensa. Cuando remoloneando se marcha al departamento, se queda parado diciendo: "el caso es que tenía una cosa que decirle a Ud." y se le ha marchado de la cabeza".
23-IX-50	Informe Radiológico Dr. Rius Normal. Orina Normal. (6-III-48) Por lo que cuenta el enfermo, el estado psíquico actual es sencillamente el mismo al de su primitivo ingreso. Ideas de celos enfocadas a su mujer "ha visto y le han dicho cosas, por el pueblo se habla de ello, han visto salir a su mujer precipitadamente de la cocina con un cuñado suyo, en la calle se ha separado de él, para conversar de manera sospechosa con otras mujeres, aquí mismo escucha ciertas conversaciones en las que se trata del asunto..." Existe, al parecer, una base pseudoperceptiva, que condiciona unas interpretaciones deliriosas, un tanto inconexas. Fuera del tema delirante el pensamiento es congruente. No existe sentimiento de enfermedad. Bien orientado y buena memoria.
11-XII-50 10-I-51	LEUCOTOMIA. 12-VII-50 El enfermo se muestra con su euforia habitual, un poco aumentada quizás, muestra asimismo una tendencia hacia la religiosidad, con más intensidad que después de su matrimonio que ya sentía entonces. Sin embargo se observa que toma la comunión diaria olvidando "el dice que es por la falta de tiempo" la confesión previa. Su comportamiento familiar es excelente. Desde hace 15 días se inicia en el enfermo dudas y recelos respecto a la conducta de su esposa. Pregunta insistentemente y de modo capcioso sobre en que emplea su tiempo y todo ha de deducir que el delirio ha vuelto a ser activo.
6-4-51	

Figura 13. Continuación de la anterior historia clínica obtenida del Archivo Histórico del Sanatorio Psiquiátrico Provincial del Padre Jofré localizada en el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia) (17).

Basándose en la experiencia anterior, los autores defendían que aquellos pacientes que mejor se veían influidos por la leucotomía eran aquellos en los que dominaba la agitación, la agresividad y el delirio de fuerte contenido emocional. Sin embargo, en aquellos en los que «domina lo insulso» apenas

vieron modificada su sintomatología o incluso llegaron a empeorar. Del mismo modo, los síntomas catatónicos que más se beneficiaron de la leucotomía fueron los de tipo activo. Por ello, argumentaban que «además de la modificación favorable, las más de las veces, del síntoma o síndrome predominante en la conducta cuando se seleccionó bien, se obtuvo una remisión más o menos completa del resto del cuadro sintomático, significando esto la dependencia de los síntomas psicóticos accesorios entre sí y originalmente la de estos con los primarios» (14, p. 86).

Los autores afirmaban haber observado «importantes y profundas modificaciones de su personalidad de carácter deficitario» que asociaban a incisiones amplias y posteriores (16). Sin embargo, los autores eran conocedores de estas posibles modificaciones, pues citaban a Barahona Fernandes afirmando que «el leucotomizado paga, como precio de su mejoría o curación, importantes y profundas modificaciones de su personalidad de carácter deficitario» (14, p. 87). De esta manera, advertían de las negativas consecuencias que la leucotomía podía tener respecto a la aparición de un síndrome frontal en el que se alterase especialmente la capacidad de organizar el futuro y el control de la conducta. Asimismo, observaron alteraciones somáticoconstitucionales, impulsivas, intelectuales, temperamentales y de autointegración. Con respecto al pensamiento concreto apenas apreciaron variaciones sustanciales en los pacientes intervenidos. No obstante, en el pensamiento abstracto comprobaron que no existía poder de comprensión paralelo al de lo concreto, por lo que evidenciaron la evidente disparidad de ambos tipos de pensamiento. Temperamentalmente, se produjo una modificación de la carga afectiva sobre las combinaciones ideatorias concretas, manifestándose explosivamente en forma de ira o de llanto. Sin embargo, relataban que el cambio más notable en los pacientes era la falta en la predeterminación de actos, es decir, la falta de proyección de futuro (14). A pesar de ser conocedores de las modificaciones de la personalidad que podían producirse en los pacientes leucotomizados, aducían que los resultados obtenidos en su experiencia «nos animan a proseguir este camino que, como todos los nuevos, presentan la particularidad de que, si al principio son oscuros, van cobrando, primero, difusas claridades, y luego mayor luz, prometedoras de importantes descubrimientos a medida que se avanza en ellos» (14, p. 90). Sin embargo, debemos destacar que en la experiencia de Barcia Goyanes y Domingo Simó existió una falta de reconocimiento por su parte y una falta de control evolutivo a corto y largo plazo. Además, al consultar las historias clínicas de los pacientes leucotomizados pudimos analizar la evolución a largo plazo y conocimos que la mayoría de los pacientes leucotomizados no mejoraron. A pesar de ello, Barcia Goyanes y Domingo Simó consideraron que los resultados obtenidos fueron satisfactorios, ya que realizaron una valoración sucinta en la que solo tuvieron en cuenta que el paciente fuese más manejable y permaneciese en una actitud tranquila y cooperativa, desapareciendo el «problemático comportamiento» anterior.

En su discurso de investidura como miembro titular de la Academia de Medicina de Valencia en 1948, el psiquiatra Marco Merenciano, el cual había sido el director del Sanatorio Psiquiátrico Provincial del Padre Jofré tras la Guerra Civil y hasta 1948 —momento en el que asumió la dirección del centro Domingo Simó—, señaló que las primeras intervenciones psicoquirúrgicas realizadas en Valencia fueron llevadas a cabo por Barcia Goyanes en el Sanatorio Psiquiátrico Provincial del Padre Jofré en 1939. De ser verídica, dicha información sería de gran relevancia, ya que situaría a Valencia como la primera ciudad española en la que se aplicaron técnicas psicoquirúrgicas, teniendo en cuenta que el neurólogo portugués Egas Moniz divulgó el novedoso tratamiento en 1936. Considerando la trayectoria profesional de Barcia Goyanes, creemos que dichas intervenciones pudieron efectuarse a partir de julio de 1939, momento en el que Barcia Goyanes regresó a Valencia tras su estancia en La Coruña, donde practicó diversas intervenciones neuroquirúrgicas en el Hospital de Labaca. Marco Merenciano se adentró en los conflictos éticos y morales que según él conllevaba la aplicación de la leucotomía y para ello dio a conocer su experiencia psicoquirúrgica llevada a cabo en 1939 junto a Barcia Goyanes, quien operó a pacientes psicópatas sin observar ningún cambio en sus personalidades. Marco Merenciano aseveraba que «el valor terapéutico de la leucotomía se basa predominantemente en el defecto que deja. [...] El éxito estaría en que la técnica pudiera precisar el defecto que va a producir: tan grande que venza la angustiosa tensión mental y tan reducido que no fuera rémora en el desenvolvimiento personal-social y familiar-posterior» (19, p. 83). Por ello, creía que la leucotomía podría considerarse un tratamiento exitoso si el defecto postoperatorio no interfiriese en el desarrollo social y personal del paciente y si se lograba disminuir el sufrimiento del paciente. Asimismo, Marco Merenciano trató con varios moralistas a quienes les consultó sobre diversos aspectos del problema, y que trasladó textualmente en su discurso. Según el moralista religioso P. López S. J. la leucotomía era una operación lícita «siempre que guarde proporción los efectos residuales previsibles con las malas consecuencias de la permanencia de la enfermedad». Asimismo, aducía a la capacidad de decisión del paciente ya que «no puede ser objeto de ninguna operación notablemente dolorosa o notablemente dispendiosa o notablemente peligrosa, sin su consentimiento» (19, p. 89).

Además de las consideraciones morales estudiadas por Marco Merenciano, Barcia Goyanes —al contrario que la mayoría de los neurocirujanos y psiquiatras españoles— también valoró desde el punto de vista moral las consecuencias en torno a la aplicación de la leucotomía. El 27 de marzo de 1954 pronunció una conferencia en la Escuela de Medicina Legal de Madrid con el título «Leucotomía y moral» —dicha conferencia fue publicada en la revista *Medicina Española* con el mismo título— para analizar en profundidad las objeciones para el uso de la leucotomía y valorar las graves alteraciones de

la personalidad que esta podía producir. En su discurso resaltó que las profundas alteraciones de personalidad en los pacientes constituyeron un motivo temprano y serio de preocupación desde las primeras operaciones (20) y que fueron estudiadas en varias comunicaciones del I Congreso de Psicocirugía, celebrado en Lisboa en 1948 (21). Al igual que Marco Merenciano, Barcia Goyanes consideraba que las alteraciones de la personalidad determinaban las objeciones que desde el punto de vista moral se tenían con la leucotomía. Sin embargo, señaló que para la mayor parte de médicos españoles no existían objeciones a la aplicación de la leucotomía debido a posibles cambios en la personalidad, al contrario de lo que sucedía en otros países. Asociaba dicha ausencia a «una tranquila posesión de los principios dogmáticos que le servían de fundamento» (20, p. 244) a la leucotomía. Asimismo, algunos eclesiásticos tomaron parte en debates en la prensa no especializada, sosteniendo el punto de vista de que el alma era dañada por la leucotomía y que por ello debía ser condenada por razones religiosas —no siendo esta la postura de la religión católica—.

Las objeciones a las que se refirió Barcia Goyanes llegaron a encontrar una resonancia efectiva en ciertas legislaciones hasta el punto de que la leucotomía fue prohibida en la República Renana de la Federación de Alemania Occidental y la URSS por un decreto del Ministerio de Higiene en enero de 1951 (22). Ese decreto afirmaba que el uso de la lobotomía prefrontal para el tratamiento de los trastornos mentales contradecía los conceptos fundamentales de la teoría de Pávlov (20). Del mismo modo, el Papa S. S. Pío XII dirigió un discurso a los asistentes al primer Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso el 14 de septiembre de 1952 en el que afirmaba que: «el hombre ni puede emprender sobre sí, o permitir actos médicos —físicos o somáticos— que, sin duda, suprimen pesadas taras o enfermedades físicas o psíquicas, pero suponen al mismo tiempo una abolición permanente o una disminución considerable y duradera de la libertad. [...] Así se degrada al hombre al nivel de un ser puramente sensitivo, de reflejos adquiridos o de un autómatas viviente» (23, pp. 1-4). Barcia Goyanes veía en este discurso una clara alusión a la leucotomía, pero consideraba que no había sido la intención del Papa afirmar que la leucotomía reducía al hombre a la situación de un «autómata viviente» (20). Barcia Goyanes aseveraba que era necesario valorar si el daño causado por la leucotomía estaba o no compensado por el bien que iba a obtener el paciente ya que, según su parecer, todas las intervenciones quirúrgicas conllevaban riesgos asociados los cuales debían asumirse si el valor terapéutico obtenido era mayor que el riesgo. Asimismo, consideraba que el valor terapéutico de la leucotomía estaba fuera de toda duda en enfermos en los que su sintomatología no se modificaba tras aplicar numerosos tratamientos. Por ello, en pacientes que habían permanecido inmodificados tras aplicar numerosos procedimientos consideraba que «la libertad se hallaba ya profundamente disminuida, cuando no abolida, por su afección, y las modificaciones postoperatorias, sean debidas a la leucotomía o causadas por

la psicosis, están sin duda muy por debajo de las que presentaban preoperatoriamente» (20, p. 248). Por lo que determinaba que en estos pacientes no constituía ningún problema la decisión sobre la moralidad de la leucotomía. De este modo, Barcia Goyanes se ratificaba en su opinión de que solo podía emplearse esta terapéutica en aquellos pacientes en que fracasaban otros tratamientos y en aquellos que presentaban un comportamiento profundamente alterado antes de ser intervenidos, pues la psicocirugía no supondría ningún cambio significativo en su conducta.

CONCLUSIONES

El sistema manicomial estructurado en torno al comportamiento del paciente, desempeñó un papel crucial en el proceso de definir los límites aceptables de qué pacientes podían ser tratables psicoquirúrgicamente. Tal y como destaca Braslow, los psiquiatras necesitaban una justificación terapéutica que les permitiera interpretar los signos y síntomas de sus pacientes (24). En el caso de la lobotomía, los psiquiatras justificaban casi todas las intervenciones propuestas basándose en el comportamiento incorregible del paciente. Asimismo, la cronicidad combinada con problemas de comportamiento «intratables», a menudo se consideraban una evidencia convincente de una enfermedad tratable quirúrgicamente. Tras la lobotomía, la desaparición de los deseos y necesidades subjetivas del paciente hicieron que los pacientes se mostrasen apáticos, indiferentes y faltos de individualidad, por lo que eran considerados «más agradables y cooperativos» —aspectos que tenían en mayor consideración que la propia mejoría del paciente—. Estos resultados no reflejaban la realidad del tratamiento, ya que en la mayoría de los casos el factor tiempo no fue estudiado convenientemente, por lo que existió una falta de control evolutivo de los pacientes a corto y largo plazo. La adaptación a la vida sanatorial atestiguaba la efectividad de la cirugía con el surgimiento de un paciente apático, indiferente y dócil que no causaba «stragos en el mundo, dentro y fuera del manicomio». Por lo que las mejorías eran muy parciales y transitorias debido a la combinación de los síntomas de las psicosis y el trauma cerebral, mientras que los daños que sufrieron los pacientes fueron muy superiores a los beneficios. La lobotomía y su perspectiva clínica concomitante hicieron que los deseos subjetivos de los pacientes fueran irrelevantes frente a una enfermedad objetiva y tratable quirúrgicamente. La conclusión de que el control del comportamiento era terapéutico se basaba en la capacidad del psiquiatra para ver signos o síntomas particulares como reflejo de una enfermedad que sería susceptible de la psicocirugía. Por ello, los médicos solo veían enfermedades biológicas que necesitaban de una extirpación radical, independientemente de los deseos o el estado legal del paciente, despojándolos rápidamente de su condición de voluntaria y clasificándola como mentalmente incompetente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robison A, Taghva A, Liu C, Apuzzo M. Surgery of the Mind, Mood, and Conscious State: An Idea in Evolution». *World Neurosurgery* 2012;77(5/6):665-6.
2. National Library of Medicine [Internet]. NLM. NIH. 2022. Pedro Manuel de Almeida Lima. [Consultado 9 diciembre 2022]. Disponible en: <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101421543-img>
3. Estella J. Tratamiento quirúrgico de las enfermedades mentales. *Rev. Española de Cirugía* 1944;1(1):1-17.
4. Almeida Amaral N. El método quirúrgico de Moniz (leucotomía) en la terapéutica de las enfermedades mentales. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1946;5:147-55.
5. Balcells M. Historia de la leucotomía. *Neurosciences and history* 2014;3(3):130-35.
6. National Library of Medicine [Internet]. NLM. NIH. 2022. Walter J. Freeman. [Consultado 9 diciembre 2022]. Disponible en: <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101415447-img>
7. National Library of Medicine [Internet]. NLM. NIH. 2022. James W. Watts. [Consultado 9 diciembre 2022]. Disponible en: <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101431537-img>
8. Valenstein Elliot S. *Great and Desperate Cures: The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*. New York: Basic Books, 1986; pp. 211-37.
9. Consejieri Gámez AM. El manicomio nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): Aspectos organizativos y clínico asistenciales. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2014.
10. Martí Granell A, Usà Mariné J. *Lobotomía frontal*. Barcelona: Ediciones B y P; 1950.
11. Martí Granell A, Usà Mariné J. Resultados tardíos de la lobotomía frontal. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr* 1952;11.
12. Torras O, Fuster J. La leucotomía y lobotomía prefrontales en las psicosis terminales. *Med. Clín* 1949;12(2):112-16.
13. Fernández Sanz A, Conde V. *Breve Historia del Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Pueyo Artes Gráficas, 1969; p. 4.
14. Barcia Goyanes JJ, Domingo Simó F. Nuestra experiencia de la leucotomía en enfermos mentales. *Medicina Española* 1951;26(149):75-90.
15. Almeida Amaral M, Parada Leitao G. Resultados comparativos entre a leucotomía prefrontal de Moniz e a lobotomía de Freeman. *Med. Contemp* 1948;66(11):433-43.
16. Domingo Simó F, Ruiz Aguilera J, Jiménez Espinosa L. Consideraciones en torno a los resultados tardíos de la leucotomía prefrontal. En: *Comunicaciones III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. Santiago de Compostela. Madrid: Industrias Gráficas España-México, 1952; pp. 128-30.
17. Archivo Histórico del Sanatorio Psiquiátrico Provincial del Padre Jofré. *Hospital Psiquiátrico de Bétera*.
18. Novella E, Huertas R. El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud* 2010;21(3):205-19.

19. Marco Merenciano F. *Psiquiatría y cirugía*. Valencia: J. Doménech, 1948; pp. 88-9.
20. Barcia Goyanes JJ. Leucotomía y moral. *Medicina Española* 1954;31(181):244-48.
21. AA. VV. *Psychosurgery:1ST*. International Conference. Lisboa: Edição da Livraria Luso-Espanhola, 1949; p. 49.
22. Lichterman BL. On the history of psychosurgery in Russia. *Acta Neurochir (Wien)* 1993;125:1-4.
23. Librería Editrice Vaticana. *Libreriaeditricevaticana.va* [Internet]; 2021. Discurso del Santo Padre Pío XII a los participantes en el I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso. Los límites morales de los métodos médicos. [Citado el 15 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1952/documents/hf_p-xii_spe_19520914_istopatologia.html
24. Braslow J. *Mental Ills and Bodily Cures*. Berkeley: University of California Press, 2005.

TRATAMIENTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN GALICIA (ESPAÑA), 1939-1965

*David Simón Lorda**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El período que va desde el final de la Guerra Civil española e inicio de la Dictadura de Franco (1939) hasta los primeros años sesenta del siglo XX fue un tiempo de progresiva introducción de nuevas técnicas de tratamiento en el campo de la terapéutica psiquiátrica (1-7). Son años que abarcan desde la posguerra y la autarquía franquista a los primeros años de funcionamiento de la Seguridad Social (en el denominado período del desarrollismo del franquismo, y que abarcó desde 1959 a 1975) (1-2). En este tiempo vamos a asistir a la llegada de los tratamientos con electrochoque (TEC), de las curas con insulina (Cura de Sakel), de la psicocirugía y, desde mediados de años cincuenta, del inicio de moderna psicofarmacología (marcada por el lanzamiento de la clorpromazina en los primeros años cincuenta (4, 8). Asimismo, en España y en Galicia, en estos años que analizamos en nuestro trabajo se asistió a un progresivo crecimiento en el número de centros de internamiento y de tratamiento psiquiátrico, tanto privados como públicos, tras el parón producido por la Guerra Civil y la posguerra inmediata. También fue un tiempo de relanzamiento y consolidación de las sociedades científicas profesionales (con varios congresos nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), entre ellos uno en Santiago en 1952 como veremos más adelante) y también de revistas profesionales y de las cátedras de psiquiatría (6, 7).

Los objetivos del trabajo son por un lado investigar las prácticas asistenciales y terapéuticas usadas en hospitales psiquiátricos públicos y privados de Galicia-España en el período del franquismo entre los años 1939-1965 (que abarca el primer franquismo y primeros años del desarrollismo en la Dictadura de Franco). Al mismo tiempo, trataremos de analizar la difusión y algunas articulaciones locales (en Galicia) de las innovaciones tecnológicas en el campo terapéutico de la psiquiatría en esos años.

* Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. C/ Ramón Puga, 52-54. 32004 Ourense, España. dsimlor@gmail.com

MATERIAL Y MÉTODOS

Para desarrollar el trabajo hemos realizado, por un lado, una revisión de la bibliografía en torno a la historia de la psicofarmacología y sobre la asistencia psiquiátrica gallega del período en estudio.

Además, a través del portal web de la Hemeroteca Galiciana (Xunta de Galicia) se han revisado fuentes hemerográficas tanto de revistas médicas como anuncios y material de la prensa local de la época, para el caso de otros centros privados y públicos. Asimismo, se ha recurrido a algunas fuentes orales.

La otra fuente utilizada han sido material de archivos clínicos de diferentes centros de Galicia: del Hospital psiquiátrico de Conxo en Santiago de Compostela (actualmente depositadas en el Archivo de Galicia en Santiago de Compostela, y accesibles en parte a través de la web Galiciana), del Hospital Municipal de San José en A Coruña (depositadas en el Archivo Reino de Galicia (A Coruña) y accesibles en parte a través de Galiciana), y del Hospital Psiquiátrico de Toén en Ourense (depositadas en el Servicio de Documentación Clínica del Complejo Hospitalario de Ourense (perteneciente al Servicio Galego de Saúde-Xunta de Galicia).

ASISTENCIA Y TERAPÉUTICA EN GALICIA: DE LA GUERRA CIVIL (1939) A LOS PRIMEROS AÑOS 60

En 1939 al acabar la Guerra Civil española, en Galicia había cuatro centros con ingresos psiquiátricos, todos ellos privados o con conciertos para ingresos de enfermos de Beneficencia: el Manicomio de Conxo (abierto desde 1885 y perteneciente de la Iglesia Compostelana, y dirigido por Ramón Rodríguez Somoza), Sanatorio Lois Asorey (desde 1933 en Santiago), Sanatorio de Vilapedre (Lugo) (desde 1910 y dirigido por Ricardo Núñez) y el Sanatorio San José (en Vigo desde 1939 y liderado por José Pérez López-Villamil) (9).

A la altura de 1965, se habían sumado a la oferta asistencial numerosos centros y consultorios privados y públicos en diferentes puntos de Galicia, y que a su vez fueron introduciendo toda la oferta de nuevas terapéuticas y tecnologías en sus centros. Analizaremos en las siguientes páginas algunas de las vicisitudes y desarrollo de este despliegue terapéutico y asistencial.

1. *El manicomio de Conxo-Santiago de Compostela (A Coruña)* *(período de 1939 a los primeros años sesenta)*

El centro clave de la asistencia psiquiátrica en Galicia desde su inauguración en 1885 hasta el período analizado fue el Manicomio de Conxo, situado en las afueras de la ciudad de Santiago de Compostela, y perteneciente a la Iglesia compostelana hasta su venta a la Diputación de A Coruña a finales de

Sanatorio Neuropsiquiátrico de Conjo

(SANTIAGO)

ENFERMEDADES NERVIOSAS Y PSIQUICAS.—HISTERISMO.—TOXICOMANIAS
(Alcohol - Morfina, etc.) - NEUROLUES

Medico-Director: Dr. RODRIGUEZ SOMOZA

NUEVE FACULTATIVOS.—TRATAMIENTOS MODERNOS
ULTIMAS INSTALACIONES TECNICAS

TRATAMIENTO MALARICO DE LA LUES NERVIOSA
ELECTROTERAPIA.—PSICOTERAPIA.—ASISTENCIA INDIVIDUALIZADA.— CONFOR
CALEFACCION.— GRAN PARQUE, HUERTA Y BOSQUE



La Administración del Establecimiento (Teléfonos 1206 y 1207 - Apartado de Correos 1) facilitará toda clase de informes sobre pensiones, en cuyos precios se hallan incluidos el tratamiento y la asistencia médica

Anuncio publicitario del «Sanatorio Neuropsiquiátrico de Conjo (Santiago)». En revista Medicina y Cirugía 1939, septiembre, núm. 12.

los años 60. Es un centro que ha sido ya estudiado en diferentes aspectos y períodos por diversos autores y es imposible extendernos más en esta parte del trabajo (9, 10-12). Dicho centro continúa funcionando hoy en día, integrado en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago perteneciente a la sanidad autonómica de la Xunta de Galicia.

Desde 1931 y hasta 1970 el centro estuvo dirigido por el neuropsiquiatra Ramón Rodríguez Somoza (Lourenzá, Lugo, 1899-Santiago de Compostela, 1994), un neuropsiquiatra formado en Alemania, exbecario del Instituto Cajal y de la Junta de Ampliación de Estudios. Pese a su cercanía al Partido Galeguista durante la Segunda República, no fue cesado ni expedientado durante la Guerra Civil ni en la posguerra. Rodríguez Somoza mantuvo abierta su consulta privada en el centro de la ciudad desde 1931-1932. Abrirá un Sanatorio psiquiátrico a las afueras de Santiago, en el barrio de A Rocha, hacia finales de 1954 o primeros meses de 1955 y que mantuvo en funcionamiento hasta su jubilación. Desconocemos datos de actividad y prácticas terapéuticas en este sanatorio privado de Rodríguez Somoza.

Al acabar la guerra, en marzo de 1939, el Manicomio de Conxo se anuncia publicitariamente en la revista médica compostelana «Medicina y Cirugía» con un anuncio (casi de página completa) con título de «Sanatorio Neuropsiquiátrico de Conxo (Santiago)». Según la publicidad atendían a «enfermedades nerviosas y psíquicas, histerismo, toxicomanías (alcohol, morfina, etc.) y neurolúes». Indicaban que el centro tenía «nueve facultativos», y que administraban «tratamientos modernos en nuevas instalaciones técnicas». Entre la oferta terapéutica se anunciaba «tratamiento malárico de la lúes nerviosa, electroterapia, psicoterapia», así como «asistencia individualizada» en un lugar con «comfort, calefacción, gran parque, huerta y bosque» (12-13).

Decir que sin embargo en diferentes estudios han resaltado que la situación asistencial de Conxo en la posguerra (años cuarenta) era bastante diferente de lo que pueda captarse a través de este anuncio (9, 10). En los años de la posguerra hubo un aumento de la mortalidad entre los internados en el centro y que parece haber estado en relación con problemas de tuberculosis y de situaciones de deficiente alimentación de los internos. Asimismo, hubo subida de precios de las estancias diarias de los enfermos lo cual dio lugar a situaciones de tirantez administrativa con las Diputaciones gallegas que les enviaban enfermos (A Coruña, Pontevedra y Ourense, y muy minoritariamente Lugo) (9). Volveremos más adelante sobre los tratamientos en el Manicomio de Conxo a finales de los cincuenta o primeros años sesenta.

2. *El «Sanatorio neuropático del Dr. Lois Asorey» (Santiago de Compostela, de 1933 a los años noventa)*

Baldomero Lois Asorey (Santiago de Compostela, A Coruña, 1900-1977) inició su trayectoria profesional en el Hospital Psiquiátrico de Conxo, donde trabajó entre 1928 y 1933, momento hasta que abandona el centro por discrepancias con la situación asistencial del mismo, y denuncia dicha situación

ante la AEN (9). Desde entonces se dedicó a la práctica privada desde su consultorio y desde su «Sanatorio Neuropático del Dr. Lois Asorey». Este centro tendrá diversas sedes en Santiago de Compostela durante los años de su existencia, y lo dirigirá hasta su jubilación (9). En la actualidad el centro no existe pues fue vendido por sus herederos tras unos años de cierre, y en su lugar se levanta hoy en día un centro hotelero.

Entre 1939-1941, el «Sanatorio Neuropático del Dr. Lois Asorey» se anunciaba en la prensa local y en la científica de ámbito galaico, en concreto en la revista compostelana «Medicina y Cirugía» (14). En la publicidad destacaba que era un centro para «enfermos nerviosos y psíquicos no manicomiales». Suponemos que tratando de labrarse un hueco entre la clientela privada y a la vez marcando distancias con el Manicomio de Conxo situado a pocos kilómetros del sanatorio. Desde dicho centro va a ir introduciendo y dispensando los diferentes tratamientos que van surgiendo a lo largo del período, si bien una de sus aportaciones más singulares fue la introducción del choque histamínico. Sobre este tipo de terapia va a publicar diferentes trabajos (15, 16) y que irá presentando en los congresos nacionales de la AEN (Santiago de Compostela, 1952) y en Congresos mundiales (en el Congreso Mundial de Psiquiatría en Zúrich en 1957 (13)).

Como veremos más adelante, formó parte del Comité organizador del «III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría» celebrado en Santiago de Compostela en julio de 1952. En un artículo publicitario sobre el sanatorio de Lois Asorey que sale publicado en la prensa local en esos días de congreso se indica que realizan «Curas para el tratamiento de los enfermos nerviosos y psíquicos no manicomiales del Pazo del Carmen. Se curan neurosis e intoxicaciones». Los tratamientos que dispensan en el centro son el choque histamínico, curas de reposo y aislamiento, curas de Sakel, electrochoque, choque cardiazólico e inhalaciones de gas carbónico en circuito cerrado (17).

3. *El sanatorio de Vilapedre-Sarria (Lugo) (1910-1950)*

El psiquiatra Ricardo Núñez Rodríguez (Vilapedre-Sarria (Lugo), 1866-1958) mantuvo abierto un pequeño centro psiquiátrico privado entre 1910 y 1950 y situado en su aldea natal, una pequeña localidad del interior de la provincia de Lugo. El centro, conocido como el Sanatorio de Vilapedre, cierra al fallecer su fundador. Sus historiales clínicos no se conservan, y apenas hay datos de su actividad o sobre la terapéutica usada entre 1939-1950 (9). El antiguo edificio está abandonado en la actualidad tras haberse reformado el edificio para dedicarlo a hostelería.

Sanatorio Psiquiátrico San José
ENFERMOS MENTALES Y NERVIOSOS

Director: **Profesor P. L. Villamil** Subdirector: **Dr. Rubira Fariña**

**CURAS DE AISLAMIENTO Y REPOSO (FATIGADOS
Y SOBRECARGADOS DE TRABAJO)**

PSICOTERAPIA	HIDROTERAPIA
PSICAGOGIA	FISIOTERAPIA

Villa San Javier	Tomás A. Alonso
Teléfono 1999	VIGO

Anuncio publicitario del «Sanatorio San José» (Vigo) (Dr. Pérez López- Villamil). En revista Medicina y Cirugía 1939, septiembre, núm. 12.

4. El Sanatorio Psiquiátrico San José («Sanatorio Villamil») (1939-2022)

Nada más terminar la Guerra Civil, se abre en Vigo el Sanatorio Psiquiátrico San José, un centro privado con camas de hospitalización y que estaba dirigido por los médicos José Pérez López-Villamil y por José Rubira Fariña. Posteriormente se incorpora como socio a la misma el cuñado de Villamil, el Dr. Villarino.

El centro se anuncia en la prensa médica gallega ya en septiembre de 1939, en la revista «Medicina y Cirugía». Esta revista compostelana estaba dirigida por los médicos Ramón Baltar y Ulpiano Villanueva, ambos profesores de la Facultad de Medicina de Santiago y amigos de Villamil. En el anuncio de la revista indican que era un centro para «enfermos mentales y nerviosos». Ofertaban curas de aislamiento y reposo (para «fatigados y sobrecargados de trabajo»), psicoterapia, psicagogia, hidroterapia y fisioterapia (18).

José Pérez López-Villamil (Figueres, Asturias, 1904 - Vigo, 1996) era en 1939 el Catedrático de Medicina Legal en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela. Trabajó en Conxo como neuropsiquiatra en los años de la Segunda República junto con Baldomero Lois Asorey y Ramón Rodríguez Somoza.

En su Sanatorio San José de Vigo se formarán varios de los médicos psiquiatras que marcarán tendencia en la psiquiatría gallega de la posguerra –Cabaleiro Goás, Nicandro Pérez, Usero Tiscar, Vidal Verdes...– (9). Además de lo que se indicaba en la publicidad de la época, lo cierto es que en dicho centro se aplicaron todos los tratamientos que iban apareciendo en esos años: terapia electroconvulsiva, curas de Sakel... Uno de los médicos psiquiatras ligados a la historia de este centro refiere¹ que el TEC comenzó a usarse de forma muy temprana en el centro y, aunque desconocemos la fecha exacta en que se comienza a usar el electrochoque en Galicia, debió de ser en este sanatorio psiquiátrico. Hay que señalar que se empieza a aplicar a nivel europeo desde 1938, lo que supone una rápida importación de esta terapéutica en el tratamiento de las enfermedades mentales a la psiquiatría. Los historiales clínicos de este centro en el período que analizamos en el trabajo están ya perdidos o desaparecidos, y es una pena que no se hayan conservado pues hizo de centro formador e irradiador de numerosos médicos que inician sus trayectorias profesionales como neuropsiquiatras en los años del primer franquismo en Galicia (9).

Asimismo, uno de los textos fundamentales que se van a usar para la enseñanza de la psiquiatría y la psicología médica en la facultad de Medicina de Santiago durante años va a ser el «Manual de Psiquiatría. Psicopatología General» que Pérez López-Villamil publica en 1941 (19), y del que se hace publicidad también en la revista «Medicina y Cirugía» en 1942 (20). Villamil tendrá participación en las reuniones científicas neuropsiquiátricas más importantes de la época: en el Congreso de Neurólogos y Psiquiatras de 1942 de Barcelona, en el de Valencia de la AEN en 1950, en el I Congreso Mundial de París en 1950, en el III Congreso de la AEN en Santiago...si bien sus aportaciones e intervenciones fueron siempre del ámbito de la clínica, psicología médica y de la psicopatología, sin abordar temas relacionados con la terapéutica psiquiátrica...

5. *El Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro (Ourense)* *(de 1943 a primeros de los años 80)*

El Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro (Ourense) fue inaugurado en 1943. Fue también conocido como Sanatorio de Guizamonde o como Sanatorio de Cabaleiro y Nicandro Pérez. Será el primer centro hospitalario dedicado monográficamente al tratamiento de enfermedades neuropsiquiátricas en la provincia de Ourense. Fue dirigido por Manuel Cabaleiro Goás (A

¹ Nos referimos al Dr. Villamarín, de Vigo, y familiar del neuropsiquiatra Ramón Martínez Díaz, quien trabajó años con Villamil en el centro. Información personal aportada en mayo de 2022.

**SANATORIO PSIQUIATRICO
DEL PERPETUO SOCORRO**

Enfermos mentales y nerviosos, - Toxicomanías. - Curas de reposo

DIRECTORES:
Dres. **NICANDRO PEREZ VAZQUEZ** y **MANUEL CABALEIRO GOAS**

Teléfono 170 — Pazo de Guizamonde — ORENSE



Enmarcado en una mansión señorial y situado en un lugar desde el cual se disfruta de la visión de un hermoso paisaje, hace al enfermo olvidar que se halla internado en un Sanatorio, lo que convierte a este factor en un eficaz coadyuvante de la terapéutica.

TODOS LOS TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS ACTUALES

MAXIMO CONFORT. — PENSIONES DE 1.^a y 2.^a CLASE
Y ESPECIALES PARA ENFERMOS HERMANENTES

El edificio está rodeado por una magnífica finca para solaz de los enfermos
(huerta, jardines, arboleda, etc.)

Anuncio publicitario del «Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro» (Ourense) (Dr. M. Cabaleiro y Dr. N. Pérez). En revista Galicia Clínica, 1961, 7, julio.

local «La Región» destacando la apertura del Sanatorio, en el cual Villamil («Catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago») consultaría dos días al mes. Cabaleiro y Nicandro Pérez, figuran en dicho anuncio como «Profesores ayudantes de la Cátedra». Ofrecen en dicho Sanatorio «una separación completa de sexos en el Establecimiento», así como «consulta gratuita los jueves de 4 a 6 para pobres que lo acrediten». Además, especifican su oferta terapéutica: «Psicoterapia-Psicagogia-Piretoterapia-Curas de Sakel y Meduna-Hidroterapia-Electroshockterapia» (21).

Cabaleiro comienza a publicar muy rápido sus experiencias en los tratamientos que va aplicando en su práctica privada (curas de Sakel- insulino-terapia y los tratamientos convulsivantes) (publicado en la revista científica «Galicia Clínica» en 1945) (22). En 1947, Cabaleiro se edita el libro «Psicosis Esquizofrénicas» (23), cuyo prólogo vendrá de la mano

Coruña, 1918 - Santiago de Compostela (A Coruña), 1977) y Nicandro Pérez Vázquez (Lugo, 1907 - Ourense, 2000). En sus inicios tuvo colaboración a modo de promoción por parte de Villamil. Este sanatorio, situado inicialmente en el barrio de El Couto en la ciudad, se traslada en 1947 al Pazo de Guizamonde a las afueras del núcleo urbano (hoy integrado en la ciudad, y destinado a centro de la red de Proyecto Hombre). Desde el Ourense provinciano de los años 1950-1960 consolidará Cabaleiro Goás su prestigio dentro y fuera de Galicia, pero el Sanatorio de Guizamonde cierra a primeros de los años ochenta (9).

En sus comienzos, en febrero de 1943, insertan un anuncio promocional en el diario

del Dr. Villamil. Aborda en un capítulo del libro una síntesis de los medios curativos de las psicosis esquizofrénicas presentando referencias de diversos tratamientos: pireto-terapias, terapéuticas hormonales; Narcosis permanente o cura de Klässi; la insulino-terapia o cura de Sakel; las terapéuticas convulsivantes: cardiazolterapia



En el II Congreso de la AEN, 1950. Valencia. (Archivo particular Dr. JM García de la Villa).

y electroshockterapia; «Shocks» histamínico y acetilcolínico; electronarcosis... y también la leucotomía prefrontal. En este trabajo va el autor valorando su eficacia de acuerdo con la casuística personal, remarcando el cambio que supuso la introducción de la insulino-terapia para el pronóstico de la esquizofrenia (24). Este libro lo amplía en 1949 en una segunda edición (25).

En años previos se habían publicado los trabajos sobre terapéutica psiquiátrica de Vallejo Nágera (26) o Sarró (27). En ese mismo año 1947, sale en España el libro de los ingleses Sargent y Slater sobre los «Métodos somáticos de tratamiento en Psiquiatría» (1947) (28). Manuel Cabaleiro Goás y Nicandro Pérez utilizaron en su centro todas las técnicas terapéuticas existentes en su época: insulino-terapia, electrochoque, electronarcosis (29), sumación alternante coramina-electrochoques (30), sumación alternante insulina-electronarcosis (31)... y aportaban a veces una casuística de numerosos casos de su práctica concreta. Así en 1955 publican en «Archivos de Neurobiología» un trabajo (32) con 800 casos de pacientes con esquizofrenia que habían recibido diferentes tratamientos de choque y combinaciones de éstos (Sakel, TEC, Cardiazol, electronarcosis...).

Barcia Salorio² destacaba la enorme actualidad que tenían muchos de los trabajos desarrollados por Cabaleiro en los primeros años, citando como muy interesante las aportaciones de la electronarcosis, un tema del

² Así lo manifestó Barcial Salorio en su conferencia «Aportación de la obra del Prof. Dr. D. Manuel Cabaleiro Goás al conocimiento de la psiquiatría». Lección Magistral en acto organizado por Asociación Gallega de Psiquiatría y celebrado en el Edificio de la Facultad de Ciencias del Campus de Ourense (Universidad de Vigo) con fecha de 17 de marzo de 1998 (9).

que apenas había publicaciones del momento, y que suponía una innovación en la técnica de la aplicación de la terapia electroconvulsiva (TEC), ya que se realizaba sin anestesia en ese momento histórico.

Precisamente en el II Congreso de Neuropsiquiatría AEN, celebrado en Valencia en mayo-junio de 1950, se presentaron varias comunicaciones o ponencias sobre la electronarcosis, entre ellas una de Cabaleiro Goás. Dicha ponencia la publica en «Galicia Clínica» en agosto de 1950 poco después del congreso (29). En un número previo de dicha revista, otro psiquiatra ejerciendo en Galicia en ese momento, Francisco Alonso Fernández, también publica acerca de la electronarcosis (33), siendo todos ellos trabajos muy novedosos y precoces, ya que las primeras referencias habían sido comunicadas en el *Lancet* en 1947 (34) y recogidas en un trabajo de Sarró y Obiols Vié al año siguiente (35).

6. *Llega el electrochoque al norte de la provincia de A Coruña: años 40*

A través de anuncios de la prensa local de A Coruña podemos detectar que algún especialista en 1943 ya anuncia por esas fechas el tratamiento con electroshock en su consulta. Era el doctor Enrique Roel Gerbolés (especialista en Neurología, neurocirugía y psiquiatría) en su consulta en la calle Cantón Grande (36-37). Este médico, que a la altura de 1940 era médico interno del Servicio de Neuro-Psiquiatría en la Casa de Salud Valdecilla (y «exsoldado médico en el Equipo Quirúrgico del Capitán Barón, del Cuerpo de Ejército Marroquí» (38)) había publicado en la «Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra», un trabajo sobre temas neuroquirúrgicos (38). Abrirá unos años más tarde un centro neuropsiquiátrico en A Coruña, llamado «Villa Blanca» y en donde se realizaba Psicocirugía como más adelante comentaremos.

a) *El Hospital Municipal San José. A Coruña*

Ya en un trabajo anterior (39) pudimos documentar cómo en el denominado Hospital Municipal de San José (también conocido como Hospitalillo calle de los Huertos) se describieron, desde 1892, numerosos ejemplos de reclusión/encierro de pacientes psiquiátricos (dementes) a la espera de ser trasladados al Manicomio de Conxo en Santiago. A veces eran internamientos de pocos días, pero en otros casos los enfermos estaban meses antes de proceder a su traslado. Desde los años 20 funciona como hospital de infecciosos (40), pero sigue atendiendo a «dementes» hasta finales de los años 40. Así, en 1943, había siete «dementes» en dicho centro a la espera de ser trasladados a Conxo y que llevaban entre uno y tres meses en el centro (41). Podemos pensar que solo eran unas prácticas custodiales, sin embargo, en septiembre de 1946 el Ayuntamiento de A Coruña aprueba la adquisición de un aparato de electroshock para dicho centro (42). Desconocemos hoy en

día qué facultativos atendían a los enfermos y aplicaban ese tratamiento, así como el momento que este edificio deja de tener uso para la asistencia y tratamiento de enfermos mentales. Posteriormente pasa a utilizarse como edificio de Cuarto de Socorro hacia mediados de los años 50 (43), y actualmente es el edificio de la Policía Local.

b) *Ferrol: «Villa Pepita» y el Dr. Roca Alcalde, 1949*

Formado durante un periodo de un año con López Ibor en Madrid tras concluir la carrera en 1948, se establece en a finales de 1949 en Ferrol el Dr. Pedro Roca Alcalde (fallece en-A Coruña, 1999). En diciembre de 1949 abre el Sanatorio de Santa María de Caranza en un edificio singular, conocido como «Villa Pepita», y en donde aplica «todos los adelantos modernos» (44). Desconocemos más datos acerca de la actividad asistencial que allí realizaba en ese período. A la inauguración de su centro acude Villamil, a quien Pedro Roca acompañará al año siguiente al Congreso Internacional de París de 1950. Pedro Roca publicó, después, en *Galicia Clínica* una breve crónica o semblanza de las intervenciones de Villamil en dicho Congreso (45).

7. *Nuevos profesionales y centros en Pontevedra-Vigo (1941-1960)*

Además del Sanatorio San José de Vigo al que antes nos hemos referido, van apareciendo otros especialistas en la ciudad olívica como el neuropsiquiatra Benito Nogales Puertas, que había estado trabajando en el Manicomio de Conxo (9) y en la Clínica Militar Labaca (A Coruña) durante la guerra civil. Había publicado un libro en 1938 y cuyo prólogo se lo firma Vallejo Nágera (46). Desde 1941-1942 comienza a consultar en Ourense (consultas en el Hotel Miño un día a la semana (47), para posteriormente establecerse en Vigo, si bien en 1941 recibe el encargo de llevar a cabo la apertura provisional de un servicio de Neuro-Psiquiatría en el Hospital Provincial de Pontevedra (48), algo no se consolidará en dicho centro hasta 1962 casi veinte años más tarde, con la apertura de Servicio de Neuropsiquiatría. Sin embargo, ya desde 1955 el doctor José Mato Calderón inicia consultas en la ciudad de Pontevedra y aplicaba el tratamiento con electroshock (49-51).

Otro profesional por destacar en Pontevedra en este período fue Darío Acuña Lagos (1915-2007), quien comienza consultas en Pontevedra en 1951 (52). Tenía ya unos años de experiencia y se había formado con Villamil y con López Ibor. Asimismo, había estado investigando sobre los mecanismos de la acción del TEC, y ya a altura de 1950 publica alguno de sus trabajos sobre ese tema en la *Revista Española de Fisiología* (53). En 1956 fue contratado por el Ministerio de Sanidad de Venezuela, en donde estuvo hasta 1970, momento en que regresa a Galicia (54).



Anuncio publicitario de la Clínica de A. Usero Tiscar. Lugo. En periódico *El Progreso* (Lugo), 22 enero 1946.

ra de Medicina (55). Se anuncia en la prensa local ya desde al menos 1946, promocionando su gabinete de consulta en donde detalla los tratamientos de la especialidad que aplican como «electroshock, insulina, etc.». Será el pionero en Lugo en aplicar estos tratamientos y, poco tiempo después, en 1950 se anuncia en prensa en otra clínica de la ciudad en donde también consulta el Dr. A. Caso Sanz, procedente del del Hospital Psiquiátrico de Madrid (57).

Usero será en años posteriores una figura de referencia en la asistencia psiquiátrica de Lugo (55) pues acabará dirigiendo el Hospital Psiquiátrico Provincial de Lugo, que abre en 1953. A iniciativa de la Diputación se inaugura un centro hospitalario psiquiátrico propio para abaratar los costes que le suponía el ingreso de pacientes de Beneficencia en Valladolid o en Conxo (9). Usero se jubila en 1985 (55).

La otra figura de referencia en Lugo en este período fue Francisco José Vidal Verdes, quien va a trabajar como neuropsiquiatra entre 1948 y 1959, momento en que fallece prematuramente a los 42 años a causa de una enfermedad renal³. Anteriormente había sido jefe provincial de la Obra Sindical «18 de Julio» en Lugo (58). Se anuncia en la prensa local (fundamentalmente en periódico *El Progreso*) a lo largo del período de su vida profesional como neuropsiquiatra (59-61) publicitando los tratamientos que aplicaban a enfermos tanto ambulatorios como en régimen de ingresados: TEC, curas de Sakel, piretoterapias, uso temprano de la clorpromazina... Según un testimonio oral aportado por su hijo el neuropsiquiatra lugués Francisco Vidal Pardo aplicaban todo tipo de tratamientos salvo el shock cardiazólico. Tras el fallecimiento de Vidal Verdes en 1959, otros médicos como el Dr. Celso Rodríguez (en 1959) (61) o en Dr. Emilio Fernández (1965) (62) pasarán a ser médicos directores de la «Clínica

8. Asistencia psiquiátrica en Lugo

El neuropsiquiatra Ángel Usero Tiscar (Ferrol, 1921-Lugo, 1999) abre en Lugo en 1946 su «clínica de enfermedades mentales y nerviosas». Venía de concluir un breve período de formación con Villamil en el sanatorio San José de Vigo tras acabar la carre-

³ Información obtenida en mayo de 2022 a través de su hijo el psiquiatra lugués Francisco Vidal Pardo.

Clínica de enfermedades nerviosas y mentales
 Médico - Especialista:
Francisco José Vidal Verdes
 Tratamientos de la Especialidad: Electroterapia - Electro-
 shock, etc., en régimen de internado o ambulatorio
 Electrodiagnóstico
 Consulta de doce a dos y horas convencionales
Consultorio: MIÑO, 12 - Internado MON TERO RIOS, 29
LUGO

*Anuncio publicitario de la Clínica Dr. Vidal Verdes, El Progreso (Lugo),
 14 junio 1954.*

Vidal Verdes» durante un período de tiempo, hasta que pasados unos años retomaron la actividad asistencial los descendientes de Vidal Verdes.

9. Dispensarios, neuropsiquiatras de cupo y sanidad militar

Asimismo, no podemos olvidar la labor asistencial que se realizaron desde otros dispositivos como los Dispensarios/ Centros de Higiene Mental que se dotan o amplían tras la Guerra. Civil. Además están los Centros de Orientación Diagnóstica que el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) de la Dirección General de Sanidad va creando en los Institutos Provinciales de Sanidad a partir de finales de los años 50 (63-65).

Aquí es obligado destacar al neuropsiquiatra Francisco Alonso Fernández (1924-2020), quien ejercerá en A Coruña entre 1949 y 1969 como director del Dispensario de Higiene Mental y Psiquiatría en el Instituto Provincial de Sanidad en A Coruña y, tras este período se traslada a Sevilla (66). También fue profesor ayudante de clases prácticas en la Cátedra de Farmacología en Santiago de Compostela en 1955 y, como antes comentamos, publica en 1950 algún trabajo sobre la electronarcosis en la revista Galicia Clínica (33).

Otro importante punto de asistencia fue la desarrollada por los neuropsiquiatras del Seguro Obligatorio de Enfermedad (luego Seguridad Social) en las diferentes clínicas y ambulatorios que se van articulando desde inicios de los años 50, y que fue el único tipo de asistencia cubierta o dispensada por el SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad) y la Seguridad Social durante años, ya que se excluía la atención hospitalaria psiquiátrica a beneficiarios de dichos seguros. Muchas de estas plazas de cupos de dos

horas fueron cubiertas o atendidas por psiquiatras que trabajaban en otros centros (1-2, 67, 68).

No podemos olvidar la atención que dispensaron desde Hospitales Militares (69) que disponían de psiquiatras en sus organigramas y cuadros de especialistas. En Galicia esto sucedía, durante ese período, en la provincia de A Coruña con los doctores Otero Valcárcel y Manuel García Pardo, o en Vigo toda la labor de Bernardo García de la Villa. Este psiquiatra de Vigo, que era a su vez director del hospital militar de Vigo desde 1950, mantuvo importante actividad médico-científica en la ciudad, siendo vicepresidente de la Academia Médico-Quirúrgica. A su vez hasta su fallecimiento en 1966 mantuvo una relación cercana con Villamil, Cabaleiro y muchos psiquiatras gallegos de esa época con los que participa en diferentes congresos de la AEN y en Galicia (68).

10. *Celebración del «III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría»
(Santiago de Compostela, 2 a 6 de Julio de 1952)*

El «III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría» (de la AEN) en Santiago de Compostela entre el 2 y el 6 de julio de 1952, fue el acto científico más relevante en el campo de la psiquiatría celebrado en Galicia en este período que analizamos en nuestro trabajo. En el mismo se hizo una conmemoración del Centenario del Prof. Ramón y Cajal. Recibió mucha cobertura en la prensa local gallega (9, 70-73).

El presidente del Congreso fue Vallejo Nágera y el secretario Escudero. El comité organizador tenía la siguiente composición: presidente (José Pérez López-Villamil), secretario (José Ramón Martínez Díaz), tesorero (Pablo Ares Feal), y vocales representando diferentes localidades de Galicia. Desde Santiago: Rodríguez Somoza y Lois Asorey; A Coruña: Alonso Fernández, Roel Gerbolés y Pérez Hervada; Lugo: Usero Tíscar; Ourense: Cabaleiro Goás y Nicandro Pérez; Ferrol: Pedro Roca Alcalde; Vigo: Benito Nogales Puertas y Bernardo García de la Villa. Fue el tercer congreso de la AEN tras la Guerra Civil, inaugurado con un discurso de A. Vallejo Nágera. También se produce la intervención en dicho congreso de Gonzalo Rodríguez Lafora, quien no hacía mucho que había regresado del exilio mexicano, y que impartió en el Congreso una conferencia dedicada a la memoria de Ramón y Cajal.

Varias de las ponencias y comunicaciones se publicaron en un libro de actas (74). Además de los ya citados Vallejo Nágera o Rodríguez Lafora, también acuden a Santiago otros como Sarró, Villacián, Valenciano, Castilla del Pino, Obiols Vié, D. Parellada, L. Rojas, M. Rojo J. Simarro Puig, J. Solé Segarra, V. Peset Llorca o Jerónimo de Moragas (que presenta el trabajo «Consideraciones sobre la transferencia en psiquiatría infantil», en colaboración con Jesusa Pertejo). También participaron psiquiatras portugueses como Barahona Fernandes y Almeida Lima.

Los ponentes gallegos fueron Cabaleiro Goás, Alonso Fernández, Bernardo García de la Villa, B. Lois Asorey... Cabaleiro Goás vuelve a presentar en este congreso algunos trabajos sobre electrochoque y electronarcosis (30, 75). Otros autores también aportan trabajos sobre leucotomías, curas de Sakel, electropsicoterapia, bombeo espinal, sobre uso de Histamina y de mostaza nitrogenada en el tratamiento de las psicosis, sobre tratamiento de las psicosis marginales con hormonas sexuales... Recordemos también que aún no se había lanzado la clorpromazina, pero que ya estaba a punto de llegar la era de la Psicofarmacología moderna.

11. *Lugo 1953: Apertura del Hospital Psiquiátrico Provincial San Rafael. Castro de Ribas de Lea. Lugo*

En 1953, la Diputación Provincial de Lugo abre un hospital psiquiátrico en Castro de Riberas de Lea (Lugo) para atender a los enfermos de Beneficencia de la provincia que precisen internamiento psiquiátrico (9, 55). Hasta ese momento ingresaban en Conxo y fundamentalmente desde primeros del siglo XX en Valladolid. El Hospital se ubicó a unos 20 kilómetros de la ciudad, frente a un orfanato y a una granja experimental. El centro disponía de 300 camas, y era atendido por dos médicos, y siete hermanas de la Caridad entre otro personal.

Allí va a comenzar como director el psiquiatra Ángel Usero Tiscar, quien permanecerá al frente hasta su jubilación en 1985. Este psiquiatra ocupará también los cargos de jefe del Servicio de Higiene Mental del Instituto Provincial de Sanidad de Lugo (en 1953) y años más tarde va a trabajar como neuropsiquiatra de la Seguridad Social. Usero va a publicar algunos trabajos en este período sobre aspectos organizativos del Hospital Psiquiátrico (55, 76). A la altura de 1954, en un extenso artículo sobre el centro y en donde se entrevista a su director, éste comenta que se atendían a unos 200 pacientes y que los tratamientos que se usaban en el centro eran la ergoterapia, piretoterapias, la narcosis prolongada, electrochoque, impaludización, curas de Sakel y el método de Fiamberti⁴ (77).

Unos pocos años más tarde, ya se aprecian cambios en los tratamientos administrados en el centro. Así, en la memoria que la Diputación Provincial de Lugo publica con la actividad realizada en el centro en el año 1959 ya se señala que «Más de 185 enfermos han venido siendo tratados con electrochoque y Largactil, siendo empleadas, además, las nuevas terapéuticas o aisladamente o en combinación con el electrochoque» (78).

⁴ Suponemos que se referían al choque con acetilcolina.

12. *Otros centros psiquiátricos privados en Galicia, 1955-1962*

Ya hemos comentado en páginas anteriores la situación de centros psiquiátricos en Santiago como el Manicomio de Conxo o el Sanatorio Lois Asorey, pero en este período asistiremos a la aparición de nuevos centros privados de ingreso psiquiátrico. Hacemos algunas breves reseñas de algunos de ellos, aunque hubo además otros psiquiatras con gabinetes de consultas en Santiago en esos años. Un ejemplo es el propio Villamil que, a la altura de 1958, tenía consultas ambulatorias en Santiago y en Vigo -además del Sanatorio San José (Vigo)- tal y como podemos rastrear en los anuncios publicitarios de un folleto de las fiestas del Apóstol en Santiago en ese año, y en donde hay también anuncios del Sanatorio Lois Asorey y de otras consultas (79).

El «Sanatorio Neuropsiquiátrico del Dr. Ares Feal», situado en la zona de la Robleda de San Lorenzo en Santiago de Compostela, va a funcionar entre 1955 y 1962. El psiquiatra Pablo Ares Feal (Barallobre, 1907- Santiago, 1962) era a su vez cuñado de Baldomero Lois Asorey y profesor de Farmacología en la Universidade de Santiago. Desconocemos datos de su actividad y terapéuticas empleadas en dicho centro, pero en la publicidad en la prensa, se anunciaba como centro para «tratamiento de enfermos mentales, nerviosas y toxicomanías» (79). Este establecimiento fue años más tarde reabierto como Sanatorio La Robleda en los años setenta.

En Ferrol, el Dr. Otero Valcárcel, además de su labor como psiquiatra militar en el Hospital Militar de Marina, regenta un sanatorio privado hacia mediados de los años 50. El llamado «Sanatorio de Reposo Santa Teresa» en Ferrol que, según la publicidad del centro del año 1958, aplicaban «todos los tratamientos de enfermos mentales y nerviosos tanto clásicos como modernos» y estaba situado en Villa Soledad («un gran chalet rodeado de extensos campos y jardines, campos de tenis...») (79).

Hacia finales de los años 50, en Ourense continuaba abierto desde 1943 el Sanatorio del Perpetuo Socorro Sanatorio Psiquiátrico dirigido por Manuel Cabaleiro Goás y por Nicandro Pérez Vázquez, pero a finales de los 50 aparecen nuevos profesionales. Así, desde 1957-1958 va a funcionar un nuevo centro privado de internamiento psiquiátrico que dirigirá el doctor José Troncoso Signo (1929-Ourense, 1988). Dicho profesional, formado en Valdecilla se establece en Ourense en 1955 (80). Fue también neuropsiquiatra del Seguro y en el Dispensario de Higiene Mental. Desconocemos actividad y terapéuticas empleadas en centro en esos años... A través de la publicidad de la época se anuncia como «Sanatorio Troncoso» para «enfermedades mentales y nerviosas, curas de reposo y toxicomanías» (81).

En la ciudad de Vigo (Pontevedra), desde finales de los años cincuenta e inicios de los años 60, se produce la apertura de algunas clínicas de neuropsiquiatría, que complementan la oferta previa. Hacemos alguna reseña sobre ellas, aunque puedan quedar algunos profesionales con consultas ambulatorias

en la ciudad y a los que no hacemos referencia. La clínica neuropsiquiátrica del Dr. Modesto Vázquez Nogueiro (Cambeo-Ourense, 1933- Vigo, 2010), que realiza parte de su formación como neuropsiquiatra en Viena fue inaugurada en marzo de 1963 (82) en la zona de Ciudad Jardín en El Castro (83). En 1967 fundó junto el Hospital Neuropsiquiátrico El Pinar, que aún continúa funcionando en la actualidad. Otro especialista por destacar en Vigo en ese momento es el doctor Gerardo Pardo Fabeiro que llega a Vigo en 1958 y abrirá luego el Sanatorio Santiago Apóstol en 1963 (68, 84).

Otro tanto podemos decir de otras consultas como la del Dr. Manuel García Pardo en A Coruña

(recordemos que también era psiquiatra del Hospital Militar de A Coruña), desde al menos finales de los años 50 (85, 86).

La única referencia clara y explícita a la psicocirugía como un tratamiento aplicado en Galicia en este período, la hemos encontrado en la actividad que realizaba el neuropsiquiatra y neurocirujano coruñés Enrique Roel Gerbolés. En un anuncio de su Sanatorio Neuro-Psiquiátrico en 1950 (87) en donde detalla que realiza «tratamientos modernos: choques insulínicos, cardiazólico, cura de Klässi, psicoterapia y psicocirugía». Tres años más tarde en una entrevista al médico en el mismo periódico, indica que en su Sanatorio Villa Blanca, A Coruña se realiza psicocirugía (88), y continúa anunciando dicha técnica o terapéutica en la publicidad del centro (a veces en programas de fiestas patronales de localidades cercanas a la ciudad de A Coruña, como por ejemplo en el de las fiestas de Betanzos de 1953 (89).

En diciembre de 1955 fallece Egas Moniz, el Premio Nobel portugués y padre de la psicocirugía, y pocos días después Villamil publica un sentido artículo en memoria del médico portugués en el diario La Noche (Santiago) (90).

Sanatorio Neuro-Psiquiátrico
"VILLA BLANCA"
 Director: DOCTOR ENRIQUE ROEL GERBOLES
 Calle de Martínez Salazar, 5 - Teléfono 2955 - La Coruña
 SECCION PSIQUIATRICA
 Psicosis, Neurosis, Toxicomanías, etc.
 Tratamientos modernos: Choques insulínico, eléctrico, cardiazólico
 Cura de Klässi, Psicoterapia, PSICOCIRUGIA
 SECCION NEUROLOGICA
 Tratamientos y exploraciones especializadas (neumoencefalografías,
 ventriculografías, mielografías, etc.)

Anuncio publicitario de Sanatorio Neuropsiquiátrico «Villa Blanca» (A Coruña), del Dr. Roel Gerbolés. Programa de Fiestas Patronales de Betanzos (A Coruña), 1953.

Desde la introducción clínica de la clorpromazina entre 1953-1955 en EE. UU., se produjo a nivel mundial un progresivo lanzamiento de nuevos psicofármacos que llega pronto a España y a Galicia. Va a cambiar en muy pocos años el perfil de los tratamientos ofertados en los centros para el tratamiento de las psicosis (4, 5, 8, 91), y también se va producir un cambio en la industria farmacéutica que va a introducir el marketing dirigido a médicos, instituciones de la salud y farmacéuticos (91, 92). En pocos años van a desaparecer las curas de Sakel (93), los choques cardiazólicos y otros tratamientos previos, y se van a quedar como tratamientos principales los psicofármacos modernos y el electrochoque (pero en menor grado de aplicación e indicaciones que en períodos previos).

Un testimonio de la praxis asistencial y uso de la terapéutica psiquiátrica a finales de los años cincuenta y primeros años sesenta en Galicia, nos lo ofrece el testimonio del psiquiatra Gerardo Pardo Fabeiro (de Vigo) en una larga entrevista publicada en 2004 en una revista gallega de psiquiatría (y realizada por otro compañero psiquiatra de Vigo, el Dr. José Manuel García de la Villa):

«Eran años difíciles porque la Psiquiatría estaba muy en pañales y entonces nos encontramos por ejemplo con qué la medicación era muy escasa. Teníamos que tratar a los enfermos con Largactil, Clorpromacina como sabes, electrochoques y casi para de contar, porque el Haloperidol salió por esos años, el 58 o 59 creo. Entonces, hoy no sucede, ir a buscar un enfermo era dramático, te exponías mucho claro. Después en el sanatorio a base de Largactil, a base de Valium, también Haloperidol y Librium y un antialucinatorio que daba también tu padre, el Frenquel. Después antidepresivos empezó a salir el Tofranil, el Deprelio, pero vamos. En el sanatorio el Electroshock y también se usaban choques insulínicos y Nogales usaba acetilcolina, choques acetilcolínicos que se usaban también entonces. Los choques insulínicos eran peligrosos, que había que después sacarlos con una inyección de Glucosmon. O sea que era una Psiquiatría difícil y además estaba muy desamparada, escasa de medicación. Después más adelante empezaron a salir ya los... ¡Ah! Aparte del Electroshock, en el sanatorio, cuando estaba uno agresivo, para dominarlos los reducíamos con absceso de fijación» (68, p. 60).

1. *Hospital psiquiátrico de Conxo (años 50-60) y tratamientos con psicofármacos*

En los años de la posguerra y hasta los primeros años cincuenta, en el Manicomio de Conxo se siguieron usando técnicas como la balneoterapia, convulsoterapia química, impaludización, electroshock,... que ya se venían utilizando desde hacía años (12, 94). Así lo declara el director del centro, el neuropsiquiatra Ramón Rodríguez Somoza, en una entrevista en la revista

Vida Gallega en agosto de 1960, realizada con motivo de los setenta y cinco años de apertura del centro (95). No era muy diferente de otros hospitales psiquiátricos del resto del Estado en ese período (96-98). En ese momento el centro tenía 1272 enfermos, que eran atendidos por dos psiquiatras y cinco o seis médicos no psiquiatras. Hasta los años de la Guerra Civil, salvo el TEC que aún no se había descubierto o lanzado como tratamiento, todos los tratamientos que cita Rodríguez Somoza se usaron profusamente en Conxo (9, 12). Hemos encontrado datos de uso de la impaludización en pacientes internados en Conxo a mediados de los años 40 e, incluso, en fechas tan tardías como 1956 (94), algo ya muy poco habitual en los tratamientos, ya que decae notablemente la impaludización en España tras la introducción de la penicilina en los años 40 (99). Sin embargo, es llamativo que Rodríguez Somoza declare en la citada entrevista de *Vida Gallega* de 1960 que «la denominada demencia paralítica, cuyo tratamiento curativo se hacía inoculando paludismo, se combate cada día con más éxito con la penicilina. No obstante hay que decir que en honor a la verdad el antiguo tratamiento aún no fue desplazado y por ello en este sanatorio conservamos la semilla palúdica que se aplica en tratamiento mixto juntamente con la penicilina» (95, p. 8).

Sin embargo, pese a las declaraciones del director, lo cierto es que a esas alturas en el centro ya se habían introducido los nuevos psicofármacos. En una revisión realizada en historiales de pacientes de dicho centro admitidos en 1953, 1958 y 1959, se aprecia cómo conforme avanzan los años, se van tratando los pacientes (mayoritariamente psicosis esquizofrénicas y también trastornos bipolares) con neurolépticos (clorpromazina, reserpina, haloperidol...) en detrimento de tratamientos previos como la cura de Sakel y el electrochoque (94).

Uno de los psiquiatras que entra a trabajar en Conxo desde 1960 es Luis Besada Varela (Santiago de Compostela, 1926-2002). Tras acabar su carrera en 1950, se forma entre 1951-1953 con el Dr. Villamil en Vigo, con Dr. Egas Moniz en Lisboa y en el Hospital Provincial de Madrid con el Dr. López Ibor. Antes de entrar en Conxo abre un consultorio privado en Santiago. Estaba realizando la tesis (dirigida por el Dr. Villamil) sobre el nistagmus en la insulinoterapia (como tratamiento de las agitaciones psicóticas), pero nunca llegó a terminarla debido a la irrupción en la clínica de los primeros neurolépticos⁵. Así, en 1961 publica un trabajo en la revista *Acta Medica Compostelana* acerca del tratamiento con haloperidol en las psicosis. Aporta una muestra de cincuenta enfermas crónicas internadas en Conxo, y que previamente habían sido tratadas con TEC, insulina y otros antipsicóticos (reserpina, clorpromazina, azaclinolol, mepromazina, perfenazina...) y que mejoraban notablemente con el haloperidol (100). Hay que señalar que esta revista era el órgano de comunicación científica de la Academia Médico-Quirúrgica

⁵ Comunicación personal aportada por su nieta la Dra. Marta Besada Garrido (diciembre 2020).

de Santiago, que inicia su actividad en el curso 1959-1960. Dicha academia estaba presidida por Ramón Rodríguez Somoza, y contó con activa participación en la misma de psiquiatras como Luis Besada Varela, José Manuel López Nogueira y Juan Brenlla. Publicará varios trabajos sobre uso de psicofármacos en los años siguientes (101-104). Hay que señalar que la otra Academia Médico-Quirúrgica gallega que comienza su actividad en esos años es la de Ourense, que arranca en 1959 y bajo la presidencia de otro neuropsiquiatra, Manuel Cabaleiro Góas.

2. *Apertura del Sanatorio Psiquiátrico de Toén - Ourense (1959). Tratamientos utilizados 1959-1961*

El hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) abre en el verano de 1959 bajo la dirección del PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica), de la Dirección General de Sanidad (Ministerio de Gobernación) (63). La dirección del centro va a recaer en Manuel Cabaleiro Goás (9).

Nos interesa mucho ver los tratamientos utilizados en este centro en los primeros años de funcionamiento (94) pues se define como destinado «para enfermos no manicomiales» y ya inicia su actividad en pleno auge de la



Antiguo aparato electroshock, «SHOCKET» (Millás-Mossi), del antiguo Hospital Psiquiátrico de Toén. (Colección particular). En Exposición «O Mundo Mental», junio de 2009. Parador de Turismo Santo Estevo, Nogueira de Ramuín-Ourense.

revolución de la psicofarmacología moderna. Fueron camas para hospitalización de hombres desde su apertura hasta 1982 (9, 63).

Hemos revisado para este trabajo los historiales de enfermos ingresados en el período 1959-1961 y que aún se conservan en el archivo del hospital, tratando de precisar qué tipo de tratamientos se indicaban en estos primeros años de ingreso. Los historiales que aún se conservan están depositados en el Archivo de Historias Clínicas del Complejo Hospitalario de Ourense y arrojan los siguientes datos:

Análisis de tratamientos realizados en el Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Ourense):

Fechas de ingreso: 1959-1961.

Número de pacientes: 84, todos ellos varones.

Las edades al ingreso estaban comprendidas entre 15 y 72 años.

Tiempo de estancia: en la muestra encontramos ingresos de meses escasos hasta varios años (entre 2 y 30), así como múltiples reingresos (desde uno a treinta) y traslados hacia y desde otros centros (Conxo, Palencia o el Sanatorio privado de Perpetuo Socorro).

Tratamientos y/o ingresos previos: Muchos de los enfermos habían estado ingresados o sometidos a tratamientos (mayoritariamente TEC, pero también curas de Sakel o psicofármacos...) en centros psiquiátricos privados o públicos de Galicia en años previos al ingreso en Toén: en Conxo, en el Sanatorio San José (Villamil) en Vigo; con Mato Calderón en Pontevedra; con García de la Villa en Vigo; en el Sanatorio Caranza; en Ferrol con Dr. Pedro Roca; en Santiago en la Clínica de Dr. Ares Feal o en la clínica de Rodríguez Somoza; en A Coruña con Roel Gerbolés.... Algún paciente había realizado tratamientos en clínica de López Ibor en Madrid.

Tratamientos

- Psicofármacos: predominan mayoritariamente los antipsicóticos (clorpromazina y perfenacina, pero también tioridazina, y a veces haloperidol) muchas veces acompañados de antiparkinsonianos (biperideno y parsotil). A veces antidepresivos (Tofranil), y antiépilépticos... Algún paciente recibe clordiazepóxido (Librium).
- TEC: Electroshock/electrochoque, muchas veces combinado con psicofármacos.
- Cura de Sakel (administradas hasta 1961; a veces combinados con TEC): 9 casos.
- Choque cardiazólico. un paciente lo recibe en noviembre de 1959.
- Reclusión en celdas y Abscesos de Fijación: reflejados en los historiales de 3-4 enfermos.

El uso de los psicofármacos fue la opción terapéutica mayoritaria en los historiales de Toén analizados en ese período 1959-1961, pero muchas veces combinados con TEC o con curas de Sakel (más de 10% de la muestra).

Recordemos asimismo que Cabaleiro comienza a intensificar sus publicaciones sobre el uso de psicofármacos tras la apertura de Toén en 1959, si bien ya desde 1954 presenta trabajos y comunicaciones acerca del uso de psicofármacos. Resaltamos el trabajo de 1958 (un año antes de la apertura de Toén) en el que comparan resultados de tratamientos con clorpromazina, reserpina y azacyclonol en esquizofrénicos paranoides (105).

En los años siguientes, hasta los primeros 70, muchas veces en colaboración con varios médicos del Hospital de Toén (José Luis Gómez-Reino Filgueira, Leopoldo Fernández Vicente, Carlos Pino Delgado, Pablo Carreró Martínez y José Penzol Díaz) irá publicando y dando a conocer en congresos⁶ y revistas (106, 107) sus resultados e impresiones clínicas en el tratamiento de problemas tanto psiquiátricos (psicosis, depresión, ansiedad...) como neurológicos. Hay trabajos además de los ya reseñados, con antipsicóticos como haloperidol, tioproperazina, perfenacina, tioridazina, mesoridazina, butirilperazina y trifluorperazina, ansiolíticos como el opipramol y también con el grupo de las vitaminas B.

CONCLUSIONES

Las terapéuticas utilizadas en los hospitales psiquiátricos públicos y privados de Galicia-España durante gran parte del período del franquismo (1939-1965) se fueron introduciendo en la práctica asistencial habitual, asistiendo además a un período de crecimiento de la oferta de ambos tipos de centros (privados como públicos).

Estuvieron marcadas por dos períodos; un primer período, que abarca los años de la posguerra y autarquía hasta mediados de los años cincuenta, en los que fundamentalmente se utilizó el TEC de forma precoz, así como la electro-narcosis y la insulinoterapia, si bien en algunos centros se siguieron utilizando otros tratamientos como choque histamínico, choque cardiazólico, choque acetilcolínico, la impaludización, hidroterapias, abscesos de fijación y piretoterapias que se habían utilizado antes de la Guerra Civil. Hay que destacar en este período al Sanatorio San José de Vigo, dirigido por José López Pérez-Villamil (Catedrático de Medicina Legal en la Universidad de Santiago) y que hizo de centro formador de muchos neuropsiquiatras gallegos de la época.

⁶ Envían trabajos y comunicaciones a VII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, 1962; Reunión Cient. Esp. Neuropsiquiatría Infantil, La Coruña-Santiago, 1964; Fourth World Congress, Madrid, 1966.

Desde mediados de los años cincuenta se fue incorporando a la terapéutica todo el arsenal psicofarmacológico moderno, tanto en centros públicos como privados, y se abandonan progresivamente las curas de Sakel, la impaludización y otros métodos, si bien continuó utilizándose el electroshock en un elevado número de enfermos. Asimismo, los profesionales de la psiquiatría gallega de la época fueron publicando trabajos científicos y realizando comunicaciones en congresos y jornadas con su experiencia clínica con psicofármacos desde mediados de los cincuenta, e intensificándose en los primeros años 60, destacando en este ámbito toda la actividad de Manuel Cabaleiro Goás desde Ourense.

La psicocirugía/leucotomía parece pudo haberse practicado en centros privados, pero no hemos encontrado evidencia documental clínica salvo anuncios en prensa.

Con este trabajo consideramos que hemos aportado una descripción de la difusión y algunas articulaciones locales (en Galicia) de las innovaciones tecnológicas y en el campo terapéutico de la psiquiatría en la España del período del franquismo que hemos analizado.

FUENTES DE ARCHIVO Y HEMEROGRÁFICAS

- Archivo de Documentación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. SERGAS. Ourense.
 - Fondo Archivo Historiales clínicos de Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Ourense): Expedientes Clínicos de pacientes. 1959-1961. PANAP.
- Archivo de Galicia- Santiago de Compostela. Archivo Clínico del Manicomio de Conxo. <https://arquivo.galiciana.gal/arpadweb/gl/inicio/inicio.do>
 - Fondo Archivo clínico hospital psiquiátrico de Conxo. Expedientes Clínicos de pacientes. (<http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/GalicianaDixital>)
- Archivo Municipal de A Coruña. (Galiciana Dixital). <https://arquivo.galiciana.gal/arpadweb/gl/inicio/inicio.do>
 - Expediente de adaptación do Pavillón do antigo «Hospitalillo de san José» para Residencia de estudantes. Caixa 2027-2 - Expediente de adaptación do Pavillón do antigo «Hospitalillo de san José» para Residencia de estudantes.
- Hemeroteca Dixital de Galicia. Galiciana. Xunta de Galicia. https://biblioteca.galiciana.gal/es/publicaciones/listar_cabeceras.do
- Archivo do Reino de Galicia. Archivo Dixital Galicia-Galiciana. <https://arquivo.galiciana.gal/arpadweb/gl/inicio/inicio.do>
 - Expediente solicitud internamiento de dementes en Conjo. Hospital Municipal de San José (A Coruña), 1943. Ficha arg_gc_33685-14ç. Archivo do Reino de Galicia.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Duro E. *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975*. Madrid: Akal, 1978.
2. Comelles, JM. *La Razón y la Sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. Barcelona: PPU, 1988.
3. Casco Solís J. *Psiquiatría y franquismo. Período de institucionalización (1946-1960)*. En: Fuentenebro F, Berríos GE, Romero I, Huertas R (eds.). *Psiquiatría y cultura en España en un Tiempo de Silencio* «Luis Martín Santos». Madrid: Necodisne ediciones, 1999; pp. 85-129.
4. López Muñoz F, Álamo González C, Cuenca Fernández E. Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina medio siglo de psicofarmacología. *Frenia* 2002;2(1):77-107.
5. Micale MS. The ten most important changes in psychiatry since World War II. *History of Psychiatry* 2014;25:485-491.
6. Huertas García-Alejo R. El modelo de atención psiquiátrica en el primer franquismo: rupturas y continuidad. En: Campos Marín R, González de Pablo A (eds.). *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2016; pp. 17-45.
7. Huertas García-Alejo R. (Ed.). *Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2017.
8. Ban TA. Fifty years chlorpromazine: a historical perspective. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2007;3(4):495-500.
9. Simón-Lorda D. *Locura, medicina, sociedad: Ourense (1875-1975)*. Ourense: Xunta de Galicia, 2005.
10. González Fernández E. *A Siquiatría galega e Conxo*. Madrid: Ed. Do Ruego, 1977.
11. Angosto Saura T, García Álvarez MX, González García A. Historia del Manicomio de Conxo: Sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas. En: VV.AA. *La locura y sus instituciones*. Valencia, Diputación de Valencia, 1997.
12. Rodríguez Noguera MV; Simón Lorda D et al. Piretoterapias, curas de Sakel, electroshock y otras terapias (Psiquiatría en Galicia-España, 1916-1984). En: Pereira AL, Pita JR (eds.). *História interdisciplinar da loucura, psiquiatría e saúde mental VII*. Coimbra: SHIS/ Grupo de História e Sociología da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20 da Universidade de Coimbra, 2017; pp. 93-110.
13. Sanatorio Neuropsiquiátrico de Conjo (Santiago). *Medicina y Cirugía* 1939;septiembre,12:9.
14. Sanatorio Neuropático del Dr. Lois Asorey. *Medicina y Cirugía* 1939;septiembre,12:8.
15. Lois Asorey B. Aportación al empleo de histamina. *Galicia Clínica* 1943;9: 425.
16. Lois Asorey B. Uso y abuso en Psiquiatría de los métodos de Choc. *Revista del Seguro de Enfermedad* 1952; 3.
17. *La Noche* (Santiago). Número 9781, 3 de julio de 1952.
18. Sanatorio Psiquiátrico San José. *Medicina y Cirugía* 1939, septiembre,12:6.
19. Pérez López-Villamil J. *Manual de Psiquiatría*. Santiago de Compostela: Ed. Compostela, 1941.
20. *Medicina y Cirugía* 1942;26,(20).

21. Anuncio de Sanatorio del Perpetuo Socorro (Ourense). *La Región*. 18 de febrero de 1943.
22. Cabaleiro Goás M. Aportación al estudio comparativo de la insulinoterapia y los tratamientos convulsivantes en las psicosis esquizofrénicas. *Galicia Clínica*, 1945; 5.
23. Cabaleiro Goás M. *Psicosis esquizofrénicas*. La Coruña: Moret, 1947.
24. Dualde Beltrán F. El concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas (1939-1975). Universidad de Valencia. Tesis doctoral, 2004.
25. Cabaleiro Goás M. *Psicosis esquizofrénicas*, 2.^a ed., Madrid: Reus, 1949.
26. Vallejo Nágera A. *Tratamiento de las enfermedades mentales*. Valladolid: Santarén, 1940.
27. Sarró Burbano R. *Tratamiento moderno de las Esquizofrenias*. Barcelona: Colección española de monografías médicas, 1940.
28. Sargent W, Slater E. *Métodos somáticos de tratamiento en Psiquiatría*. Madrid: Espasa Calpe, 1947 (ed. original 1944).
29. Cabaleiro Goás M. Nuestras primeras impresiones del tratamiento de la manía endógena con electronarcosis» (Ponencia al II Congreso de Neuropsiquiatría. Valencia. Mayo-junio de 1950). *Galicia Clínica*, 1950; agosto.
30. Cabaleiro Goás M. Nuestra experiencia personal en el tratamiento de los estados de agitación por la sumación coramina- electrochoque. En: VV.AA. III Congreso Nacional de Neuro-Psiquiatría. Comunicaciones. Santiago de Galicia, julio 1952. Madrid; Industrias Gráficas España, 1952; pp. 87-89.
31. Cabaleiro Goás M. Nuestros resultados con la sumación alternante insulina-electronarcosis en la esquizofrenia paranoide. *Galicia Clínica*, 1953;12.
32. Cabaleiro Goás M. Valoración de algunos factores que conducen a una más concreta indicación de las terapéuticas de choque en los esquizofrénicos, *Archivos de Neurobiología* 1955;18(3):823-862.
33. Alonso Fernández F. Electronarcosis, técnicas y comparación con el electrochoque. *Galicia Clínica*, 1950; junio.
34. Paterson AS, Milligan WL. Electronarcosis; a new treatment of schizophrenia *Lancet* 1947;Aug 9;2(6467):198-201.
35. Sarró Burbano R; Obiols Vié, T. Técnica e indicación de la electronarcosis». *Medicina Clínica* 1948;XII(6).
36. Roel Gerbolés E. *El Pueblo Gallego*. 25 de julio de 1943.
37. Roel Gerbolés E. Anuncio. *El Pueblo Gallego*. Año XXI, Número 6672, 14 de enero de 1945.
38. Roel Gerbolés E. Tratamiento de las heridas cráneo-cerebrales. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 1940;3,20:241-258.
39. Simón Lorda D, Bustos Cardona T, Estévez Gil X. Interín no pasen al manicomio.... Locura y reclusión en Galicia-España (finales siglo XIX y primeros años siglo XX). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 2015; 35 (125): 93-110.
40. Fernández Fernández C. Antiguos hospitales de La Coruña. A Coruña: Vía Láctea editorial, 1995; pp. 123-125.

41. Expediente solicitud internamiento de dementes en Conjo. Hospital Municipal de San José (A Coruña), 1943. Ficha arg_gc_33685-14ç. Arquivo do Reino de Galicia. Arquivo Dixital Galicia-Galiciana.
42. La Noche. 13 de septiembre de 1946.
43. Mañana serán inauguradas las nuevas instalaciones de la Casa de Socorro, en Cuatro Caminos. La Noche, número 11485, 10 de enero de 1958.
44. El Correo Gallego. 29 de diciembre de 1949.
45. Roca Alcalde P. La escuela médica compostelana en el Congreso Internacional de Psiquiatría. Galicia Clínica, 1951; 3.
46. Nogales Puertas B. Orientación y colocación de mutilados de guerra. Santiago de Compostela: Imprenta Paredes, 1938.
47. Anuncio de consulta de Benito Nogales. La Región. 9 de agosto de 1941.
48. La Diputación Provincial y la asistencia a los dementes. El Pueblo Gallego. 6 de abril de 1941.
49. García Álvarez MX. Otras historias de la psiquiatría gallega: La asistencia psiquiátrica pública en la provincia de Pontevedra. Frenia 2003;3(1):67-86.
50. García Álvarez MX, Pedreira Crespo V. La sala de psiquiatría del hospital provincial de Pontevedra. En: Angosto T, Rodríguez A, Simón-Lorda D (editores). Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría, 1924-1999. Ourense: Asociación Española de Neuropsiquiatría-Asociación Galega de Saúde Mental, 2001; pp. 269-275.
51. Torre RL. José Mato. La gente quiere curar sus problemas vivenciales con antidepresivos y eso es una verdadera locura. Faro de Vigo, 28 de abril de 2013. <https://www.farodevigo.es/pontevedra/2013/04/28/jose-mato-gente-quiere-curar-17472458.html>
52. Una importantísima clínica de enfermedades nerviosas fue bendecida ayer. El Pueblo Gallego. 10 de junio de 1951, p. 6.
53. Acuña Lagos D. Estudio sobre la recuperación de reflejos condicionados por la acción del electroshock y otros medios terapéuticos. Revista Española de Fisiología 1950;6(2):109-112.
54. Lázaro Ávila C. Memorias de Darío Acuña Lagos, piloto del 3g3. Aeroplano. Revista de Historia Aeronáutica 2014;32:92-103.
55. Usero Tiscar A. Notas biográficas y científicas. Lugo: Diputación Provincial de Lugo y Asociación Gallega de Psiquiatría, 1991.
56. El Progreso (Lugo). 22 de enero de 1946.
57. El Progreso (Lugo). 14 de junio de 1950.
58. Vidal Verdes FJ. Política sanitaria del Nuevo Estado. El Progreso (Lugo). Año XXXVI, Número 11200, 2 de diciembre de 1943.
59. El Progreso (Lugo). 14 junio 1949.
60. El Progreso (Lugo). 14 junio 1954.
61. Clínica Vidal Verdes. El Progreso (Lugo). 22 septiembre 1959.
62. Clínica Vidal Verdes. El Progreso (Lugo). 3 de octubre de 1965.

63. Simón Lorda, D. El Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) y sus contradicciones: entre el enfoque psicosocial y el modelo manicomial. En Huertas, R (Editor). *Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2017; pp. 15-46.
64. Simón Lorda D. Atención psiquiátrica, salud mental y salud pública en el tardofranquismo. En: Martínez Pérez J; Perdiguero Gil E (eds.). *Genealogías de la reforma sanitaria en España*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2020; pp. 127-154.
65. Novella E. Los límites de la tecnocracia: la modernización autoritaria de la asistencia psiquiátrica en la España del segundo franquismo. *Dynamis* 2019;39(1):73-97.
66. Real Academia Nacional de Medicina. Francisco Alonso Fernández. <https://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero/68-excmo-sr-d-francisco-alonso-fernandez.html>. [consultado 1 noviembre de 2022].
67. González Madrid DA. Apuntes para un análisis crítico sobre la asistencia médica general y ambulatoria de la seguridad social del tardofranquismo a la transición. En: González Madrid DA, Ortiz Heras M (eds.). *El estado del bienestar: entre el franquismo y la transición*. Madrid: Sílex, 2020; pp. 199-230.
68. García de la Villa JM. Entrevista con el Dr. Pardo Fabeiro. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias* 2004;6:60-66.
69. Gutiérrez González P. Los hospitales militares y la sanidad militar. La transición de un modelo segregado a la creación del ISFAS (1940-1986). En: Vilar Rodríguez M, Pons J (eds.). *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*. Madrid: Marcial Pons Historia, 2018; pp. 325-366.
70. Hoy inaugura sus tareas el III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. *El Correo Gallego: diario político de la mañana*. Número 25026, 2 de julio de 1952.
71. Rey Alvite. En el III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. *El Pueblo Gallego*. 3 de julio 1952.
72. *El Correo Gallego: diario político de la mañana*. Número 25028, 4 de julio de 1952.
73. Cadarso R. Después del Congreso de Neuropsiquiatría. El profesor Villamil exalta la significación de Conxo en la psiquiatría regional. *La Noche*. Año XXXII, Número 9791, 15 de julio de 1952.
74. III Congreso Nacional de Neuro-Psiquiatría. Comunicaciones. Santiago de Galicia, julio 1952. Madrid: Industrias Gráficas España; 1952.
75. Cabaleiro Goás M. Un accidente en la electronarcosis que revela la acción terapéutica de la anoxia en las psicosis. En: VVAA. III Congreso Nacional de Neuro-Psiquiatría. Comunicaciones. Santiago de Galicia, julio 1952. Madrid: Industrias Gráficas España, 1952; pp. 83-86.
76. Usero Tiscar A. Consideraciones sobre algunos aspectos de la organización ergoterápica en el Hospital Psiquiátrico Provincial de San Rafael. *LVCVS: revista de la Excm. Diputación Provincial de Lugo*, 1958;mayo(2):26-28.
77. Trapero Pardo J. Donde con caridad y amor se buscan los caminos de la razón. *El Progreso (Lugo)*. 13 de mayo de 1954, p. 3.
78. Diputación Provincial de Lugo. Actividad de los servicios provinciales durante el año 1959. *LVCVS: revista de la Excm. Diputación Provincial de Lugo* 1960, abril: 22-23.

79. Fiestas del Apóstol: 1958 Santiago de Compostela: Imprenta y Papelería La Comercial.1958. (Folleto).
80. La Región: diario independiente, de intereses generales, de noticias y avisos. Núm.. 40126, 28 de junio de 1955.
81. Anuncio de Sanatorio Troncoso. La Región: diario independiente, de intereses generales, de noticias y avisos, 1959.
82. El Pueblo Gallego. Ano XXXIX, Número 13915, 31 de marzo de 1963.
83. El Pueblo Gallego. 20 de noviembre de 1964
84. El Pueblo Gallego. 20 de noviembre de 1964.
85. El Progreso (Lugo). Número 15834, 29 de junio de 1958.
86. El Pueblo Gallego. 20 noviembre de 1964.
87. Anuncio Clínica Roel Gerbolés «Villa Blanca» en A Coruña. La Noche. 8 de noviembre de 1950.
88. De las Heras V. Entrevista con el neuropsiquiatra Dr. Enrique Roel Gerbolés. La Noche. 16 de enero de 1953.
89. Betanzos en Fiestas, 1953. A Coruña: imprenta Lorenzo, 1953. (folleto).
90. Pérez López-Villamil J. En memoria de Egas Moniz. La Noche. Ano XXXVI, 24 de diciembre de 1955.
91. Simón-Lorda D, Rodríguez Ramos S, Fraga Martínez R. Publicidad y marketing de los psicofármacos en revistas médicas en la España del tardofranquismo (1959-1975). Siso Saúde: Boletín de la Asociación Galega de Saúde Mental 2020; 66-67: 139-158.
92. Green AR; Aronson JK; Haddad PM. Examining the ‘psychopharmacology revolution’ (1950-1980) through the advertising of psychoactive drugs in the British Medical Journal. J Psychopharmacol 2018;32(10):1056-1066.
93. Rodríguez Ramos, S; Fraga Martínez, R; Simón Lorda, D. Terapia con insulina en psiquiatría: historia y «stories». Siso-Saúde: Boletín de la Asociación Galega de Saúde Mental 2020;66-67:95-112.
94. Rodríguez Rodríguez, B. Terapéuticas psiquiátricas en los inicios de la psicofarmacología moderna: El caso del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) y de otros centros de Galicia. Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Medicina 2020. Trabajo de Fin de Grado.
95. Padín A. El Manicomio de Conjo ha cumplido 75 años de existencia. Vida Gallega 2ª época. 1960;761(8):7-8.
96. Conseglieri A, Villasante O. Shock therapies in Spain (1939-1952) after the Civil War: Santa Isabel National Mental Asylum in Leganés. History of Psychiatry 2021;32(4):402-418.
97. Aztarain Díez J. Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954). Pamplona: Gobierno de Navarra, 2005.
98. Conseglieri A.; Villasante O., Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq 2007;27(99):119-141.
99. Villasante O. Malaria therapy in Spain: 100 years after its introduction as a treatment for the general paralysis of the insane. History of Psychiatry 2020;31(3):325-340.

100. Besada Varela L. El Haloperidol en el tratamiento de las enfermedades mentales. *Acta Médica Compostelana* 1961;2:161-176.
101. Besada Varela L. Contribución al estado de la terapéutica de los esquizofrénicos crónicos, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1961;20:22-37.
102. Besada Varela L. Los medicamentos neurolépticos en la terapéutica de los esquizofrénicos crónicos, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1961;20:178-192.
103. Besada Varela L. Valoración clínica de la tioridazina en el tratamiento de los esquizofrénicos crónicos, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1964;23:241-259.
104. Besada Varela L. Experiencias clínicas con el T.P.N. 12 en los delirios esquizofrénicos, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1967;26:148-163.
105. Cabaleiro Goás M. Resultados comparativos de los tratamientos con clorpromacina, reserpina y azacyclonol en esquizofrénicos paranoides. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1958;17(1):1-5.
106. Cabaleiro Goás M. Nuestra experiencia personal en el tratamiento psicofarmacológico de las psicosis esquizofrénicas. *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1964; 23(1):31-48.
107. Cabaleiro Goás M. Nuestra experiencia personal en el tratamiento de diversos síndromes psiquiátricos con Tioridazina. *Rev. Médica de Galicia* 1965;3(4).

LA HIPNOSIS EN EL CINE: ARCHIVILLANOS, *HYPNOTIC HORROR* Y TECNOLOGÍAS HIPNÓTICAS PARA «METERSE EN LA PELÍCULA»

Marcos Bonet*

INTRODUCCIÓN

El subgénero literario de la ficción hipnótica se desarrolló durante el siglo XIX alcanzando su «época dorada» entre 1870 y 1900. Un subgénero que reflejó los miedos y ansiedades que la sociedad de finales del siglo XIX tenía en torno al magnetismo animal y la hipnosis; entre los miedos más comunes estaban quedar sometido por completo a la voluntad del hipnotizador y bajo su mandato cometer crímenes que podían llegar hasta el asesinato, no poder despertar del trance hipnótico y permanecer para siempre en un estado de sueño profundo cercano al coma, volverse loco o no poder recordar nada de lo ocurrido durante el trance con lo que uno quedaba a merced de los abusos, sexuales o de otro tipo, del hipnotizador (1, 2). Es justamente a finales del siglo XIX cuando el género literario de la ficción hipnótica queda establecido (3) por Arthur Quiller-Couch (4), un importante crítico literario del siglo XIX, lo llamó «hypnotic fiction»; Darko Suvin ha denominado estas creaciones literarias «mesmeric tales» (5); Roger Luckhurst se refiere a ellas como «trance gothic» (6); Sarah Wilburn prefiere usar «trance novels» (7) y Julian Wolfreys «mesmeric texts» (8). En este sentido, podemos ver los relatos *El magnetizador* (1813) de Ernst Theodor Amadeus Hoffmann y *La verdad sobre el caso del señor Valdemar* (1845) de Edgar Allan Poe, como precursores de este género o subgénero literario. Lo que en Hoffmann y Poe fue un tema innovador al utilizar el magnetismo animal como motivo central de la trama de la historia y unos personajes originales como el magnetizador y el sonámbulo, van a dar paso, a finales del siglo XIX, a personajes estereotipados, clichés narrativos y a topos literarios repetitivos; en definitiva, a unos rasgos de contenido similares que según Jean-Marie Schaeffer son definitorios para poder clasificar una serie de obras o textos dentro de un género o subgénero literario (9). En este sentido, la literatura de ficción hipnótica canalizó un discurso específico sobre la hipnosis; un discurso basado en la peligrosidad de estos conocimientos, destacando que proporcionan un poder inmenso

* Profesor de Historia de la Ciencia. Universidad de Valencia. bonetsafont@gmail.com

para subyugar al otro (casi siempre otra) y que, en manos de gente malvada, egoísta y criminal, podrían resultar fatales. Según Paul Ricoeur (10), el mundo de la ficción es un laboratorio en el cual se ensayan las posibles acciones para poner a prueba su coherencia y plausibilidad, lo que según Rosemary Jackson convierte a este tipo de literatura en «subversiva» (11). Es justamente esta función subversiva la que señala Jean-Pierre Peter como rasgo esencial de la literatura de ficción hipnótica, entre otras formas «banales» de representaciones sociales en las que aparece el magnetismo animal y la hipnosis (12). En este sentido, la ficción hipnótica es un laboratorio ideal para encontrar condensadas todas las acciones peligrosas, malvadas o amorales relacionadas con el magnetismo animal y la hipnosis.

En la primera década del XX, aunque continuó habiendo una producción considerable de textos del subgénero, comienza a notarse un cierto cansancio por parte de la crítica y del lector hacia este tipo de producto. Son muchos los factores en juego que tendríamos que analizar para comprender el auge y la posterior caída de una moda literaria como la ficción hipnótica; desde el surgimiento de otros géneros o subgéneros literarios (como la ciencia ficción, la novela de terror o la novela de detectives) que irrumpieron con fuerza en el mercado editorial desplazando a otras temáticas (otros de los subgéneros que desaparecieron fueron la novela esotérica y la espiritista) hasta llegar al punto de que la hipnosis fue un tema que dejó de estar visible en la sociedad a principios del siglo XX, un tema del que la gente se terminó cansando según el psicólogo francés Pierre Janet y del que se dejó de hablar, de escribir y de leer (13). Sin embargo, la ficción hipnótica no desapareció, al menos no del todo, y sus personajes más característicos, el hipnotizador y la sonámbula, fueron trasplantados, a menudo con variaciones importantes que reflejaban las preocupaciones sociales del momento a otros subgéneros literarios como la novela de detectives o la novela erótica y a otros formatos narrativos como el cine, el cómic o los videojuegos. En este sentido, siguiendo las tesis de Richard Saint-Gelais podemos hablar de una transfuncionalidad de la hipnosis (14). En el presente trabajo me propongo analizar dicho proceso en el caso concreto del cine.

LA TRINIDAD MALVADA (CALIGARI-MABUSE-FU MANCHÚ)

La similitud entre la experiencia de ver una película en una sala de cine y estar hipnotizado la estableció Roland Barthes en un artículo de 1975 (15). A partir de ahí, la metáfora ha sido usada profusamente en diversas publicaciones sin citar la fuente original, el nacimiento del citador se paga con la muerte de autor, qué duda cabe. En la portada de la revista donde aparece el artículo de Barthes, dedicada al psicoanálisis en el cine, podemos ver dos fotos del sonámbulo Cesare, el autómatas asesino dirigido por el desquiciado Dr. Caligari. Obviamente, el doctor Caligari no es psicoanalista, al menos no se dice

en la película, debemos suponer que es psiquiatra ya que dirige un manicomio, pero tampoco lo sabemos con certeza, así como presumimos que debe dominar la hipnosis, pero en ningún momento de la película se alude a ella, tampoco lo vemos hipnotizar a nadie. En este sentido, la película *El gabinete del doctor Caligari* (1920) dirigida por Robert Wiene, es un texto actualmente sobreinterpretado y las nuevas interpretaciones se alimentan de las viejas emborronando el texto original. Cesare (Conrad Veidt) es un sonámbulo natural y en realidad la habilidad de Caligari (Werner Krauss) no es sumirlo en un trance hipnótico sino despertarlo de ese estado cataléptico para que cometa los asesinatos¹.

De Cesare sabemos que: «Tiene veintitrés años, y duerme desde hace veintitrés años...sin interrupción...noche y día» (16).

Este tipo de experimento fue muy popular dentro de los espectáculos de hipnosis de finales del siglo XIX. El sujeto dormido permanecía durante el tiempo que duraba el experimento a la vista de todos, en teatros, hoteles o museos, donde la gente pagaba una entrada a cualquier hora del día para verlo dormir, en ocasiones al sujeto se lo ponía dentro de un ataúd para dar dramatismo a la situación. Finalmente, el espectáculo culminaba cuando el sujeto era despertado en la fecha acordada ante un gran público. Un espectáculo de este tipo es reseñado por Rafael Cansinos Asséns en Madrid en su libro: *La novela de un literato: hombres, ideas, efemérides, anécdotas* (17).

El propio Tod Browning, célebre director de cine norteamericano, interpretó a *El hipnótico cadáver viviente* durante su juventud como parte de un espectáculo itinerante que recorría Estados Unidos (18). Al igual que en el espectáculo en el que trabajó el joven Tod Browning haciendo de cadáver viviente el número del doctor Caligari consiste en despertar de su sueño en un ataúd a Cesare y este, como un oráculo, responde proféticamente a las preguntas del público. Sin embargo, el verdadero propósito de Caligari, quien no es un mero feriante sino un científico «loco» inmerso en un experimento terrible, es comprobar si en estado de sonambulismo, natural y no provocado matizaríamos aquí, una persona puede llegar a matar a otra bajo mandato de alguien que se ha apoderado de la voluntad del durmiente. No sabemos cómo Caligari se ha convertido en el amo de Cesare y la película tampoco lo explica; las únicas pistas que se nos dan son dos libros encontrados en el despacho de Caligari: uno de ellos titulado *Sonambulismo* (1726) publicado por la Universidad de Upsala en el que se narra la historia del verdadero Caligari, un místico del siglo XVIII, que recorrió Italia con su espectáculo de sonambulismo y al que se acusó de asesinar a personas usando a su sonámbulo Cesare; el otro libro es el diario de Caligari, en el que confiesa que va a repetir la experiencia

¹ Ambos actores, Werner Krauss y Conrad Veidt, coincidirían una vez más en otro gabinete. Se trata de la película *El gabinete de las figuras de cera* (1924) de Paul Leni.

de Caligari paso a paso para comprobar si tal cosa es posible, para ello se transforma en el nuevo Caligari².

La película *El gabinete del doctor Caligari*, encapsula el tema clásico del subgénero literario de la ficción hipnótica y prefigura una de las tramas clásicas de las futuras películas de hipnosis: la hipnosis usada por un villano como tecnología criminal. La película de Caligari fue inmediatamente seguida por *El doctor Mabuse* (1922) de Fritz Lang (quien había rechazado la dirección de *El gabinete del doctor Caligari*) y *El misterioso Dr. Fu Manchú* (1929) de Rowland V. Lee, ambas con sus respectivas sagas filmicas que lejos de agotar los temas y personajes han sido objeto de nuevas versiones de otros directores y varios remakes hasta llegar a la actualidad, pudiendo hablar de una *exploitation* de los personajes³. El doctor Mabuse, interpretado por Rudolf Klein-Rogge, uno de los actores favoritos de Fritz Lang y que había hecho de asesino en la película de Caligari y Fu Manchú interpretado por Warner Oland (1929-1930-1931), Boris Karloff (1932), Christopher Lee (1965-1966-1967-1968-1969) y Peters Sellers (1980) pueden ser vistos como los primeros archivillanos de la historia, ambos usan la hipnosis, entre otras muchas tecnologías, para someter a sus enemigos y levantar un imperio del crimen para dominar el mundo, es esta ambición desmedida lo que los diferencia de Caligari.

² Años más tarde Fritz Lang usará este mismo argumento para su película *El testamento del doctor Mabuse* (1933), en la que un psiquiatra director de un manicomio se obsesiona con la figura del doctor Mabuse tras la lectura de sus diarios y presa de un delirio de grandeza pretende emularlo transformándose en él.

³ Fritz Lang dirigió cuatro películas de Mabuse; dos ellas, las estrenadas en 1922, conformaban una única película titulada *El doctor Mabuse* pero por motivos de duración fue partida dando lugar a dos títulos diferentes que se estrenaron con un mes de diferencia: *El gran jugador* (1922) y *El Infierno* (1922), seguidas por *El testamento del doctor Mabuse* (1933) y *Los crímenes del doctor Mabuse* (1960). A partir de aquí la lista de versiones de otros directores es larga llegando hasta la actualidad: *El diabólico Dr. Mabuse* (1961) y *Las garras invisibles del Dr. Mabuse* (1962) ambas de Harald Reinl, *El testamento del doctor Mabuse* (1962) de Werner Klingler, *Dr. Mabuse vs. Scotland Yard* (1963) de Paul May, *The Death Ray of Dr. Mabuse* (1964) de Hugo Fregonese, *El doctor Mabuse* (1972) de Jesús Franco, *Dr. M* (1990) de Claude Chabrol y la película de tesis (o campus) *Doctor Mabuse* (2013) de Ansel Faraj.

Por su parte, la lista de películas de Fu Manchú es igualmente extensa: comenzaría con una serie televisiva titulada *El misterio del Dr. Fu Manchú* de 23 episodios emitidos entre 1923 y 1924 por la televisión inglesa y dirigida por A.E. Coleby, *El misterioso Dr. Fu Manchú* (1929) y *El retorno de Fu Manchú* (1930) ambas dirigidas por Rowland V. Lee, *La hija del dragón* (1931) de Lloyd Corrigan, *El otro Fu Manchú* (1946) de Ramón Barreiro, *La máscara de Fu Manchú* (1932) de Charles Brabin, *Los tambores de Fu Manchú* (1940) de John English, *Las aventuras del Dr. Fu Manchú* (1956) de Franklin Adreon y William Witney (otra serie de televisión, esta vez estadounidense, de 13 episodios), *El regreso de Fu Manchú* (1965) y *Las novias de Fu Manchú* (1966) ambas dirigidas por Don Sharp, *La venganza de Fu Manchú* (1967) de Jeremy Summers, *Fu Manchú y el beso de la muerte* (1968) y *El castillo de Fu Manchú* (1969) ambas dirigidas por Jesús Franco y *El diabólico plan del Dr. Fu Manchú* (1980) de Piers Haggard.

Obviamente, a esta trinidad malvada, compuesta por Caligari-Mabuse-Fu Manchú, debemos añadir a Svengali, aunque al lado del trío de doctores casi parece un santo⁴. La novela de George Du Maurier *Trilby* (1894) fue llevada al cine en bastantes ocasiones; dos de ellas en 1914, ambas tituladas *Trilby*, una dirigida por Harold M. Shaw y la otra por Luise Kolm, un año después Maurice Tournier dirigiría *Trilby* (1915) y en 1923 James Young dirigiría su propia versión también titulada *Trilby*. A partir de aquí el personaje de Trilby pierde prominencia y las siguientes versiones pasan a titularse con el nombre del villano, dotando al personaje de Svengali de mayor protagonismo en las tramas al mismo tiempo que ganaba en complejidad psicológica: *Svengali* (1927) de Gennaro Righelli, *Svengali* (1931) de Archie Mayo (sin duda la más celebrada de todas con John Barrymore en el papel de Svengali), *Svengali* (1954) de Noël Langley y *Svengali* (1983) de Anthony Harvey.

HYPNOSIS HORROR

El subgénero de *Hypnosis Horror*, a partir de los precedentes anteriores (*Svengali*, *Caligari*, *Mabuse* y *Fu Manchú*), se ha mantenido de una forma constante, aunque humilde (si lo comparamos con otras temáticas o subgéneros del cine de terror), en los circuitos filmicos hasta la actualidad. El peso del tema hipnótico en las películas es variable y depende de guiones y argumentos, en algunas películas la hipnosis tiene un papel central mientras que en otras su aparición es meramente accesoria, ambiental o periférica. La característica esencial de las películas que podríamos etiquetar como *Hypnosis Horror* es que los argumentos de misterio o terror descansan o se basan en el tema hipnótico. Por tanto, la mera aparición de un hipnotizador en la película no sería suficiente para considerar a la película como perteneciente al subgénero, algunos ejemplos de esto último podrían ser las películas: *Poltergeist: Fenómenos extraños* (1982) de Tobe Hooper, *Pesadilla en Elm Street 3: Los guerreros del sueño* (1987) de Chuck Russell, *La maldición del escorpión de jade* (2001) de Woody Allen o *Déjame salir* (2017) de Jordan Peele, entre otras muchas; aunque la hipnosis tiene un papel importante en todas estas películas nadie consideraría que pertenecen al subgénero de *Hypnosis Horror* ya que sus argumentos principales son otros; en definitiva, lo que produce miedo en *Poltergeist* o *Pesadilla*

⁴ Exceptuando la película de Caligari, que está basada en un guión escrito por Carl Mayer y Hans Janowitz, en el que trataban de reflejar la alienación sufrida por los soldados durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918) convertidos en máquinas de matar, el resto de personajes provienen de novelas que gozaron de éxito comercial y popular en el momento de su publicación; al igual que *Trilby*, la novela *Dr. Mabuse* (1921) de Norbert Jacques fue un verdadero bestseller en Alemania; por su parte, el personaje de Fu Manchú está basado en la serie de novelas escritas por Sax Rohmer (una verdadera saga literaria) que comenzaron con la publicación de *El misterio de Fu Manchú* (1913).

en *Elm Street* no es la hipnosis y en *La maldición del escorpión de jade* y *Déjame salir* encontramos un uso de la hipnosis criminal pero que funciona como recurso de los guionistas para explicar partes del argumento, para urdir la trama, para resaltar ciertos aspectos de los argumentos principales que van encaminados en otras direcciones.

Una variación de lo anterior serían las películas en las que el protagonista es un terapeuta, psicoanalista, psicólogo o psiquiatra que hace las funciones de detective y usa la hipnosis como herramienta para descubrir el misterio (interno o externo) que atormenta a su cliente, esta es una puesta en escena bastante común en el cine actual (thrillers o películas de terror psicológico). En este sentido, la investigación hipnótica fluctúa entre el diván psicoanalítico y las pesquisas clásicas de un detective de novela negra; lo vemos en las películas *Las dos vidas de Audrey Rose* (1977) de Robert Wise⁵, *Morir todavía* (1991) de Kenneth Branagh, *Doctor Sleep* (2004) de Nick Willing, *La cuarta fase* (2009) de Olatunde Osunsanmi, *El hipnotista* (2012) de Lasse Hallström⁶, *Trance* (2013) de Danny Boyle, *The Great Hypnotist* (2014) de Leste Chen o *Regresión* (2015) de Alejandro Amenábar; por motivos obvios, tampoco estas películas podrían ser consideradas como *Hypnosis Horror*, ya que la hipnosis es utilizada para hacer el bien, principalmente para recuperar la memoria o curar algún trauma.

La cuarta fase merece una puntualización, supuestamente basada en «hechos reales» y narrada alternando un estilo convencional con el del metraje encontrado, nos cuenta el descubrimiento por parte de la Dra. Abigail (Milla Jovovich) de las abducciones realizadas por extraterrestres a los habitantes de la población de Nome (Alaska). La doctora Abigail usa la hipnosis para acceder a los recuerdos reprimidos por traumáticos de las personas que habían sido abducidas. Dejando de lado otras consideraciones de estilo, guión o dirección sobre la película y sin entrar a juzgar la veracidad del fenómeno OVNI, del cual me considero un verdadero ignorante, la cinta puede verse como un ejemplo programático de cómo la sugestión en estado de hipnótico (sea hacia el recuerdo de vidas pasadas o abducciones extraterrestres) puede expandirse hasta generar en histeria colectiva; si vemos la película desde este ángulo interpretativo, desde esta estructura crítica, ausente por otra parte de los propósitos de su directora, la historia da un giro de 180 grados: la Dra. Abigail se convierte en una científica manipuladora y la hipnosis deja de estar al servicio del bien para convertirse en una tecnología de dominación (lo que la convertiría de lleno en una película de *Hypnotic Horror*). Como hemos visto antes, si la hipnosis puede ser usada para recuperar recuerdos también puede ser usada para emborronarlos o cambiarlos (lavar el cerebro) como se muestra en las películas *El mensajero del miedo* (1962) de John Frankenheimer y

⁵ Película basada en la novela *Audrey Rose* (1975) de Frank De Felitta.

⁶ Película basada en la novela citada anteriormente *El hipnotista* (2010) de Lars Kepler.

Old Boy (2003) de Park Chan-wook; en la primera, prisioneros de guerra norteamericanos son sometidos a sesiones de hipnosis por el enemigo comunista para ser usados como espías o células durmientes una vez fueran liberados⁷; por su parte, en *Old Boy*, que en algunos países de habla hispana fue titulada como *Hipnosis mortal*, nos encontramos de nuevo con el tema de la persona normal convertida en asesino mediante hipnosis, como el sonámbulo Cesare pero a golpe de martillo.

Al lado de las abducciones extraterrestres situaríamos el recuerdo, en estado de trance hipnótico, de las vidas pasadas. El tema había sido analizado a finales del siglo XIX por el psiquiatra y profesor de la Universidad de Ginebra Théodore Flournoy (1854-1920), quien escribió el texto *Des Indes à la planète Mars, étude sur un cas de somnambulisme avec glossalalie* (1899)⁸, en el que explicaba las supuestas regresiones a vidas pasadas como producto de las sugerencias que operaban en la médium Helen Smith desde su infancia y juventud a través de lecturas, sueños, fantasías y que eclosionaban con la narrativa de otras vidas durante las sesiones de hipnosis. El tema se puso de moda a finales de los ochenta con el libro *Muchas vidas, muchos maestros* (1988) del psiquiatra estadounidense Brian Weiss, al que lo siguieron una legión de textos similares (del propio Weiss y de otros autores) provocando una experimentación hipnótica amateur sin precedentes por parte de lectores de todo el mundo, que querían saber cuáles habían sido sus vidas pasadas. Como ya ocurriera con Helen Smith, las vidas más demandadas por parte del público eran las de personajes históricos conocidos por todos como Cleopatra, María Magdalena, Julio César, el propio Jesucristo o similares, demostrando por una parte la falta de cultura extensa de la población (que recurrían una y otra vez a los mismos personajes históricos) y por otra parte la necesidad del ego de reafirmarse o empoderarse con las fantasías delirantes de lo que había llegado a ser en otras vidas comparado con la prosaica y vulgar vida actual. Este tema, se trata en las películas ya citadas de *Las dos vidas de Audrey Rose* (1977) de Robert Wise y *Morir todavía* (1991) de Kenneth Branagh; en la primera, se somete a hipnosis a Ivy Templeton (Susan Swift), una niña de doce años, para elucidar si es la reencarnación de Audrey Rose, una niña muerta en un accidente de tráfico tiempo atrás; en la segunda, un hipnotizador trata de ayudar a recuperar la memoria a una mujer y durante las sesiones de hipnosis comienza a recordar una vida anterior en la que había sido asesinada.

La característica principal del subgénero de *Hipnosis Horror* es presentar la hipnosis como una tecnología al servicio del villano (criminal, doctor, psiquiatra o científico) o como un poder o arte peligrosísimo con el que no vale la pena experimentar, ni siquiera intentar hacer el bien, ya que con la hipnosis

⁷ Película basada en la novela *The Manchurian Candidate* (1959) de Richard Condon.

⁸ Texto que pese a considerarse un clásico de la psiquiatría moderna sorprendentemente permanece sin traducir al español.

la cosa siempre acaba por torcerse, siempre acaba mal, se suelen tocar teclas las cuales era mejor no haberlas tocado o se acceden a recuerdos que estaban muy bien reprimidos, como en la historia de los tres deseos al final todo se estropea, al menos en la mayoría de películas que conformarían el subgénero. Un ejemplo perfecto de lo anterior lo constituye la versión (tal vez demasiado libre) para televisión del relato *La verdad sobre el caso del señor Valdemar* (1845) de Edgar Allan Poe realizada por Narciso Ibáñez Serrador para su programa antológico *Historias para no dormir*⁹. El capítulo se tituló *El pacto* (1966) y nos presenta a un magnetizador de moda que llega a un manicomio para probar sus teorías hipnotizando a una mujer que presenta claros síntomas de histeria provocados por el trauma de la muerte accidental de su hermano, de tan solo seis meses, cuando se le cae de los brazos; el magnetizador (Narciso Ibáñez Menta) duerme a la mujer usando métodos típicos de la hipnosis como la fijación de la mirada en un punto (la mano del magnetizador que mueve pendularmente) junto con mensajes de voz relajantes y órdenes imperiosas indicándole que dormirá toda la noche y que cuando despierte a la mañana siguiente habrá recuperado la lucidez; así ocurre, pero la toma de conciencia con la realidad es tan dramática para la mujer (al recordar la muerte de su hermano) que termina suicidándose, por lo que todos culpan al magnetizador y sus métodos de la muerte de la chica. Es como si el magnetismo animal y la hipnosis no pudieran escapar de una maldición que los lleva una y otra vez al lado oscuro de la realidad para estropear incluso lo que ya estaba roto; en definitiva, a ponerse al servicio del mal.

En este sentido, el protagonista de *Déjame Salir* es hipnotizado como método de control para realizarle el robo quirúrgico del cerebro; la pareja protagonista de *La maldición del escorpión de jade*, después de participar en un espectáculo de hipnosis, son obligados por el hipnotizador a cometer robos; la protagonista de *Mil sexos tiene la noche* (1984) de Jesús Franco, película que puede verse como una versión libre y erótica de *El gabinete del doctor Caligari*, es obligada en estado de trance hipnótico a asesinar a personas para cumplir una venganza personal del hipnotizador; lo mismo ocurre en *Hipnos follia di massacro* (1967) de Paolo Bianchini, en la que una mujer se convierte en asesina en serie bajo hipnosis; en *Ángel de la muerte* (2018) de Arto Halonen el villano es un antiguo nazi además de hipnotizador; y en las películas *Hipnos* (2004) de David Carreras y *Reset* (2014) de Pau Martínez se nos presentan a directores de clínicas psiquiátricas, como lo era Caligari, que usan la hipnosis (entre otras técnicas psicoquirúrgicas y psiquiátricas horribles como la lobotomía) con infortunados pacientes que son tratados como ratas de laboratorio en sus experimentos delirantes e infames.

Mencionaré algunas películas que sin lugar a dudas deben figurar en toda antología del subgénero como ejemplos programáticos y que tienen la

⁹ La primera temporada de la serie se emitió durante el año 1966.

habilidad de mezclar con maestría el tema de la hipnosis con otros motivos clásicos del cine de terror; en *Hipnosis* (1962) de Eugenio Martín y *El muñeco diabólico* (1964) de Lindsay Shonteff, aparece un hipnotizador de escenario que también es ventrílocuo, en ambas películas el muñeco (que parece el mismo en las dos) cobra vida propia una vez ha sido hipnotizado y se dedica a atormentar a los enemigos del hipnotizador; en *La criatura* (1956) de Edward L. Cahn, la asistente de un malvado hipnotizador se transforma en un monstruo marino reptiliano cuando es hipnotizada y por mandato del hipnotizador asesina a sus enemigos (una vez más una variación del sonámbulo Cesare); en *La No Muerta* (1957) de Roger Corman, el director mezcla con habilidad el tema de la hipnosis con la brujería y los viajes en el tiempo, dos psicólogos hipnotizan a una prostituta y la hacen regresar a una vida pasada en la que había sido bruja, pero la regresión no es solamente mental sino física, un verdadero viaje en el tiempo.

TECNOLOGÍAS HIPNÓTICAS PARA «METERSE EN LA PELÍCULA»

Algunas películas del subgénero como *El ojo diabólico* (1960) de George Blair o *Angustia* (1987) de Bigas Luna hacen uso de una interesante tecnología cinematográfica, surgida a finales de los años cincuenta, que pretendía mediante un uso del sonido y de la imagen «hipnotizar» al espectador para «meterlo dentro de la película»; en definitiva, dar una vuelta de tuerca más a la experiencia ya de por sí altamente hipnótica del cine, tal como apuntara Roland Barthes. Estos métodos de hipnosis, que se dieron casi al mismo tiempo que el CinemaScope y son sin duda precursores de la tecnología 3D, recibieron diferentes nombres como: *Hypno-Vista*, *Psycho-Rama*, *HypnoScope* o *HypnoMagic*; sin embargo, bajo los diferentes nombres y métodos se escondía en esencia la misma técnica: un uso de persuasivos mensajes tanto de texto como de voz junto con sonidos sugestivos e imágenes potencialmente hipnóticas entre las que destacaba, por repetirse en todas las películas, la de una espiral (hypno-wheel) en negro sobre blanco girando. En los anuncios publicitarios de la película *Terror in the Haunted House* (1958) de Harold Daniels se prometía llevar al espectador dentro de «la cuarta dimensión usando mensajes subliminales» y «ponerle información directamente en el cerebro» mediante la técnica del *Psycho-Rama* que alternaba mensajes de texto que preparaban al espectador sobre lo que iba a ver (del tipo ahora viene el susto y debes gritar muy fuerte) junto con imágenes de calaveras que aparecían insertadas en el metraje¹⁰; el póster de la película *Horror en el Museo Negro* (1959) de Arthur Crabtree decía que: «realmente te mete

¹⁰ La tecnología *Psycho-Rama* se usó solo una vez más en la película *Date With Death* (1959), dirigida también por Harold Daniels.

en la película. ¿Podrás soportarlo?», la técnica usada aquí fue *Hypno-Vista*, que básicamente consistía en una sesión de hipnosis de trece minutos de duración dirigida al espectador como prólogo de la película. El encargado de realizarla fue el psicólogo especializado en hipnosis Emile Franchel (1921-2003), quien durante la década de los cincuenta fue bastante popular en Estados Unidos escribiendo libros sobre el tema, también comercializó sesiones de autohipnosis grabadas en cintas y tuvo su propio programa de televisión semanal en la televisión de Los Ángeles (California) titulado *Adventures in Hypnotism*. En la película *El ojo diabólico* (1960) de George Blair, se contrató al famoso hipnotizador Gil Boyne (1924-2010) para que desarrollara un método que fuera mucho más inclusivo que el de su colega Emile Franchel para conseguir «la participación de la audiencia» en la película, lo que los productores querían evitar era lo que había terminado ocurriendo con el prólogo hipnótico de *Horror en el Museo Negro*, el cual había sido eliminado de la mayoría de las proyecciones de la película, en este sentido era preferible algo incrustado en el metraje que no pudiera ser cortado o eliminado. Boyne optó por la solución más sencilla: sería durante el visionado de la película cuando el hipnotizador de escenario y asesino en serie (interpretado por Jacques Bergerac) hipnotizaría tanto al público como a la víctima usando un proyector de luz y mensajes de voz persuasivos, en esto consistió básicamente la técnica *HipnoMagic*.

Al igual que la técnica de *Hypno-Vista* que se usó en películas que no pertenecen al *Hypnotic Horror*, el método creado por el productor televisivo Gordon Murray *HypnoScope* apareció en un programa de televisión donde se emitieron dos películas (de producción mexicana) no pertenecientes al subgénero: *La Momia Azteca contra el Robot Humano* (1957) de Rafael Portillo y *El ataúd del vampiro* (1958) de Fernando Méndez. En realidad, la invención de Murray fue un añadido a las cintas que habían sido realizadas al modo convencional, se trataba de una introducción a las películas en las que podía verse una espiral giratoria junto con un mensaje en bucle que decía:

Puede sentir que cambia de la persona normal que es a un monstruo, con sangre verde oscura corriendo por sus venas o puede convertirse en un vampiro, con un profundo impulso dentro de usted por un refrescante trago de sangre. Por supuesto, estos cambios les sucederán solo a unos pocos de ustedes, mientras que otros permanecerán como ellos mismos¹¹.

Hay que mencionar la película *Extraña Invasión* (1965) de Emilio Vieyra, una cinta que además de pertenecer al subgénero del *Hypnotic Horror* realiza una crítica despiadada a la malsana influencia de la televisión en los

¹¹ En: Young America Horror Club [programa de televisión] Murray G, productor. Estados Unidos. Televisión pública de California.

espectadores; el argumento es clásico, la gente de un pequeño pueblo de Estados Unidos es hipnotizada (zombificada) por unos mensajes que aparecen en la televisión.

Todos estos métodos hipnóticos asociados con el cine pasaron de moda rápidamente y nunca fueron tomados demasiado en serio por nadie, se trataba de parte del espectáculo. El director español Bigas Luna les rinde homenaje en su película *Angustia* (1987), cinta que comienza con este texto:

Usted va a ver un film durante el cual estará sometido a mensajes subliminales y una forma benigna de hipnosis. Nada de esto le causará ningún daño físico pero, si por algún motivo, usted pierde el control o nota que su mente se está alejando de la realidad, abandone la sala inmediatamente (19).

En *Angustia* nos encontramos con el argumento clásico del subgénero: una madre (Zelda Rubistein) hipnotiza a su hijo (Michael Lerner) para que cometa asesinatos, los métodos hipnóticos de la madre son la clásica espiral giratoria (homenaje claro a las películas que acabamos de comentar), el sonido y movimiento de un metrónomo, junto con órdenes verbales, al comienzo relajantes y sugestivos, al final imperiosas y exigentes. La madre pierde el control sobre el hijo hipnotizado, quien entra en un cine y comienza a matar a gente del público a golpe de bisturí, al final de la película termina matando a su propia madre que ha acudido al lugar para intentar contenerlo. Sin embargo, el tema hipnótico en la cinta de Bigas Luna no termina aquí, en un ejercicio habilísimo de metacine la anterior historia es una película que está siendo proyectada en un cine. La hipnosis que se prometía al principio de la cinta comienza a surgir efecto en varias personas del público, hay mareos, adormecimientos, nervios, malestar, miedo, etc., toda la sala está sugestionada y en ese contexto un asesino comienza a matar, esta vez con una pistola, a todo aquel que se le pone a tiro. A partir de aquí la mezcla de las historias es singular, aunque paralelas se funden en el contexto del cine y el espectador (nosotros) no sabemos que estamos viendo, si la primera película dentro de una película o esta última que se diluye en el entramado narrativo de la anterior. Sin duda, Bigas Luna consigue hipnotizarnos un poco, al menos mucho más que aquellas otras cintas de los años cincuenta a las que rinde homenaje y como le ocurriera a Barthes al salir del cine necesitamos unos minutos para ubicarnos en el mundo real y salir del trance hipnótico de la película¹².

Otra película que rinde homenaje a estas tecnologías hipnóticas es *Europa* (1991) de Lars Von Trier; el comienzo es básicamente una inducción hipnótica: un mensaje de voz persuasivo junto a la imagen sugestiva de las

¹² Otras películas que rinden homenaje a los métodos filmicos para hipnotizar al espectador que hemos visto son: *VideoDrome* (1983) de David Cronenberg, *Demons* (1985) de Lamberto Bava, *TerrorVision* (1986) de Ted Nicolau y el capítulo *Autocine* (2021) de Eduardo Sánchez perteneciente a la serie antológica *American Horror Stories*.

vías del tren (junto al sonido monótono de este). Más adelante, Von Trier imitará a Bigas Luna con el uso de pantallas superpuestas durante el metraje; sin embargo, la pericia del director danés con esta técnica es muy inferior a la mostrada en *Angustia* y el resultado (hipnótico) es muy inferior.

Me gustaría terminar este apartado con la mención de la reciente serie de televisión *El hipnotizador* (2015) de Alex Gabassi y José Eduardo Belmonte. En ella el hipnotizador Arenas (Leonardo Sbaraglia) se enfrenta al malvado hipnotizador Darek (Chico Díaz) quien es el culpable de haberlo condenado al insomnio tiempo atrás. La trama nos presenta una hipnosis llena de elementos esotéricos y paranormales, casi como si de un superpoder se tratara y el clásico enfrentamiento entre el héroe atormentado y el infame villano, quien por su ambición y desmesura nos recuerda a los tres doctores con los que empezamos este capítulo: Caligari, Mabuse y Fu Manchú.

CONCLUSIONES

A principios del siglo XX el género literario de la ficción hipnótica fue perdiendo prestancia en el mercado editorial postvictoriano; sin embargo, el hipnotizador, como personaje simbólico del control radical ejercido por una persona sobre otra, continuó apareciendo en diferentes textos y contextos narrativos a lo largo del siglo XX y XXI. Continuó apareciendo como metáfora de un poder deleznable articulado por una tecnología peligrosa que en cualquier momento podía volverse en contra del propio hipnotizador y acabar con él. Si en algunas narrativas la hipnosis era usada por el héroe para hacer el bien esto no impedía que el villano de la misma historia también la usara para hacer el mal. Sin embargo, nada en estas ficciones nos parece ya real, todo es desmedido, en los filmes de *Hypnotic Horror* dominados por los maléficos doctores con el propósito megalómano de dominar el mundo mediante la hipnosis todo forma parte de una metáfora detrás de la cual se esconde otra metáfora, menos radical que la primera pero igualmente sesgada hacia lo negativo. Así las cosas, lo real, detrás de la metáfora narrativa del siglo XX y XXI de la hipnosis, es otra ficción: la ficción hipnótica del siglo XIX. ¿Y lo real detrás de la ficción hipnótica decimonónica? Podríamos decir que se encuentra en la reconstrucción histórica del magnetismo animal y de la hipnosis desde Mesmer hasta nuestros días. Sin embargo, la historia «académica», «verdadera», realizada por «especialistas» y con «rigor científico» no se encuentra disponible en la sociedad, al menos no en la medida en que lo está la historia «popular», «dramatizada», «abundante», «encantada» y «desmedida» de la ficción hipnótica. No olvidemos que es la cultura imperante en una sociedad la que decide que es «bueno» y que es «malo», que es «apropiado» y que «inapropiado», que es «científico» y que es «pseudocientífico», que «inocuo» y que «peligroso». En este sentido, el hecho de que la hipnosis aparezca

como una tecnología diabólica en el cine del siglo XX no es un hallazgo anecdótico desligado de todo contexto sino es la expresión final de una cultura colectiva negativa entorno a estos conocimientos cuya génesis nos retrotraería hasta los primeros relatos en los que apareció el magnetismo animal y la hipnosis. En este sentido, la realidad y el conocimiento de la hipnosis han sido seleccionados sesgadamente hacia lo negativo por parte de una ficción (o diferentes ficciones narrativas) que han excluido sus bondades. Por esto un guionista de series televisivas de nuestros días tiene unos valores e ideas sobre la hipnosis, pero no otras. Lo importante aquí es comprender que esas ideas y valores no tienen un valor de «realidad», de «naturaleza» o de «verdad» sobre el objeto mismo al que se aplican sino son tan solo un reflejo de un proceso sociocultural mucho más amplio. Un proceso que comenzó con la literatura de ficción hipnótica del siglo XIX y que, como acabamos de ver, ha llegado hasta nuestros días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andriopoulos S. *Possessed: Hypnotic Crimes, Corporate Fiction, and the Invention of Cinema*. Chicago: The University of Chicago Press, 2008.
2. Leighton E. *Under the Influence: Crime and Hypnotic Fictions of the fin de siècle*. En: Willis M, Wynne C, editors. *Victorian Literary Mesmerism*. Amsterdam y New York: Rodopi, 2006; pp. 203-222.
3. Luckhurst R. *Trance-Gothic 1882-87*. En: Robbins R, Wolfreys J, editors. *Victorian Gothic Literary and Cultural Manifestations in the Nineteenth Century*. New York: Palgrave, 2000; pp. 148-167.
4. Quiller-Couch A. *A Literary Causerie: Hypnotic fiction*. *The Speaker: A Review of Politics, Letters, Science and the Arts* 1890;(14):316.
5. Suvin D. *Metamorfosis de la ciencia ficción: sobre la poética y la historia de un género literario*. México: Fondo de Cultura Económica, 1979.
6. Luckhurst R. *Trance-Gothic 1882-87*. En: Robbins R, Wolfreys J, editors. *Victorian Gothic Literary and Cultural Manifestations in the Nineteenth Century*. New York: Palgrave, 2000; pp. 148-167.
7. Wilburn S. *Possessed Victorians: Extra Spheres in Nineteenth-century Mystical Writings*. Aldershot: Ashgate, 2006.
8. Wolfreys J. *The Hieroglyphic Other: The Beetle, London and the Anxieties of Late Imperial England*. En: Wolfreys J, editor. *Writing London: Inventions of the City*. Basingtoke: Palgrave Macmillan, 2007; pp. 8-36.
9. Schaeffer JM. *¿Qué es un género literario?* Madrid: Ediciones Akal, 2006.
10. Ricoeur P. *Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II*. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.
11. Jackson R. *Fantasy: The Literature of Subversion*. New York: Routledge, 1981.

12. Peter JP. Lo que los magnetizadores nos han enseñado (de Mesmer a Puysegur). En: Montiel L, González de Pablo A, editores. En ningún lugar, en parte alguna. Estudios sobre la historia del magnetismo animal y del hipnotismo. Madrid: Frenia, 2003; pp. 35-61.
13. Gauld A. A History of Hypnotism. New York: Cambridge University Press, 1992.
14. Saint-Gelais R. Fictions transfuges. La transfictionnalité et ses enjeux. París:Seuil, 2011.
15. Barthes R. En sortant du cinema. Communications 1975;(23):104-107.
16. El gabinete del doctor Caligari [película]. Wiene R, director. Alemania: UFA, 1920.
17. Cansinos-Asséns R. La novela de un literato: hombres, ideas, efemérides, anécdotas, vol. 2. Madrid: Alianza Editorial, 1985.
18. Skal D. Monster Show. Una historia cultural del horror. Madrid: Valdemar, 2008.
19. Angustia [película]. Luna B, director. España: Luna Films, Samba P.C, 1987.

LAS EXPOSICIONES DE ARTE PSICOPATOLÓGICO CELEBRADAS ENTRE MADRID Y BARCELONA EN LOS MESES PREVIOS A LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA

Pedro J. Trujillo*

INTRODUCCIÓN

En las primeras décadas del siglo XX, una corriente de la psiquiatría centroeuropea preocupada por analizar las expresiones artísticas y gráficas nacidas en manicomios y asilos para locos debido a su valor propeúutico y semiológico se extendió entre los círculos españoles. Según la profesora Ana Hernández Merino, autora de una importante línea de investigación sobre las relaciones históricas entre el arte y la psiquiatría en España, la primera publicación de la que tenemos constancia aparece en 1917 (1). Se trata de un ensayo firmado por el médico santanderino Ricardo Pérez Valdés para la revista *El Siglo Médico*, que pretende demostrar los beneficios del análisis semiológico sobre las expresiones gráficas en el diagnóstico de enfermedades mentales. Un planteamiento que el autor aborda a partir de estudios comparativos entre dibujos de su «colección particular ejecutados por enfermos que pasaron por el departamento de enajenados del Hospital General [de Madrid]» (2) con las imágenes del libro *Les értis et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales (essai clinique)*, publicado por Josep Rogues de Fursac en 1905 (3), que son reproducidos de la colección custodiada por el médico francés Auguste Marie en el Asilo de Villejuif de París. Así, presenta varios casos de estudio, como una relación de tres dibujos ejecutados por «enfermos entre los que no existía otro lazo de unión que el trastorno mental que padecían», aunque «los tres dibujos podrían pasar como del mismo autor» (Figuras 1, 2 y 3).

* Investigador predoctoral. Instituto de Historia, CCHS-CSIC. pedrojose.trujillo@csic.es



Figuras 1, 2 y 3. Las imágenes de la izquierda son reproducciones procedentes del libro de Joseph Rogues de Fursac, a la derecha un dibujo de la colección de Ricardo Pérez Valdés. A partir de un análisis comparativo, el autor llega a la conclusión de que similitud estética presentada por los tres dibujos, a pesar de que bayan sido realizados por distintos autores, se puede identificar la misma enfermedad, dementes precoces de forma paranoide.

Desde la introducción del ensayo, Valdés deja claro que su objetivo es presentar a la comunidad psiquiátrica española otras metodologías destinadas a paliar situaciones como la apreciación subjetiva de «los síntomas con que se manifiesta la locura», poniendo como ejemplo la conversación entre el paciente y el médico. Línea de investigación que continuó al año siguiente a través de un segundo ensayo publicado en la misma revista, manteniendo el título y la metodología de 1917, pero centrado en otra expresión gráfica, la escritura (4).

Frente al panorama internacional, las publicaciones de Valdés surgen con un claro atraso. Casi medio siglo después de Ambrosie Auguste Tardieu (1818-1879), Paul Max-Simon (1837-1889) y Cesare Lombroso (1835-1909), algunos de los primeros autores de la corriente. Además, estos ensayos no parecen tener una repercusión inmediata en el panorama nacional, aunque, bien es cierto que, entre las décadas siguientes, y de forma paulatina, se percibe un incremento en el número de colecciones del llamado Arte Psicopatológico en España¹, seña al mismo tiempo de la proliferación de métodos como el descrito en las publicaciones de 1917 y 1918. Una prueba fundamental se da en las tres exposiciones que abordamos en el presente trabajo, celebradas entre Madrid y Barcelona durante los últimos meses de la Segunda República con piezas prestadas por instituciones y psiquiatras de distintas partes del país.

INSTITUTO SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL DE MADRID. EL PROYECTO EXPOSITIVO ORIGINARIO

Entre los días 2 y 4 de diciembre de 1935, el Instituto Santiago Ramón y Cajal de Madrid fue sede de la VI Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental (LEHM) y la VII Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Dentro del programa, se organizaron varias actividades en paralelo a las conferencias usuales de estas jornadas, como dos exposiciones, una en honor a Santiago Ramón y Cajal² y otra dedicada al arte psicopatológico; visitas al Dispensario de Higiene Mental de Madrid y a la Escuela Central de Anormales; y, a modo de clausura, una cena en el Hotel Nacional.

El neuropsiquiatra madrileño Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971) diseñó la exposición de arte psicopatológico reuniendo una miscelánea de lenguajes artísticos, técnicas, soportes y materiales de colecciones tanto institucionales como privadas procedentes de distintas partes del país. La muestra se colocó en los sótanos del Instituto Santiago Ramón y Cajal, y, a priori, la

¹ El término fue utilizado en España durante la primera mitad del siglo XX para hacer referencia a las expresiones plásticas y gráficas realizadas por pacientes psiquiátricos, hasta que en 1964 cambió por «Psicopatología de la Expresión», debido a que en ese momento la comunidad científica lo consideró caduco e impreciso en términos clínicos.

² Agradecemos el dato sobre la ubicación de la exposición a Leoncio López-Ocón Cabrera, investigador en el Departamento de Historia de la Ciencia del Instituto de Historia (CSIC).

distribución de piezas y las secciones responden a un discurso o agrupación por trastornos o enfermedades mentales. Al menos, así se ofrece en la fuente principal conservada, un artículo titulado «El arte y la locura», que aparece sin firma en la revista *El Mundo Gráfico* el día 11 de diciembre de 1935 (6) (Figura 4).



Figura 4. Autorretratos de Constantino Casanova. Ca. 1920 - 1930. Archivo Rodríguez Lafora CCHS-CSIC. Varias fotografías del paciente Constantino Casanova fueron incluidas en la portada de *Mundo Gráfico* que cubrió la noticia sobre la exposición.

A modo de prelude, el día precedente a la inauguración Lafora se dirigió al público del Ateneo de Madrid para impartir la conferencia «El arte plástico en los enfermos mentales», trazando las líneas principales de la exposición y haciendo constar que se trataba de un proyecto concebido a modo enseñanza entre los temas de las jornadas: divulgar métodos de análisis de las artes con teorías aún más consolidadas que en la década de 1910 (5).

La conferencia se estructuró en tres puntos, siendo el primero una suerte de respuesta a la pregunta ¿por qué los enfermos mentales crean arte? Para Lafora, el impulso plástico surge, en primer lugar, de la reclusión en el centro psiquiátrico, ya que modifica el ambiente del paciente y le produce una serie de contradicciones que coartan sus actividades motoras y medios comunes de expresión. No obstante, existe un segundo factor aún más relevante, referido

a la transformación en la personalidad causada por la enfermedad mental. Por un lado, Lafora asegura que la enfermedad activa una especie de predisposición artística, intuitiva, que aparece durante la infancia, pero que se atrofia con los años cuando se deja de practicar. Por otro, la enfermedad despierta nuevas sensaciones, estados de ánimo y perturbaciones de la percepción y de la conciencia. Según esta idea, el enfermo experimenta un alejamiento de la realidad a causa de una concentración autística, y es en este momento cuando el arte aparece como medio de autoanálisis.

Al análisis del paciente creador, le siguió una defensa del psicoanálisis como método de grandes beneficios para conocer los conflictos internos. El referente principal de Lafora fue el psicólogo suizo Oskar Pfister, de quien toma la importancia de estudiar el símbolo en las manifestaciones artísticas para desvelar los conflictos del paciente (6).

La conferencia acabó con un análisis comparativo entre las teorías y las colecciones de arte psicopatológico más relevantes hasta el momento. Por citar algunos nombres, el italiano Cesare Lombroso, el suizo Walter Morgenthaler y el alemán Hans Prinzhorn. Del estudio de estas obras, Lafora expuso una estadística en torno a los enfermos que más arte producían, concluyendo, de acuerdo con Prinzhorn, que eran los esquizofrénicos (7).

ATENEO DE MADRID. LA PRIMERA ITINERANCIA

Cerrada la exposición en el Instituto Santiago Ramón y Cajal, dos semanas después fue abierta en el Ateneo de Madrid. Las pocas fuentes que se conservan, tres notas de los periódicos *ABC*, *El Diario de Madrid* y *El Sol*, presentan contradicciones sobre los motivos de mostrar por segunda vez las colecciones de arte psicopatológico españolas en la misma ciudad y con tan poco margen de tiempo. Según los dos primeros, solo se trasladó una parte, aquella de mayor valor artístico, lo que induce a pensar que el discurso de ésta discurría en esa línea. Sin embargo, la nota de *El Sol* se mantiene en que esta exposición, de la misma forma que en Instituto Santiago Ramón y Cajal, «aunque Lafora pretende llegar a los legos, su principal interés son los psiquiatras» (Figura 5).

El acercamiento de Lafora a las artes, al menos la posición teórica, acusó siempre un interés científico. Examinando los ensayos que publica con anterioridad, así como la documentación en el Archivo, existe la posibilidad de que el motivo del traslado al Ateneo sea bidireccional. La institución representada por el Instituto Santiago Ramón y Cajal, así como el contexto de los encuentros de la AEN y la LEHM, probablemente limitó el acceso a un tipo de público más allá del especialista. Situación que Lafora paliaría con la exposición en el Ateneo, siguiendo el modelo de la conferencia impartida en 1922 (8), con la cual trató de resolver preguntas de «orden psicológico» sobre la creación artística y las similitudes estéticas entre la producción de vanguardistas, enfermos mentales, primitivos



Figura 5. Anónimo. Sin fecha. Dibujos sobre papel. La imagen ha sido extraída de *Mundo Gráfico*. Se desconoce la procedencia de estos dibujos, pero todo apunta a que pertenecieron al doctor Julio Camino Galicia porque cinco años antes fueron portada de su libro *Delirios y Delirantes*, y, además, en la noticia sobre la exposición se recoge una entrevista en la que habla de dibujos de «debidos a un demente». Aunque las descripciones no coinciden con ninguno de los siete que aparecen en la imagen.

y niños sin discernir al receptor especializado de un «lego». Algo que responde al ánimo divulgador de Lafora. Por otro lado, aquella conferencia de 1922 llevó a Lafora a colisionar contra el tejido artístico de la capital a través de una polémica periodística con Gómez de la Serna. A pesar de la seguridad y férreo posicionamiento que siempre le caracterizaron en cuanto a sus ideas, en las respuestas al literato se deduce el interés por el campo del que estaba trabajando, sin ser este su especialidad.

En ese sentido, con la exposición en el Ateneo, un espacio neutro y de mayor accesibilidad dada a su ubicación, el número de público «lego» sería mayor, por tanto, se cumple una misión divulgativa. En cuanto al visitante especializado en artes, ocurre lo mismo, y este interesa a Lafora por lo que pueda aportar desde sus conocimientos. Es decir, desde el punto de vista de un crítico, un historiador del arte o un artista, entre otros (Figura 6).

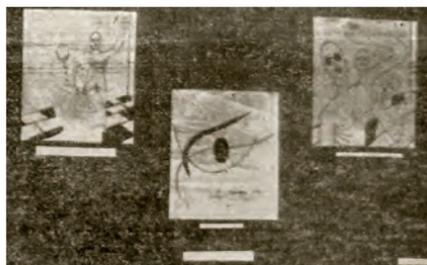


Figura 6. Vista de la exposición en el Ateneo de Madrid. Imagen extraída del *Diario de Madrid*, 18 de diciembre de 1935.

La exposición del Ateneo se inauguró el 17 de diciembre de 1935 y estuvo abierta hasta finales del mes. Gracias a unas cartas conservadas en el Archivo, sabemos que Lafora mantuvo consigo algunos dibujos de otras colecciones con el ánimo de ampliar su investigación sobre el arte psicopatológico. Mientras tanto, comenzó a gestarse la última de las itinerancias. Esta vez el psicólogo catalán Emilio Mira i López se encargó, como representante de la Sociedad Catalana de Psiquiatría, de gestionar junto a Lafora el traslado de la exposición de Madrid a la Casa del Médico de Barcelona. Mira i López preparó una circular que contenía la invitación oficial, la cual Lafora debía remitir a los psiquiatras e instituciones cuyas colecciones habían participado en la exposición anterior. El Archivo conserva dos contestaciones, una por Julio Camino Galicia, de quien sabemos gracias a otras cartas que su colección de dibujos permaneció en manos de Lafora, accedía a la petición. En cambio, la otra respuesta, firmada por José María Villaverde, no satisfizo a los organizadores (9).

La circular llevaba datos sobre la apertura, prevista para el 15 de abril de 1936, así como de la conferencia inaugural que impartiría el propio Lafora. Por motivos que aún desconocemos, aunque todo apunta tanto a la situación política del país como a un retraso en la gestión del proyecto, tuvieron que esperar hasta finales de mayo.

Las fuentes conservadas tampoco ayudan a conocer la fecha de cierre en Barcelona, sin embargo, sabemos que el fallido golpe de estado el 18 de julio tuvo lugar cuando las colecciones cedidas todavía se encontraban en Barcelona. Así cuenta Emilio Mira en una carta a Lafora fechada el 19 de agosto, advirtiéndole además de que enviaría las piezas a Madrid tan pronto como hubiera paso libre con Barcelona. Desde la capital, el neuropsiquiatra se encargaría de devolverlas a sus respectivos lugares de procedencia. Así fue como a finales de octubre Lafora las tenía en Madrid, y, gracias a una nota del Archivo, sabemos que, al menos, le fueron devueltas a Eulogio García de la Piñera.

CONCLUSIONES

Referente a la corriente en psiquiatría preocupada por las expresiones artísticas con fines de diagnóstico clínico, España padeció un atraso considerable si comparamos esta situación con algunas de las escuelas de psiquiatría centroeuropeas a principios del siglo XX. El proyecto de exposición itinerante que hemos abordado en los apartados anteriores es una muestra del papel que jugó el arte en determinados contextos de la psiquiatría española, al igual que las vagas relaciones habidas con los tejidos artístico y cultural del momento. Pero, sobre todo, son prueba de que, a la altura de la década de 1930, este tipo de metodologías se había extendido por el país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Merino A. Pinacoteca Psiquiátrica en España, 1917-1990. Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social 2010;5:76.
2. Pérez Valdés, R. Valor semiológico de las manifestaciones gráficas de la locura. *El Siglo Médico* 1917;3320:546-547.
3. Rogues de Fursac, J. *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales (essai clinique)*. Paris: Masson, 1905.
4. Pérez Valdés, R. Valor semiológico de las manifestaciones gráficas de la locura (II). *El Siglo Médico* 1918;3376:685-90.
5. Archivo Rodríguez Lafora, CCHS-CSIC, LAF/23/01.
6. Pfister, O. *The psychoanalytic method*. Londres: P. Kegan, 1917.
7. Prinzhorn, H. *Expresiones de la locura: el arte de los enfermos mentales*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2012.
8. Rodríguez Lafora, G. Estudio Psicológico del Cubismo y Expresionismo. *Rev Archivos de Neurobiología* 1922;3(2):1-37.
9. Archivo Rodríguez Lafora, CCHS-CSIC, LAF/23/01.

LA REIVINDICACIÓN DE VIDAS VIVIBLES EN LA LITERATURA, A TRAVÉS DE LA OBRA DE ANNEMARIE SCHWARZENBACH

Miriam Baquero Leyva*, Ana Conseglieri**, Rafael Huertas***

INTRODUCCIÓN

El concepto de «las vidas vivibles» que desarrolla Judith Butler en *Vida precaria* aporta una posibilidad de análisis social en el que existir con una vida digna se asienta en gran medida en la posibilidad o no de auto-representación (1). Partiendo de esta premisa, nos preguntamos si es posible que la literatura sirva de agente de autorrepresentación para aquellos que quedan en los márgenes de la norma social. Nuestra propuesta es que, en la medida en que los individuos disidentes (2) adquieren voz propia armándose de la palabra escrita, resuenan en el espacio público gracias a su trabajo literario. De esta manera, pasan a existir frente a lo hegemónico y, mediante el «ruido de su protesta» (3) tendrán más posibilidades de luchar por una vida vivible.

Para ello, analizamos la obra literaria de la escritora suiza Annemarie Schwarzenbach (1908-1942) desde el método biográfico y el análisis del discurso. Nuestras fuentes serán las obras literarias y periodísticas de la autora, seleccionando aquellas obras más relevantes según el eje de disidencia estudiado, que en su caso consideramos son principalmente cuatro: ser mujer, homosexual, antifascista y persona psiquiatrizada. Como bibliografía secundaria utilizaremos las diversas biografías publicadas sobre la autora, así como publicaciones sobre el contexto político, sociocultural y psiquiátrico de la época. También contaremos con la revisión de trabajos que profundizan en la relación de la literatura y la salud mental individual y colectiva desde diferentes enfoques, incluyendo estudios *queer* que consideramos precisos para comprender la figura de Schwarzenbach.

Sobre Annemarie, poco se supo desde su fallecimiento hasta 1987, fecha en la que se publicó en la revista suiza *Der Alltag* (4) un dossier redescubriendo a la escritora junto con un fragmento de su novela *El milagro del árbol*. Desde entonces, comienzan a reeditarse obras ya publicadas en vida, así como se rescatan escritos inéditos, que se encuentran en su mayoría custodiados por su íntima amiga Anita Forrer, quien fue la heredera de su

* Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla, Madrid. miriambaqueroleyva@hotmail.com

** Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla, Madrid. anaconseglieri@hotmail.com

*** Instituto de Historia CSIC. rafael.huertas@csic.es

obra literaria por decisión de la propia Schwarzenbach (5). Tanto este material como fotografías, reportajes y otros documentos (del archivo familiar y de otras amistades de confianza) se encuentran actualmente donados al Schweizerische Literaturarchiv (Archivo Literario Suizo). En los últimos años su obra ha sido cada vez más traducida del alemán al francés, italiano, portugués, inglés y, en nuestro idioma, contamos ya con ocho de sus obras traducidas. Su vida ha generado interés en diversos formatos, tanto en forma de biografías más o menos noveladas (5-9), material audiovisual (10), incluso novela gráfica (11).

Entendiendo el reconocimiento modesto pero creciente que está teniendo, cabe esperar que se hagan diferentes lecturas sobre ella. Es interesante cómo la temática del viaje en su obra ha marcado una línea de estudio amplia. Patricia Almarcegui defiende que Schwarzenbach viaja como una vagabunda de vida errada, que necesita huir de Europa y conocer mundos diferentes en los que sí poder reflejar su mundo interno, encontrar la máxima alteridad en el paisaje oriental para entender lo más extraño de sí misma (12). Guiomar Topf relaciona su escritura de viajes con la escritura del exilio, politizando mucho más su sentido (13). También analiza la difícil frontera del género en su obra, señalando lo tendente que era al uso, en alemán, del género neutro (14). Y, en otro artículo, profundiza en lo diferente de la escritura de la autora en lo que se refiere a su trabajo como reportera, en el cual, explica, el discurso escrito adquiere una objetividad casi fotográfica (15). De su actividad periodística Ricardo Martínez destaca el compromiso social, mostrando realidades precarias con una visión crítica a nivel político (16). Si bien nuestra lectura de la obra de Schwarzenbach coincide con muchos de estos aspectos, el objetivo de las páginas que siguen es destacar el testimonio que suponen sus escritos dentro de las diferentes disidencias que encarnaba, y la importancia de que la voz ausente tome cuerpo en el espacio público de cada generación.

Para ello, en el primer apartado presentaremos aspectos biográficos de la autora relacionando los mismos con su obra literaria. A continuación, desarrollaremos su disidencia de género y sexual contextualizada con trabajos sobre historia *queer*, para comprender el alcance de esta temática en su narrativa. Seguiremos con la disidencia política destacando sus obras escritas desde la vivencia del exilio en las que aparece una contundente denuncia al nacionalsocialismo. Por último, trataremos de integrar aquellas fuentes que cuentan su historia de psiquiatrización, en algunas ocasiones en primera persona y en otras en la voz de familiares y amigos, así como de los psiquiatras que la trataron. Cerraremos con las conclusiones que se puedan fundamentar, enmarcadas principalmente en las teorías del «yo disidente» (2) y «el ruido de la protesta» (3).

Annemarie Schwarzenbach nació en Suiza dentro de una familia acomodada. Su padre, Alfred Schwarzenbach, fue heredero de una fábrica de seda y mantuvo el negocio familiar llegando incluso a expandirlo más allá de Europa. Su madre, Renée Wille, era portadora, también por herencia familiar, de los valores militares prusianos de los Von Bismarck (6). Annemarie fue la tercera de cinco hermanos y la que ocupó ese hostil lugar de oposición al mandato familiar, del cual dejó constancia ya en una de sus primeras novelas:

Pero qué sabían ellos; una grieta infinita de extrañeza se abrió entre nosotros, me estaban mirando unos desconocidos, el piso se abría por todas partes entre ellos y yo, la luz se atenuó, sus conversaciones ya no llegaban a mi oído, ahora ellos desaparecían y no podía hacer nada por evitarlo... (17, p. 26).

Formada como historiadora, dedicó su vida a la literatura y los viajes. La huida a través de los viajes fue una constante disputa interna sobre la que escribe de manera incesante en sus novelas (12). Schwarzenbach dejó por primera vez Suiza con 21 años, cuando cursó dos semestres en la Sorbona de París. En este periodo, completó sus estudios de historia con clases de filosofía y arte, residiendo en la Casa Internacional de Estudiantes. Posteriormente vivió en Berlín alternativamente con vueltas al hogar familiar y con viajes a Venecia con amigos artistas (8). En este momento conoce a los hermanos Klaus y Erika Mann, hijos del escritor Thomas Mann, quienes resultarán muy determinantes en su vida sentimental y su conciencia política. Descubre de manera más abierta su ya intuida homosexualidad y se sumerge en la modernidad de su tiempo frecuentando entornos que su familia le reprochaba (6). En 1933, con el estallido del régimen nacionalsocialista, comenzará para su grupo generacional el periodo de exilio con la desesperanza de ver evaporarse los anhelos de entreguerras:

Uno se precipita al espejismo, ancho como el mar y que se asemeja en todo al mar, uno tiene fe y reza y olvida el oscuro miedo al contemplar el rostro amado. ¿Pero qué hacer contra ese miedo? ¡Ay, quién pudiera volver a despertar, una sola vez, libre de esta opresión! (18, p. 12).

En estos años de su vida, viaja en diversas ocasiones a Oriente, principalmente a Irán y Afganistán, así como a Rusia, España, EE. UU.,... Y es ingresada entre 1935 y 1938 en múltiples ocasiones en clínicas psiquiátricas por toxicomanía, depresiones e intentos de suicidio (6). En 1940 viaja a Nueva York para reunirse con los Mann quienes residían allí junto a otros muchos exiliados europeos. Presenta en ese momento una crisis que le implicó varios ingresos involuntarios en psiquiátricos americanos donde se la diagnosticó de esquizofrenia (5, 6). Cuando pudo volver a Suiza, al poco tiempo viajó al Congo Belga con la intención de

apoyar la resistencia antifascista en las colonias, viviendo en este periodo un proceso de elaboración de su vida previa de gran profundidad del que queda muestra clara en la correspondencia que mantuvo con la escritora americana Carson McCullers (9, 19). En 1942, regresa a Suiza, esta vez con intención de quedarse, y compra una casa en Sils, un pueblo de montaña al que la autora había recurrido ya en diversas ocasiones como refugio. A los pocos meses, sufre un accidente de bicicleta tras el cual queda en estado vegetal y finalmente fallece (5, 10). Tras su fallecimiento, su madre y su abuela destruyen gran parte de los manuscritos y cartas que encontraron en la casa de la autora (6).

A grandes rasgos podemos distinguir en su obra tres etapas. Unas primeras novelas dedicadas al descubrimiento de la vida adulta lejos de los valores familiares. A continuación, un productivo periodo de novelas de viajes (principalmente sobre sus viajes a Oriente) en las que la temática de exilio será central (13). Y en sus últimas obras, encontraremos un tono más crítico, profundo y poético, coincidiendo con su estancia africana. Además de su trabajo como escritora, mantuvo una amplia actividad como periodista, de una manera politizada y crítica, retratando en sus reportajes y fotografías las injusticias de su tiempo (16).

Por tanto, si nos detenemos en su vida y obra, podremos leer más allá de una mujer errante y complicada, y encontrar una persona que luchó desde sus disidencias respecto a los ejes del género, la política y el cuerdismo. Es profundizando en este enfoque como desarrollaremos nuestro trabajo.

DISIDENCIA DE GÉNERO

Centrándonos para comenzar en cuestiones de género e identidad sexual, encontramos que, tanto por su vida como por su obra y la performatividad de su imagen, Schwarzenbach resultaría un claro icono *queer* en nuestro tiempo. En el suyo cabe señalar que nació en el seno de una familia aristócrata suiza de ideología conservadora en la que, principalmente a través de su madre, la cuestión de su androginia y su homosexualidad no estuvo carente de conflicto (7, 8). Su madre, en la infancia y primera adolescencia, solía disfrazar a Annemarie de personajes masculinos y también era bastante reconocido que la madre tenía una relación homosexual con la cantante de ópera Emmy Krüger, quien pasaba largas temporadas de visita en la casa familiar (6). Sin embargo, Renée llegó a reprocharle a Annemarie a temprana edad que fuera «una yonqui comunista y lesbiana» (20, p.79). Sobre la complejidad de estos juicios escribe Schwarzenbach en uno de sus primeros relatos:

Entonces se me abrieron los ojos, comprendí el entramado de observación y hablarías que se había apoderado de mí, y de repente entendí las miles de miradas, las alusiones abiertas y encubiertas de la gente (...) Me sentí infinitamente abandonada, cualquier gesto de cariño me parecía un acto de hostilidad e hipocresía (21, pp. 36-37).

A su vez, en Europa, se abrió para las mujeres durante la 1ª Guerra Mundial un cambio en el orden social y familiar que facilitó la creación de una frágil subcultura lésbica que se consolidó durante los años '20. No significa que este periodo estuviera exento de estigmatización, dado que la imagen de una mujer lesbiana estaba construida desde una hipersexualización y considerada casi un capricho de mujeres artistas e intelectuales, quedando excluida la posibilidad de entrada en la institución familiar (22). Una parte importante del entramado relacional de esa subcultura lésbica tuvo que ver con grupos de escritoras y artistas de diversas disciplinas, como fue el caso de los círculos bohemios en Berlín o las mujeres de la *Rive gauche* en París (23).

En esta época surge también en Alemania el Instituto de Ciencia Sexual fundado por Magnus Hirschfeld, médico judío alemán que abogó en su carrera profesional por la aceptación de la homosexualidad y apoyó abiertamente a las personas transgénero. Tras la llegada al poder de Hitler, en 1933, el instituto fue incendiado y sus estudios confiscados (24). Todas estas redes tuvieron que pasar a ser ocultadas, cuando no fueron directamente eliminadas, por las fuerzas políticas de los años 30 y el estallido de la 2ª Guerra Mundial, pasando en Europa a ser la homosexualidad un motivo de persecución política, una degeneración y una enfermedad (22). En la literatura resisten testimonios de la mano de obras como *El pozo de la Soledad* de Radclyffe Hall (1928), *Orlando* de Virginia Woolf (1928), *Pensamientos de una Amazona* de Natalie Clifford Barney (1921), *El almanaque de mujeres* de Djuna Barnes (1928), *Autobiografía de Alice B. Toklas* de Gertrude Stein (1933),... (23, 25).

La contribución de Annemarie Schwarzenbach a esta resistencia testimonial fue amplia, pues en su obra la ambigüedad del género (14) y la apertura para hablar de relaciones homosexuales, es mantenida y precoz; siendo su manuscrito *Ver a una mujer* (1928), escrito a la edad de 21 años, toda una declaración de intenciones sobre ser lesbiana «de dominio público» tal y como refleja un informe de la policía de Zúrich de 1934 (21, p. 69). Así pues, encarnó en su palabra y cuerpo político la transgresión de los roles del género asignado, disolviendo las fronteras de la sexualidad en sus escritos y forma de vida.

Era frecuente que en la narrativa de su tiempo la unión de dos mujeres fuera representada en los términos de un romanticismo trágico, lo cual no dejaba de alertar de los peligros del lesbianismo. Por ello es interesante destacar que la joven Annemarie de *Ver a una mujer* recorre el descubrimiento del deseo homosexual apegada a la realidad de su vivencia, con personajes y dudas terrenales, con una resolución de la trama carente de castigos ni victorias. De esta forma, lejos de aleccionar, genera un retrato verdadero de resistencia:

Me reconocí; sorprendida, se acercó a mí y con una voz que me pareció apagada me preguntó de dónde venía y si mis familiares sabían que estaba allí. Le respondí que no y sentí la mirada de unas damas que desde una mesa vecina se volvían hacia nosotras. Pero Ena había hecho señas al botones que esperaba, me introdujo en el ascensor y antes de que yo tomara conciencia de lo que sucedía llegamos, no sé cómo, a su habitación (21, p. 56).

Pasando al eje político, es importante destacar que Annemarie participó de la resistencia contra el nazismo (26), la cual en gran medida se estructuró en torno a la literatura y red editorial organizada por los exiliados, quienes comprendieron, antes incluso que los grupos políticos, la necesidad de superar la dispersión y generar objetivos comunes en esta lucha (27). Esto lo hizo contra el mandato familiar, pues sus padres simpatizaban pública y activamente con las ideas del nacionalsocialismo (28), llegando a organizar eventos recaudatorios para financiar la campaña de Hitler en su camino al poder. Su padre llegó a pedirle explícitamente que, desde Alemania, colaborara con la causa y le fue reprochada su decisión política en sucesivas ocasiones a lo largo de su vida (6).

Si bien es cierto que Schwarzenbach contaba con la nacionalidad suiza como salvoconducto y, por este motivo, no sería estrictamente una exiliada, Guiomar Topf defiende que sí pueda considerarse dentro de la literatura de exilio (13, 27). Lo fundamenta en aspectos biográficos: tuvo que dejar Alemania, donde ella estaba viviendo el inicio de su edad adulta y, aunque inicialmente lo hiciera en apoyo a sus amigos perseguidos y exiliados, a los pocos años tuvo prohibida la entrada al país por la ayuda que prestaba a la salida de refugiados y otras actividades similares. También en el compromiso antifascista de su obra donde además se retrata de manera constante la figura del «viajero errante» típico de la literatura de exilio (13). En especial en sus novelas *Muerte en Persia* de 1935 y *El valle feliz* de 1940. En el siguiente fragmento, por ejemplo, describe un encuentro en Persépolis con un amigo arqueólogo, en el que no deja dudas sobre su postura:

—No, no sé en absoluto cómo son las cosas. Durante todos estos años he sentido nostalgia, nostalgia de una Alemania que por lo visto ha dejado de existir. Y lo que existe ahora no se puede defender. ¡Simplemente no se puede defender!

—No, no se puede.

—Y por eso tengo que soportar cada día su odio, su desprecio, sus chistes. Además, mi madre es judía.

Guardé silencio, profundamente conmovida (18, p. 62).

Además del testimonio de sus novelas, Annemarie colaboraba con publicaciones de la resistencia de exiliados, financiando la revista de su amigo Klaus Mann: *Die Sammlung*. Y realizaba una muy interesante labor como periodista dentro del reportaje social (16) exponiendo con sus fotografías y artículos un discurso crítico sobre el fascismo, la guerra y la precariedad sufrida por amplios sectores de la población. En sus propias palabras, extraídas de una carta a la escritora Ella Maillart en 1942, queda patente su intención de lucha política:

Quisiera comprender las raíces más ocultas de la crisis europea y quiero buscar la fuente de la verdadera fuerza que necesitamos durante esta horrible guerra y después de ella, para edificar en cada alma la resistencia no sólo contra el fascismo sino contra el mal y la vida fracasada que la han desencadenado... (6, p. 223).

Es interesante aquí señalar la conciencia de responsabilidad individual y colectiva que expresa la autora y que es, como señala Hannah Arendt, consecuencia inherente a la vida en comunidad (29). No obstante, dicha conciencia tiene un precio que Annemarie sufre, como se puede apreciar en el siguiente fragmento de *El valle feliz* en el cual dialoga con un ángel que, tal y como lo narra, pudiera ser tanto alucinación como metáfora que interroga al viajero errante:

—Desde mi niñez no he vuelto a encender hogueras venturosas. ¡Ah! En aquel entonces iluminaban mi hogar, incluso en pleno agosto.

—Bien, de acuerdo-dijo el ángel tranquilizadamente-. No conozco esos paisajes suaves a los que tú llamas hogar (...) Tu temor es comprensible. Pero dime ¿quién te ha traído aquí, a este valle? Hay un largo camino cruzando entre brazos de mar, altas montañas y desiertos abrasadores. Tengo la impresión de que lo que aquí tienes solo es una soledad malsana, un desierto sin gentes...

Yo me eché a temblar. Sí, y con sus últimas palabras rompí a llorar desesperada. El ángel me hizo llorar. (30, pp. 155-156).

DISIDENCIA COMO PERSONA PSIQUIATRIZADA

Tras lo recorrido hasta ahora, podemos visualizar a nuestra autora como una mujer que ejerció una confrontación al poder, y las formas de poder son intrínsecas a muy diversos tipos de relación: familiares, sexuales, de producción, médicas, ... (31). Y en este marco, sufrió múltiples encierros psiquiátricos en los que se la diagnosticó de adicta, suicida y esquizofrénica (6).

Sus primeros ingresos fueron en clínicas psiquiátricas suizas, país que, al igual que contenía en su neutralidad política divergentes movimientos a favor y contra del fascismo, también presentaba sus contrastes en el campo de lo psi. El periodo de entreguerras es un momento de crisis en el que, en la psiquiatría germanoparlante, surgen como temas de preocupación fundamentales las neurosis de guerra y la pérdida del alma nacional (32). Esto permitió que se trasladara la autoridad médica a los campos de lo social y lo político (33). En Suiza, los psiquiatras Auguste Forel y su hijo, Oscar Forel, se orientaron de la higiene mental a la eugenesia, proponiendo programas de salud pública en los que defendían que unas «reformas eugenésicas sensibles y eficaces» contrarrestarían la degeneración social para la mejora utópica del

mundo (33). A la par, Suiza fue el primer lugar fuera de Viena que asimiló la teoría de Sigmund Freud. En el Sanatorio Burghölzli, a través de su director Eugen Bleuler, se introdujo el psicoanálisis en la primera institución psiquiátrica, y desde allí fueron enviados a formarse con Freud entre otros Carl Jung y Ludwig Binswanger (34).

Schwarzenbach ingresa hasta en cinco ocasiones entre 1935 y 1938, primero tras una tentativa de suicidio y posteriormente para desintoxicaciones de morfina y por episodios de depresión. Durante los mismos, recibe tratamientos como la cura de Sakel y, más tardíamente, electrochoque; a la vez que se la analiza desde una concepción más psicoanalítica en la relación con su madre en un ingreso en el que es atendida por Bleuler (5). De su tiempo internada en la clínica «Les rives de Prangins», en 1935, Oscar Forel redacta un informe en el cual consta una primera parte con «extractos de documentos escritos por la paciente durante su estancia»:

Tienes toda la razón: todavía no soy libre -lo que significa, en este contexto, que estoy a merced de las viejas ataduras-, todavía me sentiría infeliz (incapaz). Y en un momento de debilidad y cesión, -sí, lo realmente espantoso- es que todavía me arrepiento de no haber muerto simplemente en Samedan (5, pp. 264-267).

Y una segunda parte con observaciones del propio psiquiatra en las que enfatiza sobre las conductas homosexuales de Annemarie y termina relacionándolas con la patológica relación con la madre. Lo cual deja testimonio de cuánto más importantes eran las conductas fuera de la norma que profundizar en la subjetividad del paciente (aunque hay rastros de lo segundo en algunos fragmentos). También da cuenta de cómo la autora trata de rebelarse al poder de la institución al punto de ser expulsada de la misma:

Elude las reglas de la casa que sirven para el bienestar de los enfermos desde la mañana hasta la noche. Ninguna amonestación sirve de nada, ninguna promesa se cumple (...) Las intrigas con las mujeres erotizadas por la paciente crecen hasta que los médicos y la dirección intervienen. La situación se agrava hasta el punto de una «revolución de palacio» y no es posible que se quede. Se produjeron escenas histéricas con ataques de llanto y agresiones a una enfermera. Hace el papel de la mártir, la incomprendida, la inocente, etc. Tras la dramática salida, intenta seguir tirando de los hilos que ha tejido. Hay conversaciones telefónicas descaradamente amorosas, intercambios de anillos, declaraciones de amor (5, pp. 264-267).

Ya en 1940 vuelve a ser ingresada, en esta ocasión en EE. UU., en un manicomio a las afueras de Nueva York, donde la internaron en el pabellón de hombres al confundirla con uno de ellos. Por la información que consta del mismo a través de testimonios posteriores, no se le permitió contactar con ningún familiar y fue atada y medicada de manera forzosa (6). De allí

se fugó hasta que la encontraron de nuevo y la ingresaron en el pabellón psiquiátrico del hospital público Bellevue (9). De dichos ingresos, ambos forzosos, recibe el diagnóstico de esquizofrenia, de lo que deja constancia la escritora americana Carson McCullers en su autobiografía (en la que Annemarie se encuentra muy presente como uno de los grandes amores de su vida):

Freddy me contó que los policías tuvieron que arrastrarla por la escalera y que ella se aferraba desesperadamente a los barrotes. Yo no hubiera podido soportarlo. En Bellevue fue la paciente más amable y cooperativa. Atendía a las necesidades de los demás pacientes y los confortaba, pero me escribió diciéndome que no podía llevar una vida de psiquiátrico (35, p. 69).

Frente a todas estas experiencias, Schwarzenbach contó, una vez más, con la denuncia que le permitía la escritura. Realizando una aguda metáfora sobre la función de control social de la psiquiatría (36), en el siguiente fragmento plantea una sala de tribunal en la que es acusada por jueces, políticos y médicos:

Ya estoy al límite de mi sensatez. Vuestras acusaciones todavía resuenan en mis oídos: fuera de la ley, vida desperdiciada, muerte inútil, felicidad malgastada, no leía los carteles de prohibición,... Un arsenal lleno de palabras, un museo en el que las banderas de los regimientos famosos amarillean y las espadas antiguas se oxidan. ¿No os dais cuenta? Vuestras armas han perdido sus filos. Y vuestras palabras están desgastadas. Vuestras acusaciones se han quedado secas como hojas de otoño (30, p. 85).

CONCLUSIONES

Tras analizar la obra de Schwarzenbach atendiendo a los diferentes ejes de opresión que sufría, se torna importante señalar la relevancia de analizar las disidencias desde la interseccionalidad (37). Atender al hecho de que unos ejes intervienen en los otros, es decir, que posiblemente ser contraria a la ideología familiar habría supuesto una marginalidad diferente a cuando, a ello, se suma ser una mujer lesbiana. Tampoco habría sido la misma experiencia estas disidencias en una mujer de clase obrera que en la clase socioeconómica a la que Annemarie accedía a través de los privilegios de su familia. Y, nuevamente, no habría sido lo mismo ser persona psiquiatrizada siendo hombre que siendo mujer, ni mucho menos siendo mujer homosexual. De hecho, la psiquiatrización de las mujeres ha estado especialmente armada de una intención de regular los roles asignados a lo femenino (38,39). Y, si la salud mental consistía en ceñirse a lo que el poder permitía que fueran las mujeres, se puede proponer la locura femenina como una rebeldía a dichas opresiones, como una forma de protesta (40).

Asumiendo las disidencias en este entramado de complejidad, se hace imprescindible entender cada historia individual para entender lo que está ocurriendo a nivel social en su totalidad, y no en sus hegemónías. Para ello, es necesario que la voz de quienes son tradicionalmente silenciados pueda resonar, reconociéndose el saber de los discursos subalternos y las verdades diferentes que proponen (41). Desde este lugar también podemos leer la obra de Schwarzenbach, refiriéndonos a la teoría del Yo disidente (2) que, desde su exclusión frente a lo normativo, «está reaccionando frente a la mayoría o la comunidad para transformar esa comunidad, esa forma de pensar, esa forma de actuar, o para crear una nueva comunidad» (42). Y lo hace a través de la literatura por la capacidad que tiene la misma de generar discurso colectivo; de dotar a la alteridad de una expresión a la que el «infierno de lo igual» (43) puede elegir asomarse.

Afirma Judith Butler desde la filosofía que se ocupa de la política y lo social, que el «ruido» de la protesta reclama justicia. Y que lo hace además desde formas de intervención «extrajudiciales» y «extraparlamentarias» que entran en el espacio público cuestionando el orden establecido (3). Destaca cómo, cuando las personas que quedan expulsadas defienden su existencia y su voz, «participan de una forma de persistencia que tiene el potencial de derrotar uno de los objetivos rectores del poder violento: considerar que los que están en los márgenes son desechables, empujarlos más allá de los márgenes hacia la zona del no ser» (44, p. 31). Estudiando la obra de Schwarzenbach y valiéndonos de las categorías de análisis que aportan las teorías de Butler respecto a la idea de que las vidas son más vivibles cuando no vives en la sombra de lo reconocido (1), apreciamos cómo la literatura sirvió a nuestra autora de auto-representación para luchar por tener una vida vivible. Pero, un paso más allá, cómo sirvió para la construcción de una resistencia social y política al amparo de comunidades literarias que sumaban sus palabras para que su voz, a los márgenes del poder, tuviera un lugar público, creciente y sostenedor:

Entonces gritas «Yo no!», y el grito
es más poderoso que un cañonazo, que es inmóvil y
no sale al encuentro de tu boca, tu grito es
una piedra y una coza, una carrera (45, p. 4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Butler J. Vida precaria: el poder del duelo y la violencia. Espacios del saber. Buenos Aires: Paidós, 2004.
2. Martínez A. El yo disidente. Universidad Carlos III de Madrid, 2019.
3. Butler J. Sin miedo. Barcelona: Taurus, 2020.
4. Perret R. Annemarie Schwarzenbach. Der Alltag, 1987; v2, pp. 6-33.

5. Schwarzenbach A. *Auf der Schwelle des Fremden: Das Leben der Annemarie Schwarzenbach*. Múnich: Collection Rolf Heyne, 2008.
6. Grente D, Muller N. *Annemarie Schwarzenbach*. Barcelona: Circe Ediciones, 1991.
7. Schwarzenbach A. *Maman, tu dois lire mon livre*. Annemarie Schwarzenbach, sa mère et sa grand-mère. Ginebra: Éditions Métropolis, 2007.
8. Moeschler V. *Annemarie S. o las fugas desesperadas*. Barcelona: Llibreria Universitaria de Barcelona, 2001.
9. Mazzuco M. *Ella, tan amada*. Barcelona: Anagrama, 2000.
10. Bonstein C. *Une Suisse Rebelle*. Suiza, 2000.
11. Castrejón M, Martín S. *Annemarie*. Barcelona: Norma editorial, 2019.
12. Almarcegui P. *El sentido del viaje*. Salamanca: Junta de Castilla y León. Consejería de Cultura y Turismo, 2013.
13. Topf Monge G. Consideraciones sobre una literatura de exilio suiza: Annemarie Schwarzenbach. *Anu Filol Lit Contemp* 2018;88):95-122.
14. Topf Monge G. Cuando «man» equivale a «una». Las ambigüedades de género en la obra de Annemarie Schwarzenbach y su traducción (feminista) del alemán al español. Universidad Pablo Olavide Sevilla, 2020.
15. Topf Monge G. «Man stelle sich einen Hügel vor». La descripción fotográfica en *Winter in Vorderasien* de Annemarie Schwarzenbach. *Mag Rev Ger Intercult* [Internet]. 2017;25:6-11. Available from: papers3://publication/uuid/BE042C09-1D22-485C-823C-E0E06AC-50D6A
16. Martínez Llorca R. *Eva en los mundos*. Madrid: La línea del horizonte, 2019.
17. Schwarzenbach A. *Una novela lírica*. Cádiz: Firmamento editores, [1931] 2022.
18. Schwarzenbach A. *Muerte en Persia*. Barcelona: Minúscula editorial, [1935] 2003.
19. Winterling SM, Zihel V. *The Correspondence Book. The letters of Annemarie Schwarzenbach and Carson McCullers: An Aesthetic Solidarity*. Amsterdam: Kunstverein Publishing, 2014.
20. Shapland J. *Mi autobiografía de Carson McCullers*. Madrid: Dos Bigotes, 2022.
21. Schwarzenbach A. *Ver a una mujer*. Barcelona: Minúscula editorial; [1928] 2007.
22. Gimeno B. *Historia y análisis político del lesbianismo. La liberación de una generación*. Barcelona: Gedisa, 2005.
23. Weiss A. *Paris era mujer*. Madrid: Egaes editorial, 2017.
24. Rodríguez C. *Historia del movimiento LGTBQI+*. Barcelona: Blume, 2021.
25. Benegas N. *Ellas resisten*. Madrid: Huerga y Fierro, 2019.
26. Frutos F. *Annemarie Schwarzenbach, la mujer sin fronteras*. *Revista Contexto y acción* [Internet]; 2020. Disponible en: <https://ctxt.es/es/20200701/Culturas/32873/Fatima-Frutos-genealogias-feministas-Annemarie-Schwarzenbach-periodista-fotografa.htm>
27. Pérez López A. *El exilio alemán (1933-1945)*. Madrid: Marcial Pons, 2008.
28. Polo H. *La vida errante de Annemarie Schwarzenbach*. *El viejo topo*. 2018;369:46-53.

29. Arendt H. Responsabilidad personal y colectiva. Barcelona: Páginá indómita, 2020.
30. Schwarzenbach A. El valle feliz. Madrid: La línea del Horizonte, [1940], 2016.
31. Foucault M. Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones. Madrid: Alianza Editorial, 2019.
32. Kauders AD. The Crisis of the Psyche and the Future of Germany: The Encounter with Freud in the Weimar Republic. *Central European History* 2013;46:245-325.
33. Freis D. Psycho-Politics between the World Wars: Psychiatry and Society in Germany, Austria, and Switzerland. Londres: Palgrave Macmillan, 2019.
34. Delahanty G. Piaget y la atmósfera psicoanalítica de Ginebra. *Revista Subjetividad y Cultura* 2000;15:102-106.
35. McCullers C. Iluminación y fulgor nocturno: biografía inacabada. Barcelona: Seix Barral; [1967] 2001.
36. Foucault M. El poder psiquiátrico. Madrid: Akal, 2005.
37. Platero RL. Intersecciones Cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Barcelona: Bellaterra, 2012.
38. Chesler P. Mujeres y Locura. Madrid: Continta me tienes, 2019.
39. Conseglieri A, Baquero M. Psiquiatrización de la sexualidad femenina: a propósito de los testimonios y las historias clínicas de las mujeres del manicomio de Leganés en el periodo 1939-1952. *Rev. Asoc. Española de Neuropsiquiatría* 2021;41:209-230.
40. García Dauder D, Guzmán Martínez G. Locura y feminismo: viajes de sujeción y resistencia. *Atopos* 2019;20:57-82.
41. Huertas R. Letras locas: del Yo Disidente al activismo en primera persona. *Revista e-Atopos* 2019;5:3-19.
42. Martínez A, Hernández M. Literariamente. El yo disidente. Albacete: Uno Editorial, 2015.
43. Han B-C. La agonía del Eros. Barcelona: Herder Editorial, 2014.
44. Butler J. La fuerza de la no violencia. Barcelona: Paidós, 2021.
45. Schwarzenbach A. Marc. Traducción pendiente de publicación realizada a partir de la edición en alemán: *Afrikanische Schriften: Reportagen –Lyrik– Autobiographisches. Mit dem Erstdruck von «Marc»*. Zürich: Chronos Verlag, [1941-1942]2012.

OSAMA, THE KING.

UNA EXPERIENCIA DE *ART BRUT*

*Ana Raquel Leiva Muñoz**

Es uno de noviembre de 2018.

Paseo en bicicleta por el barrio de Campanar de Valencia, mi ciudad.

A un lado de la carretera el cementerio, y junto a él unos edificios altos y modernos (Nou Campanar); al otro lado, un solar que limita ciudad y huerta, con la acequia como frontera. Algo llama poderosamente mi atención.

En ese solar reconozco unas formas, las de una arquitectura africana. Me resulta muy familiar, porque hace años viajé mucho por África del Oeste, y me gustaba recorrer sus zonas rurales y habitar sus casas de barro.



Sin dudarle me acerco, cámara en mano, saludando al aire en los idiomas que conozco. Un hombre subsahariano sale a mi encuentro. En ese momento soy consciente de que estoy en una de esas aldeas africanas. Sin embargo, levanto la vista y tengo una gran ciudad occidental frente a mí. Es extraño, pero es así.

* Artista y diseñadora gráfica. Madrid y Valencia. anarleiva@gmail.com



Aquí comienza mi relación con Osama, la historia de un Rey que es la historia de un anónimo. Uno de los tantos que nos rodean a diario.

Lo primero que remarco es ese cambio de realidad que supone un simple cambio de punto de vista: a un lado la gran ciudad occidental, pero si me doy la vuelta, una aldea africana. A partir de ahí, todas las certezas pueden tambalearse.

OSAMA, EL REY

A mis saludos, finalmente acude un hombre que sin dudar me invita a pasar a su casa, que no solo es su casa, como comprenderé más adelante, es su Reino.

En este primer encuentro, no consigo adivinar su procedencia, ni siquiera el idioma en el que hablar. Sin embargo, más o menos nos entendemos. Él repite la palabra «Agbadé», y trata de ubicármelo en un mapa. Un mapa de no importa dónde, pero un mapa, la representación de una geografía: un lugar en el mundo. También me muestra orgulloso un extenso terreno verde, cultivado de maíz, que se extiende tras su casa, mientras repite «Agbadé, Agbadé».

Días más tarde regresé. Osama construía con sus manos una nueva casa, ladrillos de tierra y agua levantaban muros sobre un intrincado trazado arquitectónico. Continué visitándolo con cierta frecuencia. Las barreras del idioma fueron cayendo, para llegar a comprender que Osama había nacido Rey en



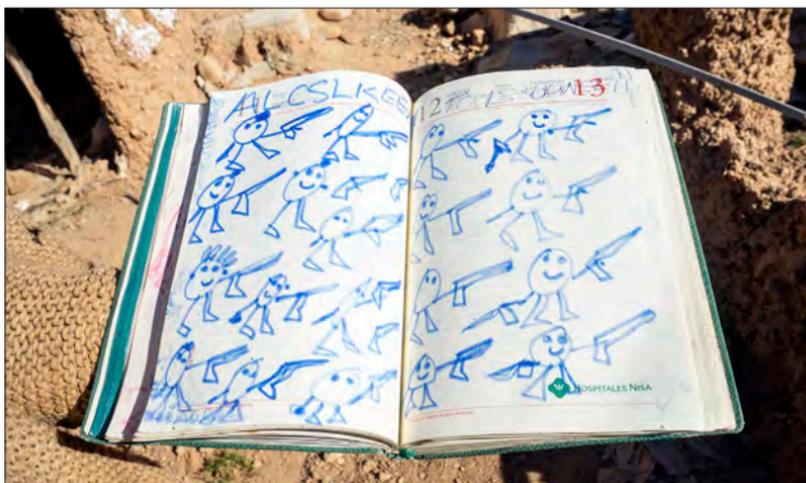
su pueblo natal de Nigeria, y que, con muchas dificultades, un día llegó a este lugar, donde pondría todo su empeño en reconstruir su Reino, a los modos y uso conocidos.





Un día, encontraba a Osama escribiendo la historia de su Reino sobre madera —así como otros graban sus méritos sobre placas de bronce—. Otro día acuñaba sobre el papel monedas con su rostro. Incluso formaba ejércitos que defenderían al universo del mal y las injusticias.





Y así, día tras día, Osama madrugaba para reconstruir su Reino, que crecía y crecía. Trabajaba duro con lo que tenía a su alcance, que a fin de cuentas era lo único que necesitaba según sus tradiciones: tierra y agua. Y era uno con ellos, se fundía en el barro.

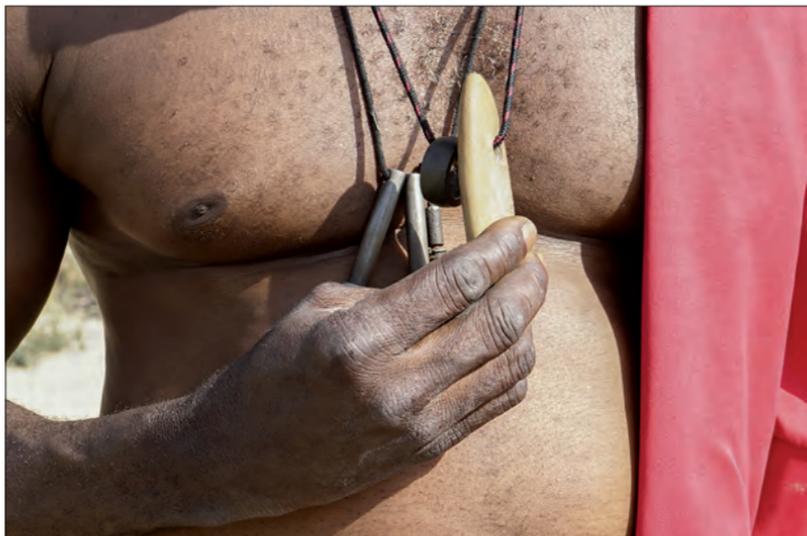




Había algo casi compulsivo en su hacer: en su forma de construir y escribir, sin calendario y sin tiempo, sin pausa, atrapando el tiempo para hacerlo desaparecer. Como en esta escultura:



Teníamos largas conversaciones, en una mezcla de idiomas y gestos, repletas de alusiones a una concepción del mundo animista. Yo conocía y entendía de lo que me hablaba, por eso creo que se sentía relajado y me contaba: sobre el poder y la energía de los antepasados, la fuerza de los elementos, los poderes que desde su lugar en la tierra tienen los ancestros...



Llegué a comprender que él, sencillamente, tenía la necesidad de contar y de levantar su Reino para reconstruirse a sí mismo; para no perderse, para volver a anclarse y defender su identidad, más allá de cualquier frontera; en una traslación de significados, valiéndose del pensamiento mágico que aún perduraba en él y en su cultura.

También llegué a saber que, en un idioma local, «Agbadé» significa maíz.

OSAMA, EL LOCO

Un día regresé y Osama ya no estaba. Tampoco sus casas. Ni su Reino. Ni su historia. Habían pasado nueve meses desde que lo conocí.

Conseguí encontrarlo en la unidad de psiquiatría de un hospital, totalmente desconcertado, esperando un supuesto cheque de manutención que justificaba su traslado. Su Reino había sido destruido y él no sabía nada. Se lo conté y en ese preciso instante, Osama se volvió loco. Con su Reino también lo destruyeron a él, a Osama el Rey.

A los pocos días fue trasladado a una residencia psiquiátrica, donde pasó año y





medio -confinamiento incluido- junto a personas con trastorno mental grave y muy grave. Allí le requisaban las pinturas que yo le llevaba para que pudiera seguir escribiendo. No le permitieron utilizar el pequeño espacio de tierra en desuso que había en el jardín y que propuse para que pudiera mantener el contacto con la tierra. No aprobaron mi propuesta de ofrecer talleres de expresión plástica con la respuesta de que eso no era rentable ni el objetivo del centro, etc.

Ahora Osama tenía la mirada perdida, las manos temblorosas, no hablaba con nadie, solo obedecía... quedaba muy lejos de aquel Osama Rey que vivía en su mundo, desbordante de dignidad y nobleza.

Ahora su único deseo era volver a tener un pasaporte, donde poner «su huella». Así me lo expresaba. Y salir, volver a ser libre.

Ahí comenzó una etapa de enredos burocráticos que duró un par de años, y puso en evidencia las carencias de este sistema, hasta que finalmente conseguí que Osama volviese a existir, al menos como ciudadano, con su pasaporte. Fue trasladado a un piso tutelado, donde continúa residiendo, paciente, obediente... y un poco más feliz.

Mientras Osama ha continuado tratando de reconstruirse, ya no a través del barro, sino con los medios socialmente aceptados, yo me negaba a que esta historia se perdiese en el olvido. Una historia así debe de recuperar la dignidad de la que gozaba en origen (dejando de lado los parámetros etnocentristas que dictan lo que es y no es aceptable, claro). Y sobre todo, necesitaba devolverle a Osama la certeza de que su Reino existió. Porque desde que le

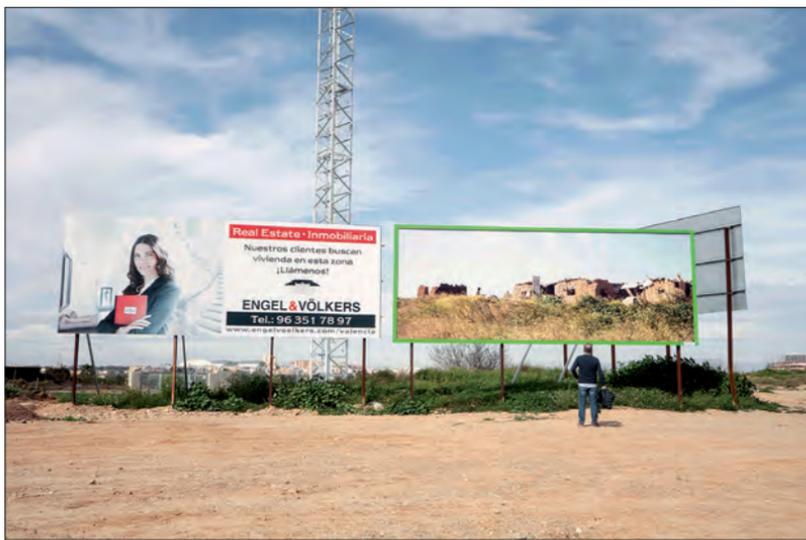


fue arrebatado de su reino, perdió todas sus referencias, ya no ha vuelto a relacionarse con nadie que supiera que él había sido Rey, nadie de su nuevo entorno ha conocido su Reino. Todo estaba desapareciendo.

Por eso la he querido hacer visible. Primero contándola y mostrando las fotografías (libro, exposiciones) que a día de hoy cuando se las vuelvo a mostrar a Osama siguen arrancándole una sonrisa de satisfacción y orgullo. Tras el derribo, continué visitando el lugar, buscando respuestas. En el barro, en los vecinos, en los restos que eran huella...



Así, un día decidí devolver el Reino de Osama a su lugar. Por él, y para que todo aquel que pasara por allí, se hiciera preguntas:



También pedí a los vecinos que me compartieran su visión. Entre el Rey y el Loco, parece que hubo muchos otros Osamas. Desde el desconocimiento, cada uno generaba su propia historia: desde que aquello fue cosa del Ayuntamiento como reclamo turístico por estar cerca del Bioparc, al Osama que vivía ahí tranquilamente, pero murió...

Yo sigo en contacto con Osama, que sigue esperando.

También he creado una propuesta de trabajo en el aula, donde cuento al alumnado esta historia, les muestro, abrimos debate (inmigración, salud mental, art brut, territorio etc.) y finalmente propongo una actividad de expresión plástica. Una de las cosas que más me sorprende es la cantidad y originalidad de soluciones alternativas al desenlace real que los niños, niñas y jóvenes proponen. También la cantidad de ventanas que quedan abiertas, con preguntas sin responder pero que sin duda les/nos agita la reflexión.

EL *ART BRUT* COMO INSPIRACIÓN PARA EL DESAPRENDIZAJE

Graciela García Muñoz*

INTRODUCCIÓN

En mis años de experiencia como profesional de la creatividad —que he ejercido principalmente como diseñadora y escritora— he necesitado descondicionarme y aprender a atenuar mi autoexigencia, así como las expectativas e ideas preconcebidas que entorpecían el proceso creativo, sobre todo en la fase inicial, cuando conviene que el caudal expresivo fluya sin censura.

Desde que terminé la carrera de Bellas Artes y durante mucho tiempo después, anduve ocupándome del aspecto más prosaico de la creación —convertir mis habilidades en sustento, es decir: trabajar— hasta que llegué a satisfacer encargos con desenvoltura y una cantidad de sufrimiento tolerable. Sin embargo, tenía una tarea pendiente que me aguijoneaba: ser capaz de expresarme por el puro placer de hacerlo, como cuando era niña ¿Por qué tenía tanta dificultad para regresar a ese espacio íntimo de libertad y asombro? Cuando intentaba encontrarlo, me topaba con la frustración de no tener nada que decir, con el miedo al lienzo en blanco o a desinflarme a medio camino ¿Qué me estaba sucediendo? ¿Por qué nos pasaba a casi todos los compañeros de carrera? Se supone que escogimos bellas artes porque teníamos una inclinación natural por la expresión artística ¿Qué se nos había torcido por el camino?

He tardado bastante tiempo en darme cuenta de que mi interés por el *Art Brut* —el mismo que me llevó a dedicarle una tesis en 2010 titulada «Procesos Creativos en Artistas *Outsiders*»— contenía el antídoto al problema. Con esto me refero a que cualquier persona, tenga o no inquietudes artísticas, puede encontrar en el *Art Brut* inspiración para dar una mayor entrada al hemisferio derecho del cerebro, para ser más espontáneo y permitirse jugar dejando a un lado la exigencia de querer ser siempre productivos. En otras palabras y por tomar el título de este escrito, el *Art Brut* puede resultar inspirador para desaprender aquello que coerce la libertad creativa.

No pocas personas piensan que no son creativas o que la creatividad cumple un papel secundario en su vida, pero esta forma de pensar tiene más que ver con la construcción de la autoimagen que nos hemos hecho a partir

* Investigadora y creativa especialista en *Art Brut*. Profesional independiente.
graciela@elhombrejazmin.com

de lo que hemos introyectado que con la realidad. Aunque hay personas con mayores aptitudes que otras, nacemos con un acceso natural a este recurso, ya que la usamos constantemente, nos demos cuenta o no. Desaprender los condicionamientos que inhiben o dificultan su funcionamiento es tarea larga y por supuesto, cada uno tendrá los suyos, sin embargo, es posible que compartiendo los míos, consiga inspirar en vosotros algunas resonancias. A unas malas –como suele decirse– os estaré dando a conocer el apasionante territorio de lo que llamamos *Art Brut*, poblado de historias conmovedoras y profundamente resilientes.

¿QUÉ ES EL ART BRUT?

Art Brut es una heterodoxa y escurridiza nomenclatura que se utiliza para poner énfasis en el arte intuitivo, que surge de las entrañas y como una necesidad irrenunciable en los individuos. Recoge las expresiones artísticas creadas fuera de los límites de la cultura oficial, generalmente realizadas por personas con alguna enfermedad psiquiátrica, o bien, por personas excluidas de la sociedad normativa. En cualquier caso, se trata siempre de adultos sin formación artística –en la mayoría de los casos– en quienes se manifiesta de manera imperiosa, y a menudo repentina, la pulsión irrefrenable de «dar forma». Necesidad que el crítico de arte Ángel González (1, p. 21) denomina *Gestaltung* (1, p. 21) y que toma de uno de los primeros estudiosos del tema, el psiquiatra e historiador del arte Hans Prinzhorn (2).

La historia del *Art Brut* comenzó cuando los psiquiatras primero, y los artistas después, se fijaron en el arte realizado por enfermos mentales. El libro *Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung* (Actividad plástica de los enfermos mentales. Una contribución a la psicología y psicopatología de la configuración formal) que publicó Prinzhorn en 1922 provocó un fuerte impacto en los artistas de la época, que en su conquista de libertad creativa, buscaron descondicionarse de múltiples maneras, desde la experimentación con estados alterados de conciencia inducidos por drogas hasta la inspiración en estas creaciones.

A menudo estas obras eran consideradas por los artistas como expresiones íntimas de personas en una suerte de viaje iniciático, en espiral hacia el centro, como en un proceso de autosanación chamánica. Al responder a una temporalidad individual y no histórica o social, quedaban libres de las presiones que el mercado ejercía sobre los artistas profesionales y ayudaba a estos últimos a contactar con la esencia del acto creativo.

El término *Art Brut* en sí mismo fue acuñado en 1945 por Jean Dubuffet, quien comenzó a reunir una colección de esta clase de obras y a divulgarlas por medio de exposiciones y publicaciones después de la Segunda Guerra Mundial. El *Art Brut* sucede independientemente de que lo miremos o no pero toma su nombre –sea *Art Brut*, *Outsider Art*, *Arte Marginal*, etc.–

precisamente al ser mirado. Me explico, el Art Brut es un invento, una en-telequia que se torna un término indispensable para aludir a las creaciones surgidas en los márgenes de la corriente principal del Arte que de otro modo quedarían invisibilizadas.

EL ART BRUT ABORDADO COMO UNA EXPERIENCIA DE DESAPRENDIZAJE

Como investigadora de *Art Brut*, inicié en 2005 un viaje de desaprendizaje que, sin saberlo, me iba a permitir liberarme de algunas premisas limitantes. Lo que os planteo en este comunicado es un recorrido por algunas de las obras que lo conforman, tomando como hilo conductor algunos de los preceptos que aprendí durante mi formación y que se tambalean delante de algunas de estas piezas.

1. *Lo importante es la idea*

La primera de ellas sería que lo importante siempre es la idea, el concepto. Aunque facetas como la política nos demuestran una y otra vez lo viscerales que somos a la hora de tomar decisiones, seguimos aferrados a que lo que nos representa y rige como especie es nuestra capacidad de raciocinio. Y es que precisamente gracias a ella hemos conseguido vivir de un modo más civilizado, desarrollar la tecnología y la ciencia... sin embargo, si nos dejamos seducir por este aspecto de lo que somos sin atender y desarrollar la otra parte que también vive en nosotros y se compone de intuición, visceralidad y algún que otro ingrediente indefinible o inexplicable, terminamos inevitablemente en un callejón sin salida.

En el terreno de la historia del arte hemos asistido a una sucesión de discursos en torno a la obra de arte que lo único que han conseguido es desvitalizarlo y ampliar la brecha entre el Arte con mayúsculas –aquel reconocido por los expertos– y el espectador no especializado. Frente a la intelectualización excesiva estaría la antes citada *Gestaltung*, el dejarse guiar por el impulso de dar forma, y ver qué sale, sin plan establecido, sin saber a dónde vamos.

Desconozco si hoy en día –han transcurrido dos décadas desde que yo terminé la carrera– siguen educando a los estudiantes de arte como si en esto de la creación hubiera un procedimiento adecuado y otro que no lo es tanto. A saber: primero pensar, visualizar, y luego encontrar la manera adecuada de materializar la idea. Supongo que sigue siendo así puesto que ya no sólo vivimos en un mundo con fábricas de arte, donde reputados artistas encargan a obreros habilidosos o máquinas de alta precisión la concreción de sus conceptos, sino que los NFT generan tantos fondos que tiene sentido quemar una obra original de Frida Kahlo para convertirla en un video token no fungible.

Llámenme reaccionaria, pero creo ver en ello un desafío a lo que nos hace humanos, un anhelo de trascendencia a través de la fusión con un sistema que nos aboca a la futura extinción como especie y no lo celebro, prefiero conmovirme ante las obras que forman parte de nuestro legado o ante las de algunos individuos que se entregan a la expresión, guiados por un impulso que es anterior a todo concepto.

Y sin más preámbulos comencemos un recorrido por las obras del *Art Brut* que comienza en la Colección Prinzhorn, donde puede verse una *chaqueta de uniforme* intervenida por Agnes Richter (Alemania, 1844-1918) sobre la que bordó su biografía aprovechando hasta el último rincón. También lo entalló para hacerlo más ajustado a sus formas, como si estuviera creando una segunda piel para proteger un sentido de la identidad y una memoria que podemos presumir amenazadas.

Es la urgencia expresiva la que provoca la creación. Richter no pretendió hacer arte, le movía un impulso íntimo, la supervivencia de su memoria estaba probablemente comprometida y quizás deseó atraparla. Es en un segundo tiempo, con la entrada del espectador, cuando la chaqueta intervenida se convierte en un objeto poético.

A Marie Lieb no parecía desanimarla que sus creaciones no tuvieran público y que cada mañana fueran recogidas con desagrado por los celadores del centro psiquiátrico en el que permaneció varias temporadas internada por manía. Allí se servía del suelo de su cuarto como lienzo para escribir y dibujar. Con tiras de retal blanco realizaba composiciones donde aparecían asteriscos y flores. También algunas inscripciones.

Lo importante para Marie Lieb era realizar su rito nocturno con jirones de sábana. Es cierto que sus configuraciones efímeras resultan conceptualmente estimulantes, pero esa apreciación es posterior, se desprende naturalmente, como un destilado o una consecuencia inevitable. Pensar en la infatigable persistencia de esta creadora que no necesitaba público ni permanencia, nos ayuda a contactar con un impulso intrínseco anterior a toda pretensión intelectual.

Tenemos testimonio de su trabajo a través de unas pocas *fotografías anónimas* sobre las que Wilhelm Weygandt, asistente del Dr. Emil Kraepelin, comenta: «...Motivos compuestos con tiras de sábanas de una mujer maniaca, esparcidos en el suelo de su habitación.» (3, p. 106).

2. *Todo ha de servir para algo*

A veces nos cuesta mucho hacer cosas que no sean productivas, pero ¿y si desafiamos al *status quo* y hacemos las cosas porque sí, solamente por jugar o como respuesta a una llamada misteriosa, casi imperceptible, que nace de un lugar desconocido y se empodera si le damos espacio?

Muchos artistas *Brut* se embarcan en la construcción de máquinas maravillosas sin función aparente. Vollis Simpson (Carolina del Norte, 1919-2013)

por ejemplo, utilizó la energía del viento y el sistema de calefacción de su hogar para mover sus *molinillos gigantes*, algunos de más de 10 metros. El metal empleado en su fabricación procedía de piezas de vehículo encontradas en vertederos. Le interesaban sobre todo los reflectores que devolvían brillos de colores en todas direcciones.

La máquina del mundo de Franz Gsellman (Austria, 1910-1981) contiene, entre otras cosas, dos góndolas, un timón de barco, un set de sal y pimienta, cinco crucifijos, 64 silbatos, 200 luces de colores y un barómetro. Su creador tardó 23 años en construirla en su granja de las colinas austriacas.

Gsellman siempre tuvo una espina clavada por no haber podido estudiar ingeniería. En 1958 abandonó el negocio familiar tras el fuerte impacto que le produjo descubrir el Atomium de Bruselas. Inspirado por esta construcción, inició un recorrido por Bélgica estudiando por su cuenta lo que podía sobre estructuras arquitectónicas. De vuelta a casa, decidió dedicar su tiempo a la construcción de esta máquina de luz, color y sonido.

Comenzó copiando el modelo de Atomium, empleando 25 *bula-boops*. No le resultó fácil esquivar las preguntas familiares pero a pesar de todo, mantuvo su actividad en secreto durante ocho años, encerrándose en su taller cada mañana hasta la noche.

Cuando la obra salió a la luz produjo reacciones diversas, a la gente le resultaba curioso ver a este menudo y hombre embarcado en lo que para ellos no tenía ningún sentido. Él sin embargo afirmaba que «algún día sería bueno para algo».

Dunya Hirschster (Croacia, 1954-2008) fue una mujer de origen croata que residió sus últimos años en Granada. Dunya sentía la pulsión de embellecer o intervenir toda su indumentaria, desde su abrigo, hasta sus gafas, guantes o zapatos, transformando su atavío en involuntarias obras de arte portátiles. También modificó el Corán con el que estudiaba, lo troqueló, quemó, bordó, subrayó... convirtiéndolo en un objeto único y personal deformado por sus humores corporales.

Dunya era fervientemente religiosa y para ella la expresión creativa era una forma más de devoción, no había separación entre su entrega espiritual y su labor artística. Dió lugar a varias creaciones en torno a los distintos nombres de Alá y múltiples collages. En Granada tenía pocos amigos, aunque era apoyada por la comunidad musulmana.

Sus creaciones no encajaban en ninguna categoría, no eran arte, ni exvotos, ni prendas de vestir, ni ofrendas. Esto también es algo desafiante para el sistema productivo: no hay separaciones, no hay cajas, lo rígido se ablanda, los límites se desdibujan.

3. *Lo decorativo es superfluo y, si acaso, se añade al final*

Otra de las aseveraciones que el *Art Brut* viene a derribar es que lo decorativo es prescindible y sucede en la última fase de la creación. El ornamento es a menudo estructura, ritmo y herramienta compositiva.

En concreto muchas de las obras realizadas por artistas mediúmnicos se articulan con patrones decorativos generados por el artista y que componen su archivo de recursos, algo así como su léxico visual.

Las obras de *Carlo Zinelli* (Verona, 1916-1974) se reconocen a primer golpe de vista. En ellas siempre encontramos figuras repetidas de cuatro en cuatro. En ocasiones pudiera parecer que repetir un patrón fuese una manera de obtener calma.

Cuando se utiliza un patrón de repetición se produce un ritmo que sirve como los golpes de tambor a un chamán para entrar en estado de flujo, ese estado en el que el tiempo se altera y deja de ser lineal. Momentos en los que la realidad parece menos grávida y más grácil, en los que se suspende la escisión entre lo de dentro y lo de fuera.

Obras como las de *Madge Gill*, *Raphaël Lonné*, *Augustin Lesage* o *Minnie Evans* comparten esa pulsión de rellenar todo el espacio disponible que llamamos *horror vacui*.

En estas obras no hay un motivo principal en torno al cual se añade la decoración. Directamente, ellas son ornamento o el ornamento es «uno» con la obra, algo así como su respiración.

Hay algo que vincula estrechamente lo decorativo y las alucinaciones debidas a ciertas drogas. «La mescalina es una fábrica de ornamentos», dice Ángel González refiriéndose al libro de Michaux sobre la mescalina *Miserable Milagro* (1, p. 69). No sólo Michaux nos muestra este vínculo, también Walter Benjamin nos cuenta cómo, bajo los efectos del hachís, los ornamentos de un simple visillo dejan de pasar desapercibidos para contener revelaciones del universo y escribe: «Los ornamentos son las casas de los espíritus» (1, p. 69).

Es asombroso cómo se parecen todas las creaciones realizadas en estados alterados de conciencia. Se nos abre una puerta de percepción ante la idea de que podemos entregarnos al caos y la propia pulsión estética que nos habita va a terminar generando un orden estético. Un objeto vivo e inquietante pues parece contener un secreto acerca de la autorregulación natural.

4. *Menos, es más*

También por el camino aprendemos que menos es más, que si queremos ser elegantes y eficaces en la comunicación tenemos que aprender a quedarnos sólo con lo necesario. Se trata de una buena máxima, pero de vez en cuando nos maravilla lo dispartado, y en el *Art Brut* a veces asistimos a

la belleza de lo excesivo, se desafían los límites, ya sean del buen gusto, de lo cabal o de lo posible.

En lo que se refiere al *Art Brut* el minimalismo está sobrevalorado. Me viene a la mente la frase del músico Kevin Johansen en una de sus canciones «No seas talibán del buen gusto». Porque el buen gusto también puede denotar miedo, necesidad de consenso, hiperadaptabilidad.

Nada parece excesivo para *Danielle Jacqui* (Niza, 1934). Es como si no pudiera parar de crear, de pintar, de bordar... Hasta una simple silla o una bata son colonizadas por sus formas. Dionisos reclamándole a Apolo, el lugar que le corresponde. Ebrio, excesivo, exuberante.

Una característica frecuente en las arquitecturas *Brut* es lo que Juan Antonio Ramírez ha llamado «apoteosis de un material» para explicar el empleo en exclusividad de un elemento constructivo como si sus artífices pretendieran decir: «esta maravilla es toda de piedra» o «la he recubierto enteramente de conchas» (4, p. 38).

El legado de Karl Junker (Lemgo, 1850-1912) abruma por lo delirante de su proyecto. La *Junkerhouse* es una increíble pieza de talla en Lemgo, Alemania, realizada por un hombre solitario que talló cada rincón, exterior e interior, desde las camas hasta los techos, de su enorme casa durante veinte años.

El desafío a los límites se ve también muy claro en las *Torres de Watts* de Simon Rodia (Italia, 1879-1965) en Los Ángeles, de nuevo artífice de un proyecto descabellado para un hombre solo, sin materiales ni herramientas, que no sólo aprovechó los residuos de su entorno como botellas de *Seven-Up*, sino que dobló los perfiles de acero colocándolos en la vía del tren. El resultado es un conjunto arquitectónico que recuerda a *La Sagrada Familia* y que curiosamente se ha mantenido en pie mientras los terremotos derribaban algunos edificios vecinos.

5. *Se debe ir del todo hacia las partes*

Otra de las consignas con las que nos formaban a los artistas en bellas artes, es que se debe ir del todo hacia las partes, es decir: hay que tener una visión de conjunto y caminar desde ella hacia la concreción. Esta convicción está obviamente relacionada con las anteriores pues todas forman parte de un mismo paradigma dónde se prioriza la labor del hemisferio izquierdo del cerebro sobre la del derecho.

Crear de otra manera, es decir desde las partes hacia el todo tendría que ver con crear sin un plan establecido, de forma, podríamos decir, chamánica.

Volvemos a ver a la artista *Brut* Madge Gill para comprender la tipología de creación mediúmnica que se caracteriza por avanzar de las partes hacia el todo dejándose llevar por las formas que van surgiendo.

Madge Gill rechazaba la mediación compositiva trabajando en papel continuo enrollado, de forma que sólo fuera visible la parte sobre la que

estaba dibujando. Así, conseguía no intervenir en demasía, ponerse a un lado, para canalizar el mensaje que sentía afluir a sus manos.

Opicinus de Canistris (Pavia, 1296-1350) decía tener la enfermedad de la mano sola pues sentía que una voluntad transpersonal guiaba su acto creativo. El psicoanalista Ernst Kris (5) considera que de haber nacido en nuestro tiempo, habría recibido un diagnóstico de esquizofrenia, patología desconocida como tal en la época medieval. Opicinus giraba el soporte mientras dibujaba, escribiendo también en todas direcciones. Ernst Kris, al igual que Leo Navratil (6), Escudero Valverde (7) o Hans Prinzhorn (2), resaltan el interés de los esquizofrénicos por las letras y las cifras como entes dotados de cuerpo y, casi podríamos decir, «misión» en el universo.

Kris encuentra tres maneras en las que esta síntesis puede suceder «La expresión artística espontánea de los esquizofrénicos predomina en el medio de la palabra escrita, los dibujos con textos intercalados o una transición entre el dibujo y el texto escrito» (5, p. 168).

Podemos imaginar que para Opicinus el propósito de la línea se iba definiendo a medida que la pluma se deslizaba sobre el papel. Así, la figuración aparece revelándose en los espacios en blanco y a menudo una misma línea sirve para dos figuras. Esto parece coincidir con lo que el psiquiatra Escudero Valverde definió como «transmutación de la línea» cuando trataba de describir las características recurrentes en los dibujos realizados en crisis de esquizofrenia.

En sus numerosos mapas interpreta antropomórficamente la geografía física, de forma que las costas perfilan continentes al tiempo que siluetas humanas que, a su vez, pueden leerse en dos sentidos, como si se tratara de figuras gestálticas. Este rasgo también es señalado por Kris «hay en sus dibujos una tendencia que merece nuestra particular atención: la frecuencia con que una línea sirve a varias funciones, con que una forma invade la otra. La transformación de las líneas costeras de los mapas en formas humanas puede servir como un ejemplo: trátase de una transmutación a la que presumimos se adhieren ciertos contenidos de pensamiento. Si bien esos pensamientos permanecen desconocidos, cabe suponer que podría existir alguna relación con la creación y la descomposición del cuerpo. Al mismo tiempo, el juego con formas y el juego con palabras son característicos de la irrupción del proceso primario y parte de la sintomatología típica de la producción esquizofrénica» (5, p. 140).

Acaso este esfuerzo de crear u organizar el mundo reuniendo sus fragmentos tenga que ver con las inquietudes propias de la enfermedad.

El relato del minero Auguste Lesage (Pas de Calais, 1876-1954) también menciona ese «huésped inesperado» que actúa a través de su mano. Para Lesage el arte es la otra cara de la cotidianidad y acude a él para volar a otros territorios, regresando al lienzo cada noche después de su jornada laboral como minero.

Hasta tal punto trabaja de las partes hacia el todo que comienza a pintar en la esquina superior izquierda del lienzo, con un pincel extremadamente

fino, y avanza de manera ordenada en el sentido de la lectura, de izquierda a derecha, de arriba abajo.

Por increíble que pueda resultar, son muchos los creadores de arquitecturas colosales como la catedral de Mejorada del Campo, cuyos constructores, en este caso *Justo Gallego* (Madrid, 1925-2021) afirman trabajar sin planificación, lo que no deja de ser sorprendente y que nos remite al refrán de «todo es empezar». Efectivamente es bastante habitual que un creador *Brut* comience por una pequeña intervención en su casa, como recubrir una pared con conchas y que su obra acabe conquistando la totalidad de su hogar y que no encuentre fin hasta el fallecimiento de su autor.

6. Hay que innovar

Otro de los supuestos que más presión ejerce sobre los creadores es la idea de que hay que innovar.

El arte de la corriente principal vive sumido en una línea de tiempo autoconsciente según la cual el artista debe aportar una nueva perspectiva para la sociedad. Una premisa según la cual un lienzo rajado es relevante cuando lo realiza Lucio Fontana por primera vez pero que tendrá que ser justificado y contextualizado para volver a ser aceptado como arte por un artista que lo haga después.

Las creaciones *Brut* por el contrario son atemporales o al menos responden a un tiempo íntimo del artista.

Hedwig Wilms (Alemania, 1874-1915) quien apenas hablaba y comía, quiso hacerse con una vajilla similar a la que tenía antes de ser internada en un hospital psiquiátrico. La construyó con el único material que tenía a su disposición: grueso hilo de algodón. Con él tejó un *conjunto de bandeja, jarra y taza* que no podemos evitar comparar con la célebre *vajilla forrada con piel de animal* de la artista Meret Oppenheim (Berlín, 1913-1985).

Sin embargo, lo que para una es elección estética y consciente del marco artístico en que será acogida la pieza, para la otra es fruto de una limitación; una limitación que ha dado como resultado una creación insólita y poética.

Bispo do Rosario (Japarutaba, 1909 -1989), también ha generado de forma involuntaria obras que nos recuerdan al arte povera o incluso a Marcel Duchamp, a pesar de no conocer la obra de éste y de tener una intención completamente distinta.

El no se consideraba un artista sino un elegido de Dios, con la misión de rescatar todo aquello que merecía ser salvado antes del Juicio Final. Para ello bordaba nombres, construía maquetas, hacía ensamblajes... Trabajaba a contrarreloj para conseguir hacer el inventario más completo posible. Todo lo construía en el cuarto fuerte de un manicomio brasileño y durante mucho tiempo al margen de cualquier mirada.

Zdeněk Košek (R. Checa, 1949-2015) se sentía a cargo de crear y controlar el tiempo. Algo que hacía cada día sentándose junto a la ventana de su pequeño apartamento. Anotaba todo lo que ocurría, hasta el más mínimo detalle: el vuelo de los pájaros, las nubes, los vientos, los sonidos en que se adivinan tormentas y pensaba que unos acontecimientos influían en otros. Por ejemplo, acumulaba botellas de plástico en su casa porque temía lo que pudiera suceder si las tiraba.

Tan importante es para algunas personas construir su propia temporalidad y realidad que inventan un completo microuniverso en el que son el máximo soberano para el que fabrican el *atreszgo*. Reinos con su propia bandera, moneda e himno como el *Imperio de Monera en Dinamarca* de Gerard van Lankveld (Gemert, 1947).

7. *La técnica y los materiales son sólo un vehículo*

Antes de ejecutar el acto artístico, tiene sentido escoger el medio más adecuado para la expresión de lo que queremos contar. Esto es lógico pero también hay otra forma de relacionarnos con los materiales, como es anteponerlos o escuchar lo que quieren devenir como si fueran seres con aliento.

Bessie Harvey (Dallas, 1929-1994) iba guardando los objetos que recogía del río en una maleta. De este modo, cuando buscaba conseguir «el regalo» de inspiración que necesitaba para comenzar una obra, le bastaba con abrir la maleta y dejar volar su imaginación. Bessie Harvey tenía la convicción de que los materiales y fragmentos de árbol que rescataba del agua eran objetos espirituales, cargados de magia. Nunca había estado en África y para ella crear se convirtió en una forma de conectar con sus raíces.

Ellos hablan. A veces simplemente cojo un trozo de madera que no es nada y sé qué es lo que va a devenir, lo sé en ese mismo instante y comienzo a hablar con el trozo de madera antes de tocarlo, antes de hacer nada con ello, porque ya sé que es algo.—Bessie Harvey (8, p. 102)

Este profundo respeto por los materiales, este animismo, resuena con una manera amorosa de estar en el mundo. La misma que lleva a los nativos americanos, para quienes todo lo que no está fabricado por el hombre es un sujeto, a utilizar una gramática lingüística en la que una bahía, una roca o un día de la semana no es un «qué» sino un «quién» En el idioma Potawatomi por ejemplo se pregunta ¿Qué es esto? para referirse a una mesa, pero ¿Quién es este ser? para referirse a una manzana (9).

Una fuerte conexión con su obra, llevaba a *Antonio Dalla Valle* (Roncio, 1939-2020) a ir siempre acompañado de una bolsa de plástico en la que guardaba cuadernos escritos, encendedores, lápices de colores y pequeñas esculturas. Entre sus creaciones están los «Squadernamenti» un conjunto de

cuadernos estratificados como una formación geológica y forrados con una película transparente. También caminaba adornado con su colección de relojes en la muñeca, ninguno de los cuales estaba ahí para darle la hora.

Marie-Rose Lortet (Estrasburgo, 1945) aprovecha cualquier momento: en el transporte público, mientras camina, espera, en momentos insomnes... para seguir trabajando el hilo y así permanecer conectada con una especie de proceso creativo constante. Su vínculo con las fibras textiles es tan físico, tan corporal, que en su contacto a menudo siente como si tuviera algo que contar desde la punta de sus dedos.

Y para concluir citaré a Richard Sharpe Shaver (Berwick, 1907-1975) quien primero fotografía rocas en las que descubre ciertas huellas y luego las proyecta sobre un lienzo en el que reproduce, como si de un bajorrelieve se tratara, sus texturas y formas con pegamento y pintura aluminica. Durante este proceso enfatiza los requiebros que le sirven para marcar las siluetas encontradas. Él desprecia la parte que en todo ello desempeña la intervención humana, afirmando que sus elecciones están fuera de su control y que residen en los materiales.

La naturaleza, está presente en buena parte de las obras de artistas *brut* con una presencia unificadora; como si azar, arte y naturaleza fueran inseparables, como si la mancha y el gesto pertenecieran a ésta más que al ser humano pero que éste, con su poder de elección, pudiera revelar las formas que el azar elige; el azar como *kairós*, o encuentro feliz.

CONCLUSIÓN

En el *Art Brut* es la necesidad de expresión la que impulsa la creación, que en un segundo tiempo, con la entrada del espectador, se convierte en una pieza artística. Entonces entra en juego la empatía, la apreciación estética y un ir y venir del objeto a nuestra interioridad y de vuelta al objeto. A veces incluso adviene una remota culpa al contemplarlo desde una situación cómoda, que se puede permitir la distancia emocional, la tranquilidad que proporciona el marco de lo que llamamos Arte (que nos permite mirar cosas terribles, ferrozmente bellas en su autenticidad) durante unos minutos y luego apartarnos y seguir con nuestra vida.

La tentación de romantizar el *Art Brut* es grande y espero no haber caído en el reduccionismo de contraponer el Sistema (depredador, agostador de almas) con el *Art Brut* (auténtico, puro, portador de esperanza) pues sé bien que es una visión adulterada y demagógica. Confío en haber podido ofrecer un relato que es ante todo un juego basado en experiencias personales que me sirve de excusa para hablar de *Art Brut* y que acaso —así me gusta pensar— pueda alentar las ganas de alguno de navegar por las aguas de la creatividad y el sagrado disparate con mayor libertad y regocijo.

Mis agradecimientos a los creadores *Brut* por sus enseñanzas e inspiración.

BIBLIOGRAFÍA

1. González, A. Pintar sin tener ni idea y otros ensayos sobre arte. 1.ª ed. Madrid: Lampreave y Millán, 2008.
2. Prinzhorn, H. Expresiones de la locura. El arte de los enfermos mentales. 1.ª ed. Madrid: Grandes Temas Cátedra, 2012.
3. Brand-Claussen, B. y Michely, V. Waanzin is Vrouwelijk –La Folie Au Feminin– Madness is Female. 1.ª Ed. Gent: Musseum Dr. Guislain, 2006.
4. Ramírez, J. A. Esculturas margivagantes. La arquitectura fantástica en España. Madrid: Ediciones Siruela-Fundación Duques de Soria, 2006.
5. Kris, E. Psicoanálisis y arte. 1.ª ed. Buenos Aires: Paidós, 1955.
6. Navratil, L. Esquizofrenia y arte. 1.ª ed. Barcelona: Seix Barral, 1972.
7. Escudero Valverde, J. A. Pintura psicopatológica. 1.ª ed. Madrid: Espasa Calpe, 1975.
8. Rexer, L. How to look at outsider art. 1.ª ed. Singapur: Harry N. Abrams, Inc, 2005.
9. Wall Kimmerer, R. Una trenza de hierba sagrada: Sabiduría indígena, conocimiento científico y las enseñanzas de las plantas. 1.ª Ed. Madrid: CAPITAN SWING S. L., 2021.

HIDROTERAPIA EN LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA: NUEVAS Y VIEJAS *STORIES*

*Sabela Armesto Iglesias**

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, época de máximo esplendor de la hidrología médica en España y Europa, se produce también un aumento en el empleo de la hidroterapia en balnearios y sanatorios psiquiátricos (también en EE. UU., Braslow).

En el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela), abierto en 1885, se aplicaron diferentes formas de hidroterapia tales como baños prolongados, ducha escocesa, duchas frías, duchas calientes, afusiones frías, etc., indicados en diversas patologías como manías, delirios crónicos, locuras puerperales, melancolías y en combinación con otras terapias... Estaba asimismo muy bien indicado y detallado en su Reglamento de funcionamiento (1).

Además, fueron tratamientos usados para enfermos de los «nervios» en establecimientos balnearios. Este auge ha sido impulsado en España por figuras como Luis de Casterllanau, fundador del instituto hidroterápico barcelonés, el cual reflejaba en sus Estudios teórico-clínicos de las enfermedades nerviosas tratadas por la hidroterapia que «todo médico está en el caso de hoy de hacer propaganda en beneficio de la hidroterapia» (2).

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se realiza una investigación y análisis de documentos pertenecientes al Manicomio de Conxo que se encuentran en el Archivo Histórico Diocesano, Archivo General de Galicia (Santiago de Compostela), Archivo de la Real Academia Galega (A Coruña) y Archivo Municipal de Ourense.
- Una revisión de Bibliografía y publicaciones sobre Hidroterapia en las enfermedades mentales.
- Investigación y análisis de los tratamientos aplicados en balnearios de la comunidad gallega en la Colección digital de baños y aguas minero-medicinales en España durante siglo XIX y XX de la Universidad Complutense de Madrid.

* MIR psiquiatría. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.sabe.arm@hotmail.com

MANICOMIO DE CONXO Y BAÑOS DO TREMO (BRIÓN)

En el Manicomio de Conxo parece que el director Timoteo Sánchez Freire era muy partidario de las curas termales. Según Gago (3), en los primeros años de Conxo (abre en 1885), se acudía con los pacientes a los Baños do Tremo (Balneario de Ntra. Sra. De los Ángeles) en Brión, a 15 km de Santiago, y propuso a la Curia (Iglesia Compostela, propietaria del Manicomio) el adquirir los Baños do Tremo para el hospital psiquiátrico. No obstante, no hemos logrado encontrar constancia documental de dicho intento o propuesta de compra.

En los Presupuestos ordinarios de gastos/ingresos del manicomio entre 1896-1918, figura un apartado dedicado a «Botiquín». Medicamentos, aparatos y balneario», manteniéndose más o menos fija la cantidad en este período (4).

REGLAMENTO DEL MANICOMIO DE CONXO (1891) (EXTRACTO TOMADO DEL FONDO DEL MANICOMIO DE CONXO. ARQUIVO DIOCESANO DE COMPOSTELA)

Artículo 38.—*El enfermero de guardia diurna tendrá a su cargo preparar con el practicante las aplicaciones de los baños y de las duchas.*

Artículo 99.—*Las aplicaciones hidroterápicas se verificarán igualmente a presencia del Médico y del practicante. También prestará en estos casos su asistencia a las enfermas la Hija de la Caridad que se halle de servicio.*

Artículo 100.—*El número, clase y duración de los baños que hayan de administrarse a cada enfermo, se expresarán en el recetario general.*

Las horas ordinarias de baño serán de nueve a once de la mañana, y de cuatro a seis de la tarde, debiendo combinarse las horas para que los enfermos de uno y otro sexo puedan utilizar este medio de curación con comodidad e independencia.

Artículo 101.—*El arsenal de instrumentos quirúrgicos y los aparatos de hidroterapia se instalarán y ordenarán bajo la dirección del Médico.*

El practicante estará encargado bajo su responsabilidad de la custodia, conservación y limpieza de los efectos destinados a dichos servicios, y de formalizar anualmente por duplicado los inventarios de los mismos.

ALGUNAS FIGURAS DE LA APLICACIÓN DE LA HIDROTERAPIA A LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS Y MENTALES EN ESPAÑA (FINALES DEL SIGLO XIX Y PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX)

Son impulsores de la Hidroterapia científica en España, Luis de Castellarnau (Barcelona), que regentó Institutos de Hidroterapia y realiza abundante obra escrita, el médico Manuel Manzaneque, que publica varios trabajos (1908) sobre el tratamiento hidrotermal en «el neurosismo y la neurastenia» y las enfermedades nerviosas (5,6,7).



Sala de hidroterapia de manicomio de Conxo. A la derecha se aprecia una ducha de círculos, indicada en «bisterismo, asma nerviosa, anestesia cutánea y sonambulismo».

Otra figura para destacar es el neuropsiquiatra Xercavins Rius (1855-1937). Fue director del manicomio de la Santa Creu de San Andrés y vincula el trabajo en las instituciones manicomiales y las prácticas hidroterápicas que se realizaron en gabinetes hidroterápicos y en balnearios y casas de baños.

CONCLUSIONES

El tratamiento hidroterápico (en sus diferentes modalidades) fue ampliamente utilizado y muy regulado en su uso en los Manicomios de finales de siglo XIX y primeras décadas del siglo XX (en nuestro trabajo nos hemos centrado en el manicomio de Conxo en Santiago, que además parece trató de usar un balneario cercano).

Al mismo tiempo y, aunque aún estaría pendiente de un análisis más exhaustivo y pormenorizado, fue surgiendo toda una red de Institutos de Hidroterapia, gabinetes de Enfermedades Nerviosas y mentales, Balnearios y Casas de Baños a los acudían personas con numerosos problemas de orden neurótico (diagnosticados o etiquetados como histeria, neurosismo, neurastenia... –aunque también hay diagnósticos de monomanías–...) y psicósomático (reumatismo nervioso, clorosis, dispepsias, herpetismo, parálisis...) en donde eran diagnosticados y/o tratados por los médicos de estos gabinetes del período que va desde la Restauración a la Segunda República (1875 a 1931).

NHC	F.Ingreso	Sexo	Diagnostico	Tratamiento
229	1890	M	Locura genital	Bromuro de sodio +baños.
250	1890	H	Manía	Baños.
257	1890	H	Delirio	Baños.
264	1890	H	Locura alcoholica	Evacuación sanguínea +baños prolongados templados +bromuro dosis elevadas.
307	1891	M	Locura histérica	Bromurados + hidroterapia.
289	1891	H	Paralisis general	Baños templados + bromuro potásico.
294	1891	M	Manía	Bromurados + baños tibios prolongados.
344	1892	M	Locura puerperal	Bromurados + baños tibios prolongados.
363	1892	M	Delirio cronico	Bromuro potásicos + baños prolongados.
454	1892	H	Manía	Bromuro potásico + baños tibios prolongados + compresas frias en la cabeza
495	1893	H	Manía	Bromurados + baños prolongados, opioides + afusiones frías, tónicos.
469	1893	H	Manía	Bromuro potásico + baños.
521	1894	M	Locura histérica	Baños tibios + bromuro potásico.
534	1894	H	Manía	Bromuro potásico en dosis crecientes + baños tibios + compresas frías en la cabeza.
1338	1909	H	Manía	Baños tibios prolongados + compresas frías en la cabeza.
1362	1909	H	Melancolía	Hidroterapia + vejigatorios.
1657	1914	H	Parálisis general	Baño + una toma de Luminal.
1368	1909	H	Melancolía simple	Morfina en dosis crecientes + duchas generales + vejigatorios en la nuca.
1603	1914	H	Manía	Hidroterapia + psicoterapia
1610	1914	H	Melancolía	Hidroterapia
1627	1914	M	-----	Baño muy caliente prolongado + climatoterapia + tomas de Luminal
1820	1915	H	Mania aguda	Hidroterapia + baños calientes prolongados
1677	1915	M	Locura puerperal	Ducha vaginal caliente + 28 inyecciones de cacodilatos???

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustos, T. Simón, D. Estévez, X. Muñoz, C. Sobre «baños tibios prolongados», balnearios y locura en Galicia (finales del siglo XIX y primeros años del siglo XX)». En: VVAA (eds.): Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia del siglo XXI. Bilbao: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013; 375-386.
2. Castellarnau, L. Estudios teórico-clínicos de las enfermedades nerviosas tratadas por la hidroterapia. Barcelona: España y C^a, 1884.
3. Gago A. El Hospital de Conxo. Una historia de la psiquiatría. Santiago. Imprenta la Ibérica, Fundación Pfizer, 2010.
4. Arquivo Diocesano de Santiago. Caja 1. Fondo Manicomio de Conxo. Carpeta 1.7. Junta de Gobierno. Presupuestos ordinarios de Gastos/Ingresos 1896-1918. En Presupuestos. Gastos 1896. « Botiquín, medicamentos, aparatos y balneario» .
5. Manzaneque, M. Tratamiento hidrotermal del neurosismo y de la neurastenia. Madrid: Imprenta Ricardo Rojas, 1908.
6. Manzaneque, M. Consideraciones sobre la indicación de las aguas mineromedicinales en las enfermedades del sistema nervioso. Arch. Españoles de Neurología, Psiquiatría y Fisioterapia Tomo II, 1911.
7. Manzaneque, M. Bocetos Médico-hidrológicos. Madrid: Imprenta de Ricardo de Rojas, 1912; pp. 133-144.

«ARTE, CLÍNICA E HISTORIA»: UNA APUESTA MULTIDISCIPLINAR POR LAS EXPOSICIONES TEMÁTICAS

Cándido Polo Griñán*

Uno de los planteamientos de partida del comité organizador de las XII Jornadas de Historia de la AEN fue establecer un territorio común de encuentro entre las dos culturas —ciencias y humanidades—, para reivindicar la proximidad que siempre existió entre la psiquiatría y las artes. Gracias una vez más a la generosa colaboración de la Universidad de Valencia, este acercamiento pudo producirse en las instalaciones más adecuadas para cada una de las actividades previstas en el programa del congreso. Así, las sesiones científicas, asambleas y actos protocolarios de nuestra asociación tuvieron lugar en el emblemático *Institut de Història de la Ciència López Piñero*, ubicado en el acogedor Palacio de Cerveró. Allí fue instalada también una muestra sobre la evolución histórica de los tratamientos médicos y procedimientos terapéuticos denominada «La piedra de la locura», a cargo de los profesores Enric Novella y Javier Balaguer, que guiaron en repetidas ocasiones a sucesivos grupos de visitantes. Las ponencias y comunicaciones del último día, así como la sesión de clausura se desarrollaron en el cercano *Centre Cultural La Nau*, sede histórica de la Universitat de València que puso a nuestra disposición todos sus espacios y recursos escénicos para hacer posible una magna exposición temática. En efecto, «La Nave de los locos» a cargo de los comisarios Ana Hernández y Cándido Polo, se sirvió de la estela metafórica de la *Stultifera Navis* (Sebastian Brant, 1494) —una de las principales obras literarias del Humanismo renacentista—, para establecer su itinerario espaciotemporal. Sin duda un arquetipo bien consolidado por su proyección en la cultura universal, que nos ha servido para reconstruir la asistencia a la locura desde aquellos tiempos y resaltar su trascendencia social.

La propuesta tuvo un interés particular en la ciudad que sirvió de sede a las jornadas por el destacado protagonismo de la sociedad valenciana en el inicio de una atención humanitaria a los enfermos mentales en el Occidente cristiano, desde la fundación pionera del *Spital dels Ignoscents* a principios del siglo XV. Su evolución a lo largo de seis siglos nos ha permitido conocer la interacción dialéctica de razón y la sinrazón en el curso del tiempo a través de los sucesivos escenarios donde tuvo lugar la atención médica, que constituyen cuatro modelos hasta nuestros días: el hospital, el asilo, el manicomio

* Psiquiatra. Valencia. candidopolo51@gmail.com

y el psiquiátrico. Sin olvidar la innegable presencia de las entidades normativas, mucho más poderosas obviamente que el circuito sanitario, desde la Inquisición hasta los organismos sucesivos que han regulado la función de las «instituciones totales» hasta nuestros días. Así pudo indagarse la degeneración ritual en situaciones represivas nada ejemplares, apartadas del progreso científico y los avances médicos, ya fuera desde la humillación carnavalesca o la sumisión en las festividades religiosas; o aún peor, desde el castigo carcelario en jaulas y celdas de aislamiento manicomial ajenas a cualquier criterio de asistencia. Hasta los modernos hospitales psiquiátricos, que al centrarse exclusivamente en la mejora ambiental olvidaban la perpetuación de la maquinaria alienante a finales de la Dictadura franquista, o incluso más allá de la Transición. Para poder contrastar este proceso pudimos contar con una amplia documentación conservada celosamente siglo a siglo en diversos archivos y corporaciones locales, así como con numerosas publicaciones, reliquias y objetos representativos, además de los vestigios arquitectónicos que han podido conservarse hasta hoy. Sin dejar de lado la abundante representación mediática del proceso desinstitucionalizador en la última etapa, alternando prensa y revistas con un variado muestrario de producciones artísticas —desde la pintura hasta el cine, y desde la fotografía hasta el cómic—, para ilustrar los rostros de la locura, el universo maldito del manicomio y el fracaso de la psiquiatría autoritaria.

El contenido de ambas exposiciones ha quedado recogido en un espléndido catálogo bilingüe —*La Nau dels bojos. Una odissea de la desraó*¹— publicado por la Universitat de València, que recientemente ha merecido el «Premio a la mejor edición universitaria» en 2023 por parte de la *Xarxa Joan Lluís Vives*, anualmente otorgado por la red de universidades catalanas entre sus 22 instituciones académicas. Pero no habríamos podido exhibir este largo y sinuoso recorrido ni seguir la estela de aquella embarcación literaria y sus enseñanzas morales, sin la fértil asociación del psicoanálisis y las vanguardias artísticas, para interpretar las numerosas obras que ilustran la crónica de nuestros navegantes en su empeño por retornar a la comunidad desde su odisea marginal. Ninguna imagen mejor para poner fin a la insensata travesía que la muestra paralela de aquella *Sultifera Navis*, un conjunto escultórico de naves varadas en el claustro de la Universidad valentina con el que se ponía fin a su brillante aportación arqueológica. «Los restos del naufragio» eran, en efecto, un expresivo montaje surgido de la inspiración de Patricia Gómez y M.^a Jesús González desde su activista dedicación a los escenarios marginales en desuso, de la que ya nos habían dado una primera aproximación con su brillante «Espejo del mundo»². También en este caso mediante una brillante

¹ *La Nave de los locos. Una odissea de la sinrazón*, Universitat de València, 2023. ISBN 978-84-9133-466-8

² *Espill del mon. Restes del naufragi*, Universitat de València, 2023. ISBN 978-84-9133-499-6

composición especular y caleidoscópica obtenida entre las dependencias sanitarias del Hospital psiquiátrico de Bétera, cuyo abandono ha hecho posible un recorrido retrospectivo de aquel delirio institucional sin más argumentación ideológica que el silencio elocuente de la nada y la poética corrosión de la intemperie. Más de 32.000 visitantes han recorrido estas diferentes exposiciones, participando igualmente muchos de ellos en las sucesivas mesas de contenido multidisciplinar que se programaron para un público heterogéneo y diverso. Todo ello con carácter gratuito y abierto, en línea con las tendencias de participación transversal y solidaria que se entroncan con la mejor tradición de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y las nuevas corrientes de interés por la salud mental.

IMÁGENES

Fotos David Simón Lorda y Óscar Martínez Azumendi



Conferencia inaugural. Elisabetta Basso y Enric Novella.



María Batalla, Joaquín Gil, Álvaro Múzquiz y Marcos Bonet.



Homenaje a Antonio Rey. Lorenzo Livianos, Antonio Rey, Enric Jordá y Olga Villasante.



Ruth Candela, Olga Villasante y Esther Lavara.



David Simón, Esther Lavara, Javier Balaguer y María Batalla.



Explicaciones de Enric Novella y Javier Balaguer de *La piedra de la locura*.
Palau Cerveró.



Óscar Martínez, Ricardo Campos, Rafael Huertas y Andrés Porcel.



Patio del Centro Cultural La Nau (Universidad de Valencia).



Visita a la exposición *Estultifera Navis*.



Visita a la exposición *Estultifera Navis*.



Explicaciones de Cándido Polo durante la visita a la exposición *Estultifera Navis*.



Conferencia de clausura. Graciela García y Ana Hernández. Capella de la Sapiència.



Instalación *Espejo del mundo*, de M.^a Jesús González y Patricia Gómez.



Ruth Candela (vicepresidenta sección historia AEN),
Olga Villasante (expresidenta sección historia AEN),
Ana Conseglieri (presidenta sección historia AEN)

PROGRAMA
XII Jornadas de la Sección de Historia
de la Asociación Española
de Neuropsiquiatría

PROGRAMA



ROSSANA ZAERA, A SUS PIES (2008)

XII JORNADAS DE LA SECCIÓN DE HISTORIA DE LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

ARTE, CLÍNICA E HISTORIA

VALENCIA, 26, 27 Y 28 DE MAYO DE 2022

PALAU DE CERVERÓ / CENTRE CULTURAL LA NAU
INSTITUT INTERUNIVERSITARI LÓPEZ PIÑERO
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

JUEVES 26 DE MAYO (SALÓN DE ACTOS, PALAU DE CERVERÓ)

16 - 17 CONFERENCIA INAUGURAL

ELISABETTA BASSO

EL ANÁLISIS EXISTENCIAL EN LA HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA FENOMENOLÓGICA

PRESENTA: ENRIC NOVELLA

17 - 18.30 HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA

ÁLVARO MÚZQUIZ

LA IMPULSIVIDAD: HISTORIA Y ONTOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

JOAQUÍN GIL

EL DISCURSO PSICOPATOLÓGICO EN TORNO AL SUICIDIO EN LA POSGUERRA ESPAÑOLA

MARÍA BATALLA, ANDRÉS PORCEL Y ENRIC NOVELLA

FILOSOFÍA Y ANÁLISIS EXISTENCIAL EN LA OBRA DE ROMÁN ALBERCA

MODERA: MARCOS BONET

19 - 20 SESIÓN ESPECIAL

ANTONIO REY Y LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA

PARTICIPAN: ENRIC JORDÁ, LORENZO LIVIANOS Y OLGA VILLASANTE

VIERNES 27 DE MAYO (SALÓN DE ACTOS, PALAU DE CERVERÓ)

9.30 - 11 HISTORIA ORAL Y TESTIMONIOS

ANDRÉS PORCEL Y MARGARITA MEDINA

'¿CÓMO TE LO CONTARÍA YO?': TESTIMONIO DIRECTO E HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

OLGA VILLASANTE Y RUTH CANDELA

*'YO NO NACÍ PARA LOCO, NI PARA POBRE': EL TESTIMONIO DE UNA DÉCADA EN LEGANÉS
(1911-1924)*

JULIA ÁLVAREZ-ARENAS Y ANA CONSEGLIERI

*LAZOS INSTITUCIONALES Y RELACIONES EPISTOLARES: JESUSA PERTEJO Y SU ETAPA
VALENCIANA (1957-1971)*

MODERA: ESTHER LAVARA

11.30 - 13 LAS ARQUITECTURAS DE LA EXCLUSIÓN

TANIT CASTELLS

LOS DEPARTAMENTOS DE ORATES EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CREU DE BARCELONA EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XIX

JOSEP M. COMELLES Y JOSEP BARCELÓ

LA CONSTRUCCIÓN DEL MANICOMIO MODELO DE BARCELONA: DE BRIERRE DE BOISMONT A PI I MOLIST (1835-1860)

ELENA MARTÍNEZ MILLANA

REFLEXIONES EN TORNO A LA ARQUITECTURA DEL AISLAMIENTO

MODERA: MARGARITA MEDINA

13 - 14 ASAMBLEA DE LA SECCIÓN DE HISTORIA DE LA AEN

16 - 17.30 LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS

JAVIER BALAGUER

LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LOS TRATAMIENTOS DE CHOQUE

ESTHER LAVARA

LA PSICOCIRUGÍA EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS VALENCIANAS

DAVID SIMÓN, CRISTINA PERNAS, SABELA ARMESTO Y FERNANDO VÁZQUEZ

LOS TRATAMIENTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN GALICIA DURANTE EL FRANQUISMO (1939-1965)

MODERA: ANDRÉS FORCEL

18 - 18.30 VISITA GUIADA A LA EXPOSICIÓN *LA PIEDRA DE LA LOCURA*

18.30 - 20 LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA DEL FRANQUISMO A LA TRANSICIÓN

SILVIA LÉVY, MIGUEL HUERTAS-MAESTRO Y RAFAEL HUERTAS

RELACIONES INTERNACIONALES Y POLÍTICA ACADÉMICA: LA CORRESPONDENCIA ENTRE JACOB LEVY MORENO Y RAMÓN SARRÓ

ÓSCAR MARTÍNEZ AZUMENDI

UNA MIRILLA ABIERTA A LA COTIDIANIDAD INSTITUCIONAL DE LOS MANICOMIOS ESPAÑOLES: LAS PUBLICACIONES DE PACIENTES (1960-1989)

RICARDO CAMPOS

ENFERMEDAD MENTAL, RECLUSIÓN PENITENCIARIA Y REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA (1978-1995)

MODERA: MARÍA BATALLA

SÁBADO 28 DE MAYO (CAPELLA DE LA SAPIÈNCIA, CENTRE CULTURAL LA NAU)

9.30 - 11.30 ARTE Y LOCURA

JULEN IBARBURU

REPRESENTACIONES DE LA HISTERIA EN EL SIGLO XVIII: LOCURA Y GÉNERO EN TORRES
VILLARROEL

MARCOS BONET

LA HIPNOSIS EN EL CINE: ARCHIVILLANOS, HYPNOTIC HORROR Y TECNOLOGÍAS HIPNÓTICAS
PARA 'METERSE EN LA PELÍCULA'

PEDRO J. TRUJILLO

LAS EXPOSICIONES DE ARTE PSICOPATOLÓGICO ORGANIZADAS POR GONZALO RODRÍGUEZ
LAFORA

MIRIAM BAQUERO, ANA CONSEGHERI Y RAFAEL HUERTAS

LA REIVINDICACIÓN DE VIDAS VIVIBLES EN LA LITERATURA A TRAVÉS DE LA OBRA DE
ANNEMARIE SCHWARZENBACH

ANA RAQUEL LEIVA

OSAMA, THE KING. UNA EXPERIENCIA DE ART BRUT

MODERA: CÁNDIDO POLO

12 - 13 VISITA GUIADA A LA EXPOSICIÓN *LA NAVE DE LOS LOCOS*

13 - 14 CONFERENCIA DE CLAUSURA

GRACIELA GARCÍA MUÑOZ

EL ART BRUT COMO ESCUELA DE DESAPRENDIZAJE

PRESENTA: ANA HERNÁNDEZ

18 - 19.30 PROYECCIÓN DEL BALLET *DAS NARRENSCHIFF (LA NAVE DE LOS LOCOS)*

BALLET DE NÚREMBERG / ORQUESTA FILARMÓNICA ESTATAL DE NÚREMBERG (2021)

CONCEPCIÓN Y COREOGRAFÍA: GOYO MONTERO

(AULA MAGNA, CENTRE CULTURAL LA NAU)

RELACIÓN DE POSTERS

Laura García Viña, Ana Ribera Sánchez, Teresa González Brao y Sara Piñeiro Vázquez
Brian Wilson: Un recorrido musical a través de la enfermedad mental

Fernando Vázquez, Sabela Armesto, Cristina Pernas y David Simón
Hi, How are you? I'm Daniel Johnston: Análisis psicobiográfico y del universo creativo del artista

Cristina Pernas, David Simón y Sabela Armesto
Intentos de renovación y modernización de la enfermería psiquiátrica en el Tardofranquismo: Los hermanos holandeses en Toén (1971-1975)

Sabela Armesto, Cristina Pernas, Fernando Vázquez y David Simón
Hidroterapias en la atención psiquiátrica: Nuevas y viejas stories

Teresa González Brao, Sara Piñeiro Vázquez, Ana Ribera Sánchez y Laura García Viña
Marilyn Monroe: su obra a través de la enfermedad mental

Ignacio Bañuls-Miquel, M.I. López-Quiroga, I. Santana-Arencibia y A. Reyre
Entre el sentimiento oceánico y el síndrome de Stendhal

Ana Ribera Sánchez, Laura García Viña, Teresa González Brao y Sara Piñeiro Vázquez
Van Gogh: su obra a través de la enfermedad mental

Ana Ribera Sánchez, Sara Piñeiro Vázquez, Laura García Viña y Teresa González Brao
Virginia Woolf: su obra a través de la enfermedad mental

CONFERENCIANTES



ELISABETTA BASBO ES INVESTIGADORA MARIE SKŁODOWSKA-CURIE EN LA ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE DE LYON, DONDE DESARROLLA UN PROYECTO SOBRE LA FENOMENOLOGÍA EN LA OBRA TEMPRANA DE MICHEL FOUCAULT. SUS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN SE CENTRAN EN LA RELACIÓN ENTRE LA ANTROPOLOGÍA, LA FENOMENOLOGÍA Y LA PSICOPATOLOGÍA EN EL PENSAMIENTO FILOSÓFICO DE LOS SIGLOS XX Y XXI.



GRACIELA GARCÍA MUÑOZ ES INVESTIGADORA Y COMISARIA ESPECIALIZADA EN ART BRUT Y ARTE OUTSIDER. SE DOCTORÓ EN 2010 CON LA TESIS PROCESOS CREATIVOS EN ARTISTAS OUTSIDER (IUCM) Y HA PUBLICADO EL LIBRO ARTE OUTSIDER. LA PULSIÓN CREATIVA AL DEBNUDO (2015). MANTIENE UN ESPACIO PERSONAL CON FORMATO DE BLOG DEDICADO A NOTICIAS Y REFLEXIONES SOBRE ARTE OUTSIDER.
WWW.ELHOMBREJAZMIN.COM

EN TRÁMITES PARA LA DECLARACIÓN DE ACTIVIDAD DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO POR LA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA DE LA GENERALITAT VALENCIANA

INSCRIPCIONES

LA INSCRIPCIÓN SE REALIZARÁ CUMPLIMENTANDO EL SIGUIENTE [FORMULARIO](https://forms.gle/JSNUYRWNs473EH27) ([HTTPS://FORMS.GLE/JSNUYRWNs473EH27](https://forms.gle/JSNUYRWNs473EH27)) Y REMITIENDO EL JUSTIFICANTE DE PAGO AL CORREO JORNADASHISTORIAAEN2022@gmail.com.

EL PAGO DE LAS INSCRIPCIONES SE REALIZARÁ POR TRANSFERENCIA BANCARIA, INDICANDO EL NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA INSCRITA, A FAVOR DE LA FUNDACIÓN DE LA ESCUELA DE SALUD MENTAL DE LA AEN:

IBAN: ES70-0075-0080-1-0601 609762

CENA DE LAS JORNADAS

LA CENA DE LAS JORNADAS SE CELEBRARÁ EL VIERNES 27 DE MAYO TRAS LA FINALIZACIÓN DE LAS SESIONES EN UN LOCAL CERCANO AL PALAU DE CERVERÓ.

ALOJAMIENTO

LA ORGANIZACIÓN DISPONE DE UN CUPO DE HABITACIONES PARA LAS NOCHES DEL 26 Y EL 27 DE MAYO DE 2022 EN EL HOSTAL ANTIGUA MORELLANA, MUY CERCANO A LAS DOS SEDES DE LAS JORNADAS (60 EUROS/NOCHE EN HABITACIÓN INDIVIDUAL SA). PARA RESERVAR HA ENVIARSE UN CORREO A M.CARMEN.RICOS@UV.ES.

CUOTAS	HASTA EL 31 DE MARZO DE 2022	A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2022
SOCIOS AEN	60	80
NO SOCIOS AEN	80	100
RESIDENTES/BECAARIOS/JUBILADOS	30	50
ESTUDIANTES DE GRADO	0	0

COMITÉ CIENTÍFICO

JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ
RICARDO CAMPOS
RAFAEL HUERTAS
ÓSCAR MARTÍNEZ AZUMENDI
JAVIER PLUMED
ANTONIO REY
DAVID SIMÓN
OLGA VILLASANTE

COMITÉ ORGANIZADOR

JAVIER BALAGUER
MARÍA BATALLA
MARCOS BONET
ESTHER LAVARA
MARGARITA MEDINA
ENRIC NOVELLA
CÁNDIDO POLO
ANDRÉS PORCEL



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN "LA CLÍNICA DE LA SUBJETIVIDAD: HISTORIA, TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOPATOLOGÍA ESTRUCTURAL" (PID2020-113356GB-I00)

ISBN: 978-84-95287-66-3



9 788495 287663



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS / 67