

# HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA MURCIANA

FRANCISCO MARTÍNEZ PARDO Y LEONOR COY FUSTER



# HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA MURCIANA

POR

FRANCISCO MARTÍNEZ PARDO

Y LEONOR COY FUSTER

Y

LUIS VALENCIANO GAYÁ(+),  
MATÍAS VALVERDE GARCÍA,  
RAIMUNDO MUÑOZ PÉREZ,  
MIGUEL SANTIUSTE DE PABLOS,  
JOAQUÍN NIETO MUNUERA,  
LUIS LÓPEZ SÁNCHEZ,  
JUAN ANTONIO AZNAR MOYA,  
CONCEPCIÓN GÓMEZ-FERRER GÓRRIZ,  
ANTONIO FERNÁNDEZ MORENO,  
JOSÉ HERNÁNDEZ MARTÍNEZ,  
SOFÍA RUIZ FABEIRO,  
FRANCISCO TOLEDO ROMERO,  
JULIÁN OÑATE GÓMEZ,  
PEDRO POZO NAVARRO,  
JOSÉ MANUEL PEÑALVER MELLADO,  
MARIO ARNALDOS PAYÁ  
Y CARLOS GIRIBET MUÑOZ



IMPRIME: Imprenta Regional de Murcia



D.L.: MU-2.032-2007

## PRIMERA PARTE

Puede parecer algo presuntuoso intentar hacer nada menos que la historia de la Psiquiatría Murciana y de hecho lo sería si no tuviésemos a nuestro alcance el magnífico trabajo del Dr. Luis Valenciano titulado “Datos para la historia de la Asistencia Psiquiátrica en Murcia” editado en 1975 por la Academia Alfonso X el Sabio. Como alguno de nosotros fuimos testigos presenciales de la gestación de aquel trabajo, sabemos bien lo arduo y concienzudo que fue, vaciando datos del Archivo Municipal y del Provincial. Lo más difícil ya está hecho y sentimos la responsabilidad de pasar el testigo a la generación siguiente con los deberes hechos, dando cuenta de aquello que hemos vivido para que las cosas no queden en el olvido.

Al mismo tiempo nos gustaría que esta obra sirviera de homenaje a los maestros, Román Alberca, Luis Valenciano, Demetrio Barcia y José María Morales, que tienen por derecho propio un lugar muy destacado en esta historia. Y que por otro lado fuera un acicate para que alguien, después, al cabo de no sé cuantos años, continúe esta tarea.

La historia de la psiquiatría ha estado y sigue teñida por el miedo a la enfermedad mental, a padecerla uno mismo o, también, en mayor proporción, a la enfermedad mental de los otros, a la locura en general. Ese miedo atávico y ancestral, que profundamente aterroriza al ser humano a través de los tiempos ha estado siempre presente en la historia de nuestra especialidad y sin entender eso no podríamos dar cuenta de todos los avatares sufridos por el enfermo mental.

Los precursores del psiquiatra fueron primero el hechicero, el curandero, el chamán, que expulsaba del cuerpo del paciente a espíritus perversos o terribles fuerzas malignas, siguiendo las creencias y los ritos de las religiones animistas. Posteriormente fueron los sacerdotes-médicos cuando la población se asienta en las polis.

La medicina antigua reconoció desde siempre la influencia de la psique sobre el cuerpo, pensando que el enfermo sufría un castigo por haber transgredido la ley divina, alojando en el cuerpo a un demonio que es preciso exorcizar. Cada pueblo ha

tenido su Dios sanador, al menos uno, para recobrar la salud perdida. En el mundo primitivo la medicina caminó siempre emparejada con la religión. Los egipcios invocaron a Seckhmet, los hindúes a Vishnú-Rama y los griegos a Apolo, mientras hoy se pueden dirigir los mismos ruegos a la Virgen de Fátima o de Lourdes.

Sumerios y babilonios atribuyeron sus enfermedades a la presencia de demonios introducidos en el cuerpo de los enfermos. En otro tiempo fueron los chamanes médicos, sacerdotes y místicos a la vez. La palabra chamán deriva del idioma de los evenkis, un grupo de pastores y cazadores de renos de Siberia. En 1991 apareció en un glaciar de los Alpes austríacos un cuerpo congelado y momificado de 5.000 años de antigüedad. Por los tatuajes en la piel, la cinta de cuero que portaba un disco de piedra y setas medicinales pudo averiguarse que era un chamán en viaje para curar a un enfermo. Son nuestros antepasados los primeros médicos del alma y del cuerpo, mitad mago, mitad médico y también psiquiatra en cuanto que se ocupaba de las dolencias del espíritu.

La posesión diabólica es el agente patógeno más antiguo y socorrido del mundo. La esquizofrenia, la epilepsia, la histeria, cualquier sintomatología psiquiátrica ha sido siempre buena para imputarle un origen divino o diabólico. Aún hoy la Iglesia Católica a pesar de haber anunciado en 1999 que el cielo no es un lugar y que el demonio no existe, sigue practicando exorcismos todavía en algunos casos, con el Ritual Romano del Exorcismo que data de 1614 conminando al demonio a abandonar el cuerpo del poseído tras la orden de expulsión en nombre de Jesucristo. En culturas antiguas como las de los esquimales y los indios chiricahuas los chamanes se dedican a curar enfermedades derivadas de la pérdida del alma o de una de las almas del paciente.

Pero afortunadamente hoy la Psiquiatría es una especialidad médica y las enfermedades mentales tienen orígenes naturales, sean más o menos conocidos. En eso estamos, en tratar de conocerlos a fondo.



## PRIMERA PARTE

### CAPÍTULO 1

LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA UNIVERSAL

### CAPÍTULO 2

DATOS PARA LA HISTORIA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN MURCIA

### CAPÍTULO 3

LA VIDA DEL MANICOMIO PROVINCIAL

### CAPÍTULO 4

D. BERNABÉ GUERRERO CABALLERO, (1858-1911)

PRIMER PSIQUIATRA MURCIANO

### CAPÍTULO 5

LOS PRECEDENTES: D. BERNABÉ GUERRERO CABALLERO  
Y CIENTO AÑOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

### CAPÍTULO 6

EL SANATORIO DE LOS DOCTORES RAIMUNDO MUÑOZ



## CAPÍTULO 1

### LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA UNIVERSAL

“A quienes los Dioses quieren destruir primero los vuelven locos”

DR. F. MARTÍNEZ PARDO

---



La Medicina surgió en Sumer lo mismo que las letras, las matemáticas, la legislación, la enseñanza, todo nació en Sumer. Los sumerios eran un pueblo de procedencia incierta que se asentó en la parte meridional de Mesopotamia y dieron origen al nacimiento del período de Uruk (3.500 años antes de J.C.) en el que comienza la escritura, origen de la posterior escritura cuneiforme. Las principales ciudades eran Kis, Lagash, Uruk, Ur (la ciudad donde nació Abraham), Umma, Suruppak y Nippur que se desarrollaron alrededor de un templo cada una, que a la vez era el centro económico de la ciudad. En Mesopotamia desde Sumer y Akad hasta el imperio Neobabilónico conviven desde muy pronto dos tipos de sanadores: el sacerdote-médico (iazu) y el médico-laico (azu) fundamentalmente quiropráctico. Al iazu corresponde ocuparse de las enfermedades causadas por los demonios y engendros infernales. Especialmente temidos son Pazuzu –provocador de epidemias– y Ekimu, cabecillas ambos de los “siete demonios-enfermedades”; Lamatsu, agresora de niños y mujeres embarazadas e Idta, maléfico genio causante de la locura.

En el Egipto antiguo ocurría algo semejante: muchas enfermedades se vinculaban con la voluntad divina como castigos de los olvidos de la devoción o por los pecados cometidos por los hombres y allí también la Medicina era una mezcla de recetas basadas en el empirismo, rituales litúrgicos y fórmulas mágicas. Pero los sacerdotes-médicos del país de los faraones no son tan estrictamente de condición sagrada ni desdennan como el iazu

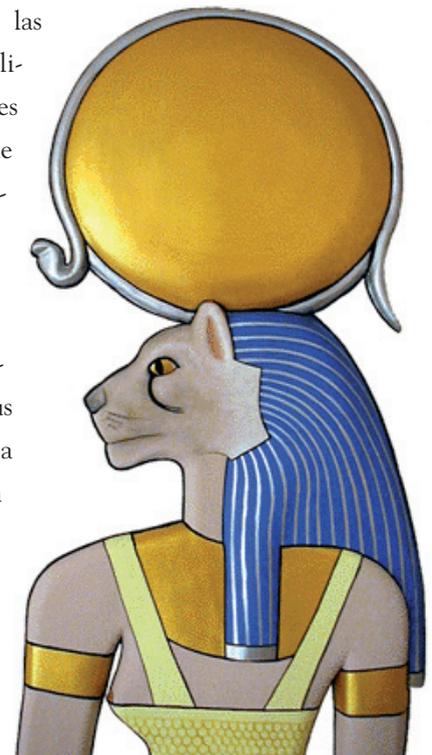


Chaman

los tratamientos quiroprácticos. Aunque sí podían vengarse de quienes los olvidaban u ofendían haciéndoles caer enfermos y también allí en Egipto la locura era una de las dolencias elegidas por los dioses para castigar a los mortales. Pero los egipcios ya saben que para enloquecer a los hombres esos perversos seres tienen que actuar sobre el cerebro, órgano que ya es elementalmente descrito en el Papiro Edwin Smith (XVIII dinastía, hacia 1550 a. C.) y al que se considera sede “de las funciones mentales”, aunque la fisiología egipcia considera el corazón el órgano más importante.

Para los hebreos, monoteístas, en el Deuteronomio se habla de que Jehová también castiga con la locura, lo que se confirma en el Libro de Samuel donde se refiere la locura del Rey Saúl como causada por un genio maléfico, mandado por Jehová para castigar la impiedad del rey hebreo.

En la India donde la cultura surge en el valle del Indo a mediados del tercer milenio antes de C. es Siva quien envía las fuerzas malignas y durante buena parte del período brahmánico (800 a. C. a 1.000 d. C.) los textos médicos no hacen una verdadera diferenciación entre las adquisiciones y elaboraciones empírico-rationales y las creencias mágico-religiosas. Pero la India es una unidad aparente de realidad plural, constituida por una gran variedad de razas, lenguas y religiones, procedentes de la sucesiva invasión de tribus de familia indoeuropea que descendieron de la meseta del Asia Central, una de las cuales se asentó en Persia y otra se dispersó por la llanura entre el Indo y el Ganges, donde flo-



Sekmet



Siva

reció la cultura aria que se plasmó en los libros de Los Veda, que contienen todos los conocimientos que el mismo Brama reveló a los santos hindúes y que los sacerdotes transmitieron de generación en generación, hasta que la India conoció la escritura allá por el siglo VIII antes de nuestra Era. El aspecto más interesante de la cultura hindú es la práctica del yoga y es muy posible que muchas de las disciplinas del yoga surgieran de las prácticas chamánicas, como el control de la respiración y el empleo del ritmo, el sonido, las drogas y la danza para conseguir el calor interno que conduce al éxtasis.

En China muchas enfermedades requieren un tratamiento doble, médico y mágico y para ellos es tan importante tratar la parte natural de la enfermedad como la sobrenatural.

Por tanto, en general podemos resumir que en las primeras civilizaciones orientales el loco era, básicamente, un pecador, un impío que había abandonado sus deberes para con los dioses o los había ofendido y la locura era el castigo por sus culpas o su impiedad. Para curarse precisaba requerir los servicios de los sacerdotes-médicos que gracias a su doble condición podían interceder por el pecador-loco para el restablecimiento de la razón, moviendo al perdón a los dioses.

Lo que podemos llamar civilización occidental surge en La Hélade, la Grecia antigua, entre los siglos VI y V a. de C. Antes de eso tienen las mismas ideas procedentes de la Mesopotamia y de Egipto: son los dioses los que infligen o permiten las enfermedades y son los sacerdotes-médicos de Asclepios,

dios heleno de la Medicina los encargados de curar a sus semejantes, lo que llevan a cabo en los templos consagrados a Asclepios que funcionan simultáneamente como templos y como escuelas de Medicina.

## 1. EL ALMA Y LA ANTIGÜEDAD

La concepción del alma y los estados anímicos han tenido gran importancia para comprender la historia de la Psiquiatría en la Antigüedad. Hay que distinguir dos modelos, el filosófico y el médico.

### 1. El modelo filosófico

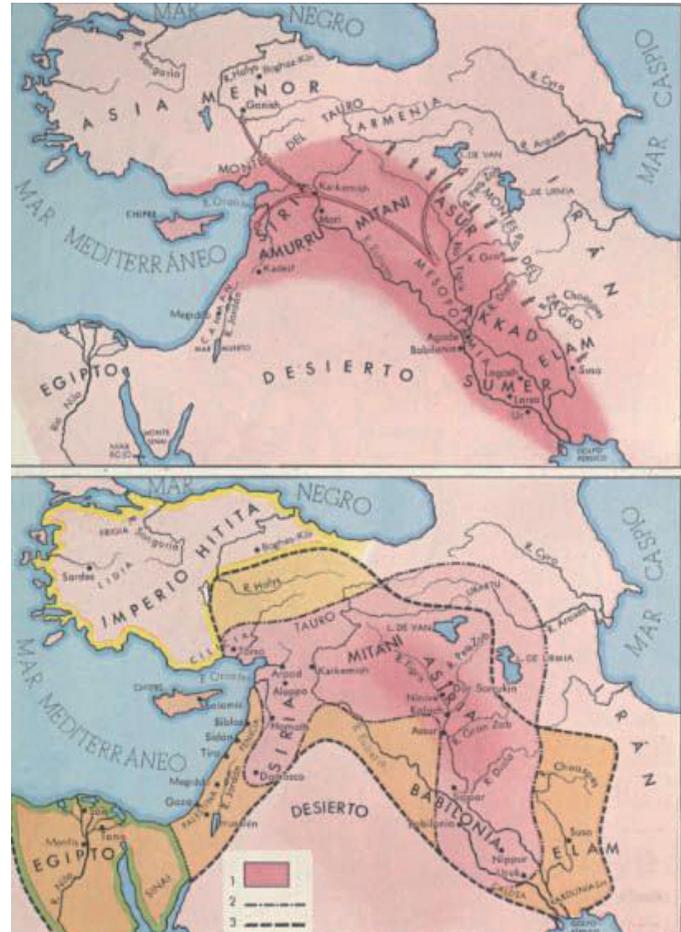
El alma, o la psique, al menos en sus estratos superiores, siempre fue considerada como algo cualitativamente distinto del cuerpo.

Platón (427-347 a. C.) estableció en “La República” tres almas diferenciadas: la apetitiva, la afectiva y la racional. El alma apetitiva acogía las necesidades más elementales de la persona, las relacionadas con la alimentación, el deseo sexual, el acopio de bienes materiales. El *alma afectiva* estaba dedicada al conocimiento de las cosas concretas y particulares, a las percepciones, a las emociones. El *alma racional* tenía a su cargo las funciones más elevadas: el conocimiento de lo más general y lo más abstracto.

Para cada una de ellas Platón estableció una imagen humana: el amante del lucro representaría lo apetitivo, el amante de la victoria lo afectivo y el amante de la sabiduría lo racional. Las dos almas inferiores estarían en contacto con el cuerpo, pero el alma racional sería inmaterial e inmortal.

Aristóteles concibió el alma de una manera más biológica que Platón, distinguiendo en ella tres estratos: *el vegetativo*, similar al alma de las plantas y del que dependerían las funciones del crecimiento, asimilación y reproducción; *el sensitivo* que compartiría el hombre con los animales y al que corresponderían las esferas sensitiva y motriz; y *el racional sólo presente en el hombre* y al que incumbirían las funciones intelectivas. Sólo este estrato sería inmaterial e inmortal.

La enfermedad de la psique tuvo siempre en el pensamiento filosófico la tendencia a ser considerada como un de-



Mesopotamia

fecto moral, como un desequilibrio de las distintas partes del alma, como el dominio de los estratos inferiores del alma sobre los superiores. Así, para Platón la enfermedad del alma equivalía a una serie de defectos: la cobardía, la intemperancia, la injusticia y la ignorancia, faltas que eran las opuestas a las cuatro virtudes cardinales platónicas: el coraje, la templanza, la justicia y la sabiduría.

Los filósofos prescribieron tratamientos físicos (dietas, ejercicios físicos, drogas medicinales como el opio, el vino o la mandrágora) pero utilizaron también métodos psíquicos como *la catarsis verbal persuasiva*, el empleo de la epodé, la palabra eficazmente sugestiva, concebida como “bello discurso” (logos kalós) y productora en el alma de *sophrosyne*, de ordenación bella y armoniosa de todos los ingredientes de la vida anímica.

Junto a esta actuación esclarecedora y reordenadora de las pasiones y emociones, ideas y creencias por medio de la palabra

llevada a cabo por Platón, la terapia aristotélica consistió en *la catarsis verbal violenta*, provocando por la palabra un estado de confusión y tensión emocional, y en llevar este estado hasta cierto acmé, para resolverlo luego de forma brusca mediante expresiones verbales adecuadas y oportunas. Esta catarsis facilitaba la expresión de los conflictos internos y estaba guiada por la ética del justo medio y del equilibrio tan cara a la filosofía aristotélica.

## 2. El modelo médico

El pensamiento médico antiguo, a diferencia del filosófico, tendió a considerar el alma como algo material. En el *Corpus Hippocraticum* el alma se presenta como una mezcla de agua y fuego.

Para Galeno todos los estratos anímicos incluidos los más elevados fueron ya plenamente materiales. El alma, de idéntica forma que el cuerpo, consistía también en la mezcla de los cuatro humores: sangre, pituita o flema, bilis amarilla y bilis negra o atrabilis: “la mayor o menor sagacidad en la parte lógica del alma –dice Galeno– depende de la complexión humoral... los que tienen una complexión humoral equilibrada tienen los movimientos del alma moderados y les es fácil la tranquilidad de carácter”.

En el modelo médico el tratamiento es fundamentalmente físico: dietas, fisioterapia y fármacos (el opio, el eléboro, el beleño y la mandrágora). Ejercicios evacuantes, baños, ventosas, sangrías, vómitos, diuréticos y purgantes, el vino, los masajes, los paseos, cataplasmas, baños de aceite de malva... En el capítulo psíquico la conversación, la lectura, la música y los viajes.

## 2. LA CULTURA MÉDICA GRIEGA

Tales de Mileto fue el más antiguo e ilustre de los siete sabios de Grecia. Vivió entre los años 624 y 546 antes de nuestra Era y aunque nada escribió, como Sócrates nos dejó un rico legado de conocimientos filosóficos, matemáticos y cosmológicos, secretos arrancados a babilonios y egipcios. Es el fundador de la Escuela Jónica que concibió la naturaleza como *physis*, origen y fin de todas las cosas en el mundo.



Apolo

Tras la escuela jónica de Tales de Mileto hay que resaltar la Escuela Itálica que Pitágoras (528 a 497 a. C.) fundó en Crotona que realizó importantes aportaciones en física, matemáticas, biología y anatomía y para nuestra historia hay que destacar la aportación de Pitágoras, la musicoterapia.

La Historia de la Medicina griega gira en torno a Hipócrates: antes, en y después de él.

La *Etapa pre-hipocrática* está marcada por la existencia de una medicina empírica junto a una medicina teúrgica y sacerdotal, practicada en los templos de Cos, Epidauro, Cnido y Pérgamo donde se internaba a los pacientes para que el sacerdote-médico pudiera interpretarles sueños reveladores. A



Tales de Mileto

pesar del carácter semi-divino atribuido a la locura en los primeros tiempos de la civilización helena, los templos de Asclepios fueron los primeros centros que acogieron y trataron a los enfermos mentales siendo las primeras escuelas de Medicina donde se habilitaron archivos para recoger las observaciones de los médicos.

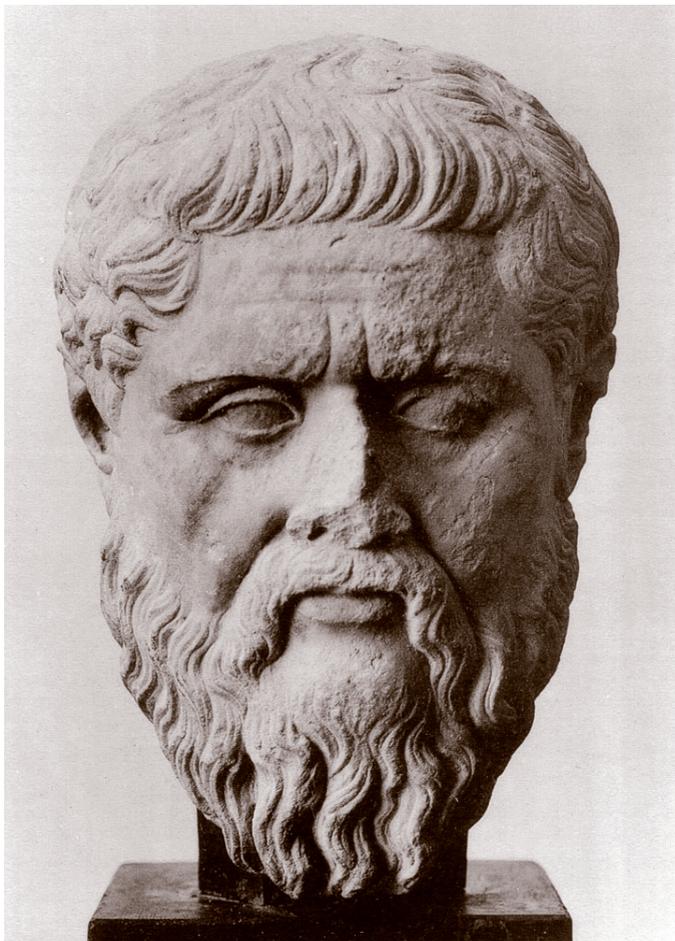
Aquellos sacerdotes ejercieron funciones de alienistas hasta que los enfermos salieron de los templos y fueron a la casa del médico: el conjunto de información que llegó a Hipócrates y después a Galeno fue una mezcla de observaciones objetivas, supersticiones, creencias religiosas, errores y prejuicios de todas clases. En la época pre-hipocrática la enfermedad mental tenía un origen moral; la depresión y la angustia eran el efecto de la cólera de los dioses. Pharmakon es la purificación a través de la purga, que permite al enfermo recibir de nuevo el favor de los dioses. Bajo la protección de Apolo y Prometeo los médicos formulaban el diagnóstico e instauraban el tratamiento de las causas físicas de las dolencias guiándose por criterios científicos pero no dejaban de neutralizar las influencias sobrenaturales que afectaban al enfermo porque Las Furias, Las Erinias y Las Euménides podían tener que ver con aquella locura. Entre los siglos VIII y V antes de nuestra Era, en la medicina griega, al igual que otras culturas antiguas todavía se confundían medicina y religión. Pero los griegos no estaban dispuestos a que tal estado de cosas permaneciese así: importaron el alfabeto y las artes de navegación de los fenicios, rompieron las cadenas del determinismo religioso ansiando verdad y libertad después de haber absorbido todo el conocimiento babilónico y egipcio. En época prehipocrática surgió la Psicofisiología, merced al impulso de Alcmeón de Crotona (siglo VI antes de nuestra Era). Distinguió entre venas y arterias y supo de la existencia de conductos que canalizan y reflejan las sensaciones, situando el centro de las mismas en el cerebro. Un siglo más tarde tomó el relevo Empédocles de

Agrigento (492-432 a. C.) para describir los cuatro elementos básicos, origen de todo: tierra, aire, agua y fuego. El grado de equilibrio entre estos cuatro elementos determina la salud y la enfermedad.

La Etapa hipocrática. Entre los años 600 y 400 antes de nuestra Era se produjeron en Grecia dos acontecimientos importantes: la riqueza material aumentó de manera espectacular y la mitología quedó relegada a la cultura y al arte. Por primera vez la medicina escogió la vía patogénica en vez de la mágica y el médico se puso a observar con sus cinco sentidos al explorar al paciente, enfrentándose al enfermo de forma racional y humana con el propósito explícito de curarlo. Fruto de ello fue la aparición del Juramento hipocrático, guía ética de la profesión médica: el médico ha de presentar un aspecto aseado y agradable, mostrarse serio y afectuoso, realizar su examen con cierto aire de superioridad y, sobre todo realizar el diagnóstico y tratamiento con calma y orden, ocultando al enfermo la mayoría de las cosas, darle las órdenes oportunas con amabilidad, reprenderle a veces estricta y severamente y animarle sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual. El médico no debe dar a los profanos más explicaciones que las estrictamente necesarias, pues podría dar lugar a enjuiciar el tratamiento. Con esta doctrina del Corpus hippocraticum todo cambió y a Hipócrates de Cos (460-370 a. C.) se le considera el padre de la Medicina, pero hoy sabemos que aunque el Corpus hippocraticum se atribuya a Hipócrates estuvo redactado en fechas distintas y por autores diversos. En la Grecia clásica los locos son enfermos y su locura una dolencia orgánica susceptible de recibir tratamiento médico. Y así seguirán las cosas en la Grecia helenística, en la etapa post-hipocrática.

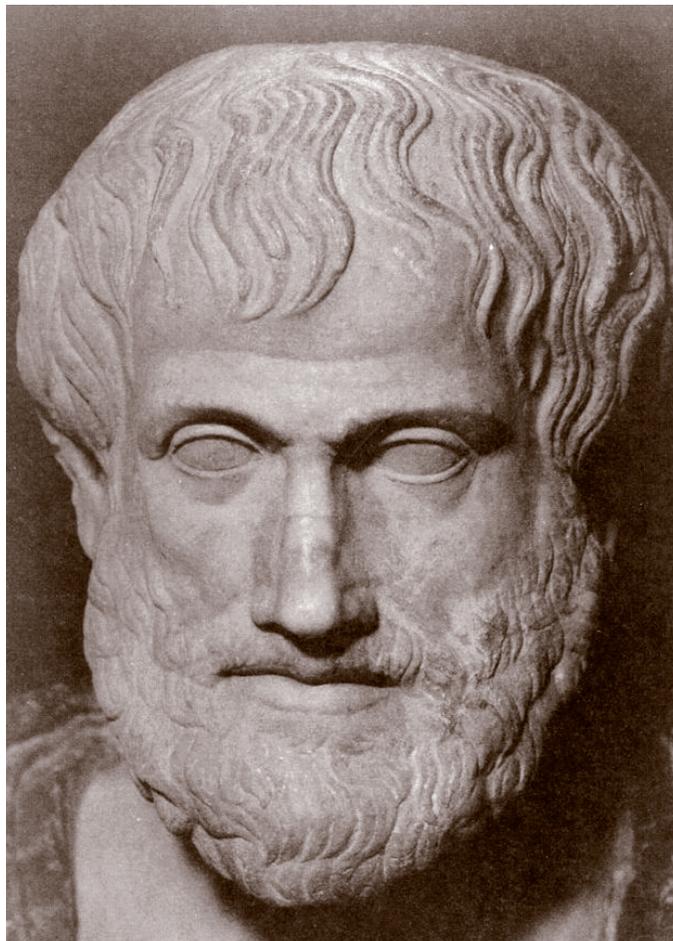
### 3. EL IMPERIO ROMANO

En la Roma Imperial no va a haber cambios con respecto al enfermo mental. Heredan las concepciones griegas y no habrá cambios cuando Roma sea capital del Imperio Romano de Occidente y Bizancio sea capital del Imperio Romano de Oriente. Roma, a través de sus conquistas absorbió el espíritu helenístico en la religión, el arte, el urbanismo, el teatro, la filosofía, la literatura.



Platón

En el año 80 antes de nuestra Era, Asklepiades de Bitinia, considerado el padre de la Psiquiatría, incorporó las curas de sueño inducidas por cansancio y aportó la música como arma terapéutica. Sorano de Efeso (s. I y II d. C.) representa la corriente humanitaria. Perteneciente a la Escuela Metódica según la cual la patología no depende de las alteraciones sufridas en las partes fluidas del organismo sino en las sólidas, en dicha escuela se propugnaba que los enfermos mentales no debían ser encerrados en habitaciones oscuras y mal ventiladas, ni encadenados siendo muy conveniente y eficaz tratarlos con paciencia y amabilidad y no someterlos a dietas rigurosas ni administrarles catárticos. Otro seguidor suyo fue Celio Aureliano, amigo de Cicerón y cuya “terapia metódica” se basaba en tres pilares: “música, amor y trabajo”.



Aristóteles

Pero también hubo partidarios de la terapia cruel como Aulo Cornelio Celso, cuyas pautas de tratamiento incluían encierros, oscuridad, cadenas, sangrías, catárticos y alguna que otra paliza, pretendiendo

que los enfermos mentales transformaran sus conductas por puro miedo. Como había más médicos romanos que pensaban como Celso que como Sorano, el tratamiento de las enfermedades mentales en la Roma Imperial fue más bien penoso. En la Ley Romana de “las doce tablas”



Asklepiades



Galeno

se decía que el enfermo mental considerado peligroso debía ser confinado “in carcere” no para castigarlo sino para contenerle.

En el año 180 antes de nuestra Era, Areteo de Capadocia había hecho una distinción entre la neurosis y la psicosis, describió la epilepsia, la jaqueca. Las enfermedades del alma más descritas en estas escuelas grecorromanas fueron la frenitis, locura aguda con fiebre y excitación; la letargia, otra locura aguda con fiebre pero con abatimiento; la melancolía y la manía se consideraron locuras crónicas, sin fiebre, con abatimiento y excitación, respectivamente. El tratamiento era físico, con dietas, fisioterapia, y fármacos amén de ataduras, azotes e incluso embriaguez pues se reconocía al vino propiedades sedantes y tónicas. El tratamiento psíquico consistía en una psicoterapia rudimentaria, viajes, charla, música y lectura.

Admirado por griegos y romanos Galeno (129-201) se convirtió en el médico de referencia, sus obras fueron obligatorias para los que estudiaban medicina. Para Galeno las enfer-

medades del alma se dividían en tres tipos: la locura, la pasión y el error. Y sus causas eran unas veces físicas y otras medioambientales. Localizó el alma en “el encéfalo” “donde los nervios tienen su origen, allí está la parte gobernante del alma”. Opio, eléboro, mandrágora, beleño y aún cannabis formaban parte de su farmacopea; la formación de Galeno fue hipocrática en Medicina y aristotélica en filosofía.

#### Discusiones bizantinas

En el año 331, Constantino el Grande, trasladó la capital del antiguo Imperio de Roma a Constantinopla, la nueva ciudad erigida sobre las ruinas de la antigua Bizancio. En el año 403, Roma cayó en manos de Alarico que había hecho creer a sus huestes godas que Roma era el edén de Muspelheim, el paraíso prometido a los godos. Occidente se desmoronó bajo los godos y los diferentes pueblos bárbaros, la mayoría germanos, pero también francos, berberiscos, normandos hasta que en el año 476, Odoacro, un jefe hérulo depuso al último de los emperadores occidentales Rómulo Augústulo y se apoderó del poder en Roma. Así quedó el imperio occidental abandonado a la rapiña de los bárbaros mientras el Imperio Bizantino mantuvo su esplendor, ciencia, arte, cultura, convirtiéndose en el imperio de Bizancio, de refinados gustos y elegante protocolo que observaba con desdén la barbarie occidental y que mantuvo el legado griego y romano, hasta la caída del imperio devorado por los árabes y los cruzados. Constantinopla fue saqueada por los cruzados en el año 1204 (en 1096 había sido la primera Cruzada) y en 1453 el Imperio Bizantino pereció bajo el poder de los turcos. Una peculiaridad de la cultura bizantina era su tendencia a discutir acaloradamente hasta llegar a las armas por ejemplo la teoría nestoriana de si María era sólo madre de la parte humana de Jesús o también de la parte divina. La medicina se nutrió de las doctrinas de Hipócrates, Galeno y Celso, el estudio de las enfermedades mentales quedó abandonado y la superstición y la magia pudieron más que la ciencia y los locos pasaron de enfermos a endemoniados temidos, repudiados y maltratados.

Una de las aportaciones bizantinas a la medicina fue la construcción de hospitales, que se iniciaron en los monasterios

cristianos para dar hospedaje. En la Edad Media no hubo monasterio en oriente u occidente donde faltase el hospital para acoger enfermos, el hospicio para acoger a los necesitados y el palatium para albergar a los viajeros distinguidos, pero la suerte de los enfermos mentales salvo escasas excepciones fue desastrosa.

#### 4. LAS ENFERMEDADES DEL ALMA Y SU TRATAMIENTO EN LA EDAD MEDIA

El vasto Imperio Romano confiado en sus cien millones de habitantes y su alto grado de civilización, se acabaría derrumbando ante el fuerte empuje de los pueblos bárbaros. A la organización romana sucedió el terror y el hambre: durante diez siglos los hombres vivieron bajo el temor de las epidemias y las guerras.

Desde el punto de vista médico la Edad Media representó un gran salto atrás: la cirugía cayó en manos de los bañeros y de los Barberos; la psiquiatría en la de los exorcizadores, sacerdotes y perseguidores de hechiceros. Lo poco que sabían los griegos se perdió y se produjo una tremenda caída en estadios culturales muy primitivos. El reloj del tiempo se retrasó en más de mil años y otra vez durante más de mil años los enfermos mentales fueron considerados de nuevo como poseídos por el diablo o por los malos espíritus, o brujos o maestros de hechicerías que, además provocaban la enfermedad en los demás. Todas las “apariciones” y alucinaciones eran obra del diablo. La enfermedad mental deja de ser objeto de los libros de texto para aparecer en los protocolos y manuales de inquisidores, exorcizadores y perseguidores de hechiceros: La psiquiatría pertenece al reinado de la fe y el tratamiento era patrimonio de los sacerdotes.

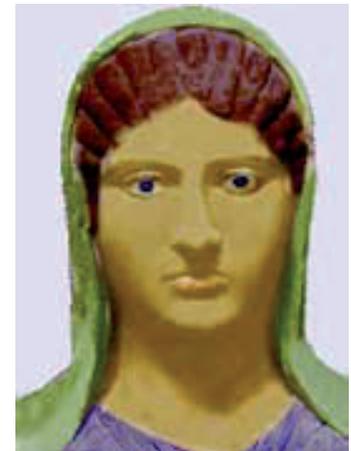
En la campaña belga, el pequeño pueblo de Gheel se convirtió, desde el siglo VII, en lugar de peregrinación frecuentado por los locos incurables. Allí se habían hallado algunos restos del ataúd de Santa Dimpna, hija de un rey de Irlanda, una joven pura que había abrazado la fe cristiana y que huyó de su patria, para escapar de los lúbricos deseos de su padre, quien una vez que fue capturada la decapitó con su propia espada. Detrás del altar principal de la iglesia se alzaba la imagen de la santa, con el demonio derribado a sus pies que conjuraba a los que allí llegaban. Los padres del demente encargaban un novenario.

En una casa adosada a la iglesia, bajo la vigilancia de dos ancianos, los enfermos esperaban la curación. Los más tranquilos daban cada día tres vueltas alrededor de la iglesia, caminando tres veces por el interior y otra por el exterior. En el presbiterio, donde permanecían los restos del ataúd de la santa, se arrodillaban otras tres veces y se arrastraban bajo el sarcófago. Cuando los enfermos estaban agitados una persona del país o los niños hacían los rituales en nombre del paciente. El sacerdote iba todos los días a decir misa y a leer las oraciones. Al noveno día después de la misa, se conjuraba al loco y, si los resultados no eran satisfactorios, se repetía el novenario. La fama de la santa se extendió por todas partes y Gheel se convirtió en una colonia para enfermos mentales.

En el siglo VI, Gregorio, obispo de Tours, escribía: “No es raro que en ciertos días de fiesta, los endemoniados entren furiosos en las iglesias y destrocen las lámparas, pero si el aceite de las mismas cae sobre ellos el demonio se retira y recuperan la razón”.

Los más célebres entre los santos intercesores para salvar la razón, antes de que la Edad Media estuviera más avanzada y se atormentara cruelmente a los locos, fueron San Guy y San Valentín. Los monjes eran los únicos médicos y los monasterios los lugares para la asistencia.

A fines de la Edad Media se extiende la creencia en las posesiones diabólicas, se instaura una auténtica demonología y



Asklepiades



los procesos sustituyen a la medicina monacal y parroquial. Lucifer y Belcebú, Satanás y Asmodeo eran las estrellas destacadas de un infierno que, según Jean Wier, contaba con 7.450.926 demonios divididos en 1.111 legiones sometidas a 72 príncipes. Grandes hogueras elevaron sus llamas en Europa donde los enfermos mentales eran quemados con los herejes, alquimistas, nigromantes y todas aquellas personas a las que la superstición popular atribuía el poder del mal de ojo. En agosto de 1233, el Papa Gregorio IX había establecido la Inquisición, aparato de investigación y represión, verdadera policía judicial con tribunales especiales. Colonia quemaba 300 brujos al año; Nuremberg, Ginebra, París, Toulouse y Lyon doscientos. Gran Bretaña siguió la moda. El tratado más importante de demonología y brujería fue el *Malleus maleficarum* (El martillo de las brujas) publicado en 1486 por dos dominicos, Henry Kramer y James Sprenger y del que en menos de un siglo se vendieron 19 ediciones.

Desde Roma a Bizancio, desde aquí a Bagdad y desde allí a España, los árabes transmitieron y conservaron los conocimientos de los antiguos, tras conquistar Siria, Persia y Egipto. Fue a través de los árabes como Aristóteles e Hipócrates llegaron a la Europa de la Edad Media. Su actividad traductora fue infatigable y los califas protegieron y desarrollaron tanto los hospitales como las escuelas. En Egipto, cerca de la futura ciudad de El Cairo se construyó el primer hospital provisto de un ala para los alienados en el año 827, el Bîmâristân. Hubo otros famosos como el de Bagdad del siglo X y el de Granada, El Mâristân, fundado por el sultán de Granada en 1365 que también acogía a enfermos mentales. Sin embargo los árabes también creían –y la creencia se acentuó con el declive de su civilización– que los locos furiosos estaban poseídos por un espíritu maligno que sólo los sacerdotes o el faquir podían expulsar de su cuerpo. Avicena es figura importante del campo de la medicina con su obra *Canon de la Medicina* en el que la influencia de Galeno es notable.

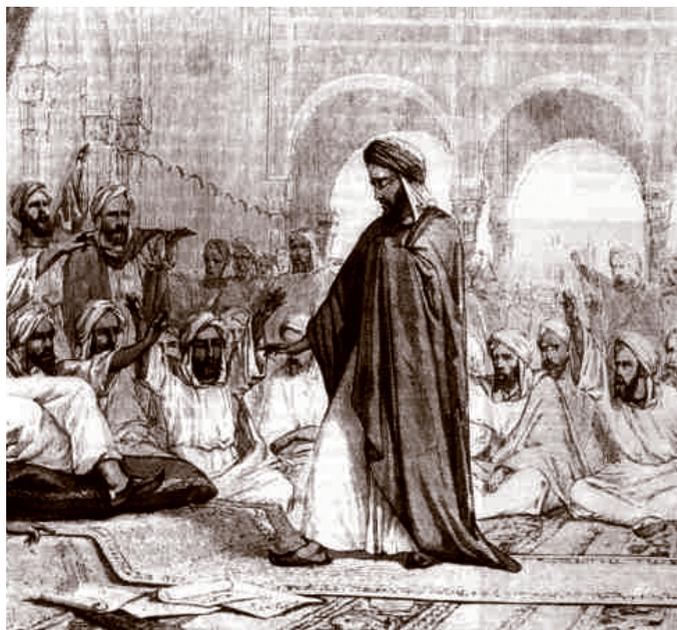
### 1. Alto medievo

En la Edad Media se produjo en general un retroceso en la actividad médica. Una gran Enciclopedia de la época *Las Etimologías de San Isidoro de Sevilla* (años 560-636), concebía



San Isidoro de Sevilla

los trastornos psíquicos como desequilibrios humorales con una afectación particular del cerebro. La frenitis era considerada como una demencia provocada por la fuerza del humor colérico; la letargia como una opresión del cerebro que da lugar a un sueño y a un olvido permanentes; la epilepsia como un producto del exceso de humor melancólico que cuando llega al cerebro provoca en él una opresión; la melancolía como un exceso de bilis negra a nivel cerebral. En resumen, los conceptos y nociones empleados por San Isidoro y la medicina altomedieval eran fundamentalmente hipocráticos y galénicos y añadidos procedentes de la Antigüedad tardía, teñidos en muchas ocasiones por ideas religiosas o simplemente mágicas como los conjuros que se hacían frente a los “endemoniamentos” causados por la histeria o sofocación uterina.



Averroes

## 2. Bajo Medievo (del siglo XII en adelante)

Las tres almas platónicas quedaron reunidas en una sola. El alma poseía tres propiedades: la inmortalidad, el libre albedrío y el raciocinio. Al alma, a diferencia del cuerpo se la consideraba creada, no engendrada y de origen divino, lo que la hacía inmaterial e inmortal. De esta manera los médicos no podían actuar directamente sobre el alma, pero sí podía obrarse indirectamente sobre sus acciones a través del cerebro, el instrumento corporal del alma.

La terapia física se centró en recomendaciones sobre el tipo de vivienda y orientación de la misma. El régimen alimenticio, la actividad física, el comercio sexual deseable, práctica de baños y masajes, algunos medicamentos –eléboro, opio– y procedimientos quirúrgicos (sangrías, cauterio).

La terapia psicológica era una mera explicación esquemática de las obras filosóficas o religiosas dedicadas al tema, básicamente encaminadas a suscitar pasiones contrarias a las dominantes en el proceso morboso.

## 3. La psiquiatría Española durante la Edad Media

Según Barcia, durante los períodos griego y romano, exceptuando las ideas de Séneca que fueron aplicables a la psi-

coterapia y que influyeron en otros autores tanto de la Edad Media como del Renacimiento, no puede hablarse de psiquiatría española y que ésta no comienza hasta la etapa visigoda, especialmente con San Isidoro de Sevilla. España fue invadida en la edad media por suevos, vándalos y alanos, pero son los visigodos, con Ataúlfo al frente, los que llegan a implantarse en España largo tiempo, en el año 410 hasta el 711, en que el Rey don Rodrigo es derrotado por los árabes, que fueron los siguientes invasores.

La cultura visigoda asimiló los conocimientos de los griegos y romanos y utilizó el latín como lengua oficial. El saber de la época estaba en manos del alto clero con sabios tan significados como San Braulio, San Leandro y San Isidoro. Había buenas bibliotecas en monasterios y catedrales (Zaragoza, Toledo, Sevilla).

San Leandro, natural de Cartagena, fue obispo de Sevilla y su obra cumbre Etimologías es como una enciclopedia de la Edad Media pues recopila prácticamente todos los saberes de la época. Entre las enfermedades mentales agudas cita el frenesí y entre las crónicas la epilepsia, la manía y la melancolía; cita términos psiquiátricos como delirio, demente, vesania y hierbas que producen locura como el Hyosciamus (beleño) o que curan como el eléboro. En general no añade nada nuevo, pero mantiene vivos y recopilados los conocimientos de griegos y romanos.

Más decisivos fueron los nuevos invasores, los árabes desde la derrota de D. Rodrigo en 711 hasta la conquista de Granada por los reyes Católicos en el año del descubrimiento de América, 1492. Los árabes españoles mantuvieron un alto nivel cultural: España fue la nación europea en la que las ciencias tuvieron refugio. Al Hakem envió filósofos a Córdoba para traducir las obras de Hipócrates y Galeno y la Escuela de Traductores de Toledo fundada en 1085 tras la conquista de la ciudad por Alfonso VI fue la que salvó todo el acervo cultural de la época, incluidos los conocimientos psiquiátricos. Los tres grandes maestros son Averroes, Maimónides y Avicena. Averroes era más filósofo que médico y sus ideas provienen de Aristóteles y Galeno. Maimónides, judío, discípulo del anterior y natural de Córdoba como él, aúna las doctrinas de Aristóteles,

Averroes y Avicena. Escribió Guía de los perplejos, Higiene del alma y Régimen Sanitatis. Sus ideas son las de Hipócrates, Galeno y los estoicos, singularmente Séneca, dando normas para el cuidado de los enfermos mentales.

Los médicos cristianos siguieron la misma corriente hipocrática, galénica y árabe siendo la figura más conocida la de Arnau de Vilanova.

#### 4. El primer Hospital Psiquiátrico

Hasta el siglo X la pobreza y las guerras frenaron el desarrollo de los hospitales iniciados al principio de la Era Cristiana. En Lyon, Reims y Poitiers existían hospicios desde el siglo VI. El Hospital de París fue fundado en el año 650, y desde el 829 hay constancia de bastantes locos que dormían en sus camastros.

Durante el período feudal, la Iglesia da cierto impulso a establecimientos religiosos pero hasta el fin de la Edad Media no comienzan a surgir por todas partes hospitales donde se recogía a los alienados. Es por España, el más islamizado de los países europeos, por donde penetra la influencia árabe y las tradiciones de asistencia hospitalaria. Gracias al ahínco de algunas órdenes monásticas, la caridad de los nobles y de los ricos burgueses y los legados de particulares, florecen las instituciones caritativas.

Los ingleses y gran parte de la psiquiatría anglosajona considera que el Hospital de Bethlehem fue el primer hospital de Europa porque fue abierto en el año 1247 y al parecer en el año 1377 ya ingresaba enfermos mentales. Pero por la misma razón que otras instituciones semejantes no se la considera hospital mental porque los pacientes hasta al menos 1473 no recibían asistencia médica.

España no es el primer país en albergar enfermos mentales pero sí el primero en prestarles asistencia. El 24 de febrero de 1409 por el impulso del fraile mercedario Fray Juan Gilaberto Jofré –el Padre Jofré– con la ayuda de Lorenzo Salom y otros ricos comerciantes valencianos se funda el Hospital Psiquiátrico más antiguo del mundo, Santa Maria dels Ignocens, folls y orats, la primera institución creada expresamente para tratar a los perturbados psíquicos, no sólo para defender a la

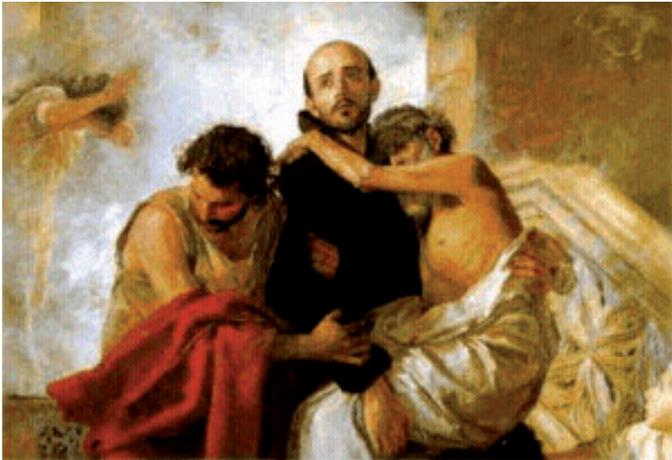


Bethlehem Hospital

sociedad de ellos sino para protegerlos a ellos de los prejuicios y maltratos de la sociedad. Los pacientes eran bien alimentados, tenían asistencia médica de doctores tan calificados como Bartolomé Martí y Jaime Roig, médico de la Reina, tenían trabajos remunerados (laborterapia) y algunos pacientes incluso trabajaban fuera del recinto hospitalario. En 1425 se funda el Asilo de Zaragoza, en 1436 el de Sevilla y el de Valladolid, en 1457 el de Palma de Mallorca, en 1480 el de Toledo y en 1525 los Reyes Católicos abren el manicomio de Granada. Los españoles abren los primeros psiquiátricos también en México-Fray Bernardino Álvarez funda el Hospital de San Hipólito, seguido de los de Oaxtepec y Xapala así como en Italia, donde el primer hospital mental en Roma, Santa María di Poveri



El Padre Jofré



San Juan de Dios

Pazzi se debe a los españoles, Francisco Ruiz y Diego Ángel Bruno. Los locos, que hasta entonces vagaban por los campos y fuera de las murallas de las ciudades comenzaron a recibir atención.

El joven Juan Ciudad Huarte, nacido en Covarrubias, (1495-1550), arrepentido tras llevar una vida de libertinaje, decide vivir entre los locos y ser tratado como ellos. Conocido con el nombre de San Juan de Dios, funda en 1539 una Orden Hospitalaria llamada Hermanos de San Juan de Dios o de la Caridad, y crea asilos en Granada, Córdoba, Roma, Florencia y Charenton, en 1641 dedicadas a la asistencia del enfermo psiquiátrico. Se le ha comparado con Clifford Beers porque ambos habían sufrido trastornos psíquicos, que los sensibilizaron para hacer una reforma en el trato a los enfermos mentales. Siendo soldado de profesión oyó predicar a San Juan de Ávila y se arrepintió de su vida anterior, repartió sus bienes y se dedicó a la penitencia, con tanto rigor que hizo que enfermara psíquicamente y fue ingresado

En Francia, los Penitentes Negros de la Misericordia y los Hermanos de la tercera Orden de San Francisco fueron los que abrieron los asilos, y en 1460, en Estrasburgo, el propio consejo municipal se preocupa por los locos y solicita para ellos la fundación de un Hospital.

## 5. Las Naves de los locos

A fines de la Edad Media y principios del Renacimiento,



La nave de los locos

el exilio de los locos fuera de las murallas de las ciudades se hizo más cruel con su reclusión en las famosas naves de locos. Embarcados en los ríos de Bravante y Renania, navegando por el Rin y los canales flamencos, las Narrenshif –las naves de los locos– recogían locos de las ciudades de donde eran expulsados y confiados a los barqueros. Por todas partes, pero sobre todo en Alemania y Flandes las gentes expulsaban a los locos de sus ciudades. En París eran albergados en el Hospital General que se funda en 1656, con el resto de pobres, no para curarlos sino para evitar lacras sociales, apartándoles de la civilización. Constaba el Hospital de varios edificios: Grande y Petite Pitié; Refuge, Escipión, Bicêtre, luego Salpêtrière y más tarde Enfants trouvés, Saint Esprit, Enfants Rouges con lo que fueron encerrados 4.000-5.000 pordioseros (en París había en esa época 40.000 mendigos y vagabundos). Entre los siglos XVI y XVII, Europa se hallaba repleta de lugares de confinamiento como Hospitales generales en Roma, Venecia, Zuchthausen en Alemania, Dol-Huis de Ámsterdam, Workhouses en Inglaterra, Casas de Misericordia en España, prisiones, casas de fuerza. El internamiento se convirtió en un hecho masivo. Lo mismo que hizo la Edad Media con los leprosos hizo el Renacimiento con los locos, los

indigentes, los impedidos, los inocentes, los deformes, los violentos, los libertinos, los seniles y los vagabundos. Eran sujetos sin utilidad social y fueron internados para evitar desórdenes ocupando su ociosidad con trabajos manuales como hacer hilos y cuerdas. Al ir desapareciendo la lepra, tras acabar las Cruzadas y, en consecuencia, los contactos con los focos orientales de infección, 19.000 leproserías fueron quedando vacías en Europa, y poco a poco, el loco pasó a ocupar los lugares en que había sido recluido el leproso a lo largo de diez siglos, hasta que en el siglo XVII también las leproserías serán transformadas en hospitales generales. Pero aún en pleno siglo XVII hubo epidemias de posesiones diabólicas en conventos de monjas como en Loudun (1633-65) que eran exorcizadas y el culpable de sus posesiones quemado en la hoguera, el sacerdote Urbano Grandier. Estas posesiones de monjas –locuras histéricas– habían causado verdaderas epidemias en los conventos de Alemania entre 1550 y 1564 y en Aix (Francia) en 1609-1611.

## 5. LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA HASTA LA REVOLUCIÓN FRANCESA

A pesar de las fundaciones de Hospitales los enfermos mentales seguirán padeciendo discriminaciones sin cuento. Se va a ejercer con ellos la caridad de darles cobijo, pero más para defender a la sociedad de los locos que a ellos de la sociedad; continuarán cargados de cadenas, encerrados en jaulas o en gavias, mostrados como espectáculo y alojados en los lugares más lóbregos junto a los marginados sociales: delincuentes, prostitutas, etc... Siguen sometidos a las terapias empíricas como sangrías, baños, duchas, realizando duros trabajos y soportando tratamientos represivos salvo honrosas excepciones, como la citada por Pinel del Hospital de Zaragoza, donde al parecer se inició el trabajo con fines terapéuticos en el tratamiento de los enfermos mentales.

En el siglo XVIII, las nuevas ideas filosóficas de la Ilustración despiertan un interés general por el respeto hacia los derechos humanos y la dignificación de las condiciones de vida. Se reforman cárceles, correccionales y hospitales, y al llegar a éstos se encuentran con los locos y surge con fuerza la idea de que es necesario encontrar lugares especiales donde puedan ser



Pinel

aislados y asilados. Los cambios político-sociales anteriores a la Revolución Francesa y las transformaciones sociales que aporta la revolución industrial crean la necesidad de buscar unas soluciones dignas para el problema de los enfermos mentales. La transformación de la vida rural y artesana en otra industrial y urbana dificulta por escasez de vivienda y de medios económicos y la necesidad de que trabajen todos los miembros de la familia útiles, la permanencia del alienado en el seno familiar. Van surgiendo asilos benéficos y privados, unos con fines humanitarios y otros con fines lucrativos y comienza lo que se llamó “el gran encierro”.

## 6. EL SIGLO XIX Y LA PRIMERA REVOLUCIÓN PSIQUIÁTRICA

El movimiento de liberación de los enfermos mentales no se iniciará hasta la llegada de los médicos a los asilos a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX. Hasta ese momento la asistencia que se le presta es inhumana y en ningún momento resulta eficaz.

En 1793 dará comienzo la “primera revolución de la psiquiatría”, iniciándose el comienzo de la Psiquiatría científica. Philippe Pinel rompe las cadenas de los enfermos en un gesto simbólico que venía precedido de otros determinantes causales. La Revolución Francesa, había hecho desaparecer el lastre religioso que todavía pesaba sobre la enfermedad mental. En los asilos privados irrumpe la figura del médico, que va adquiriendo



Esquirol

prestigio social hasta llegar también a introducirse en los asilos de beneficencia. Jueces y médicos serán los que decidan quién debe o no ser encerrado o liberado de los establecimientos psiquiátricos. Simultáneamente a Pinel, Chiarugi en Italia y Tuke en Inglaterra iniciarán en Europa una nueva era asistencial.

La revolución iniciada por Pinel se basa, fundamentalmente, en que el médico —ya especialista— va a convivir en el hospital con el enfermo, donde podrá observarlo largo tiempo, anotar su evolución y sus reacciones y, en definitiva, estudiar y tratar a los pacientes. Su sucesor, Esquirol, impulsará con fuerza esta reforma y bajo su dirección se creará el asilo de Charenton, que se suponía modélico en su tiempo y en su género. La primera ley francesa sobre los enfermos mentales estará inspirada por él.

### 1.º Los Manicomios

Comienza la era del aislamiento social total del loco en el manicomio. La primera medida terapéutica ante el loco peligroso es el encierro en dichos centros. Las primeras leyes para el ingreso de enfermos mentales aparecen en España (1822), Francia (1838), Inglaterra (1845), etc. Los centros quedan bajo la potestad de las autoridades gubernativas y judiciales con el médico como colaborador o técnico. El modelo del siglo XIX se perpetuará hasta bien pasada la mitad del siglo XX y el manicomio se convertirá en el centro institucional de la locura y en el principal medio terapéutico.

Se considera que el ambiente habitual en que se desenvolvía el loco había sido nefasto para su enfermedad y se le aparta de él y de su familia. Los manicomios se construyen en las afueras o alejados de las ciudades, y se consideran “los hospitales apropiados para el tratamiento de los enajenados, curables e incurables, además de un lugar de trabajo, educación moral y física, escuela y reformatorio, pero fundamentalmente lugar de aislamiento, seguridad y prevención”. Se hace lo posible para que en él se mantenga un orden social y administrativo, y se establece un régimen interior, en el que el médico es el jefe de esta sociedad perfectamente jerarquizada y donde pronto, con el aumento de la burocracia, el administrador llegará a ocupar un puesto cada vez más importante al encargarse de manejar los recursos económicos, estableciéndose la lucha por la hegemonía con el médico. Las órdenes religiosas proporcionarán un personal barato, sacrificado y conservador, mientras que el personal auxiliar cuidará del orden, y el paciente será el sujeto infantilizado sin responsabilidad y con escasos derechos, aislado del mundo exterior y dependiente por completo de sus superiores, los médicos, auxiliares, etc.

A lo largo del siglo XIX la población manicomial experimentó un inusitado aumento.

La enfermedad psiquiátrica que pobló los manicomios en esa época fue la Neurosífilis. Esta enfermedad era prácticamente desconocida antes del último cuarto de siglo XVIII pero a partir de 1780 y sobre todo en el siglo XIX los términos diagnósticos de Tabes dorsal y Parálisis General Progresiva (PGP) fueron ya muy comunes.



Kraepelin

Lo normal es que los hombres se infectaran por relaciones sexuales con prostitutas, experimentaran úlcera en el pene o nódulos linfáticos en las ingles –la sífilis primaria– y que después desaparecieran esos signos pero las espiroquetas que causaban la sífilis no dejaban la corriente sanguínea del hombre joven. En un año podían haber invadido las meninges o la médula espinal permaneciendo clínicamente silentes. Así, durante muchos años permanecían libres de síntomas y podían ocurrir dos cosas: o bien el sistema inmunitario vencía la enfermedad o bien a los 10 años de infectado empezaban a aparecer síntomas psiquiátricos. La aparición de estos síntomas en un hombre de mediana edad hacían pensar en la enfermedad: las ideas megalománicas y la desinhibición eran el comienzo de la enfermedad y la demencia y la parálisis el final. El final era letal: la Parálisis General no perdona jamás. De un 5 a un 20% de la población pudo haber tenido sífilis y de éstos un 6% desarrollar la neurosífilis: un 6% de millones era mucha gente y

los paréticos y tabéticos se acumularían en los manicomios del siglo XIX.

Otra causa del tremendo aumento de ingresos en los manicomios fue el alcohol: el abuso de alcohol producía alucinaciones y la retirada brusca del mismo psicosis, convulsiones y delirium tremens. El abuso agudo causaba la Psicosis de Wernicke (1881) y el abuso crónico la Enfermedad de Korsakov (1887) por déficit de tiamina. El siglo XIX fue conocido como “La edad de oro de los borrachos”.

A éstos se añadían las “locuras epilépticas”, “las locuras histéricas”, las depresiones y las manías, las anorexias nerviosas descritas por Laségue en 1873. Pronto empezaron a diagnosticarse las hebefrenias descritas por Kahlbaum (1884), una de las figuras de la psiquiatría más importante y más olvidada, que luego Hecker acabaría de perfilar. En ellos dos se apoyó el gran jefe de la psiquiatría, Kraepelin para poner orden en la nosología psiquiátrica de este siglo. Contaba con los trabajos también de dos médicos de La Salpêtrière, Jean Pierre Falret y Jules Baillarger que habían establecido hacia 1850 que en la manía y en la depresión a menudo sus síntomas ocurren no sólo aisladamente sino juntos (“locura circular”) y que Kraepelin rebautizó como psicosis maníaco-depresiva.

Llamó Demencia precoz a la hebefrenia de Hecker, a la catatonía de Kahlbaum, a la locura simple de Morel y él añadió su forma paranoide. El manual de Kraepelin de 1893 fue un documento histórico. De este modo hacia 1899, en los albores del siglo XX Kraepelin había elevado las dos grandes psicosis no orgánicas, la enfermedad maníaco depresiva y la demencia precoz –luego con Bleuler, esquizofrenia– a lo más alto de la pirámide y para él la evolución y el pronóstico eran lo más importante para su nosología, el contenido de la psicosis tenía menos importancia.

## 2.º El tratamiento físico

Las sangrías fueron desapareciendo del arsenal terapéutico al convencerse los alienistas de que agravaban más que mejoraban los cuadros clínicos. En cambio alcanzaron singular importancia en el siglo XIX las cataplasmas, sobre todo de mostaza en la nuca y en la cabeza, y en la epilepsia un remedio bár-

baro: el cauterio o hierro al rojo vivo aplicado en los temporales, occipital o a lo largo de la columna. Continuaron usándose los vomitivos como el tártaro emético para distraer al paciente de sus preocupaciones psicológicas y concentrar su atención en problemas puramente somáticos o corporales. Asimismo se utilizaron los purgantes como los calomelanos y la pintura de jalapa. En la melancolía se recetaban tónicos y estimulantes: yoduro potásico, estricnina, fósforo y arsénico, amoníaco y algunas bebidas alcohólicas. Entre las drogas y narcóticos, el opio y sus derivados fueron los más usados, incluidas las inyecciones hipodérmicas de morfina. En los accesos de manía se usaban la digital, éter, cloroformo, cloral y paraldehído.

La dieta siguió siendo importante pues a los enfermos agitados se procuraba no alimentarlos mucho, mientras que en los negativistas se recurría a la alimentación forzada.

### 3.º La hidroterapia

Esta terapia habitual en el siglo XVIII, tendría gran importancia en el XIX, tanto en forma de baños o duchas, como en enemas e infusiones y era un sistema a la vez “higiénico, terapéutico y disciplinario”. El baño caliente, prolongado durante 10 ó 12 horas a lo largo de varios días manteniendo una ducha fría sobre la cabeza para evitar accidentes circulatorios y síncope, era el más utilizado y, en ocasiones, se añadían al agua del baño hojas de cicuta, beleño, semillas de estramonio, etc. Con el fin de procurar una mayor sedación al paciente.

El baño por inmersión o de sorpresa, muy utilizado a primeros de siglo fue desapareciendo del arsenal terapéutico porque el intenso shock que provocaba resultaba las más de las veces perjudicial para el paciente. Por el contrario proliferaron las duchas, con agua fría o caliente, dejando caer el agua desde gran altura, en particular sobre la cabeza del enfermo que era el lugar del cuerpo alterado por la enfermedad. Al final acabó más empleándose como medio disciplinario que como auténticamente terapéutico.

### 4.º El tratamiento moral

En relación con el enfermo, el médico mantendrá un gran principio de autoridad, debe ser respetado y temido por

el paciente, de manera que sus relaciones no lleguen nunca a ser amistosas, aunque, en ocasiones puedan ser paternalistas o incluso despóticas. El paciente debe quedar sometido a la voluntad del médico y aceptar sin condiciones sus decisiones terapéuticas. Con el tratamiento moral se trataba de influir decisivamente sobre la mente de los enfermos y apartarles a través del razonamiento, de lo erróneo de sus ideas delirantes o morbosas.. A veces los razonamientos no eran suficientes y había que recurrir a la intimidación y la fuerza para “educar” al enfermo. Así se llegaba a utilizar el sistema de castigo y recompensas tanto tiempo en boga, hasta hoy. Se trata de hacerles volver “al orden común”, se les cultiva el sentimiento religioso y todo el ambiente y el régimen del establecimiento tienden a ello. El concepto de locura está íntimamente ligado al de “desviación de la norma” y en los establecimientos se intentará una “reeducación” a toda costa para todos aquellos que se desvíen.

Para ello se necesitarán muchos métodos coercitivos que ya no serán tan crueles como en siglos anteriores pero sí coercitivos. Pinel había roto las cadenas de los enfermos pero las sustituyó por “camisas de fuerza”. Los medios de contención cambian, pero no desaparecen: correas de cuero, hebillas de tornillo, muñequeras, celdas de castigo o aislamiento, sin olvidar otros aún más represivos para evitar gritos y mordeduras como máscaras, armarios donde el paciente sólo puede asomar la cabeza, incluso látigos. En descargo del personal asistencial, hay que decir que los medios con que contaban eran tan escasos que, aun con la mejor voluntad, las cosas no podían ser muy diferentes.

Como reacción contra todos estos medios coercitivos, surge el movimiento del “non restraint”, encabezado en 1837 por un médico inglés, Conolly, que luego Griesinger extendería en Alemania y que gozaría de gran predicamentos en los manicomios angloamericanos. Se trataba de llegar a la tranquilización del paciente agitado “únicamente con paciencia, bondad, por medio de atenciones cuidadosas, comodidades, limpieza, buen vestido”. Esto en realidad exigía una nueva mentalidad y un personal más numeroso. Muchos manicomios intentaron ponerlo en práctica y quedaron a mitad de camino, con una represión moderada, porque los medios de que disponían no

bastaban para mantener el orden dentro de los mismos. De aquí también fue surgiendo la necesidad de escuelas y cursos para los auxiliares psiquiátricos. El papel de los enfermeros se hizo más importante y se tendía a elegir a los más forzudos como “mecanismo disuasorio”, al tiempo que proliferaban las celdas llamadas de reclusión, acolchadas e individuales para pacientes agitados.

### 5.º La Terapia por el Trabajo

El trabajo pronto sería incorporado al arsenal terapéutico, enmarcado en el “tratamiento moral” preconizado por Tuke y Pinel. Con la excusa de “devolver al enfermo a la sociedad y que continúe siendo útil a ésta durante su reclusión, a la vez que ayudarle a olvidarse de sus ideas morbosas” se siente la necesidad de tenerlo ocupado la mayor parte del día.

Con este motivo los establecimientos ganan en orden, aunque los trabajos que se hagan no tengan por sí mismos un carácter terapéutico ni rehabilitador. Los hombres se encargan de las tareas manuales, con frecuencia rutinarias, mientras las mujeres de las tareas domésticas lo que ahorra gran cantidad de personal al establecimiento y supone una importante economía para los centros. Poco a poco el trabajo sólo contribuye a mantener el orden en el establecimiento, tendrá poco interés terapéutico y únicamente servirá para institucionalizar al paciente, aumentando su ya excesiva dependencia del centro. A pesar de eso, con Simon, la terapia por el trabajo –laborterapia– se convierte en uno de los pilares terapéuticos fundamentales de los manicomios. Es cierto que los trabajos que estaban bien indicados mejoraban la atmósfera de los manicomios. El trabajo agrícola daría luego origen al movimiento de las “granjas agrícolas” para pacientes crónicos. Lo más importante era el trabajo en sí, y Horn llega a decir “que sólo es efectivo cuando el paciente lo realiza a disgusto, sintiéndolo como una carga”, por pensar que el trabajo físico debía proporcionar un sueño reparador y que serviría para templar el sistema nervioso. Adelantándose a los “modernos métodos socioterápicos”, algunos sanatorios privados y unos pocos públicos introdujeron “terapias ocupacionales, tales como la lectura, la enseñanza, la música, el teatro, las excursiones y el cultivo de las artes plásticas”.

### 6.º Otros métodos asistenciales

La psiquiatría clínica que había seguido fielmente las ideas filosóficomorales de Pinel y Tuke, cambiará a mediados del siglo XIX a las concepciones extremadamente somaticistas de Griesinger (1817-68), quien afirmaba “que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro”. Esto trajo como consecuencia un gran adelanto en la psiquiatría teórica y académica, aparecieron las primeras revistas de psiquiatría, y la psiquiatría como ciencia positiva adquiere el estatus definitivo de especialidad médica. La psiquiatría se hace especialidad universitaria, se proveen cátedras de la misma y la Universidad sirve para mejorar las descripciones de las enfermedades y la investigación, para aumentar el nivel de conocimientos teóricos del médico y prestigiarlo socialmente, pero el paciente queda relegado como objeto de observación y experimentación, perdiéndose el interés en mejorar su condición social y de vida. Los pacientes ya no son considerados curables e incurables, y estas palabras se sustituyen por el eufemismo de agudos y crónicos, al tiempo que comienzan a edificarse pequeñas clínicas dentro de las ciudades Berlín, Wurzburg, Munich para los agudos –germen de las clínicas universitarias–, y grandes asilos para los crónicos, lejos de los núcleos urbanos. Surgen como novedad asistencial “las colonias agrícolas” (la primera de ellas en Clermont, en 1847) y los asilos empiezan a dejar de ser edificios de un solo bloque para transformarse en pabellones independientes alrededor de una construcción central.

Se ensaya otra modalidad de asistencia, “la asistencia heterofamiliar” (el paciente es cuidado por una familia que se presta a ello a cambio de dinero), que tenía su remoto antecedente en la Edad Media en la colonia de Gheel, ya citada en este capítulo.

Al mismo tiempo se inicia un importante movimiento asistencial “el open door”, o régimen de puertas abiertas, para romper el aislamiento del enfermo.

Por último aparecen asilos especializados para oligofrénicos, epilépticos, psicópatas y judiciales, y se crean patronatos que se encargan de la tutela del enfermo a su salida del establecimiento, con el encomiable fin de procurar su reinserción en la sociedad.

## 6. LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

### 1. Higiene mental y desarrollo terapéutico.

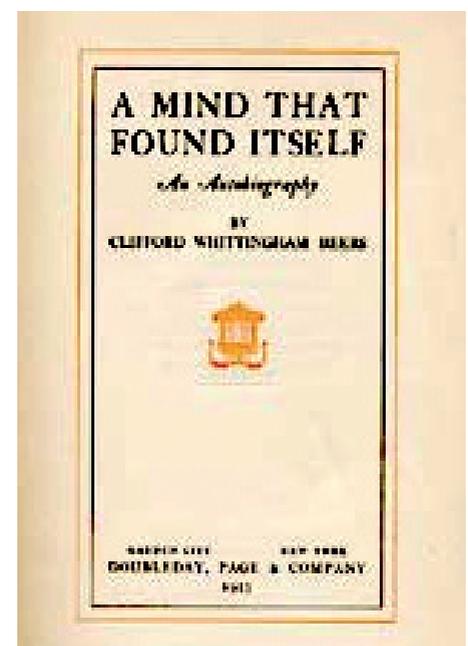
#### La Segunda Revolución Psiquiátrica

La segunda revolución de la psiquiatría tendrá su origen en EE.UU. Un escritor exalienado, Clifford Beers, la inicia en 1909 al publicar a su salida del manicomio todos los horrores padecidos en el mismo. El libro titulado *A Mind That Found Itself* (Una Mente que se encuentra a sí misma) provocará un gran escándalo y propiciará un movimiento a favor de las condiciones de vida de los alienados. Beers, ayudado por los psiquiatras americanos William James y Adolf Meyer, funda la “Connecticut Society for Mental Hygiene”. Tomando esta sociedad como punto de partida, el movimiento a favor del enfermo mental recorrió en breve plazo un largo camino. En febrero de 1909, pudo fundarse ya el Comité Nacional Americano de Higiene Mental, al cual se incorporaron las restantes figuras más representativas de la psiquiatría americana. A partir de 1920, el movimiento entra en su fase internacional. Se funda un comité nacional en Canadá, y el mismo año, en 1920, el doctor E.Toulouse con Genil Perrin crea la “Ligue Française d’ Hygiène Mental”. Su ejemplo fue seguido por Bélgica, Inglaterra, Bulgaria, Hungría, Checoslovaquia, Italia (1925), Alemania, Austria (1926), Suiza (1927). La Liga Española de Higiene Mental se funda en 1926, gracias a la formación europea de los neuropsiquiatras de la época, que ya se habían ocupado de estos problemas de la lucha contra la locura y la higiene mental (Fernández Sanz, Sacristán, Lafora, S.Vives, López Albo, Sanchís Banús, Rodríguez Arias, Mira y López, etc.).

Los antecedentes de la creación de las ligas de Higiene Mental en el resto del mundo, particularmente en Europa, habían surgido mucho antes de que se iniciara el movimiento americano de Clifford Beers. Como consecuencia directa de los conceptos e ideas vertidos en los antiguos Congresos Internacionales de asistencia a los alienados (Milán, 1906; Ámsterdam, 1907; Viena, 1908; Berlín, 1909), comenzó una tentativa internacional de “ESTUDIO COLECTIVO DE LAS CAUSAS Y DE LA PROFILAXIS DE LAS ENFERMEDA-



Clifford Beers



Libro de Clifford Beers

DES MENTALES” a base de la constitución de un Instituto internacional muy amplio. Pero los recelos nacionalistas peculiares de la época anterior a la Primera Guerra Mundial, y luego la guerra misma, abortaron el propósito. Los principales fines de estas ligas de higiene mental serían, fundamentalmente, mejorar la asistencia prestada a los enfermos mentales.

## 2. Los tratamientos biológicos.

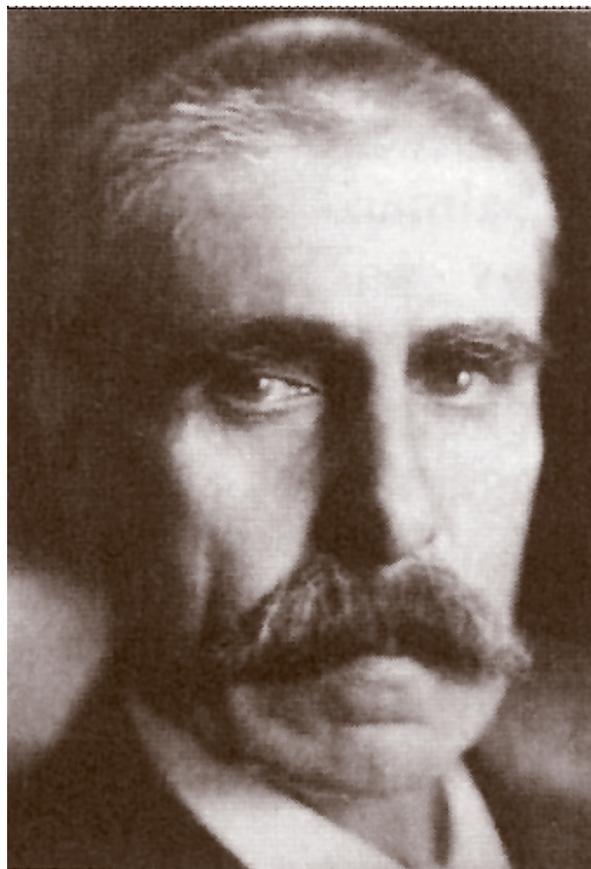
### La Tercera Revolución Psiquiátrica

Las innovaciones más espectaculares de la época, hasta el punto de conocerse con el nombre de la “tercera revolución psiquiátrica” son los tratamientos biológicos.

El primero de ellos, cronológicamente, la malarioterapia, fue descrito por Wagner von Jauregg, en 1917. Se trata de la primera terapéutica somática eficaz, y se describe precisamente en el terreno de la primera enfermedad psíquica de base orgánica conocida: la parálisis general progresiva causada por el treponema pálido, el germen de la sífilis. Se sabía empíricamente desde Hipócrates que las fiebres altas mejoraban los trastornos mentales. Wagner von Jauregg, desde 1890, trató paralíticos con la tuberculina de Koch y, más tarde, con vacunas de tifus. En 1917 comenzó a utilizar la malaria y consiguió éxitos tan resonantes que el método obtuvo reconocimiento general y su creador fue distinguido con el Premio Nóbel en 1927. Este tratamiento ha quedado como piedra miliar en la Historia de la Medicina, no sólo porque con él comenzó a reducirse drásticamente en los asilos el gran número de paralíticos que había ingresados que eran una población prevalente en la época sino que se previno el paso de la enfermedad a la demencia paralítica y sirvió de aliento y acicate para nuevas tentativas de terapéuticas somáticas.

En 1922 el suizo Klaesi, deseando contener la agitación para favorecer el contacto con el enfermo, utilizó un nuevo barbitúrico el somnitene. Desde entonces empieza a desarrollarse la “narcosis permanentes”, origen de “las curas de sueño”.

En 1933 en Viena, Manfred Sakel había observado que pacientes toxicómanos a los que se daba insulina para mitigar su ansiedad en la cura de abstinencia mejoraban de sus trastornos psíquicos. Sakel, durante el tratamiento de una paciente polaca, probablemente esquizofrénica, al darle una dosis eleva-



Wagner Von Jauregg

da de insulina le produjo un coma hipoglucémico; repitiendo la dosis varios días, la paciente llegó a curar. Sakel creyó haber descubierto el remedio específico para la esquizofrenia, al pensar que la insulina destruía las células cerebrales enfermas, y aunque no fue así, representó un medio eficaz en bastantes casos de esquizofrenia. La cura de insulina data de 1933 pero Sakel no publicó su monografía hasta 1935, y quizás hasta 1937 no recibe el espaldarazo definitivo en el Congreso de la Asociación Suiza de Psiquiatría y en la reunión anual de la Sociedad Alemana de Neurología y Psiquiatría, celebrada en Munich.

En 1935, Ladislaus von Meduna, en Budapest, basándose en un supuesto antagonismo entre dos enfermedades, la epilepsia y la esquizofrenia, trata de provocar crisis convulsivas en esquizofrénicos porque empíricamente los había visto mejorar cuando tenían crisis epilépticas. Experimenta con animales y luego con personas, primero con alcanfor y luego con cardiazol, provocando con la inyección intravenosa una reacción orgáni-



Manfred Sakel

ca violenta, con angustia y sensación de muerte, seguida de crisis convulsivas y coma, y consiguiendo curaciones apreciables.

Habían nacido los métodos de choque, que fueron muy eficaces en la primera mitad del siglo XX hasta la aparición de los psicofármacos. De ellos todavía se usa con excelentes resultados en Trastornos depresivos graves y en catatonías el Electroshock (1938) de Cerletti y Bini. Estos psiquiatras italianos basándose en la misma idea de von Meduna, provocar convulsiones en pacientes esquizofrénicos tras experimentar con perros y con cerdos en el matadero de Roma lo aplicaron con éxito al ser humano. Bini, por encargo de su maestro Cerletti había constatado que se podían dar corrientes eléctricas a los perros para producirles convulsiones siempre que se pusieran los electrodos en las sienas de los perros. Luego vio que en los cerdos, puestos los electrodos en las sienas la dosis eléctrica convulsiva y la letal tenían un importante margen entre sí. El 18 de abril de 1938 se le pone el primer electroshock a un ingeniero de Milán con esquizofrenia. Después de 11 aplicaciones el paciente curó y fue dado de alta. Luego Kalinowski ayudó a extenderlo por Inglaterra y EE.UU.



Ladislaus Von Meduna

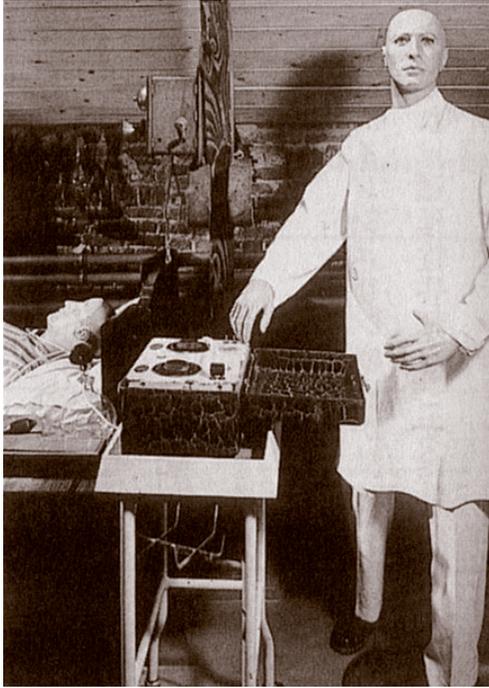
### 3. Corrientes psicológicas aplicadas a la psiquiatría

Aunque Freud maduró gran parte de sus pensamientos fundamentales y publicó algunas de sus obras más importantes entre 1890 y 1914, estuvo desarrollando el psicoanálisis hasta la fecha de su muerte en 1939. Realmente hasta que los psiquiatras no tuvieron que enfrentarse con la avalancha de Neurosis de guerra en la Primera Guerra Mundial y se tradujeron del alemán al inglés y a otras lenguas las obras de Freud, la teoría psicoanalítica no comenzó a influir sobre la Psicología ni sobre la Psiquiatría, y hasta los años 20 no fue conocida en los EE.UU. y en Inglaterra.

En 1928 Jung publica *El Yo y el Inconsciente* y comienza a conocerse su obra.

En 1913, el principio esencial de las teorías behavioristas o conductistas había sido ya definido por J.B.Watson, pero hasta 1919 no publicó *Psychologie from standpoint of a Behaviourist*.

La antropología existencial parte de las ideas de Heidegger, cuya importancia para la psiquiatría radica exclusivamente en su obra capital *Sein und SEIT* (El ser y la nada), publicada en 1927. El análisis existencial de Binswanger fue un intento



Ugo Cerletti (1887-1963)



Electroencefalografía

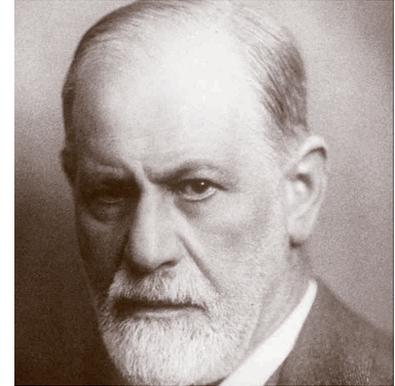
para introducir la doctrina existencial en la clínica psiquiátrica. Su trabajo fundamental data de 1935: Ueber psychotherapie.

#### 4. Otras novedades terapéuticas y diagnósticas

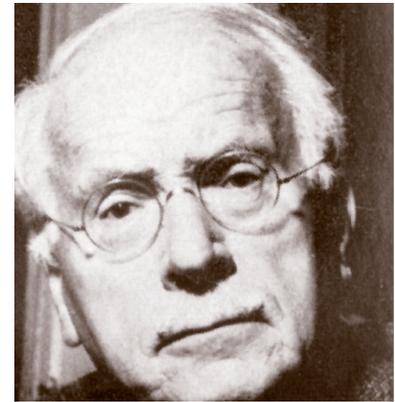
En 1930, Foerster y W. Penfield inician el tratamiento quirúrgico de la epilepsia.

En 1929-30, el portugués Egas Moniz introduce la encefalografía arterial y en 1936 el mismo autor, con Lima, realiza la primera lobotomía prefrontal.

La Laborterapia cobra nueva fuerza al ser propugnada por Herman Simon en 1929, en su libro Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales.



S. Freud



Carl Gustav Jung

La primera edición alemana del Test de Rorschach, la técnica proyectiva más famosa y utilizada del mundo, data de 1921, pero tuvieron que pasar 10 años más para que el resto del mundo se interesara por él.

El Test de Apercepción Temática (TAT), descrito por primera vez por Morgan y Murray, fue perfeccionado posteriormente, convirtiéndose en uno de los tests proyectivos mejor fundamentados. En 1938 publican sus autores Explorations in personality y desde entonces los trabajos publicados sobre él son muy numerosos.

El primer test de inteligencia parte de la primera revisión de las escalas de Binet-Simon, preparada por Terman y sus colaboradores en la Universidad de Stanford, fue publicada en 1916 (Terman, L. M.: The measurement of intelligence), pero hasta 1937 no se realiza la siguiente revisión.

La historia de la Psicoterapia de Grupo comienza con las aportaciones inaugurales de Burrow: The group meted of análisis, en 1927, con Moreno, en 1937 y con Schilder en 1936-37.

El 6 de junio de 1924, Hans Berger, utilizando un galvanómetro de cuerda, consigue el primer registro de actividad bioeléctrica cerebral humana. En una nota al Congreso Internacional de Psicología, daba cuenta de su descubrimiento y sus estudios posteriores, en 1937.

En 1935 Gibss, Davis y Lennox describieron los trazados obtenidos durante crisis epilépticas, y en esta fecha Grey Walter consigue localizar tumores cerebrales por medio de la electroencefalografía. Pero este método de exploración no se populariza hasta fines de la Segunda Guerra Mundial.

### 5. Tratamientos psicofarmacológicos

En 1951, Henry Laborit, cirujano de la Armada francesa experimentaba con un nuevo fármaco para potenciar los anestésicos, un antihistamínico de la familia de las fenotiazinas sintetizado por Rhone Poulenc y vio que era efectivo como potenciador de la anestesia. Posteriormente los Psiquiatras del hospital militar vieron que era muy efectivo en un paciente maníaco. Dos de los primeros espadas de la psiquiatría francesa, Jean Delay y Pierre Deniker oyeron hablar de él y lo probaron con sus pacientes en el hospital mental de Sante Anne de París. Presentaron sendos informes en mayo y junio de 1952 sobre el resultado en 8 pacientes. A partir de ahí, este fármaco, la clorpromazina (Largactil) iba a revolucionar la atmósfera de los manicomios. A las 4-5 semanas de tratamiento muchos pacientes estaban sin síntomas, es decir sin alucinaciones, ideas delirantes ni trastornos del pensamiento. En 1953 no había nada que respondiera así, la esquizofrenia remitía en unas semanas. Aunque no curaba las enfermedades que producían psicosis, sí suprimía los síntomas más relevantes, de modo que los pacientes con una esquizofrenia subyacente podían llevar vidas relativamente normales en vez de estar recluidos en los manicomios. Era el principio de la “era de la psicofarmacología”.

El año 1949, el australiano Cade publica en un oscuro semanario australiano los efectos del litio en pacientes maníacos, artículo que no fue tenido en cuenta. En 1952 un joven

psiquiatra danés-Schou- replica la experiencia con éxito. El estudio de Schou lanzó el litio al mundo de la psiquiatría internacional.

En septiembre de 1957, ante una audiencia de 12 personas, el psiquiatra suizo Khun en Zurich presentó el primer informe sobre el primer antidepresivo, la imipramina (Tofranil) de los laboratorios Geygi y en 1961 Merck sacó el Trytizol (amitriptilina).

El tratamiento con Disulfiram (antabús) lo publican Delay, Pichot y Thuillier (“Mecanisme et action de l’antabús dans le traitement de l’alcoolisme”) en 1949.

Hakin, médico hindú, en la Conferencia médica provincial de Baroda (1953), apoyándose en la utilización empírica durante varios siglos en la India, de la Rauwolfia serpentina, presentan una estadística de 146 enfermos con una cifra de remisiones del 51%. Se inician las curas de reserpina.



Con este bagaje terapéutico, con estos medios de exploración llegaremos al año 66 fecha de la inauguración del Hospital Psiquiátrico en El Palmar. Cuando yo llegué a este hospital, recién inaugurado, un 25 de julio de 1966, todavía se hacían curas de Sakel o de insulina, se utilizaba en algunos casos la reserpina, se hacía Terapia electroconvulsiva sin anestesia ni relajación muscular y por supuesto el Largactil y el Tofranil eran los medicamentos más utilizados.



## CAPÍTULO 2

# DATOS PARA LA HISTORIA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN MURCIA

DR. LUIS VALENCIANO GAYÁ

---



La pesquisa que aquí se intenta profundizar en el tiempo para precisar dónde y cómo fueron atendidos los enfermos mentales en una región determinada, da en principio un resultado negativo. Parece como si hasta el siglo XVIII no existieran para la sociedad tales enfermos. Sería inútil buscar hasta fines del siglo XVIII no sólo en España, sino en Europa entera, Instituciones especiales donde se asista a los locos, dementes o lunáticos. La excepción es España, reconocida unánimemente por ello como “la cuna de la psiquiatría” y es en Valencia donde en 1409 el impulso caritativo del Padre Jofré, con el inmediato apoyo de una burguesía culta de la época, según aclara García Ballester, se funda el “hospital dels ignocens, folls e orats” de momento más que con un propósito curativo para librar a los enfermos mentales de las crueldades de la sociedad tal como simboliza el conocido cuadro de Sorolla.

Quede constancia de esa existencia temprana del Hospital de Valencia porque a él fueron enviados desde muy pronto los locos de Murcia. En las Actas capitulares del Ayuntamiento de Murcia y en la de 24 de mayo de 1506 consta el siguiente acuerdo: “Mandaron librar al Mayordomo 14 reales que dio de pago a D. Juan Fontes porque por mandado de la Ciudad lleve un loco que andaba en esta Ciudad a Valencia”. Este sistema se mantuvo durante muchos años. En el Cabildo ordinario de la Ciudad de 19 de septiembre de 1843 se dice. “Se vio solicitud de Antonio Pérez en súplica de que se traslade al Hospital de Valencia a su padre, demente, por no haber conseguido alivio, pues no se curan en este Hospital (de Murcia) los enfermos que sufren estas enfermedades. Se acordó que la instancia pase al Alcalde para que disponga la traslación por los medios que estime, a la vez, que sea recogido y conducido a Valencia Francisco Marín, atacado de la misma enfermedad”. Retengamos el dato negativo de que en 1843 los enfermos mentales no eran atendidos en el Hospital de San Juan de Dios de Murcia.

En los Libros de la Junta de Beneficencia Provincial y en los posteriores de Sesiones de la Diputación, hemos encontrado tantas comunicaciones del Jefe Político y del Gobernador de Valencia reclamando pagos de pensiones de enfermos de la provincia de Murcia, adeudadas a veces hasta durante 4 trimestres, que nos pareció prolija su enumeración. Sabemos incluso lo

que costaba la pensión media, porque en 16 de julio de 1866 se da cuenta de que en vista de ciertas mejoras introducidas en el Hospital de Valencia, la pensión por enfermo y día se aumenta de 4 a 5 reales, por lo que la Junta de Beneficencia ordena al Director del Hospital que a su vez aumente en el presupuesto 100 milésimas (un 10%) para cada enfermo mental acogido en Valencia.

Las relaciones administrativas con Valencia llegaron a ser tan críticas que en 27 de agosto de 1870 se recibe en la Diputación un comunicado del Gobernador de aquella ciudad, según el cual si las deudas pendientes no se satisfacen se entregará a los dementes de Murcia allí hospitalizados a la Guardia Civil para que los conduzca hasta Murcia.

El hilo del envío de enfermos mentales a Valencia no se interrumpió hasta la creación del Manicomio de 1892, porque veremos que una y otra vez se alude a ese hecho como justificación de la necesidad de edificarlo.

## LOS MANICOMIOS EN EUROPA Y EN ESPAÑA

Parece conveniente que antes de entrar en el estudio de la asistencia psiquiátrica en la provincia de Murcia, refiramos brevemente lo que ocurría en Europa y en nuestra patria en la época de que vamos a ocuparnos: final del siglo XVIII y siglo XIX. En Francia bajo la influencia de la Revolución, es Pinel quien convierte Bicêtre y la Salpêtrière, que como luego diremos, habían servido a fines muy heterogéneos, en servicios exclusivos para los enfermos mentales y en 1793 ejecuta el acto simbólico de liberar de las cadenas a los locos. Más tarde, su discípulo Esquirol promueve una amplia reforma y dirige en 1826 la construcción del establecimiento de Charenton, que servirá de modelo a otras organizaciones francesas.

En Inglaterra, sin perjuicio de la existencia de establecimientos psiquiátricos, muchos de ellos lamentables, la reforma se produce en 1796 por la iniciativa de Tuke, un cuáquero que funda cerca de York el Centro llamado “El Retiro”, donde se aplica un tratamiento moral-religioso, superando la época de las cadenas y de los castigos. El psiquiatra Conolly, en 1839, siguiendo las ideas de Gardner Hill aplica de manera análoga y acaso más eficazmente que había hecho Pinel, el

sistema del “non restraint” en el Manicomio de Harwell, cerca de Londres.

En Alemania el movimiento de construcción de manicomios modernos comienza con el de Siegsburg; le seguirán Sachsenberg (1830); Winental (1836) y otros muchos en fechas posteriores. De otro lado, en 1865 al ocupar Griesinger la Cátedra de Psiquiatría y Neurología en Berlín comienza la psiquiatría universitaria, que dará a la especialidad cada vez más rango científico. Basten estas pocas citas del inicio de los manicomios en Europa, bien descrito por Ackernecht, que sirvan de marco a nuestro estudio.

En España, como afirma Espinosa Iborra, no obstante una cierta decadencia de los Manicomios establecidos en el siglo XV, al llegar al XVIII se está en cierta ventaja con el resto de Europa, porque la larga tradición iba logrando que los médicos ocupasen un lugar digno en esas Instituciones; pero paradójicamente a principios del siglo XIX la situación se transforma de un modo desfavorable bajo la influencia, en parte, de las leyes de desamortización y el lento proceso de su puesta en marcha, que luego comentaremos, y que, entre unos y otros, dejan en lamentables condiciones a los Manicomios o Departamentos de locos de los Hospitales. Los médicos van perdiendo influencia en la Dirección de los Centros; funcionarios, administradores, juntas y religiosos son sus rectores, e incluso en 1830 se legisla que el ingreso en los Manicomios no dependa de criterios médicos sino que sea dictado por Orden Judicial. No es cuestión de referir aquí el lamentable estado en esos momentos de la asistencia en las diversas provincias que ha puntualizado de modo excelente Espinosa; baste decir que en Cádiz, Córdoba, Granada, Palma de Mallorca, Sevilla, Valladolid... y en el mismo Madrid, los enfermos son mantenidos en viejos edificios malamente adaptados; por supuesto con sus correspondientes celdas y jaulas. Sólo los propios médicos y algún filántropo como Concepción Arenal claman por la modificación de esos centros en donde se describen las más tremendas escenas que, como veremos, no dejaban de conocer las autoridades. En este panorama se va a insertar la asistencia a los enfermos mentales en la provincia de Murcia.

Conviene que señalemos el alcance de nuestra investigación. En lo hondo del tiempo llegaremos hasta donde podamos. Su fecha límite será la de 1911, no arbitrariamente elegida, sino determinada por la muerte de D. Bernabé Guerrero Caballero, en mi opinión el primer psiquiatra murciano, como intentaré justificar. Por esas fechas termina para muchos el siglo XIX en sentido histórico, porque todo va a ser profundamente diferente tras la guerra europea de 1914-18. De otro lado, continuar la indagación nos conduciría hasta la época en que a partir de 1928 el Dr. D. Román Alberca dirige el Manicomio y la implicación de su destacada figura merecería un tratamiento distinto.

Y una advertencia: emplearemos con frecuencia los términos, tan poco gratos, de locos y dementes; pero sustituirlos por enfermos mentales o enfermos psíquicos resultaría anacrónico para los momentos en que se utilizan.

#### LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN EN EL ALBERGUE O CASAS DE MISERICORDIA

Conocido el traslado de los enfermos mentales a Valencia, resultaba para nosotros incitante precisar dónde y desde cuando eran reclusos aquí, en Murcia, dichos enfermos.

Una cuestión previa que había de plantearse era la de si en la Murcia árabe existió algún Centro especial a ellos dedicado, porque la cultura musulmana había sido sensible a ese problema y desde el siglo VIII había hospitales de esa índole en Fez (año 700), Bagdad (705), El Cairo (800), Damasco y Alepo (1270) e incluso para España se discute si el Hospital denominado Moratan o Almoratan, construido en Granada en 1377, fue destinado especialmente a los locos. En un sentido afirmativo se resuelve Delgado Roig; Fidel Fernández Martínez admite que al menos lo estuviera parcialmente y el arquitecto Lampérez ha reproducido su planta y algunos detalles arquitectónicos que así permiten pensarlo. El Hospital estaba situado en el arrabal, llamado del placer o Haxarir. En Granada hasta su demolición se la denominó tradicionalmente “La casa de los Locos”.

Parece que tal tipo de Hospital no existiera en Murcia; no hay conocimiento de ello, ni en el trabajo del recinto musulmán de Juan Torres Fontes se hace referencia a él.

El primer documento que acredita la reclusión en Murcia de locos en un establecimiento determinado, es el acta de la Junta de Misericordia, de 10 de febrero de 1768. Por ser el documento inicial y de gran interés reproducimos íntegramente el párrafo de ella que nos afecta: “La Junta acuerda que en consideración a no haber en esta Casa apartamento cómodo para custodiar a los locos o maniáticos y a los repetidos ejemplares que ha acreditado la experiencia han sucedido en esta Casa, acordó que en lo sucesivo de ningún modo se admita por individuos a ninguno de esta clase; y si por alguno de los señores jueces se diera providencia contraria a esta resolución, dará cuenta el Presidente Capellán al Sr. Presidente de esta Junta, para que dicho señor haga presente a los expresados Sres. Jueces de los perjuicios que trae la inobservancia de este acuerdo y por lo respectivo a los que se hallasen en esta Casa con ese accidente, se dará providencia por el Padre Capellán para si tuviesen parientes que los recojan y se los lleven y en caso de no ejecutarlo dará cuenta a esa Junta para tomar providencia”.

Por donde venimos a saber: 1.º Que en ese momento los locos están recluidos en las dichas casas de Misericordia, mezclados con niños abandonados, ancianos menesterosos, mujeres en grave peligro de perdición y hombres tullidos por enfermedad o accidente. 2.º Que los ingresos de los locos no se producían por indicación médica sino dictados por los Jueces, y 3.º Que el régimen de la Casa –por tanto también de los alienados– estaba bajo la autoridad de un Capellán.

Las casas de Misericordia donde por primera vez encontramos recluidos los locos de Murcia, estaban situadas en la plaza de Santa Olalla o Santa Eulalia. El lugar tenía una gran tradición hospitalaria en el amplio sentido de la palabra. Ibáñez relata que ya en 1500 acudían gran número de enfermos o impedidos en devota peregrinación al Cristo de la Esperanza que estaba en una capilla de Santa Eulalia. Su número y el estado penoso de muchos de ellos indujo a los regidores de la parroquia a solicitar del obispo D. Joaquín Medina que se alquilaran una, dos o tres casas para ofrecerles refugio a los más dolientes y necesitados lo que provee en 12 de septiembre de 1500. La localización precisa en la susodicha plaza de Santa Eulalia de ese albergue primitivo no podemos darla.

Por lo que a la Casa de Misericordia, Albergue u Hospicio se refiere, consta que fue fundación del Cardenal Belluga sin que me haya sido posible precisar la fecha de su instauración, pero Báguena da el dato de que cuando Belluga refunde en 1779 la distribución del producto de sus fundaciones adjudica parte y media al Albergue u Hospicio de pobres. Considera verosímil –Báguena no da localización del Albergue– que se utilizara el lugar o sitio en el que estuvo aquel primitivo refugio del siglo XVI, que probablemente fue en la rinconada entre la Iglesia de Santa Eulalia y la Farmacia que hubo y hay en la calle de Vergara. Esa es una de las hipótesis que para la Casa de Misericordia en general refiere Valcárcel y así lo indica también Blanco y Rojo de Ibáñez en 1910, y Crespo en su álbum de fotografías.

Cuando en 1739 “los hombres eminentes de la vida religiosa y social de Murcia (Valcárcel) se reúnen en Juntamento para establecer la Institución de la Casa de Misericordia, aún vivía Belluga, debieron utilizar el mismo local.

Pero más tarde siguiera o no la actividad de ese edificio las Casas de Misericordia tuvieron más amplio local al lado contrario, a la derecha de la Iglesia de Santa Eulalia. Ahí había edificado Belluga –dice Báguena– una casa para sus tan protegidos Filipenses, junto a las 7 puertas, demolidas luego en 1803, (Aragoneses) donde está hoy el trozo de las murallas visitable. Edificio que pasó más tarde sin duda a las Religiosas de San Antonio de Padua, a las que según el Libro de Hacienda (Folio 41) de la Diputación Provincial se lo compró “la Real Junta de Caballeros de la Casa de Misericordia” en 21 de febrero de 1755 y edificó y construyó en este sitio la Casa de Misericordia de Santa Eulalia agregando otra casa que adquiere en 1759 a D. José Penín; otra en 1758 a D. Andrés Ramos, Vicario de la Ciudad; otra que cede D. Gabriel López Pelegrín. Canónigo Penitenciario en 1758; y el Cabildo de la Ciudad hizo cesión de un pedazo de callejón sin salida y unas 10 varas de muralla para mejor ensanche y comodidad de la Casa. En ellas permanecieron los pobres –y nuestros enfermos mentales– hasta el traslado a San Esteban en 1770.

El dato rotundo de la localización se da en el mismo Folio 41 del Libro de Haciendas, escrito después de 1882, cuando se dice que en 1769 se había tomado ya el acuerdo, con autori-

zación del Ordinario, de cuando quedaran vacantes las Casas de los pobres se redujeron “a edificios habitables y profanos” y se afirma que “oy sirben de Cuartel”. La amplia Casa de Misericordia fue, pues, la que hemos conocido como Cuartel de la Guardia Civil, que se incendió en 1936, acaso por descuido de “refugiados” al inicio de la guerra española. A partir de 1768 la Institución ostentó el título de Real Casa de Misericordia.

Porque fue el primer alojamiento conocido de los enfermos mentales he intentado precisar la situación de esta Casa, sobre cuyo extremo –como indica Valcárcel– no hay unanimidad entre los investigadores, acaso porque ambas hipótesis izquierda o derecha de Santa Eulalia, tienen una cierta justificación.

Como vimos, los enfermos mentales de 1768 son desahuciados de la Casa de Misericordia. Tenemos en estos momentos dificultades para concretar qué ocurrió con los locos desde 1770, traslado a San Esteban de la Casa de Misericordia, hasta 1847. Tal vez se activó el traslado a Valencia o fueron drásticamente obligados a permanecer en su domicilio, porque, como luego veremos, el Censo de Floridablanca de 1809 precisa el número relativamente elevado para la época que se encontraban entre sus familiares: 65.

### EL TRASLADO AL REFUGIO DE SANTA MARÍA MAGDALENA

Una nueva noticia sobre hospitalización de los dementes la tenemos merced a José María Ibáñez, según el cual es en 1852 cuando por primera vez se utiliza un edificio especial para asilo de dementes considerados en tránsito. El edificio elegido fue el que había servido para recogimiento y corrección de mujeres de vida disoluta: “traviatas”, que se denominó “Casa de Recogidas de Santa María Magdalena”. Ingresaban en ella las mujeres de la diócesis de Murcia y Orihuela por providencia de los Corregidores o Jueces Eclesiásticos. Estaba situada en la Parroquia de Santa Eulalia próxima a la Rambla de las Balsas en la calle que por este motivo tomó el nombre de calle de las Recogidas (Ortega Pagán) hoy Vara del Rey. Parece que hasta 1840 dicha Casa siguió con las mismas funciones, pero su vida era muy precaria en virtud de sus escasas dotaciones por las

leyes de desamortización. Ibáñez afirma que ya en 1838 había sido pedida al Ayuntamiento por la Junta de Beneficencia para que trasladara la petición a la Diputación Provincial. En 1847 se dio posesión de la Casa al Ayuntamiento. Es lo más probable que volviera a la Diputación porque por iniciativa de la Junta de Gobierno del Hospital fueron llevados allí los dementes. Ibáñez da como fecha del traslado la de 1852; sin embargo el dato no es exacto porque hemos comprobado que al menos en junio de 1850 ya había dementes en la Casa de Recogidas. En el “Libro Copiador de Oficios” de la Junta Directiva del Hospital de San Juan de Dios, con el número 27 y fecha de junio (queda en blanco el día) de dicho año consta el siguiente, que reproducimos también en su integridad porque resulta significativo para juzgar de las condiciones asistenciales: “Al Sr. Alcalde Const. De esta Capital: Habiéndome hecho presente los facultativos de esta Casa el mal estado de los locos que V. S. les mandara visitar de acuerdo de esa Junta Directiva, pasa a reconocerla el Srt.º de la misma con el facultativo de turno y halló ser cierto cuanto este Srt.º había indicado. No me detendré en manifestar a V. S. la mala disposición, la hediondez y el insoportable calor de las habitaciones en que están encerrados los infelices dementes ni tampoco el cuidado y vigilancia que se ejerce sobre ellos, únicamente indicaré a V.S. que la visita facultativa se puede considerar como inútil puesto que se carece de todo medio de suministrarles medicinas y de aplicarles algunos de los remedios que la ciencia prescribe, si no para su curación al menos para su alivio. Esta Junta, pues, ha acordado llamar la atención de V.S. para que poniéndose de acuerdo con el Sr. Gobernador de la Provincia resuelva lo que estime más oportuno, quedando sin embargo en cumplir mientras tanto lo que V.S. ordene en su oficio. Dios guarde”.

En otro oficio de 1850 de 15 de noviembre (núm. 54) y dirigido a D. Antonio Gómez, hay una comunicación del Alcalde para que visite detenidamente a los dementes de la casa de Recogidas, se compruebe su estado y preste declaración jurada sobre los siguientes extremos: 1.º La clase de demencia que padecen. 2.º La causa probable. 3.º Medios empleados para su alivio o curación, y 4.º Inclinación que manifiestan.

Sin duda el informe antes reproducido provocó el deseo de adoptar algunas medidas correctoras y a nuestros pretéritos colegas se les dio este difícil encargo. Eran los facultativos del Hospital los que por lo visto con más o menos frecuencia visitaban a los dementes, porque en Oficio de 17 de mayo de 1851 (núm. 88) se dirigen sin especificar a estos facultativos para que informen sobre la enfermedad de determinados pacientes (Juan Vera y Vicente Gil) a lo que contestan según su leal saber y entender en 5 de junio de 1851 (núm. 93) sin que se especifiquen los nombres de los médicos. En un nuevo Oficio de 14 de agosto de 1851 se dirigen a D. Agustín Medina, facultativo del Hospital para que acuda a declarar ante su Excelencia el Gobernador la enfermedad que padece otro enfermo (Juan Malbastro).

Y en 18 de agosto de 1851 (oficio núm. 1.100), se insiste con urgencia a D. Agustín Medina para que el facultativo que esté encargado de Dementes, acuda ante el Gobernador para entregar los expedientes de todos los enfermos albergados en la Casa de Recogidas, para su envío a Valencia. Se refiere sin duda a la orden de noviembre de 1850, arriba citada y que con toda probabilidad por su complejidad no fue cumplida.

El momento exacto en que son hospitalizados los dementes en el Refugio no podemos precisar, pero hubo de ser a finales de 1847 o muy poco después porque en la sesión Corporativa de 18 de noviembre de 1847 se alude a las cuentas que remite el Jefe Político de lo invertido en las obras que se han ejecutado en la Casa de Recogidas para habilitarlo como Hospital de Dementes y que ascienden a 2.725 reales.

## LOS ENFERMOS MENTALES Y LAS FUNDACIONES DEL CARDENAL BELLUGA

Nuestra indagación nos ha llevado a descubrir los primeros enfermos mentales hospitalizados, no en un establecimiento especial, siguiendo el modelo de Valencia y de otras ciudades españolas desde el siglo XV, sino en extraña mescolanza con otro grupo de personas caritativamente asistidos. No parece nada aventurado suponer que a su vez cuando el Refugio de Santa María Magdalena estaba dedicado a mujeres de vida irregular en el aspecto sexual, existieran entre ellas algunas enfermas mentales o al menos numerosas personalidades anómalas

o psicopáticas que hoy se incluyen en la esfera psiquiátrica. Ambas Instituciones estaban fundadas o muy favorecidas por el Cardenal Belluga. Cabe preguntarse ¿cómo el Cardenal tan atento a todas las necesidades benéficas no había tenido en cuenta la existencia de enfermos mentales? Es verdad que podía pensar que el problema estaba solucionado con el envío de los dementes a Valencia, pero hemos comprobado que, de hecho, los consideraba como transeúntes. Pero vamos a ver enseguida que la mezcla del enfermo mental con otros marginados era la regla en esa época, no sólo en España sino en Europa entera.

La motivación caritativo-religiosa que determinó la fundación del Padre Jofré y de los otros Manicomios españoles pioneros, toma en el siglo XVII un giro bien distinto. Europa entera estaba empobrecida, se afirma que en gran parte precisamente por la crisis española, y a la sociedad aristocrática y burguesa, muestrario de la manifiesta desigualdad social, le preocupa el espectáculo de la pobreza, de la ociosidad, y le interesa, dice Foucault, mantener una ética del trabajo, que se apoya también en razones morales-religiosas, porque son las clases humildes las que mantienen y a su vez amenazan el difícil equilibrio socio-económico. Resultaba por eso importante eliminar a los pobres y ociosos del ambiente social, manteniendo la hegemonía de la razón y la moral y la exigencia del trabajo. En Francia se publica en 1665 el Decreto de creación para París del Hôpital General, que en 1676 se extiende a las provincias. Consistió en diversos establecimientos en los que llegan a estar reclusos 61.000 individuos. La creación del Hôpital General no tiene pues, en principio, un sentido médico sino jurídico o semi-jurídico. Bajo el dominio del principio ético del trabajo a los hospitalizados se les obliga a trabajar dentro de los establecimientos. La iniciativa no es sólo francesa sino que ya antes, en 1620, se funda la primera “Zuchthaus” o “Casa de Fuerza” en Hamburgo a la que siguen otras en Breslau, Frankfurt, Spandau, etc. Y en Inglaterra también son anteriores las “Workhouses” o “Casas de trabajo”. Algunos autores han calculado que en esa época en tales instituciones estuvo internada un 10 por ciento de la población de Europa.

A nosotros nos interesa especialmente Francia porque en ella el movimiento de reclusión o internamiento fue muy am-

plio; es a lo que Foucault al que venimos siguiendo, denomina “el gran encierro”, pero sobre todo porque las dos grandes instituciones de París son Bicêtre y la Salpêtrière y va a ser allí precisamente donde Pinel al ejecutar a tiempo de la Revolución Francesa el acto simbólico de liberar de las cadenas a los locos (1793), adoptando un punto de vista médico respecto a ellos encuentra casi en solitario a los locos. Nuevos criterios socio-económicos fueron haciendo salir a los meros pobres y ociosos para que fueran más productivos en el exterior. Ello pone de relieve claramente que ni en Francia ni en las otras naciones de Europa había instituciones especiales para ellos y que éstos, como en Murcia, estaban incluidos en el amplio concepto de ociosos e improductivos que provocaban el espectáculo social que se trataba de evitar. Se cita que todavía a finales del siglo XVIII, Howard, que recorre Europa, España incluida, y visita este tipo de establecimientos, se encuentra en confusa mezcla en ellos, condenados de derecho común, jóvenes díscolos (aca-  
 nuestros psicópatas de ahora), y los insensatos.

Sobre estas bases no es aventurado suponer que Belluga, junto a su indiscutible caridad, siguió el ejemplo francés, que le era tan afín por su decidida tendencia borbónica, al crear su Albergue. Porque nosotros, como Pinel y a distancia, donde vamos a encontrar por primera vez a los locos es en dicho Albergue, más tarde Casas de Caridad o Misericordia. Báguena refiere que como una de las razones para crear el Albergue da Belluga la necesidad de que “vivan recogidos en él los pobres que andan por la ciudad e inquietando las Iglesias”. El Albergue debía ser administrado por la Junta de Obispos y 4 diputados “en la forma que más juzguen conveniente para la gloria de Dios y bien de los mismos pobres”. Se les hará trabajar a cada uno en lo que supiese o pudiese hacer para vestirse, “lo que harán de mejor gana que trabajar para la Casa”. Oirían misa diaria, serían instruidos en doctrina y catecismo, con comunión en comunidad en la misma iglesia del convento. Como se ve las motivaciones son bastante análogas a las del modelo francés y europeo en general. Y no se olvide que entre los sometidos a ese régimen están los locos de Murcia.

Lo que ocurre es que en Belluga pesa muy marcadamente el punto de vista religioso. Que la defensa de la Iglesia es puesta

por Belluga por encima de todas las cosas, parece claro; ello le conduce incluso a sus conflictos con el Cabildo de la Ciudad en el célebre incidente de sillón y almohadón en las procesiones e, incluso, a enfrentarse con el propio Felipe V, en la cuestión de las regalías. Su concepto de la caridad, sin perjuicio de la atención a los cuerpos, mira más a la salvación de las almas. Recuérdese que en sus instrucciones para la admisión de niños expósitos, en la Casa por él fundada, tratándose de niñas de seis o siete años, advierte que se consideran preferentes aquellas que “pudieran peligrar si no se recogen... para que no se pierdan «y que insiste» en que a las más predispuestas se las incline a la vocación religiosa”.

La misma preocupación moralizante se advierte en su decidido apoyo al Refugio de Recogidas de Santa María Magdalena, fundado ya por su antecesor en la diócesis D. Antonio Fernández de Angulo. Le preocupa mucho el cultivo de la religiosidad para lo cual, aparte de encargar del gobierno de la Casa a dos Madres, confía en los Filipenses, tan predilectos suyos, el decirles misa diaria, explicarles durante un cuarto de hora la doctrina, rezar el rosario en Comunidad y escuchar durante un cuarto de hora lecturas piadosas. También las recogidas debían vestirse con su trabajo manual y no podrían salir a la calle hasta cumplir el tiempo de su encierro, previo decreto del Obispo. La Casa de Recogidas tiene, pues, un sentido análogo al del Albergue, sólo que dedicada exclusivamente a los problemas sexuales femeninos de las Diócesis de Murcia y Orihuela.

Otra conexión con los problemas que tocan a la psiquiatría de Belluga es su preocupación por las mujeres consideradas como hechiceras, por lo que dota al Santo Oficio con 3.000 reales, más dos partes de las Pías fundaciones para que mantengan recluidas bajo la autoridad de una Superiora a las mujeres penitenciadas como hechiceras, a fin de evitar que “después de públicamente castigadas vuelvan a sus casas, donde con el comercio que tiene con otras esferas las infecten con sus embustes, ya sea enseñándoles directamente lo mismo que practicaban e indirectamente refiriéndoles lo que hacían y por lo que habían sido castigadas; con lo que tienen bastante para practicar eso mismo”. Se les debía dar comida y cena y ellas trabajar en las labores propias de su sexo para vestirse o costearse el vestido.

Belluga como se ve va más allá de las sentencias de los propios Jueces del Santo Oficio sin duda por su horror a las prácticas heterodoxas de tales mujeres, entre las cuales, sin que la afirmación pueda hacerse de un modo absoluto, se supone, ya lo dijimos al hablar de la proto-historia había bastantes enfermas mentales. Si nos hemos extendido sobre la actitud de Belluga en lo que pudiera tocar a las enfermedades y anomalías psíquicas es porque sin planteárselo de un modo expreso y sea cual sea el juicio que con una mentalidad actual pueda formularse, fue un precursor y defensor del tratamiento “moral” de tales personas ociosas, disolutas, sexuales, hechiceras, y los propios enfermos mentales. Justamente ésa sería la tendencia que años después y ya tomando a los sujetos como enfermos psíquicos, seguiría Tuke en Inglaterra, en la Institución “El Retiro”, a la que ya hemos aludido, con las rígidas directrices de los cuáqueros, así como Pinel, claro es que como hijo de la Revolución con una orientación laica. Uno de sus libros más importantes propugna justamente el tratamiento “moral” de las enfermedades psíquicas.

Con razón se ha repetido una y otra vez, así Rafael Serra, que el Cardenal Belluga fue un hombre entre dos épocas; inmerso todavía en una concepción teológica de la sociedad –recuérdese por ejemplo su libro sobre las “Modas”– supo ser, sin embargo, un adelantado en las iniciativas que condujeron a una modernización del agro español, tantas veces diferido, como demuestran las excelencias de sus colonizaciones.

## EL LARGO CAMINO DE LA CARIDAD A LA BENEFICENCIA

Pero en el último cuarto del siglo XVIII la concepción de la sociedad va a sufrir un cambio brusco. Las ideas de los enciclopedistas franceses se concretarán en el movimiento de la Ilustración, que en Francia conducirán a la Revolución y en España, por lo que a nosotros nos importa están representadas por Campomanes (“Tratado de las Regalías”, 1775) y Jovellanos (“Informe” de 1784), al propugnar las leyes de desamortización de los propios y mayorazgos y, sobre todo, de los bienes del clero, sobre los que se sustentaba la asistencia hospitalaria concebida como caridad cristiana. La caridad

se ha de transformar en beneficencia, como un derecho del ciudadano.

El proceso de desamortización ha sido muy ampliamente estudiado por numerosos autores, en ocasiones, como nuestro Ibáñez García, con apasionamiento negativo todavía en los años 20 de nuestro siglo. Pero la marcha de la historia era inexorable y a la luz de nuestros días resulta claro que la transformación era obligada. Lo que ocurre es que esa transformación fue lenta, mal conducida por el propio Estado, resistida por las Instituciones y sometida a las grandes oscilaciones políticas de nuestro siglo XIX. Historiadores actuales serios y documentados como Vicens Vives, Tamames y otros lo han estudiado del modo más objetivo posible. A ellos nos referimos para sólo recordar aquí los, propósitos de las Cortes de Cádiz de 1812, la intervención drástica del rey francés José I, la derogación de las leyes de desamortización por Fernando VII en 1814, en su período absolutista; la reactivación en el breve período liberal fernandino de 1820–1822; nueva vigencia, impulsada por Mendizábal en el período de la reina Gobernadora, Doña Cristina tras la muerte de Fernando VII en 1833. De nuevo en la “década moderada” de Narváez (1844-45) suspensión de la venta de bienes de la Iglesia e incluso devolución de lo no enajenado. Tiene que llegar el bienio liberal de 1854–1856 para que se vuelva a plantear la desamortización, que sólo obtiene una cierta posición firme tras el Concordato con la Santa Sede de 1859 en el que se conviene una amplia indemnización a la Iglesia y a las Órdenes Religiosas.

Lo sustancial para nosotros es que durante todo ese largo período de luchas por el poder los hospitales se desorganizan y descapitalizan y su situación económica es drásticamente precaria.

Uno de los contenidos más relevantes de los trabajos de Ibáñez García es precisamente mostrar el desconcierto y los pleitos provocados por las leyes de desamortización. El Patronato de las Pías Fundaciones, las Juntas administradoras del Fondo Pío Beneficial, las Juntas Municipales de Beneficencia, delegadas del Concejo, las Juntas específicas de cada Hospital y los mismos Hermanos de San Juan de Dios, van a entrar en colisión entre sí defendiendo lo que creen su derecho por

las imprecisiones legales. Como ejemplo el pleito del Ayuntamiento en 1839 con el Patronato de la Convalecencia; el del Ayuntamiento con la Diputación Provincial en 1837 acerca de los derechos sobre el Hospital de Unciones; el de los frailes de San Juan de Dios, que regían el Hospital con el Patronato de la Convalecencia cuyas rentas entendían de su pertenencia.

No hay que ser muy sagaz para comprender que las víctimas de tales luchas eran los enfermos y otros acogidos. La situación llega a tanto que en 1839 la Comisión Directiva del Hospital de San Juan de Dios amenaza con el cierre del Establecimiento.

Análogas oscilaciones, marchas y contramarchas sufren concretamente las leyes asistenciales, de las que a nosotros nos interesan las que afectaban a los enfermos mentales.

La Constitución de 1812 mostraba el propósito de que el Estado tomara a su cargo las Instituciones hospitalarias, lo que sólo logra una cierta efectividad en el trienio liberal (1820-1823) en que se dicta la Ley de Beneficencia de 1820, cuya reglamentación es de 1822. Se atribuye entonces la rectoría de “las casas de locos” a las Juntas Municipales de Beneficencia. Pero todo queda en latencia, en muy estrecha unión con los criterios desamortizadores. En 1836 se pone de nuevo en vigor la Ley de Beneficencia de 1820 sin mayor efectividad y sin que los locos merezcan especial atención. La renovada Ley de Beneficencia de 1849, al clasificar los Hospitales, enuncia el proyecto de construir en España 6 Casas de Locos, para todo el país, pero el proyecto nunca se llevó a cabo y la situación fue más confusa, porque no quedaba en claro quién había de atender a los enfermos mentales en tanto las hipotéticas “Casas” no se llevaran a la realidad. Sólo a partir de 1870 se encarga, todavía provisionalmente, a las Diputaciones de la asistencia a los “locos”.

Valga esta casi telegráfica referencia para explicar las lamentables condiciones asistenciales de los enfermos mentales que venimos refiriendo. No resulta difícil correlacionar, a veces con desfase de años por la lentitud administrativa y las lógicas vacilaciones, los cambios de criterio e iniciativas de Murcia en lo que a la asistencia a los enfermos psíquicos se refiere.

## EL DEPARTAMENTO DE DEMENTES DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

Un intento de mejorar la asistencia a los enfermos mentales se produce en 1855. A principios de año, sin perjuicio de continuar el envío de pacientes a Valencia, la Junta de Gobierno del Hospital plantea la conveniencia de habilitar en el mismo San Juan de Dios local para los locos de ambos sexos.

Las motivaciones para el traslado desde el “Refugio de Santa María Magdalena” parece que fueron dobles. De un lado disminuir el número de traslados a Valencia; de otro, mejorar las infrahumanas condiciones en las que vivían en aquél refugio, lo que sólo se consiguió, como pronto veremos, en mínima medida.

Como siempre –un siempre que alcanza casi a nuestros días– a los locos se les concedió un local desechado para otros fines, el que había estado dedicado a “Hospital de Unciones”, así llamado porque era el Servicio para los sifilíticos, curados entonces con fricciones o unciones mercuriales y vaporizaciones subsiguientes para eliminar el mercurio. Estaba situado en el ángulo del Hospital que hace la Ronda de Garay y la calle de Ceballos. Se habilitaron en tres pisos las salas correspondientes a hombres y mujeres, con la instalación de las inevitables gabias o javias, es decir: jaulas para encerrar a los “furiosos”. Comedor, duchas, un pequeño locutorio para que fueran visitados por los familiares. Un minúsculo patio era toda la posible expansión de los enfermos. (Más detenida descripción véase en Ibáñez). Las gabias debían estar instaladas en la planta baja, porque por tradición oral he conocido cómo servía de distracción, tremenda costumbre bien conocida en Europa, si bien en años anteriores, observar e irritar a los locos desde la Ronda de Garay.

El traslado desde las Recogidas al Hospital se hizo entre 4 y 5 de la mañana del 5 de abril de 1855 y en el acta de traslado consta el donativo de 1.000 reales hecho por el Obispo L. Mariano Barrio. Era entonces Vicepresidente de la Junta Provincial de Beneficencia el Marqués de Torreoctavio y seguramente Presidente el Párroco de Santa María, D. Mariano Alguacil Rodríguez.

El Hospital de Unciones había sido una ampliación del Hospital hecha en 1779 merced a una dotación de 48.000 rea-

les por el prelado D. Manuel Rubín de Celis. A él dedicó después en 1875 todas las rentas, dinero y prebendas el Deán de la Catedral, D. Gabriel López Pelegrín, de las que hizo donación el Obispo D. Manuel Felipe Mirallas que a su vez en 1788 amplió y complementó aquellas donaciones, fundando esa obra pía para la curación del “mal gálico” o “venerea” que azotaba en aquella época a la humanidad.

Acaso en los primeros tiempos, con un número de enfermos que desconocemos, no obstante la existencia de jaulas, etc., el albergue resultara decoroso. Algunos años después queda constancia de lo deleznable de la situación. En la “Memoria de la Comisión” de 1876 se pone de relieve al hacer constar que en un local donde apenas caben 20 enfermos se hacían 77. Y una vez más se alude a la necesidad de terminar el Nuevo Manicomio. En la Memoria de 1881 se precisa que el número de enfermos es de 34 varones y 41 mujeres y se comprueba que las labores mecánicas estaban confiadas en gran parte a los mismos enfermos, porque tras un incidente grave –un paciente mata a otro– se piensa en retirarlos de esas misiones y para ello “sería necesario dotar al Hospital de un aumento de personal subterno que no tenía consignado en el presupuesto”.

La fórmula asistencial de este personal no debía ser muy adecuada. En la sesión de la Junta del Hospital se refiere que a un enfermo del “Departamento” (Juan Ros García) se le ha castigado gravemente por lo que el Gobernador ha dispuesto la separación de todos los empleados implicados en el incidente (17 de julio de 1862).

Como dato curioso anotemos que al otorgar una plaza de cuidador en 26-10-1867 (Sesión) se precisa que el sueldo era de 146 escudos mensuales. El escudo equivalía a 10 reales y el sueldo mensual por tanto de 30 pesetas.

Tampoco la dotación de vestuario debía ser muy generosa ya que la caridad de algunos filántropos tenía que suplirla. En septiembre de 1887 (Sesión del día 2) da las gracias la Diputación a D. Mariano y D. Francisco Zabálburu por los 50 trajes de hombre completos donados para los dementes.

No tuvieron los dementes mucha suerte en su nueva instalación. En 1865, con motivo de una epidemia de cólera estuvieron provisionalmente instalados en el ex Convento de

los Jerónimos. Se deduce de un acuerdo de la Junta de Beneficencia de 1 de diciembre de 1865 según el cual los gastos originados por los dementes durante su estancia en aquel Convento habían sido de 227 escudos.

Nuevo traslado provisional en 1885 durante la epidemia de cólera que asoló Murcia. En esta ocasión se hace a una “Fábrica de papel” que existía en la Puerta Nueva y que es cedida por su propietario, el señor Gonzálvez. El traslado debió efectuarse en julio; en la sesión del día 30 de junio se plantea el problema de aumentar el número de sirvientes con motivo del traslado de los dementes a “la Fábrica de Papel” y se autoriza a admitir dos mujeres mientras duran las circunstancias a fin de que ayuden a las Hermanas de la Caridad; a esas mujeres se les abonará un haber diario de una peseta y a los empleados de plantilla que vayan a “la Fábrica” una gratificación de 2 reales. En 25 de junio de 1885 (Sesión) la Comisión acuerda que comiencen las obras de habilitación necesarias para que puedan ser trasladados los dementes a la “Fábrica” lo que “habrá de hacerse con la urgencia que reclama el peligroso estado sanitario, que se ha indicado, en el Departamento de Dementes. Y en 12 de agosto se da orden de adquirir un carruaje que se necesita para el servicio de “dicho Manicomio”, del fondo de “calamidades públicas” facilitado por el Gobierno. Pasada la epidemia se pensó en adquirir el local y acondicionarlo de un modo estable para Manicomio, pero lo inadecuado de él y lo dispendioso de las obras necesarias hizo desistir de ello.

Permanecieron los pacientes en esa instalación provisional hasta diciembre de 1885. En 7 de diciembre (Sesión) el Director del Hospital Provincial da cuenta de haberse efectuado su traslado al “Departamento”. Poco después se vende la caballería que se había utilizado para el aprovisionamiento.

En 1890 una tercera epidemia de cólera exige, por razones análogas, traslado provisional de los dementes “en los que parecía ensañarse la enfermedad desde el principio, debido sin duda a las malas condiciones higiénicas”. El traslado se hace ahora a una Casa de Canónigos existente en Espinardo generosamente cedida por el Obispo. Las condiciones de ese alojamiento se consideraron en principio bastante satisfactorias, pero no debían serlo mucho ya que en la sesión de 19 de enero de 1891

el Vicepresidente afirma que según sus noticias en esos meses de frío la situación de los enfermos es mala, por lo que deben ser restituidos con urgencia al Hospital, lo que además ahorrará gastos. El acuerdo que se toma se cumplió sin duda con rapidez. En 7 de febrero de 1891 se autoriza la venta de la bestia que se utilizaba para conducir los víveres “mientras estuvieron en la Casa de Canónigos”.

En definitiva y juzgada a lo largo de 37 años que se prolonga, la asistencia a los dementes en el Departamento del Hospital, fruto sin duda de un intento bien intencionado, no mejoró en nada las deleznable condiciones de los alojamientos anteriores. Los datos aportados y los documentos oficiales así lo ponen de relieve. Pero acaso resulte ello más expresivo si apelamos al testimonio de testigos de la época, ajenos a la organización y con dotes literarias. Joaquín Báguena evoca así una visita en edad temprana al Departamento: “Aquellas jaulas inmundas, oscuras, malolientes, las «gavias» donde el encierro continuo, la aspereza del trato, y los golpes concluyen de perturbar al recluso, convirtiéndole en fiera con apariencia de hombre; aquellos patios húmedos, tristísimos, cubiertos de musgo por donde los pacientes pasean «higiénicamente» sus manías y sus cuerpos no bien alimentados, no bien abrigados por la caridad oficial y oficinesca... y al fondo aquellas ventanucas fronteras al río por donde los locos respiran aire puro y reciben un rayo de sol...”.

Hombre de sensibilidad y médico distinguido, D. Tomás Maestre, describe de este modo su experiencia: “Hay que haberlos visto, como yo los he visto, día tras día a esos infelices locos hacinados en aquella infecta ergáscula, donde entre gritos de desesperación y de agonía, más bramido de bestias enjauladas que quejas de humanas criaturas, rendían el miserable cuerpo decrepito y exhausto sobre un montón de harapos... hay que haberlos vistos en esos días de hielo del invierno crudo, retorcer las desnudas carnes, yertas y amoratadas sobre las mojadas losas de sus inmundas celdas nunca reguardadas de la intemperie ni visitadas por el sol...”.

Esta fue la asistencia al enfermo mental en Murcia hasta 1892, cuando ya en Europa, como hemos referido, hacía muchos años que existían excelentes Manicomios a cargo de

alienistas y se habían creado Cátedras de Psiquiatría, donde se construía la ciencia psiquiátrica sobre cuyas bases aún se sustenta la de nuestros días. No se tome este juicio como derrotismo provincial o provinciano; las descripciones de Concepción Arenal de otros Manicomios españoles son coetáneas y en su tremendismo superponibles a las que acabamos de reseñar.

### ALGUNOS DATOS NUMÉRICOS DE LOS ENFERMOS EN EL “DEPARTAMENTO DE DEMENTES”

Datos numéricos sobre enfermos mentales en la provincia de Murcia en la época que estudiamos no ha sido posible obtenerlos con una cierta continuidad. Sin embargo, de diversas fuentes y de libros de filiación, que yo mismo he podido obtener, podemos ofrecer al menos orientaciones o cortes en diversos años, suficientemente significativos. Tampoco podría tratarse en esta ocasión de una tarea puramente estadística.

Madoz da para 1787 el “Estado General de la Población de Murcia” y en sus tablas precisa el número de personas ingresadas en Hospitales, Hospicios, Casas de Reclusión y de Expósitos, pero las casillas de “locos” y “locas” que existen, quedan en blanco.

En el Censo de la población de España del año 1797 en lo que a los locos se refiere, no hay epígrafe para Murcia. Tampoco en la “Primera Estadística de dementes acogidos en los Establecimientos públicos en 1847” ambas reproducidas por Espinosa Iborra.

La razón de estas omisiones es clara: en Murcia oficialmente no se albergaban enfermos mentales, ya que estos se suponía que estaban ingresados en Valencia. Sin embargo, nosotros conocemos su existencia aun cuando no podemos determinar su número.

Curiosamente, los primeros datos sobre los enfermos mentales y oligofrénicos (simples, tontos, incapaces) que permanecían en sus casas en Murcia en 1809, los conocemos gracias al excelente estudio de Jiménez de Gregorio de la población murciana en ese año. Se obtienen del Padrón que se efectúa en tiempo de Floridablanca con motivo del alistamiento para la Guerra de la Independencia. De las diversas tablas en las que se especifican los distintos tipos de enfermos en la ciudad, la huerta y el campo, entresacamos los locos y deficientes mentales:

Datos para la Historia de la Asistencia Psiquiátrica en Murcia • Dr. Luis Valenciano Gayá

CASCO URBANO PARROQUIAS	Dementes	Incapaces, simples o Tontos	TOTALES
San Andrés	–	–	
San Antolín	–	4	
San Bartolomé	–	–	
Santa Catalina	–	–	
Santa Eulalia	2	–	
San Juan	1	–	
San Lorenzo	1	–	
Santa María	4	–	
San Miguel	–	1	
San Nicolás	1	–	
San Pedro	1	1	
	10	6	16

PUEBLOS DE LA HUERTA	Dementes	Incapaces, simples o Tontos	TOTALES
Abanilla	–	2	
Algezares	–	–	
Aljucer	1	4	
Beniajan	–	–	
Campo de la Matanza	–	1	
Casas de Saavedra	–	1	
Cinco Alquerías	–	–	
Churra y El Castellar	–	–	
El Esparragal	–	–	
La Flota	–	–	
Garres y Lages	–	–	
Guadalupe	–	2	
La Era Alta	–	2	
Javalí Nuevo	–	–	
Javalí Viejo	–	–	
El Llano de Brujas	1	1	
Monteagudo	–	–	
Nonduermas	–	1	
La Ñora	–	2	
El Palmar	–	–	
El Pontel	1	1	
La Puebla de Soto	–	3	
Puente Tocinos	–	2	
La Raya	–	–	
El Rincón de Seca	–	1	
San Benito	–	1	
Sangonera	–	1	
Santiago y Zairaiche	1	–	
Santomera	–	–	
Torreaguera	1	4	
	5	29	34

PUEBLOS DEL CAMPO	Dementes	Incapaces, simples o Tontos	TOTALES
Balsapintada	–	1	
Balsicas	–	–	
Barqueros	–	–	
Calavera	–	–	
Camachos	2	–	
Cañadas de San Pedro	1	–	
Cañada Hermosa	–	–	
Cañarejo	–	–	
Collado	–	–	
Corvera y Carrascoy	–	–	
Doña Lucía y Los Martínez	–	–	
Dolores	1	–	
Ermita del Mendigo	–	–	
El Escobar	–	–	
Grajuela	–	–	
Hoya Morena	–	–	
Jerónimo y Avilese	–	–	
Jurado	1	–	
Lobosillo	–	–	
Olmos	–	–	
El Pinatar	–	–	
La Roda	1	–	
Roldán	–	–	
San Cayetano	–	–	
San Francisco Javier.	–	1	
Sucina	–	–	
Tarquinales	–	–	
Torre Pacheco	3	–	
Truyol y Gea	1	1	
Valladolises.	–	2	
El Ximenado	–	–	
Zeneta	–	–	
	10	6	16

	Dementes	Tontos, simples	TOTALES
CASCO URBANO	10	6	16
PUEBLOS HUERTA	5	29	34
PUEBLOS DEL CAMPO	10	5	15

Otros datos nos los proporciona Ullesperger para 1860 y 1861. De sus tablas de conjunto para toda España, extraemos las siguientes cifras de Murcia, Hospital de San Juan de Dios:

Existencias en 31–XII–1859			Ingresos en 1860		
H.	M.	Total	H.	M.	Total
17	11	28	25	18	43

No especifica en este cuadro las salidas, pero sin duda debieron ser 42, porque como puede verse en el cuadro que sigue para 1861 el número de enfermos al terminar el año era de 29.

Existencia en 31/12/1860			Ingresos en 1861			Salidas en 1861			Existencias en 31/12/1861		
H.	M.	Total	H.	M.	Total	H.	M.	Total	H.	M.	Total
16	13	29	30	10	40	17	6	23	29	17	46

Para los enfermos hospitalizados en 31 de diciembre de 1860 da la siguiente clasificación general:

Existencia en 31-XII-1860:		
	Hombres	Mujeres
Furiosos:	4	7
Tranquilos:	14	6
	<b>18</b>	<b>13</b>

Y con mayor pormenor los siguientes diagnósticos, con arreglo a la nosología o terminología de la época para los existentes en 31 de diciembre de 1860:

Exaltaciones maníacas:	15	(20%)
Monomanías :	2	(6,9%)
Melancolía:	1	(3,4%)
Demencia:	4	(13,7%)
Imbecilidad:	1	(3,4%)
Trast. con epilepsia	2	(6,9%)
Indeterminados:	4	(13,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	

En ese año de 1860 en el Hospital de San Juan de Dios, había los siguientes enfermos mentales:

De Murcia mismo.	26
De Albacete	1
De Alicante.	1
De Vizcaya	1

A su vez enfermos nacidos en Murcia estaban distribuidos en los siguientes Manicomios:

En San Juan de Dios (Murcia)	26
En Valencia	11
En Leganés	4
En Toledo	1
<b>Total</b>	<b>42</b>

Las investigaciones propias sólo nos proporcionan datos cuando ya los enfermos mentales están algunos años en el Hospital Provincial, en la antigua sala de Unciones.

Prácticamente perdidos en los Archivos, hemos encontrado los libros de filiación del Departamento de dementes de San Juan de Dios de los años consecutivos 1869 y 1870; aislado el de 1875 y de nuevo correlativos los del 1888, 89 y 90.

Para estos años se ha podido seguir el movimiento de enfermos porque el sistema seguido era bueno: a principio de cada año se relacionaban los enfermos hospitalizados en 31 de diciembre del año anterior (hombres y mujeres por separado) y a seguido venían las filiaciones de los que producían ingreso durante el año. Y para cada uno se precisaba en las adecuadas casillas, en su caso, la salida por mejoría o defunción a lo largo del año.

Con arreglo a estos datos, construimos el siguiente cuadro:

Año	Exist. Año			Ingresos			Salidas			Defunción			Total ALTAS
	H.	M.	Total	H.	M.	Total	H.	M.	Total	H.	M.	Total	
1869	35	36	71	24	23	47	20	16	36	8	6	14	50
1870	26	37	63	30	14	44	13	5	18	11	7	18	36
1875	33	31	61	19	16	35	17	8	25	10	7	17	42
1888	55	34	89	40	21	61	31	15	46	7	7	14	60
1889	57	33	90	30	17	47	14	6	20	16	7	23	43
1890	57	39	96	37	11	48	27	6	33	14	6	20	53

ejemplo, en Valencia en el lustro 1863–1867 se producen 407 altas por curación o mejoría y 326 por fallecimiento, aunque se advierte que en el año 1865 hubo una mortalidad excepcional por la epidemia de cólera (94 muertos). Y en el Manicomio de Toledo en 1867 habían salido por mejoría 20 enfermos y por fallecimiento 14. Datos que no hacen sino confirmar las pésimas condiciones de asistencia a los enfermos mentales.

Como podrá observarse, las cifras de existencias a comienzos de 1870 y 1890 no cuadran con las que serían correctas con el movimiento de enfermos a producido en el año anterior (deberían ser 68 y 94 respectivamente); pero el dato de la relación de primero de año, parece el más sólido.

A primera vista, puede sorprender el balance bastante satisfactorio del movimiento asistencial, con un muy pequeño aumento de enfermos de un año a otro, pero pronto se advierte que en este hecho influye muy notablemente la alta tasa de mortalidad, que en algún año como en 1870 iguala al de salidas y en 1889 las supera. El año más satisfactorio es el de 1888 con una relación de 46:14.

Si sumamos todas las salidas por mejoría o concepto análogo, y el de todas las defunciones en los años controlados, la relación es de 178:106. En definitiva de un total de 284 altas el 37,3% es por defunción.

Cifras análogas pueden obtenerse de otros manicomios en épocas cercanas a las que se refieren las nuestras. Así, por

En un trabajo estadístico posterior de Calvé Pérez sobre ingresos y salidas del Manicomio de Valencia durante la primera mitad del siglo XIX (1800–1850), tomando como muestra los primeros años de cada lustro se obtiene una mortalidad de un 31,04% durante el primer ingreso.

Si en nuestro material queremos dar una tasa de mortalidad en la población hospitalizada (existentes en primero de año más los ingresados a lo largo de cada año) obtendremos unas cifras totales de  $470+282=752$  hospitalizados y de 106 defunciones lo que supone un 14% de mortalidad que aproximadamente triplica las de 1870.

El sistema de envío de enfermos a Valencia fue sin duda cada vez menos utilizado a lo largo del siglo XIX. Podemos saber los que todavía se albergaban en él en 1878 por un interesante documento del que se da cuenta en la Sesión de la Diputación de 15 de febrero. El Director del Hospital oficia informando de que un señor “cuyo nombre no quiere que se exprese” se ofrece a pagar los gastos que origine el traslado al Departamento de San

Juan de Dios de los locos que se hallan en Valencia. Se precisa que el número de enfermos es de 6 pero que uno de ellos está en calidad de preso. Y la Corporación acepta el ofrecimiento ya que la manutención de los pacientes en Valencia “sube a casi el doble de lo que asciende en esta ciudad”. En la Sesión del 15 de mayo queda constancia de que tres de los dementes existentes en Valencia habían sido trasladados ya al Hospital de San Juan de Dios. Recuérdese que según datos que antes aportamos, en 1860, el número de hospitalizados en Valencia era de 11. El hilo, pues, se va adelgazando para prácticamente quedar cortado en ese 1878. Los enfermos mentales naturales de la provincia quedan ya desde entonces en su integridad asistidos en Murcia.

#### EL “ASILO DE ENFERMOS MENTALES” DE 1892

Un paso decisivo en la evolución de la asistencia psiquiátrica en Murcia se da en 1892, merced a la iniciativa y al esfuerzo de D. Juan de la Cierva y Peñafiel cuando es elegido para 1891-92, Vicepresidente de la Diputación (el título de Presidente se reservaba entonces para el Gobernador Civil).

La gestión de este nuevo establecimiento fue un largo proceso, en el que la conciencia de su necesidad va seguida de demoras y vacilaciones. En la Sesión de la Junta de Beneficencia de 11 de noviembre de 1847 se da cuenta del informe de una Comisión que había de dictaminar sobre la conveniencia de construir un Manicomio. El informe es negativo; se razona que la estancia diaria de los pacientes que se envían a Valencia es de 4 reales, y en el estudio hecho, dicha cantidad sería la prevista tan sólo para alimentación, a la que habría que sumar las cantidades necesarias para la reparación del edificio –sin duda antiguo– que se destinara para dicho fin; utensilios, ropa, medicinas, empleados... Ello no sería suficiente razón para desechar el proyecto si redundara en bien de los enfermos; pero la falta de experiencia en Murcia en el cuidado de estos pacientes haría la asistencia inferior a la que se puede prestar en el Hospital de Valencia dada su antigüedad. Por unanimidad se comunica así al Jefe Político. Pero de nuevo en la Sesión de 20 de mayo de 1859 se insiste en la conveniencia de construir el Manicomio para que los enfermos no tengan que ser conducidos a Valencia y Granada. Todo queda en palabras hasta que en 24 de julio de

1863 (Sesión) se da cuenta de un proyecto formal del Arquitecto Provincial para el establecimiento de un Departamento de Dementes en el huerto de la Casa de Misericordia de San Esteban, porque –se arguye– el que existe en el Hospital de San Juan de Dios es insuficiente. Se informa al Gobernador Civil, para que si lo estima conveniente, remita el proyecto al Gobierno para su aprobación.

En la sesión de 24 de julio de 1864 se lee una Orden del Ilmo. Sr. Subsecretario de Gobernación, de fecha de 4 del mismo mes, según la cual no pudiendo contener los establecimientos de otras provincias mayor número de enajenados de los que ya existe en ellos, se faculta a las Juntas para que cada una se ponga en situación de responder a sus propias necesidades. Se nombra una Comisión para que solicite del Sr. Obispo parte del ex-Convento de los Jerónimos de esta ciudad y que en caso de que dicho Prelado se niegue a ello adquiriera por los medios que se juzgue conveniente otro local que reúna las condiciones que se apetecen. La contestación del Obispo debió ser negativa y ninguna otra gestión se llevó a cabo, ya que en 10 de mayo de 1865 (Sesión de la J. P.) acuciados por el reconocido mal estado del Departamento del Hospital, se nombra una Comisión constituida por D. José Melgarejo y D. Pedro Maza y como Vocales los facultativos D. Agustín Medina, D. Agustín Escribano y D. Gaspar de la Peña, con el encargo de que estudien la manera de mejorar las condiciones de aquel Departamento.

Hay que llegar a la sesión de 25 de mayo de 1866 para que el Presidente de la Junta Provincial exponga la urgente necesidad de construir el nuevo Manicomio, dadas las lamentables condiciones de salubridad e higiene del local que ocupan en el Hospital Provincial. La Junta eleva a la Diputación el ruego de que proporcione los medios necesarios para llevar a cabo dicha edificación capaz para 50 acogidos de ambos sexos en el “huerto de la Casa de Misericordia” y que esta petición se haga a través del Sr. Gobernador Civil.

Pero una vez más el criterio vacila en lo que a la construcción de un edificio se refiere, porque en 16 de julio de 1866 (Sesión) se hace saber que el Gobernador propone que se adquiriera el ex-Convento de los Jerónimos o el de Mínimos de Alcantarilla o cualquier otro que reúna condiciones para acoger a los

dementes. La Junta, sin embargo persistió en su propósito de nuevo Manicomio y no en el de utilizar uno antiguo –como era norma en España– y en 26 de octubre de 1866 (Sesión) encarga al Arquitecto Provincial que “proceda a formar presupuesto y plomo de un nuevo Manicomio” en el varias veces citado huerto de la Casa de Misericordia. Firmes en este propósito desestiman (Sesión del 2 de abril de 1867) el ofrecimiento del Manicomio de San Baudilio de Llobregat de recibir enfermos de esta provincia, pagando quinientas milésimas de escudo por estancia, ya que el proyecto es “formar nuevo Establecimiento lo que ofrecerá sobradas ventajas”. En 27 de diciembre de 1867 consta que las obras se habían iniciado, ya que el Director de la Casa de Misericordia manifiesta que con la salida de los acogidos que por su edad pueden ganarse la subsistencia, los talleres han quedado sin personal y los pocos que restan están dedicados a las obras de construcción del nuevo pabellón de dementes para proporcionar la economía posible”. Los trabajos debían consistir en la construcción de los cimientos a que mucho después alude Juan de la Cierva.

En 1870 comprobamos que las obras seguían; en la sesión de seis de junio de este año, D. Saturnino Tortosa solicita se le abone por la Casa de Misericordia 16 escudos, valor de cuatro piezas de piedra negra que suministra a dicho Asilo para la portada del Departamento de Dementes, aunque nos resulta sorprendente la alusión a la portada cuando todo hace suponer que la obra estaba muy en sus comienzos.

Lo que está claro es que muy poco después la edificación se paraliza. En la sesión de 11 de junio de 1870, se hace saber la necesidad de reducir el presupuesto de gastos para 1870–1871, por lo cual deben deducirse 25.000 de las 32.500 pesetas, para obras del Departamento de Dementes; “en razón al estado precario de los fondos provinciales no pueden, en modo alguno, continuar las obras del referido Departamento de dementes”. Una vez más, y perdónese el inciso, son las atenciones al enfermo mental las que quedan en último lugar.

Pasarán más de 20 años hasta de D. Juan de la Cierva termine de una vez con tanta pasividad y tan contradictorios criterios, consciente de la intolerable situación de los enfermos psíquicos.

La primera noticia de su actuación es de 2 de junio de 1891 (Sesión de la Diputación) en la que urge al ordenador de pagos para que “facilite los fondos necesarios para impulsar las obras del Nuevo Manicomio”. En su “Notas de mi vida” refiere él mismo cómo dadas las lamentables condiciones (la frase es siempre la misma) del “Departamento de Dementes del Hospital”, donde “en unas celdas inmundas se hacinan los dementes que en esta tierra abundan”, la Ciudad entera clamaba porque se pudiera terminar un Manicomio “del que hacía 30 años que construyeron los cimientos”. Dominado, casi obsesionado diríamos, por esa idea de cubrir tal necesidad, hizo una enérgica campaña para que los pueblos pagaran los atrasos y comenzó las obras por administración sin tener en caja mas que unos miles de pesetas, cuando calculaba el gasto en un millón y medio. Hizo propaganda en la prensa y entre sus amigos particulares y políticos; organizó fiestas, rifas de muñecas que vistieron las “señoritas más distinguidas”, carreras de cintas, etc. “Abandoné mi bufete y toda clase de atenciones” –lo que pudo hacer por la colaboración de su hermano Isidoro– y, “en suma, un mes antes de cumplir mi mandato, que duraba un año, el Manicomio fue terminado”.

Documentalmente consta que es en la Sesión corporativa de 22 de octubre de 1891 en la que plantea al pleno la cuestión de un modo oficial. Las obras se habían subastado sin que se presentaran licitadores, por lo que se ha obtenido del Gobierno la autorización de ejecutarlas por administración. Los trabajos, pues, se van a empezar inmediatamente para que la opinión pública adquiriera el convencimiento de que esta vez iba de veras. Las tareas de desescombro de la vieja construcción empezaron al día siguiente, gracias al ofrecimiento del Secretario de la Diputación, de facilitar, a sus expensas, un carro para realizarlo.

En la Sesión del 11 de noviembre de 1891 manifiesta el Vicepresidente que ha convocado a los maestros de obras de la ciudad para obtener proposiciones sobre la fábrica de mampostería y ladrillo. Se adjudica a D. Mariano Hernández, que ofreció ejecutar el metro cúbico de ladrillo a 20,15 pesetas. y el de mampostería a 7,85, cifras bastante inferiores a las consignadas en el presupuesto. En 21 de diciembre de 1891 (Sesión) la certificación de obras realizadas hasta entonces importaba 6.000 pesetas.

He consignado con cierto detalle la propuesta inicial y su decidida y rápida ejecución para hacer justicia al mérito personal de D. Juan de la Cierva y para poner de relieve el papel que en esa época, con una Administración pasiva y desmayada, podía jugar una persona consciente de las necesidades, impetuosa, capaz de asumir responsabilidades y de movilizar la influencia individual y política, fuera cualquiera el título peyorativo que se le adjudicara; es verdad que el sistema conllevaba notables inconvenientes, pero en la ocasión que comentamos resultó de la máxima eficacia.

De que la campaña y la profusa propaganda de La Cierva dio los mejores resultados es prueba un curioso documento que debo al tan probado espíritu de colaboración de Juan Torres Fontes. Es una hoja volandera anónima en color rosa que dice así:

“A las murcianas”

Seres que en vuestras manos tremoláis

Del amor santo la inmortal bandera

Y hacéis brotar frenéticas canciones

Del arpa enardecida del poeta

• • •

Vosotras que lleváis en vuestros ojos

Cien volcanes, cien rayos, cien centellas

Y que exaltáis la loca fantasía

Provocando del hombre la demencia,

Murcia os reclama, la piedad os pide

Para una santa y redentora empresa

El auxilio eficaz, la hermosa ayuda

De vuestra caridad noble y excelsa.

¡Pues que a tantos habéis enloquecido

con vuestra gracia y majestad suprema,

justo es que procuréis a vuestras víctimas

un Asilo que encierre su demencia!

En la Sesión corporativa de 3 de octubre de 1892 La Cierva, como Vicepresidente da cuenta de que las obras del Mani-

comio están próximas a su terminación y hay que prever la Dirección del Centro. Como no hay consignación para el cargo, D. José Cánovas Casanova se ha ofrecido gratuitamente para desempeñarlo. Y en la de 29 de octubre, adquiridos ya los muebles y ropas y “repleta la despensa” se prepara ya la inauguración que consistirá en una solemne función religiosa, cantando el Ilmo. Sr. Deán en la inmediata Iglesia de la Misericordia; se invitará a las Autoridades, Corporación y otras personas; habrá bendición del muy Ilustre Provisor de la Diócesis y se rogará a la Srta. Ana López Peñafiel que contribuya, cantando, al mayor esplendor de la fiesta. El día 31 serán trasladados los enfermos. Se prevé el pago de 1.730 pesetas a que asciende la cuenta del tablado, gallardetes, adornos y decorados del día de la inauguración. De la contabilidad del nuevo Manicomio se encarga interinamente a D. Anselmo Lorencio y Rubio, Secretario Interventor de la Casa de la Misericordia. El nombre que se le da al nuevo Centro y que constó en su frontis hasta la demolición, fue el de “Asilo Provincial de Enfermos Mentales”.

Al banquete que se celebró, según cuenta el propio La Cierva, asistió el Obispo y las Autoridades; todos firmaron una instancia pidiendo para él la Gran Cruz de Beneficencia y se proyectó poner en el establecimiento su busto.

Con dejo de amarga ironía relata La Cierva que, cambiada la situación política, lo del busto quedó en nada y el nuevo Gobernador, liberal, no cursó la petición de la Gran Cruz ante el temor, dijo, de que fuera rechazada por el Gobierno. El Ayuntamiento de La Unión envió una placa conmemorativa que queda arrumbada hasta que el Alcalde de esa ciudad, en una decisión personal y sin pedir permiso a la Diputación “sacó la lápida de un desván y pagó las cinco o seis pesetas que costó su transporte y su colocación en el Manicomio”. La lápida, en efecto, la hemos conocido fijada al inicio del pasillo del Departamento de Hombres y decía así: “Se debe este Manicomio a los esfuerzos de D. Juan de la Cierva y Peñafiel, Vicepresidente de la Comisión Provincial, que lo edificó en 11 meses. 1.º de noviembre de 1892”.

Las que sí puso el propio La Cierva fueron otras lápidas situadas en la rotonda del edificio, visibles en la fotografía que reproducimos. Sus textos eran los siguientes: “A Don Juan Dor-

da Morera, que impulsó estas obras siendo Gobernador civil”. “A las señoras de Murcia, que con su caridad contribuyeron poderosamente a la terminación de esta obra”. “Al Señor Don Francisco Zabálburu y Besabe, Diputado a Cortes por Mula, que con importantes donativos ayudó a la construcción de este Asilo, en prueba de respeto y gratitud. Octubre de 1892”.

Merecía la pena reproducir las leyendas de estas lápidas porque ellas son bien significativas de cómo, respondiendo al estímulo de La Cierva la empresa del nuevo Manicomio fue compartida por Murcia entera.

De la impresión popular, una vez inaugurado el Manicomio nos da noticia Emilio Meseguer que recordaba que en su infancia se consideró excesivamente grande, y asimismo otra humorística poesía de Frutos Baeza que la recoge en su opúsculo “Pólvora en salvas” y que se publicó antes aislada en “El Diario de Murcia” (1–XI–1892):

Mirando al Manicomio  
decía un viejo:  
¡Caramba qué edificio  
tan pequeñajo!  
Y uno que le escuchaba  
con gran sorpresa  
exclamó: ¡Caracoles!  
¡Pues buena es esa!  
¡No ve usted que es inmenso?  
¡Hombres me extraña  
si ahí caben más locos  
que hay en España!  
¡Vamos hombres, usted tiene  
los sesos vueltos!  
¡Pues si hay por esas calles  
más locos sueltos...!

Para seguir en 4 páginas enumerando las anomalías de tantos chiflados, mujeriegos, fatuos, viejos verdes, etc., por caminos análogos a Erasmo en su “Elogio de la locura” y nuestro Saavedra Fajardo en sus “Locuras de Europa” en el diálogo, de más altos vuelos, entre Mercurio y Luciano.

Hay buenas razones para afirmar que el Manicomio de Murcia es el primero de planta e independiente que se edifica en el siglo XIX, en nuestro país. El de la Santa Cruz de Barcelona, que había logrado Pi y Molist, es ciertamente de 1899 pero se trataba de un Departamento en un Hospital General. Espinosa Iborra en su ya citado y excelente estudio, insiste en que todos los locales en que estaban albergados los enfermos mentales en España eran viejos edificios malamente adaptados, incluso en Madrid. El de Sevilla fue también nuevo pero aun cuando parece que ya antes hospitalizó pacientes, se termina comenzando el siglo XX. Murcia puede, por tanto, vanagloriarse de este hecho. Y es indudable que, para su época y destinado a albergar en principio un número adecuado de enfermos –los que se trasladaron del Departamento de San Juan de Dios fueron 114 (74 hombres y 40 mujeres)– resultaba aceptable. De ello apenas podía juzgarse cuando tras 75 años de funcionamiento fue abandonado, con unos 600 hospitalizados en lamentables condiciones asistenciales, que sólo con un gran esfuerzo y vocación podían superar los médicos y el personal auxiliar.

El proyecto del Manicomio se debió al Arquitecto Provincial D. Justo Millán Espinosa. Nos hemos esforzado en hallar en los Archivos de la Diputación dicho proyecto, sin que hasta ahora pudiéramos lograrlo. Sí podemos ofrecer, merced a una Hermana de la Caridad, Sor Raimunda, fotografías de su época inicial. Ellas confirman su buena traza y condiciones para entonces.

Justo Millán nació en Hellín, en 1843 y murió a los 85 años. A él dedicó el malogrado Rafael Serra un interesante trabajo. Por él sabemos que terminó su carrera en 1871; fue Arquitecto Provincial de Albacete desde 1875. Pasa luego a Murcia como Arquitecto del Obispado y Provincial, hasta junio de 1892 (está en construcción el Manicomio) en que cesa por reforma de plantilla, pero La Cierva le vuelve a dar posesión a los pocos días, con un sueldo anual de 1.500 pesetas. A él se debe, entre otros edificios importantes de Murcia, la fachada de San Bartolomé, el Hospital (remodelación), la Cárcel Provincial, el Teatro Circo, la Plaza de Toros y las dos reconstrucciones del Teatro Romea, tras los incendios de 1879 y 1889 (véase también Juan Barceló). Se comprueba así que el proyecto del

Manicomio fue confiado a un Arquitecto de gran prestigio que supo hacer honor a la confianza que se le otorgó.

El costo del Establecimiento parece que fue bastante inferior a lo que La Cierva calculó. Al menos así se deduce de las cifras de costos y financiación que se precisa en la Memoria de la Diputación del año 1892, y que son los siguientes:

<b>Costo:</b>	
Albañilería	102.406,93
Maderas	14.000,00
Carpintería	15.000,00
Mobiliario y ropa	45.000,00
Hierros y tejas	50.000,00
Varios	30.000,00
<b>Total</b>	<b>256.406,93 ptas.</b>

<b>Financiación:</b>	
Fondo de la Diputación	119.406,93
Suscripción popular	62.000,00
Rifa benéfica	25.000,00
Donativo Sr. Zabálburu	50.000,00
<b>Total</b>	<b>256.406,93 ptas.</b>

El testimonio de periodistas e intelectuales de la época acreditan el juicio que el nuevo establecimiento mereció. “El Diario de Murcia” dedica un número casi exclusivamente al Manicomio en la víspera de su inauguración; y en él Frutos Baeza lo califica de “soberbio Palacio de la Caridad”; Pascual Martínez Palao de “esa maravilla que es entre todos los edificios públicos el que más honra a Murcia”; Joaquín Báguena de “útil y suntuoso edificio”. B. Closa de “hermoso edificio que ha de proporcionar la salud a gran número de enajenados”; Tomás Maestre de “suntuoso edificio... y magnífica morada que desde hoy, para honra y gloria de Murcia, es casa de pobres alienados”; y Joaquín Báguena de “Manicomio que honra a nuestra

Ciudad y es uno de los mejores de España”. Todos ellos, claro es, elogian el singular esfuerzo de Juan de la Cierva y el acierto de Justo Millán. Y es curiosa y significativa del pensamiento político intolerante de la época –que acaso se mantenga en la actualidad en otras naciones de tendencias políticas de signo contrario– la terminación de un soneto de Pío Tejera, de ferviente adhesión a Cierva que dice así:

¡Supuesto que es tan grande el Manicomio  
y lo ha hecho usted para los pobres locos,  
meta en él a los librepensadores!

Hemos podido hallar el primer presupuesto confeccionado para el Manicomio o Asilo, el del Ejercicio Económico de 1893 a 1894. Todo hace suponer que durante los primeros meses de funcionamiento, de octubre a noviembre de 1892 se fue improvisando.

Nos parece curioso resumir sus capítulos más significativos de diversos gastos:

Manutención de acogidos.	59.471,11 ptas.
Medicinas	1.690,00 ptas.
Camas, ropas, enseres y mobiliario	36.653,00 ptas.
Reposición fincas y gastos de escritorio	6.200,00 ptas.
Con otros gastos de menor interés	
Este aparatado importa en total	114.786,41 ptas.

<b>Personal (sueldos anuales)</b>	
Administrador	2.500,00 ptas.
Escribiente	800,00 “
Médico	1.400,00 “
Practicante	730,00 “
Topiquero–barbero	730,00 “
Loquero 1.º	637,00 “
Loquero 1.º	750,00 “
Loquero 2.º	637,00 “
Loquero 3.º	637,00 “
Loquero 4.º	637,00 “
Portero	750,00 “
Retribución a seis hermanas de la Caridad a 10 ptas./mes	720,00 “
<b>Total</b>	<b>10.291,00 “</b>

No hay tiempo para un comentario sobre este presupuesto, sólo dos datos sintomáticos: el sueldo del Administrador es casi el doble que el del único Médico. Otro: en la totalidad del Presupuesto el Capítulo de Personal no alcanza al 10% mientras que en los módulos hospitalarios actuales los gastos de personal suponen el 60–70%. La calidad de la asistencia, no obstante las buenas instalaciones para aquél momento, tendría que ser necesariamente muy baja ante la penuria de personal a todos los niveles.

Como un hecho anecdótico refferamos que en este Presupuesto y en la Relación nº 3, “Camas”, con el número 26, se consignan 600 pesetas “para la compra de 24 chaquetas de fuerza de tela de lona con sus correas, a 25 pesetas”.

#### **Número de ingresos:**

Por lo que al movimiento asistencial se refiere, podemos precisar con continuidad el número de ingresos anual, no así las salidas, como nos fue dado en algunos años anteriores del Departamento de dementes. El sistema que ahora se sigue en el nuevo Centro es distinto. Se comienza por la filiación de los 114 trasladados y luego, sin interrupción ni paso a nuevo libro se sigue la filiación de los que ingresan, pero sin columnas

para las salidas o defunciones, de tal modo que cuando una de estas incidencias se produce, meses, años o decenios después, en la página de la filiación se hace constar; con lo que es prácticamente imposible fijar las salidas anuales. Acaso se llevaban estadísticas independientes de cada año pero hasta ahora no las hemos podido localizar. No cejaremos en el empeño.

A falta de esos datos completos, al menos podemos ofrecer tres cortes estadísticos gracias a un trabajo publicado de D. Laureano Albaladejo en 1903. Según refiere en él, cuando se hizo cargo del Departamento de Dementes (ver luego) en 1888 –en realidad a finales de 1897 según precisaremos– sólo existían 88 enfermos, cifra que coincide casi exactamente con la que nosotros hemos obtenido de los libros de la época: 89. Conocemos que a tiempo de la inauguración del Asilo Provincial en 1892 los trasladados fueron 114; y cuando pronuncia su conferencia el Dr. Albaladejo en el citado año de 1903, había 234 ingresados. El aumento en 15 años había sido muy considerable, lo que no parece justificado por el número de ingresos, al menos desde 1892; la media de ingresos entre 1892 y 1903 es de 72; en los años 88, 89 y 90 ingresaron 89, 90 y 96 enfermos. Tal vez influyeran dos circunstancias típicas de toda mejora asistencial psiquiátrica: la menor tendencia a retirar a los pacientes sus familiares y la disminución de la mortalidad, responsable de un alto porcentaje de salidas en tiempos anteriores.

Los ingresos hasta 1911, muerte de D. Bernabé Guerrero Caballero, que nos hemos propuesto como límite de este trabajo son los siguientes:

Año	Ingresos		Totales
	H.	M.	
1893	40	44	84
1894	33	22	55
1895	32	36	68
1896	44	26	70
1897	35	30	65
1898	52	34	86
1899	35	36	71
1900	30	16	46
1901	48	26	74
1902	54	34	88
1903	53	30	83
1904	40	23	63
1905	37	20	57
1906	37	25	62
1907	47	16	63
1908	29	24	53
1909	34	30	64
1910	37	23	60
1911	54	26	80

### EL NUEVO MANICOMIO O ASILO PROVINCIAL EN MARCHA

Resultaría muy grato poder comprobar en la documentación y atestiguar aquí que tras la ingente labor de La Cierva para la construcción y puesta en marcha del nuevo Manicomio, que como afirma Pérez Gómez fue “de las que dejaron época”, la asistencia a los enfermos mentales en la provincia de Murcia, en todos sus aspectos, hubiera seguido un curso progresivo. Pero los demonios seculares de la psiquiatría no abandonaban el campo tan fácilmente. Pronto, demasiado pronto, el local que a uno de los interlocutores de Frutos Baeza le parecía amplísimo va a ser insuficiente. Cinco años después (1897) de su inauguración el



Manicomio Provincial (1892-1965).

Médico del Manicomio propone que se suspendan las órdenes de ingreso por el crecido número de ingresos; petición que se deniega en orden a los problemas sociales que tal decisión podría crear. La solución es construir nuevas “celdas”. En 1902 y 1903 el Médico y el Director político vuelven a insistir en el excesivo número de pacientes. Acaso la razón fundamental no era tanto la falta de espacio como la escasez de personal, porque por incidencias y dimisiones de “loqueros” en 1902 podemos comprobar que el número de éstos era de cinco, que naturalmente habría que repartir en turnos por prolongadas que fueran las jornadas; su sueldo, entre 630 y 750 pesetas anuales. Para aumentar el personal enfermero la solución es cerrar la puerta principal del Manicomio utilizándose una de comunicación con la Misericordia, con lo que se suprime el portero, que se incorpora de sexto “loquero”. La tendencia involutiva es evidente. Esto no obstante, acaso la mala conciencia de la Corporación, se proyecta en multas a los enfermeros: porque se ha escapado un enfermo, o porque un paciente ha agredido a otro sin que el “loquero” lo impidiera. Otras sanciones y multas están más justificadas y dan idea de la actitud del personal. En 1895 un loquero ha maltratado a un demente y en 1902 a un epiléptico. No tan justificada y por otro lado significativa del concepto carcelario que dominaba, es la multa que se impone a dos enfermeros porque han utilizado como mandadero a un paciente. Y más pintoresca la expulsión de un enfermero porque “por la noche sacaba a un enfermo en cuya compañía permanecía hasta la madrugada recorriendo con él sitios inmorales”. Como el “topiquero” lo supo y lo silenciaba él también es multado con 10 días de haber.

Otra prueba del camino regresivo es la de que en 1898 consta que la Administración del Manicomio, en lugar de ir adquiriendo autonomía y vigor se refunde con la de la Misericordia. El detalle del cierre de la puerta principal de 1902, que hemos referido, lo confirma. Realmente la situación económica de la Diputación en general debía ser muy precaria; como “angustiosa” se define “la situación de los fondos provinciales” en 1907. Por ello en dos ocasiones en 1905 y en 1907 se organizan corridas de toros benéficas. Y hay que suplir a la Diputación con donativos de Doña María del Pilar Manzanedo, Viuda de D. Francisco Zabálburu y del Casino de Murcia. Las menguadas fuerzas corporativas no permiten la sustitución total de la caridad por la beneficencia oficial.

No es extraño que las condiciones higiénicas fueran lamentables. En 1906, el abastecimiento de aguas de Santa Catalina no es suficiente y hay que proyectar un nuevo aprovisionamiento que importa 850 pesetas pero aún en 1908 el Médico ha de dar cuenta de las numerosas “infecciones del vientre” entre los acogidos por la impureza del agua “utilizada como potable”. La eliminación de las aguas residuales es tan defectuosa que en 1907 “hay que construir una atarjea en la sección de furiosos para desagüe de las aguas sucias”.

Pero acaso el dramatismo mayor de la asistencia lo define una comunicación del Diputado Inspector D. Diego Avilés García de 1907 de este tenor: “Los dementes están desnudos, las celdas de furiosos dejan mucho que desear y no es posible hacer uso de ellas”. En ella insiste en una anterior: “ Los acogidos del Manicomio hace tiempo que carecen de las ropas necesarias para cubrir su desnudez”, y “es preciso que se construyan a fin de procurar su abrigo durante la estación”. Era enero de 1907.

En 1899 se propone la luz de petróleo, pero se acuerda instalar la de acetileno por resultar más económico y práctico. Ésta falla y poco después se sustituye por gas; pero en 1905 se queda el Manicomio sin luz porque el Gas Lebón ha cortado el suministro en vista de que no se pagan los recibos.

Para dar otro dato económico de la época, en la Sesión del 7 de julio de 1905 se fija la estancia de los Pensionistas de 1.<sup>a</sup> en 4 pesetas y la de los de 2.<sup>a</sup> en 2,50.

Podemos también precisar el régimen alimenticio o dietético de los enfermos; en 1907 D. Laureano Albaladejo, Diputado y Médico, cumpliendo un encargo de la Comisión, fija del siguiente modo el régimen de los hospitalizados: Comida 200 gramos de pan, 50 gramos de carne de vaca, 45 gramos de patatas. En sustitución del arroz, que no se menciona, podría dárseles 20 gramos de pasta de fideos. Cena: 20 gramos de carne, 7 de tocino, 55 gramos de habichuelas y 50 gramos de patatas. No consta el desayuno. El cálculo hecho por el Internista actual del Hospital Psiquiátrico Dr. D. Mariano Cánovas, para esta dieta arroja un total de 1.200 calorías, cuando el mínimo se estima en unas 2.500 o 3.000; y resalta en ella la gran pobreza en proteínas de origen animal.

No ignoraba el creador del nuevo Asilo, D. Juan de la Cierva, las dificultades en que se iba encontrando su tan querida obra. En una carta dirigida a su hermano Isidoro, fechada en 10 de febrero de 1910, siendo Ministro, elogia la labor de D. Isidoro y de otros componentes de la Comisión de Beneficencia y se expresa así: “A vosotros que formáis esas Juntas nacidas y mantenidas contra el inverosímil ambiente de hostilidad que por algunos se formó, y a los sentimientos inagotables del pueblo murciano, se debe el éxito de la magna empresa... Os felicito a todos y deseo que juntos podáis hacer que esa obra continúe y asegurar definitivamente la normalidad de los establecimientos de caridad”. Ahí resuenan claramente las repercusiones sobre los centros asistenciales de las luchas políticas.

De nuevo quisiera advertir que el relato documentado del estacionamiento o regresión de la asistencia psiquiátrica en Murcia, con tintes tan peyorativos, no es otra cosa que un ejemplo de la triste actuación de la misma en toda España. Con posterioridad a nuestra fecha límite (1911) mi maestro, el Dr. Lafora, poco después de llegar a nuestra patria tras su experiencia durante unos años en las clínicas europeas y estadounidenses, publica en 1916 en el semanario “España”, un tremendo artículo, en el que critica del modo más duro la situación de los Manicomios españoles y en él reproduce fotografías del de Granada –un enfermo semidesnudo sentado sobre paja en una lóbrega celda– y del de Valencia –un paciente con cinturón de hierro y las manos cogidas a él por pulseras; otro con grillos en los pies–.

## LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

Los Hermanos de San Juan de Dios, según datos que proporciona Ibáñez García, ejercieron funciones asistenciales hospitalarias desde fechas muy remotas. Parece que ya en 1617 el Cabildo Eclesiástico y el Municipal les hicieron entrega del Hospital situado en el Alcázar Nassir. A nosotros nos interesan sus vicisitudes ulteriores por su relación con el cuidado de los enfermos mentales. En el siglo XIX están encargados del Servicio del Hospital de San Juan de Dios, aun cuando el Cabildo Municipal no perdió nunca su patronazgo. En el bienio liberal de 1820-22, en virtud del Decreto de 1.º de octubre de 1820 sobre “supresión de monacales y reforma de regulares”, han de abandonar el Hospital. La oscilación política de 1823 los reintegra de nuevo a él, para en 1835 ser exclaustrados por segunda vez, en la noche del 31 de julio. Desde entonces, según precisa Ibáñez “no han vuelto al Hospital sino muy recientemente y sólo para la asistencia a los alienados”. Así pues durante el tiempo que los enfermos mentales permanecieron en el Departamento de Dementes del Hospital de San Juan de Dios –1855-1892– no ejercieron sus funciones los Hermanos.

Nuestra indagación personal nos ha proporcionado datos concretos sobre su incorporación a la asistencia a los enfermos psíquicos ya en el Asilo provincial inaugurado en 1892.

En el Acta de la Junta de Beneficencia de 20 de febrero de 1909, se da cuenta de que se han iniciado conversaciones con los Hermanos de San Juan de Dios para que se encarguen del Servicio de los dementes. El provincial ha remitido copia del contrato que mantienen con la Diputación de Navarra para su estudio, y se ha recibido informe de la de Zaragoza mostrando su satisfacción por las funciones que aquellos cumplen. Las gestiones epistolares continúan, según consta en las Actas del 27 de febrero y del 13 de marzo de 1909. Se llegó, sin duda, a un acuerdo en principio, porque en Sesión del 17 de abril de 1909, se autoriza al Presidente para que en la próxima traiga el proyecto de Contrato con los Hermanos de San Juan de Dios. En efecto, en la del 22 de mayo de 1909 se presenta dicho Contrato que sustancialmente se atiene a estas normas: el número de Hermanos para atender a los servicios, incluso de Practicante y Topiquero, será de 9. El sueldo o retribución se fija en 2 pesetas diarias “más

las berzas y combustible para la cocina”, con la obligación de condimentar la comida de los enfermos. Se acoge el convenio con el beneplácito de la Junta y se muestra el deseo de que rápidamente se lleven a efecto las obras de reparación necesarias para la Residencia de los Hermanos. Se tiene esperanzas de que todo ello reporte grandes ventajas para los pacientes.

El 9 de octubre de 1909, (Acta) como se prevé que dentro de un mes van a hacerse cargo del Servicio los Hermanos, se indica que deben hacerse gestiones ante la diputación para el cese de los empleados de dicho Establecimiento, lo que acepta la Corporación.

Ya en 23 de octubre de 1909 (Acta) se da cuenta de que los Hermanos vendrán tan pronto se les avise, “a pesar de que con ello –dicen los frailes– tengan que hacer un sacrificio”; para el 15 de noviembre de 1909 pueden estar instalados en el Manicomio.

No hemos podido precisar hasta ahora si su incorporación fue precisamente en la fecha citada, pero sí que en enero de 1910 ejercían ya sus funciones, porque en 21 de enero se expresan en el Acta las necesidades del Manicomio, entre ellas, el pago del sueldo de los Hermanos, advirtiéndose que en ese momento sólo existen en caja 7 pesetas.

En las Actas de la Junta de Beneficencia de meses siguientes, se consignan diversas reclamaciones de los hermanos a la Diputación por falta de pago de las retribuciones convenidas.

Acaso estas dificultades económicas, unidas al no buen ánimo con que los hermanos habían acudido al Manicomio de Murcia –recuérdense sus protestas de sacrificio– determinan pronto una crisis, como se desprende del Acta de 20 de julio de 1911, según la cual el Presidente se encargará de gestionar con los Hermanos Hospitalarios del Sagrado Corazón en qué condiciones podrían hacerse cargo del Manicomio, en sustitución de los de San Juan de Dios, caso de que éstos “no quieran continuar prestando servicio”. En la misma sesión se acuerda la construcción de varias camas de fuerza solicitadas por los Hermanos.

El último dato que queremos dejar consignado, aun fuera de la fecha límite que nos hemos marcado, el de que los Hermanos de San Juan de Dios fijan la fecha de su marcha para el 5

de julio de 1913, por lo que se acuerda ahora que se emprendan gestiones con los Salesianos para ver si pueden sustituir a los de San Juan de Dios.

### LAS HIJAS DE LA CARIDAD

Las Hijas de la Caridad sí asistieron, y siguen asistiendo en abnegada labor a los enfermos mentales en Murcia, creemos que con absoluta continuidad, desde muy poco después del traslado de estos al Departamento de Dementes del Hospital. Se produjo éste, como quedó reseñado, en abril de 1855 y es en ese año, según refiere Ibáñez, cuando en 1.º de diciembre se formaliza el contrato entre las Hermanas y la Diputación y comienzan sus funciones en la totalidad del Hospital.

Según las cláusulas del contrato deberían confiárseles los siguientes servicios: 1- Cocina: preparación y guiso de la comida. 2- Distribución de la misma. 3- Auxiliaría de Farmacia, regida por el titular. 4- Ropería: reposición, lavado y mantenimiento de las ropas.

Ya referimos cómo incluso a tiempo del traslado de los enfermos a edificios provisionales con motivo de las epidemias de cólera, las Hermanas les acompañan, debiendo ser suplementadas con personal laico, dada la situación de emergencia.

En el nuevo Manicomio o Asilo, las Hermanas siguen realizando su labor; durante el período que estudiamos hasta 1911, dado que el Manicomio y la Casa de Misericordia eran paredañas, la Comunidad de esta última atendía a ambos establecimientos. Para esa época tenemos el dato de que el número de religiosas para la casa de Misericordia, el Manicomio y la Maternidad, era de 19.

También podemos precisar las condiciones económicas en que se desenvolvían. En 1907 como consecuencia de una modificación en la forma de aprovisionar el Establecimiento, se dispone que las Hermanas seguirán percibiendo mensualmente cada una de ellas 20 pesetas; pero como ahora no podrán retirar género de la despensa, se les entrega 46 céntimos diarios por persona, para completar la asignación de una peseta, aumento que si lo desean lo podrán percibir en especie.

Si los Servicios de los Hermanos de San Juan de Dios fue algo casi accidental en la asistencia psiquiátrica en nuestra pro-

vincia, la admirable labor de las Hijas de la Caridad ha sido un eje constante y sus funciones han cubierto siempre, sobre las que estrictamente les son propias, los huecos de una organización imperfecta.

### DE LOS MÉDICOS DE DEMENTES AL PSIQUIATRA

En capítulos anteriores quedó constancia del escaso y precario papel que juegan los médicos en los primeros tiempos de la asistencia psiquiátrica, no sólo en Murcia sino en España entera. Cuando nuestros enfermos están en el Refugio de Santa María Magdalena, los propios médicos declaran su impotencia ante las tremendas condiciones de la hospitalización. Y sus comparecencias ante el Jefe Político, sus declaraciones juradas, etc., más bien le implican en el enfoque semijurídico de aquella asistencia. Ni deciden el ingreso, ni apenas pueden tomar la iniciativa de las altas. Más tarde lo confirmaremos.

Con bastante precisión hemos podido aclarar quienes fueron los médicos que sucesivamente estuvieron encargados de los enfermos mentales. Ibáñez refiere que a tiempo de la hospitalización en “el Refugio” se designó para la visita a D. Miguel Belloti, al que se le asigna un sueldo de 4 reales al día que venía disfrutando hasta entonces un conserje.

Datos más concretos tenemos sobre los médicos de dementes en el Departamento del Hospital de San Juan de Dios.

En 20 de enero de 1859, la Junta Provincial (Sesión) oficial al Director del Hospital para que se nombre con carácter interino para dicho Departamento a D. Gaspar de la Peña Díaz. A esa plaza habían optado D. Antonio Hernández Ros y D. José Pobeda. Pero con la misma fecha de 20 de enero, se retira el nombramiento, porque según las Reales Ordenes, deben atender esa función los “Facultativos del Restablecimiento”; no lo era sin duda D. Gaspar de la Peña Díaz.

En 1860, un vocal de la Junta propone que se designe un facultativo para que efectúe la visita diaria a los dementes, para mejorar de este modo su “desgraciada situación”. Y, la Junta acuerda que habiendo personal sobrante en los establecimientos de Expósitos y Misericordia, se pase escrito al Gobernador para que la Superioridad designe a uno de los funcionarios, a fin de que “no continúe abandonado más

tiempo un Servicio tan humanitario”. A lo que accede el Gobernador.

Pero sólo logramos datos de que tal acuerdo fuera cumplido en 1862, en que se nombra a D. Antonio Hernández Ros “Médico exclusivo del Departamento de Dementes”.

En 1866 se da cuenta de la renuncia de D. Antonio Hernández Ros y se nombra por orden del Ilmo. Sr. Director General para desempeñar interinamente la plaza al “Médico cuarto de la Beneficencia”, D. Francisco Garcerán Coll, con el haber de 260 escudos anuales.

Sin que nos haya sido posible precisar la fecha, más tarde, hubo de estar encargado del Servicio D. Diego Gómez García, ya que en 1887, se da cuenta de su fallecimiento y se plantea el problema de la sustitución. En esa sesión se plantea por primera vez cubrir dicha plaza por oposición, lo que se acepta casi por unanimidad; pero el Vicepresidente salva su voto porque en su opinión debería nombrarse a D. Gaspar de la Peña Díaz; según él por acuerdo de 29 de abril de 1876 se había decidido que a dicho facultativo, así como a los Sres. Bayona y Montalvo, se les nombraría médicos del Hospital en las primeras plazas que existieran, fueran por vacante o por nueva creación. Al fin la cuestión queda sin decidir y se nombra interinamente para la asistencia a los dementes a D. Laureano Albaladejo y Cerdán, Médico del Hospital Provincial. En 13 de diciembre de 1887 (Sesión), el Sr. García Sánchez muestra sus dudas sobre el proyecto de sacar a oposición la tan comentada plaza, ateniéndose a lo que preceptúa el reglamento de 22 de julio de 1864, según el cual el modo de proveerla debía ser por concurso. Se confirma como interino a Don Laureano Albaladejo y se deja en suspenso lo acordado respecto al procedimiento que habrá de seguirse en el futuro.

En 1893, D. Laureano Albaladejo solicita permiso por enfermo y le sustituye temporalmente D. Ignacio Martínez López.

Tomó de nuevo el Servicio D. Laureano Albaladejo, que en 1984 solicita su traslado a la plaza de Medicina del Hospital, que había dejado vacante D. Tomás Maestre.

Sin duda tal traslado se lleva a efecto; en 1895 estaba encargado interinamente del Manicomio o Asilo D. Bernabé

Guerrero Caballero, puesto que en 6 de febrero (Sesión), se le concede licencia por enfermo y mientras dure la enfermedad se designa sustituto a D. Luis Gómez García.

En ese mismo año 1895, D. Bernabé Guerrero es nombrado “Médico de la Beneficencia Provincial con destino en el Manicomio” con el haber anual de 1.400 pesetas. Y en 1906, tras oposición se le confirma como “Médico en propiedad de la Beneficencia Provincial con destino a la Visita del Manicomio”; haber anual de 2.000 pesetas.

Tras la muerte de D. Bernabé Guerrero Caballero, la Corporación Provincial en sesión de 30 de marzo de 1911, elogia la conducta del mismo como funcionario público y como persona estimable, y hace constar en acta su sentimiento por la pérdida de uno de sus más distinguidos servidores. De inmediato nombra para sustituirlo interinamente a D. Luis Gómez García.

Resulta evidente que los dignos médicos que desde D. Miguel Belloti y D. Antonio Hernández Ros se encargan de la visita al Departamento de Dementes son médicos generales, dedicados antes o simultáneamente a otras actividades clínicas y que, con su mejor voluntad asisten a los enfermos mentales. Casi todos ellos fueron figuras distinguidas.

D. Antonio Hernández Ros, fundador de una ilustre dinastía de médicos murcianos, fue académico de la Real de Medicina; a su discurso leído contestó precisamente D. Gaspar de la Peña Denia.

D. Francisco Garcerán Coll, hijo del Académico, fundador de la Academia, D. Francisco Garcerán García perteneció asimismo a la Corporación en la vacante de D. Gaspar de la Peña Denia. Su celo asistencial en el cólera de 1833, le condujo a contagiarse de la enfermedad y casi a la muerte.

D. Laureano Albaladejo Cerdán alcanzó el puesto de Presidente de nuestra Real Academia y su labor, como uno de los médicos más distinguidos de Murcia, la pudimos conocer personalmente.

Por último, D. Luis Gómez García, conoció mejor que sus predecesores la especialidad psiquiátrica y cubrió con dignidad, –ayudado por Raimundo Muñoz– el hueco entre D. Bernabé Guerrero y el Dr. Román Alberca. Como Miembro de Número formó parte asimismo de la Academia de Medicina.

Aunque sea breve, D. Bernabé Guerrero Caballero merece capítulo aparte porque es en él donde se produce la transición desde “el médico de dementes al psiquiatra”. Hace ya años en el viejo Archivo del Manicomio descubrí unos grandes libros en los que, mostrando gran preparación, minuciosidad y entusiasmo, D. Bernabé llevaba de puño y letra unas historias clínicas auténticamente excepcionales para su época. Ello me indujo con la colaboración del Dr. Alberca a leer su esquema biográfico en la “Primera Semana de Estudios Murcianos” (1 a 18 de mayo de 1960) bajo el título “Un psiquiatra murciano en el giro del siglo”. He seguido trabajando en esta biografía y me propongo que en fecha no lejana pueda ser una nueva aportación a la Academia. Baste en este momento una somera referencia: hijo de Médico, nació en Murcia en 1858. Estudió su carrera en Madrid con muy buen expediente académico, que poseo. Fue Académico de Número de la Real Academia, Electo en 1893. Su discurso de ingreso versó sobre “Localizaciones cerebrales”; en 1904 pronuncia el Discurso inaugural del Curso sobre el tema “Cultivo de la voluntad” y en 1909 diserta acerca de “La herencia psicopática”. Estudiando sus discursos puede comprobarse el excelente aparato bibliográfico que manejaba. Obtuvo un Premio de la Academia Médico Quirúrgica española y el “Galcerán” de la Academia de Higiene de Barcelona. A su muerte, Murcia reconoce sus méritos y en la casa en que vivió y murió, en la Plaza de Santo Domingo se fijó una lápida que dice así: “En esta casa nació el 23 de septiembre de 1858 y murió en 17 de marzo de 1911 D. Bernabé Guerrero Caballero. Por acuerdo del Excmo. Ayuntamiento se coloca esta lápida como homenaje perpetuo a la memoria del ilustrado Médico y buen murciano”. Cuando en los años 60 se derribó el edificio le rendí mi personal homenaje recuperando la lápida, gracias a la atención del Sr. Artés.

Pero aun en esta época, cuando nuestra historia termina y estando a cargo del Manicomio tan capacitado Psiquiatra, como D. Bernabé Guerrero, podemos formarnos idea del concepto de la asistencia, de la falta de autonomía del Médico y de su casi humillante situación al leer el acuerdo que se tomó en la Sesión Corporativa de 11 de marzo de 1911: “Que se diga al Director del Manicomio que en lo sucesivo no admita ningún ingreso si no va autorizado por el Presidente o Vicepresidente de

la Diputación o Comisión Provincial o por el Sr. Gobernador Civil de la Provincia, que es el Presidente nato de la Corporación, a los que la Ley tiene encargada la Dirección y Gobierno y Administración de dicho Asilo”. La Orden lleva fecha de 11 de marzo; D. Bernabé murió el día 17 del mismo mes y año.

### COMENTARIO FINAL

Entiendo que en un trabajo como el que aquí se intenta debe dejarse a los hechos, con la suficiente documentación, que hablen por sí mismos. Sólo, a manera de coda, unas breves observaciones.

De nuestra recopilación de datos me parece que se desprende que la sociedad en Murcia, en España y en el mundo entero, con ritmos diversos, ha estado siempre por debajo de lo que el enfermo mental requería. Es verdad que las coyunturas económicas, en especial la de nuestro país en la época que estudiamos, eran poco propicias para una evolución satisfactoria de la asistencia psiquiátrica; que la incipiente especialización y la carencia de medios terapéuticos eficaces hacía difícil una buena organización asistencial. Pero todo ello no justifica la inhumana situación en que se mantenía a los enfermos. En plano más profundo estaban actuando las concepciones ideológicas. Como regla general puede afirmarse que las tendencias progresistas, con mayor o menor efectividad, intentaron la reforma y que las estructuras arcaicas la retardaron. Aún a mayor hondura, ha actuado y sigue actuando, un concepto erróneo de la enfermedad mental, como dolencia maldita, en un intento defensivo de la humanidad de separar tajantemente la razón de la sinrazón.

Murcia, no obstante, el panorama poco brillante que hemos ofrecido, es acaso una de las provincias españolas que en los diversos momentos hizo intentos, más o menos logrados, de una mejora asistencial: recogió a los enfermos mentales en la Casa de Misericordia a finales del siglo XVIII; les destinó un edificio especial a mediados del siglo XIX; poco después les dedicó un Departamento en el Hospital de San Juan de Dios y en 1892 construye uno de los primeros y mejores Manicomios de España, merced al esfuerzo de un hombre, ciertamente no considerado en la jerga política como progresista. Que una y

otra vez las buenas intenciones quedaran insuficientemente cumplidas fue la consecuencia, ya lo hemos dicho, de razones más básicas y extendidas.

También los médicos, desde los no especializados a los psiquiatras, estuvieron por encima de la Administración, en el lato sentido de la palabra.

Nuestra indagación se interrumpe en 1911, con la muerte de aquel excelente psiquiatra que fue D. Bernabé Guerrero, estrechamente condicionado, como vimos, en su actuación. La historia que habría de seguir, en especial tras asumir la dirección del Manicomio el Dr. Alberca, en 1929, es aún más expresiva del contraste entre su excepcional figura y el Centro, que durante 37 años le tocó dirigir. Frente a su magnífica labor científica, el Manicomio de 1892 en muchas peores condiciones arquitectónicas, y con cuatro veces más enfermos que a tiempo de la inauguración, en lamentable hacinamiento. Cuando él

tomó la dirección se planeaba un nuevo Manicomio, pero el proyecto, como los cimientos que encontró D. Juan de la Cierva, hubo de esperar más de 30 años para su realización. Trágicamente apenas tuvo tiempo de dirigirlo.

Desde 1966, con el nuevo Hospital Psiquiátrico, se dispone de unas instalaciones satisfactorias y la dinámica administrativa está en marcha de un modo cada vez más vivo en los últimos tiempos. La historia nos ha enseñado que ese es el camino de que los intentos iniciales no queden fallidos, y se esté cada vez más a la altura de los propios enfermos psíquicos. Únicamente de ese modo se podrá ir venciendo otra resistencia tal vez mayor a las transformaciones asistenciales: la de la propia sociedad en la que están inmersas y a la que se esfuerzan en servir nuestras Organizaciones asistenciales de hospitalización y las ambulatorias situadas y actuantes en el mismo seno de la Comunidad.



## CAPÍTULO 3

### LA VIDA DEL MANICOMIO PROVINCIAL

DR. F. MARTÍNEZ PARDO

---



No es fácil rastrear qué fue del Manicomio inaugurado en 1896, pero sí sabemos que pronto se quedó pequeño, porque efectivamente ejercieron un efecto llamada las nuevas instalaciones. Podemos saber, por datos sacados de la monografía de Luis Valenciano “Parálisis General Progresiva” (Murcia, 1978), que en el trienio 1896-98 ingresaron en el Manicomio Provincial 123 hombres y 116 mujeres, que en el bienio 1904-1905 ingresan 101 hombres y 54 mujeres.

Sólo a partir de 1929 hay datos clínicos, interrumpidos en 1911 al morir Bernabé Guerrero. En 1928 accede a la dirección del Manicomio Provincial el Dr. Alberca que en un gran esfuerzo personal pone a punto del mejor modo posible las historias de los enfermos –400 existentes– más los de nuevo ingreso.

Veamos la relación de ingresos en los lustros posteriores:

Años	Ingresos de hombres	Ingresos de mujeres
1930-34	397	276
1935-39	748	394
1940-44	560	474
1945-49	544	482
1950-54	628	590
1955-59	849	616
1960-64	759	598
1965-69	1.218	907

(\*) El año 1966 se inaugura el nuevo Hospital Psiquiátrico.

Pero sí puede rastrearse por las publicaciones de la época que la “Laborterapia y Tratamiento ocupacional, tuvieron un gran desarrollo”, en este punto marchamos a la cabeza de los manicomios españoles y que los resultados aquí conseguidos no distan mucho de los logrados en los más progresivos establecimientos similares del extranjero”. (L.Valenciano: “Modernas tendencias terapéuticas en Psiquiatría”. Publicaciones de la Real Academia de Medicina de Murcia. 1942).

En el Manicomio Provincial de Murcia, el tratamiento por el trabajo –fuera de la colaboración de los enfermos en la limpieza y otras labores domésticas que, como en otros esta-

blecimientos se practicaba desde siempre– se introduce en el año 1934 gracias a la iniciativa del Dr. Alberca y con él colaboraron desde el primer momento los Dres. Raimundo Muñoz y Antonio Sabater, entonces únicos médicos del Manicomio. Ya antes funcionaba, atendido por enfermos, un horno, en el que al principio se elaboraba el pan para el Manicomio, convirtiéndose más tarde en horno provincial, capaz de abastecer a las tres instituciones benéficas dependientes de la Diputación: Manicomio, Hospital Provincial y Casa de Misericordia.

En 1934, construyendo una nave especial y dotándolos de la maquinaria necesaria, se crean los talleres de herrería, alpartería, espartería, alfarería, carpintería, juguetería y pintura. La laborterapia iba en franco progreso, participaban ya en ella un grupo considerable de enfermos y el mercado, sobre todo para la juguetería se iba ampliando cuando sobreviene la Guerra Civil, durante la cual se derrumba totalmente el tratamiento por el trabajo.

Al acabar la guerra, ya incorporado el Dr. Valenciano, es encargado por Alberca de la reorganización de la laborterapia. Se poseían naves, herramientas y útiles de trabajo, pero fue necesario deshacer la atmósfera de inactividad y pasividad. Del montón de enfermos hacinados y sucios que la guerra había dejado, se comenzó la selección de los más aptos para el trabajo, concedores de la técnica respectiva la mayor parte de ellos. El grupo formado por estos pacientes pasó a otro patio o huerto independiente en el que se fue constituyendo el ambiente de trabajo. Era importante conservar esa independencia, porque de otra manera la influencia de los desocupados era nociva para ellos. Además el huerto al que fueron trasladados había sufrido previamente una transformación: pintura alegre de puertas y ventanas, enjalbegado de tapias y paredes, plantación de macizos y flores que le daba un aspecto grato y acogedor.

El primer núcleo de trabajadores, 50 o 60, se logró sin dificultades. Los que se introducían fácilmente en el trabajo eran crónicos poco demenciados o sujetos con afecciones de tal índole, que la parte normal de personalidad conservada excedía en mucho a la patológica. Luego se fueron introduciendo progresivamente o por pequeños grupos enfermos cada vez más difíciles y al final, caso por caso, enseñándoles incluso la téc-

nica o el oficio. Luego, se procuró que trabajaran los enfermos desde el primer día de su ingreso en labores manuales sencillas, que no requiriesen herramientas incluso en situaciones agudas, por dos razones. La primera por los efectos curativos de la ocupación y en segundo, para evitar el ocio que hace luego difícil la integración en el mundo del trabajo. Una regla fundamental de la laborterapia era no mantenerlos en las tareas elementales más tiempo del necesario, pasándolos en cuanto se pueda a la actividad máxima que puedan desarrollar sin esfuerzo excesivo. Siguiendo las teorías de Schneider, se aplicó la terapia de ocupación desde el ingreso, incluso en pacientes que sufrían psicosis muy agudas, como por ejemplo liando vendas.

La espartería fue el trabajo fundamental en el viejo Manicomio ocupando a 133 enfermos, siguiendo las pautas que había defendido Alberca de que los Manicomios cultiven de modo especial en su laborterapia las respectivas industrias regionales: se cosían seras, capachos, costales y cofines.

Se trabajaba en los cordeles y cuerdas, etc... La juguetería fue otro taller importante, la alpargatería, la alfarería, la jardinería.

El número de enfermos ocupados según un recuento practicado el 10 de abril de 1942 lo damos en el cuadro siguiente:

Oficios	N.º total de enfermos
Albañiles	7
Alfarería	1
Alpargatería	4
Barbería	3
Carpintería	4
Cocina	11
Espartería	133
Cosedores	2
Pleita	18
Cordeta	111
Herrería	4
Horno	2
Juguetería	18
Oficina	2
Pintor	1

Oficios	N.º total de enfermos
Limpieza y ayudantes de enfermeros	33
Ordenanzas	5
Jardín	3
Otros	5
<b>Totales</b>	<b>234</b>

Había ingresados en Hombres 282 enfermos. Trabajaban el 84% de los pacientes.

En cuanto a las Actividades terapéuticas se utilizaron muy prontamente las curas de Klaesi, las terapias convulsivantes por el cardiazol de Von Meduna, con su variante del electroshock (Cerletti), y la de los shocks insulínicos de Sakel. Como ejemplo de la moderna actividad terapéutica elegimos los resultados obtenidos en el Manicomio Provincial de Murcia con la moderna terapia convulsivante, utilizando el Pentazol. En el año 42 llevaban ya doscientos enfermos tratados con esa técnica. En los 75 primeros casos los resultados fueron los siguientes:

Resultado	grupo total	psicosis de <1 año	psicosis de >1 año
Altas por curación	44	34	9
Mejorados	13	5	8
No modificados	15	1	14
Muertos semanas o meses tras el tratamiento:	3	1	2

Otro de los problemas importantes en el Manicomio Provincial era el del alcoholismo. Se parte en un estudio sobre el mismo en el manicomio desde el año 40 al 59 (veinte años) porque el material de guerra de 1936 a 1939 con el ingreso de soldados de los frentes, refugiados, detenidos y una mortalidad muy elevada, sobre todo en el período final, no es representativa de las condiciones normales del Manicomio. De las 2.617 historias clínicas de ingresos en el Servicio de Hombres en el plazo

de tiempo indicado, se separaron las de alcoholismo crónico y psicosis alcohólicas. Se constituyó así un grupo de 293 historias, que supone el 11,1% de los ingresos totales en ese plazo.

Agrupando los datos estadísticos obtenidos por quinquenios resulta el siguiente cuadro:

de Clermont Ferrand, de 709 ingresos que se produjeron en 1950-55, 350 –es decir, la mitad– lo fueron por alcoholismo y el número de encefalopatías agudas o crónicas aumentaron en esos años de 41 a 140. En España, por esos años Martín Santos indica que un tercio de los ingresados en su servicio de San Sebastián lo son por

Quinquenios	1940-44	1945-49	1950-54	1955-59	TOTALES
Delirium	0	10	19	54	83
Alucinosis	3	2	3	19	27
Delirio celos	1	3	6	6	16
Total alcohólicos	14	41	89	149	293
<b>Total ingresos en Manicomio</b>	<b>562</b>	<b>546</b>	<b>630</b>	<b>879</b>	<b>2.617</b>

QUINQUENIOS	1940-44	1945-49	1950-54	1955-59
% alcoholismo en total ingresos	2,4	7,5	14,1	16,9
% de psicosis alcohólicas en total ingresos	0,7	2,7	4,4	8,9
% de psicosis alcohólicas en alcohólicos	28,5	41,4	31,4	52,9
% de delirium en total ingresos	0	1,8	3,0	6,1
% de delirium en alcohólicos	0	24,3	21,3	36,2

El franco aumento de alcohólicos en general y de psicosis alcohólicas hallados en el Manicomio de Murcia coincide con los datos obtenidos en otros países. En la Clínica Universitaria de Colonia entre 1950 y 1958 se observaron 938 alcohólicos que hicieron 1893 ingresos. Y en el servicio regional de Neuropsiquiatría

alcoholismo. Según datos de Murcia, Valcárcel y Buñuel Mir en el Preventorio Municipal de Barcelona en 1939 los ingresos por alcoholismo constituían el 5,4%; en 1947 el 11,8%; en 1953, el 10% y en 1957 asciende ya a un 41%. En Ciempozuelos los ingresos por alcoholismo en 1946 eran de 1%; en 1955 ascendían al 16,4% .

Otro modelo de seguir la vida del Manicomio provincial es analizar los casos de PGP que se dieron y cómo evolucionaron diagnóstico y tratamientos. En la época de Bernabé Guerrero se han podido obtener datos de cinco años: el trienio 1896-98 y el bienio 1904-05.

Las cifras de PGP y su porcentaje en relación con el número total de ingresos son las siguientes:

	Ingresos			Ingresos		
	Hombres	P.G.P.	%	Mujeres	P.G.P.	%
<b>Trienio</b>						
1896-98	123	12	9,7	116	1	0,8
<b>Bienio</b>						
1904-05	101	8	7,9	54	1	1,8
<b>Totales</b>						
<b>Lustro</b>	<b>224</b>	<b>20</b>	<b>8,9</b>	<b>170</b>	<b>2</b>	<b>1,2</b>

Veamos a continuación los siguientes lustros sobre los que existen ya claros datos clínicos:

Lustro	Ingresos			Ingresos		
	Hombres	PGP	%	mujeres	PGP	%
1930-34	397	29	7,3	276	6	2,1
1935-39	748	35	4,6	394	3	0,76
1940-44	560	49	8,7	474	6	1,2
1945-49	544	25	4,5	482	10	2,0
1950-54	628	19	3,0	590	8	1,3
1955-59	849	15	1,7	616	1	0,16
1960-64	759	6	0,79	598	2	0,33
1965-69	1.218	2	0,16	907	0	0,0

Como puede verse en el lustro 35-39 la Guerra Civil aumenta el número de ingresos: soldados del ejército, traslados de enfermos desde otros Centros, etc: los datos obtenidos en el co-

lectivo del Manicomio Provincial marcan la gran declinación de la PGP a partir de los años 60 con el empleo generalizado de la penicilina en los primeros estadios de la sífilis.

### EL MANICOMIO PROVINCIAL VISTO POR UN EX PACIENTE

El Dr. Galiana tuvo la amabilidad de hacerme llegar unos folios manuscritos escritos por un famosísimo ex paciente ya fallecido A.G.J. (a) Chichones, que tenía y sigue teniendo el récord de fugas, era un auténtico experto en ese tipo de salidas, un auténtico Houdini. Entresacamos algunos relatos:

“Yo ingresé aquí en la primera hora de mi flor. Contaba once años sin equívocos. Era una pena muy grande al ver que estaba tan despartado de la persona que más apreciaba en este mundo. Lo que cuento yo ocurrió el día dos de febrero de mil novecientos cuarenta y uno. Los años pasaron cuando me dediqué yo a hacer mis faenas afortunadas; la primera faena, tomarme un bote de pintura sin pensar en la muerte que me venía. Mi segunda faena: tomarme otra clase de veneno más fuerte que la pintura. Al mismo tiempo acudieron y pudieron salvarme. Pocos días después me hicieron trasladar al Departamento de “Agitados” del Manicomio. Me tiré allí cerca de año y pico trabajando como los hombres. En vista de que mis años estaban encerrados y nadie los podía sacar, tomé la justicia por mi mano. Mi primera fuga la hice el día tres de mayo de 1942, saltando una tapia de un metro y medio de altura; en aquellos momentos de yo saltar la tapia en esto salió un empleado llamado Fidel que todos rogamus por su alma de tan buen hombre como era. No me tiré ni veinticuatro horas en la calle porque fui conducido por la Policía Armada de nuevo al Manicomio. Como era mi primera fuga fui ingresado otra vez al mismo sitio que estaba. La vigilancia se puso sobre mí durante cuatro días. Cuando yo tenía la vigilancia bien asegurada volvía a escaparme por una escalera que se hallaba muy arrimada a la pared. Aquella fuga me salió bien. Me tiré aproximadamente unos siete días en la calle, volviendo otra vez por desgracia por una pareja de guardias municipales de nuevo al Manicomio. Entonces es cuando yo pensé hacer más faena y grave.

El doctor Don Luis Valenciano, caballero de bastante honradez y bueno observó en mí que yo no podía estar en el Departamento de “Agitados”. Entonces me hicieron traslado al Patio General. Mi primera fuga del Patio General: aquel día, bien me acuerdo, estaban prestando servicio los enfermeros Manuel Carmona y Manuel Garrido. Restaba deseando que llegase la noche para jugarme la vida. Por fin la noche llegó y entre medias del personal vine a parar a los dormitorios de Pensionistas. Buscando por todos los sitios vine a meterme en el water. En los dos vasos del water existían tres tabiques y no pensé más. Me subí encima de un tabique y dispuesto a todo le pegué un tremendo porrazo con la cabeza al techo raso y con mucho pulso me enganché a los listones y pocos minutos después me encontraba arriba en el tejado. La primera vez que yo conocí los tejados de este Asilo Provincial de Enfermos Mentales. Al rato sujetándome con una cuerda de pararrayos empecé a andar lentamente para que no se oyeran mis pasos. Cuando ya llevaba unas quinientas tejas andadas me senté un rato para descansar y ví un edificio que fue mi guía para avanzar hacia él. Descubrí un pequeño tejado y al otro lado de él encontré una terraza llena de ropa, desde allí me tiré a un patio, sentía unos cochinos gruñir, avancé junto a las voces de ellos, me metí por una puerta que no había nada más que basura y palpando a causa de no ver toqué dos hierros y enganchándome a ellos subí a un tejado, me aproximé a un depósito de aguas, salté a otro tejado, descubrí un pequeño patio donde había muchos hierros; me puse encima de un tabique que tendría un metro de altura

y pegué un salto y vine a parar a un sitio donde se hallaban tres o cuatro camas. Levanté una cama a pulso y la puse empinada en la pared de enfrente y ví que por encima de ella asomaban algunos árboles. Tirándome de golpe vine a caer en un puñado de alcazabas ( ; )

Otra faena de las mías: cierta mañana, cuando yo me hallaba de visita con mi hermana, terminó la visita y me fui directamente al baño. Aquella mañana estaba de servicio en la visita Luis Córdoba. Me subí por un tubo de plomo, vine a parar al tejado armando un espectáculo de miedo. Primero levantar a todo el patio general que aquella mañana, bien me acuerdo estaba de servicio el enfermero Lucas Ordoño. Segundo: levantar al Departamento de Mujeres, poner en revolución a las Hermanas de la Caridad: subieron a por mí los siguientes nombres: el enfermero Miguel Expósito, el enfermo Antonio Almela, el enfermo José Antonio Vidal y el jefe del personal, Juan Pedro Pineda. Había en la calle más de seiscientas personas entre chiquillos, hombres de las viviendas cercanas al Manicomio, también llenas de personas. Hice venir al Excmo. Sr. Director, D. Román Alberca, al doctor don Antonio Sabater, al Diputado Delegado de la casa D. Juan Torres Fontes, al doctor Vera Padilla, más de sesenta policías. En aquel momento yo me sentía el rey de España de tanto público como tenía a mis órdenes. No respetaba a nadie. En vista de que el asunto se estaba poniendo feo, llamaron a mi hermana. Ella fue la que consiguió que yo bajase del tejado. Me metieron en el calabozo, quedé sujeto. Así me tiré aproximado a los dos meses...



## CAPÍTULO 4

D. BERNABÉ GUERRERO CABALLERO (1858-1911)

PRIMER PSIQUIATRA MURCIANO

DR. LUIS VALENCIANO GAYÁ

---



## LOS CAMINOS DE LA ESPECIALIZACIÓN

El nacimiento de las especialidades en el siglo XIX sigue caminos muy distintos. Alguna –como la Psiquiatría– debe su origen a las peculiares formas de enfermar que la edad de los pacientes determina. Otras como la gastropatología, la neumología, la cardiología se desprenden del tronco común de la Medicina Interna o general, merced al progresivo conocimiento de la fisiología de los sistemas u órganos y a la conquista de nuevas técnicas exploratorias.

Si buscamos las razones o motivos para la independización de la psiquiatría o “frenopatía”, creo que pueden encontrarse en el hecho de las alteraciones de comportamiento del enfermo mental, antes de que sobre la estructura, causas e, incluso, la nosología o nosotaxia haya ideas medianamente claras. A la especialización se sienten vocados unos pocos de los médicos generales, que son encargados, sin mayores exigencias de los Manicomios, como Centros donde hay que aislar a los “locos”. De otro lado, las conductas delictivas, a las que con cierta frecuencia conduce la enfermedad psíquica, despierta el interés de los médicos forenses. En España me parece claro que por esa vía penetran en la especialidad, en la segunda mitad del siglo XIX, los que he denominado “los precursores”: Pedro Mata, Esquerdo, Jaime Vera, en Madrid; Pi y Molist, Giné Partagás, Galcerán Granés en Barcelona. La siguiente generación, la del 13, ya tiene unas motivaciones científicas más profundas y análogas a las de otras ramas de la Medicina.

Encontrar en esa fecha a que nos estamos refiriendo, la segunda mitad del siglo XIX, “frenópatas”, fuera de las dos grandes capitales citadas, es excepcional. Por eso parece digna de ser destacada la figura murciana que vamos a estudiar, cuya trayectoria entiendo que siguió los cauces arriba indicados: ser encargado como médico general, todavía sin formación psiquiátrica, del Manicomio y ejercer como Médico forense, continuando la tradición de su padre, que desempeñó la forensía, en su matiz psiquiátrico, más que discretamente.

## UN CASI DESCUBRIMIENTO

Hace años en un armario –no podía hablarse de un Archivo– del viejo Manicomio de Murcia, encontré unos grandes libros de tapas negras que contenían las historias clínicas realizadas de su puño y letra por Bernabé Guerrero Caballero, excelentes para su época. Este hecho despertó mi atención por su figura pero tan pronto comencé a situarla en su ambiente y en su época mi interés se acrecentó.

Los que he calificado de precursores de la especialidad en España habían nacido pocos decenios antes que él; Guerrero –nació en 1858– se dibujaba así como uno de los primeros psiquiatras de nuestro país.

Una cronología comparativa con los grandes fundadores de la psiquiatría en Europa resultaba muy sugerente. Kraepelin el alemán que sienta las bases de la Psiquiatría para toda una época, había nacido en 1855; Freud en Viena en 1856; Bleuler en Suiza en 1857; Janet en Francia en 1859; Ramón y Cajal en 1852, y Simarro, sin duda el mejor psiquiatra científico español de entonces en 1851. Aplicada la medida cronológica que Ortega y Gasset propuso para las generaciones, Guerrero es coetáneo de los hombres que van a hacer virar a la especialidad y convertirla, cada vez más en una auténtica y problemática ciencia.

Por otra parte, basta echar una ojeada rápida a la vida de la provincia, de Murcia, para comprobar que en lo cultural, en lo artístico, en sus pintores, escritores, periodistas, e incluso en los políticos, se alcanza uno de los niveles más altos dentro del ámbito regional.

## UNOS DATOS BIOGRÁFICOS

Guerrero nace en Murcia, en la plaza de Santo Domingo, el 23 de septiembre de 1858. Es hijo de un médico del mismo nombre: Bernabé Guerrero del Águila. El padre de éste, el abuelo de nuestro protagonista, fue un modesto barbero con local en la calle de la Merced, frente a la hoy Universidad. Guerrero del Águila se hizo esforzadamente médico en la Facultad de Medicina de Madrid, superando su condición social, cosa entonces no muy frecuente. Para costear los estudios se empleó como mancebo de farmacia y, buen guitarrista, se ayuda



D. Bernabé Guerrero Caballero

con este instrumento dando clases particulares. Ya en Murcia ejerció como médico y fino cirujano, simultáneamente con Antonio Hernández Ros. Fue Médico del Obispado y Forense del distrito de San Juan, cargo en el que por enfermedad le sustituyó su hijo durante cinco años. Casó con doña Remedios Caballero Medina y debió tener buen éxito profesional porque, partiendo de su condición humilde pudo comprar la casa de la plaza Santo Domingo, donde nació como hijo único nuestro biografiado.

Bernabé Guerrero Caballero fue un buen estudiante. No es una afirmación sin fundamento, sino hecha a la vista del expediente académico, que pudimos conseguir. De las 23 asignaturas que constan en él, en 9 tuvo sobresaliente, en 7 notable. Adelantó un año –sin duda– porque algunas asignaturas del curso preparatorio las estudia simultáneamente con el primero de la licenciatura y las demás –no existía, por lo visto, incompatibilidad– en el mismo curso que termina la carrera, toda ella en Madrid.

A la capital llegó por primera vez en 1874, a los 16 años. No sabemos si la impresión que le causara su entrada por Ato-

cha sería análoga a la que pocos años después –en 1880– le hizo al mozo Unamuno, de la misma edad, al llegar por San Vicente: “Un salón en el que ha habido baile público, cuando por la mañana siguiente se abren las ventanas para que se oree y se vuelve a barrer”. Por de pronto la situación política era agitada. El verano que precede a su marcha a Madrid, Antónete Gálvez había penetrado en Murcia con sus huestes; en los primeros meses de su estancia en la capital –enero de 1874–, Guerrero escucharía el golpe de Pavía que disuelve las Cortes Republicanas. Y en su segundo curso –diciembre de 1874– se produce el pronunciamiento de Martínez Campos; poco después se restaura la monarquía y Alfonso XII el Pacificador, entra triunfalmente en Madrid. Un tremendo acontecimiento de distinta índole jalona la terminación de su carrera: la riada de Santa Teresa (15 de octubre de 1879).

#### CURRÍCULO PROFESIONAL

En los primeros años de ejercicio, no definida todavía su vocación o imposibilitado de seguirla, es nombrado Médico Director de la Casa de la Misericordia y de la Maternidad. En 1885 se produce la gran epidemia de cólera y en ella Guerrero, según describe el Dr. Martínez Torres, “probó su ciencia y su temple... cumplió su deber... los grandiosos y difíciles deberes de los médicos en circunstancias tan amargas”. En 1.º de abril de 1895 es nombrado Médico de Número de la Beneficencia Provincial de Murcia, con destino en el Manicomio Provincial, que se había inaugurado en 1892. Comienza entonces su labor psiquiátrica, pero aún consolida su situación en 1906, tomando parte en unas oposiciones que gana con el número uno. Su título era exactamente “Médico en propiedad de la Beneficencia Provincial, con destino a la visita del Manicomio”.

Es elegido Académico de la Real Academia de Medicina de Murcia con fecha 17 de abril de 1893, en la vacante que había dejado don Rafael García de las Bayonas, secretario que fue de la Corporación, anteponiéndole, parece ser que por antigüedad del título de licenciado, a don José García Villalba, que también lo había solicitado. Ya como electo, en junio de 1901 lee el Discurso de Ingreso, que versa sobre “Localizaciones cerebrales”, el cual lamentablemente no existe en los Archivos

de la Academia ni he podido localizar en las bibliotecas de médicos de la época; acaso nunca fue editado. Le contestó el académico don Benito Glosas. En 1904 está a su cargo el Discurso Inaugural del Curso Académico, “Cultivo de la voluntad”; y en 1909, nuevamente lo pronuncia sobre el tema “La herencia psicopática. Algunos consejos profilácticos”. Trabajos ambos que hemos podido manejar. Por último, para terminar con los datos que poseemos de sus actividades académicas, desempeñó el cargo de Vicesecretario y en 1910, por fallecimiento del doctor Martínez Espinosa, Secretario, redacta y lee la “Memoria reglamentaria”. Cuando lamenta la muerte del compañero, escribe estas palabras: “Triste condición la de médico; pasar su vida entre amarguras y lágrimas, tachado por el vulgo de indiferente a los ajenos sufrimientos, mientras el lento y continuo choque emocional le altera el corazón y le acorta la vida, que acaso se le escapa prestando servicio a sus semejantes”. Palabras que suenan a premonición, porque, poco más de un año después, el 17 de marzo de 1911 a los 53 años moría él mismo de una “afeción orgánica al corazón”, según precisa Laureano Albaladejo, Secretario a la sazón de la Academia, en la Memoria de 1911. Para la vacante de Guerrero fue elegido Pablo Martínez Torres, que lee su discurso de ingreso en diciembre de 1921 y hace el cumplido elogio de su predecesor.

### HONORES PÓSTUMOS

Tras su muerte los periódicos locales se hacen eco de su fallecimiento y, pocos días más tarde, en la sesión de 30 de marzo, la Corporación Provincial hace constar su condolencia por el fallecimiento y elogia su labor al frente del Manicomio, nombrando ese mismo día para sustituirle a D. Luis Gómez.

Por su parte, el Ayuntamiento, en la sesión del 31 de marzo y a propuesta del señor Soler y Soler, pasa a la Comisión de Policía Urbana una moción para que se dé el nombre de D. Bernabé Guerrero Caballero, “médico distinguido y apreciado” a la calle que desde la de las Barcas va a la plaza de Toros. Pero en la sesión del 2 de junio del mismo año, la Comisión juzga preferible “para honrar la memoria del ilustre médico... al que se considera muy digno de un homenaje que perpetúe su memoria a las generaciones venideras” colocar una lápida de

recordación en la casa de la plaza de Santo Domingo en la que vivió y murió. El acuerdo se tomó por unanimidad y la placa fue instalada. Lo que resultó fugaz fue la perpetuidad. La lápida apenas estuvo 30 años en la fachada de la casa. Cuando ésta fue vendida por unos herederos indirectos –Guerrero no tuvo hijos– y reedificada, nadie se ocupó de tal placa. Por fortuna, el actual propietario la había conservado y pudimos recuperarla. Su texto es: “En esta casa nació el 23 de septiembre de 1858 y murió el 17 de marzo de 1911, D. Bernabé Guerrero Caballero. Por acuerdo del Excmo. Ayuntamiento se coloca esta lápida como homenaje que perpetúe la memoria del ilustre médico y buen murciano”.

### ALGUNAS REFERENCIAS A SU VIDA PRIVADA Y SUS IDEAS

Desde que termina la carrera hasta su muerte, un plazo un poco mayor de 30 años, la vida de Guerrero transcurre en Murcia; parece que poco aficionado a los viajes, apenas debió salir de esta tierra. Casó joven, con doña María Teresa Soriano; no tuvo hijos como hemos dicho.

En lo que a lo económico se refiere, su vida fue próspera. No podemos precisar si por herencia, por matrimonio o por su propio esfuerzo llegó a poseer varias casas en Murcia. Aparte de la de Santo Domingo, una en la Trapería (donde estuvo luego el Café Oriental y hoy el Banco Popular) y otra en la Platería, esquina a la calle Algezares. Una finca de campo “Los Valientes”, enclavada entre Molina y Fortuna; en alguna de las casas de la finca he podido ver todavía recuerdos y grabados personales. En este paraje, su viuda y una de sus hermanas fundaron, en memoria de sus difuntos, entre ellos D. Bernabé Guerrero, una iglesia que subsiste y en la que en una lápida se hace constar esta fundación, aun cuando parece que el edificio preexistía porque en la puerta se lee la fecha de 1910. La iglesia está bajo la advocación de la Virgen de las Mercedes. La esposa legó más tarde sus propiedades a algunos familiares de su línea y gran parte de ellos al Obispado, con la obligación de decir perpetuamente misas en la iglesia de la Merced por el alma de D. Bernabé y de sus deudos y cuidar los desperfectos que pudieran producirse en el panteón familiar del cementerio de Nuestro

Padre Jesús. Valgan estos detalles como muestra de religiosidad de Guerrero y los suyos.

La vida de la provincia, la de Murcia, se deslizaba entonces plácidamente, con la paz y la tregua que la restauración había traído. Según datos de personas que llegaron a convivir con él, Guerrero era hombre de costumbres austeras. Poco amigo de amplias relaciones, asistía, sin embargo, con asiduidad a tertulias como la de la “rebotica” de D. Ignacio Martínez y el canónigo D. Antonio Conejero. Médicos, boticarios y sacerdotes eran componentes fijos de aquellas tertulias. Por la noche se reunía con frecuencia en su casa o en la de los señores García Morell, sus vecinos, para jugar una partida de cartas. Tenía gran afición a la música y a la pintura: así lo acreditan los cuadros que hemos podido contemplar. Don Eugenio Úbeda pudo mostrarnos las piezas que poseía en la capilla que existió en la casa de la plaza de Santo Domingo, así como dos cuadros del pintor murciano Arroyo. También nos ha sido posible ver su severa mesa de despacho y su librería que se encuentra en casa de la familia Segado.

Físicamente era un hombre no alto, lleno sin ser grueso. Cara más bien alargada, de frente despejada, cejas amplias y algo enarcadas, como en un gesto interrogativo. Amplios bigotes que, con los años, se alargan hacia abajo. Su mirada es inteligente y en el conjunto de su expresión hay como una mezcla de seriedad e ironía. Abstemio, pero muy fumador.

Sentía ampliamente la solidaridad social sobre base religiosa. En diversos pasajes de sus escritos aparece rotundamente esta tendencia humanitaria y caritativa, que acreditó no sólo conceptualmente sino en la práctica. Sabemos de fuente muy directa de sus obras de caridad, más a los pobres vergonzantes; y es un hecho que en las navidades, de los abundantes regalos que era habitual que recibieran los médicos –buena prueba de sus actos generosos– donaba sistemáticamente varios pavos al Manicomio para la cena de Nochebuena de los enfermos.

No fue hombre de actividad política. Su relieve social y científico parece que lo puso en trance de aceptar cargos públicos, pero siempre se resistió a ello.

## LA LABOR CLÍNICA

Las historias clínicas, todas escritas, como hemos dicho, de su propia pluma, en grandes libros, son excelentes para su época. Se recogen con minuciosidad los antecedentes familiares y personales, se precisa el pronóstico y el diagnóstico, se instituye el tratamiento –los precarios tratamientos de entonces– sin olvidar “el moral” y se sigue, con la debida asiduidad el curso clínico. Creo –y ello me lo han confirmado colegas de otras provincias– que en muy escasos Manicomios de nuestro país puede hallarse algo análogo en aquellas fechas.

El estudio de los citados libros nos ha permitido revisar, como ejemplo, 150 historias clínicas de enfermos (varones y hembras) que ingresaron en el Manicomio durante los años 1896-97, 74 y 76 respectivamente, lo que en sí ya es un dato significativo, al compararlo con los aproximadamente 1.000 ingresos anuales en el Hospital Psiquiátrico actual.

No hay lugar aquí para una fina diferenciación de los casos. Nos limitaremos a reunirlos en grandes grupos de diagnósticos:

Manía	.36
Melancolía.	19
Delirio	16
Demencia	27
Alcohol	4
Psicosis luéticas	6
Epilepsia	8
Imbecilidad	13
Varios.	7
Sin diagnóstico.	8
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>

Téngase en cuenta que todavía no había sido aislado de un modo suficiente por Kraepelin un grupo tan importante como la demencia precoz. Los casos que a este grupo nosológico podrían corresponder parece que están repartidos entre los diagnósticos de “manía”, “demencia”, algunas “melancolías” y, por supuesto, los “delirios”.

Muchas manías y melancolías no difieren apenas de las que en la actualidad consideramos como tales, porque los franceses Magnan, Baillarger y Falret habían establecido ya la entidad con bastante solidez.

Algo análogo sucede con los “delirios”, asimismo bien caracterizados por la escuela francesa años antes y que sólo más tarde se pretendería dispersar entre la paranoia, la esquizofrenia paranoide y las parafrenias. Algún delirio, así como alguna manía parecen ser más bien psicosis sintomáticas: “sistemático agudo por infección pneumónica”, “sistemizado alucinatorio por intoxicación plúmbica”.

Las “psicosis luéticas” las va diferenciando ya Guerrero del magma de las demencias, la epilepsia y la imbecilidad porque, al menos clínicamente, no difieren mucho de nuestros conceptos actuales, ciertamente más matizados.

## LAS PUBLICACIONES

La revisión de los trabajos publicados y el análisis de sus diagnósticos pone de relieve que debió tener muy a la vista el “*Precis de Psychiatrie*” de Regis, seguramente la 2.<sup>a</sup> edición de 1892. Cita con menos precisión a otros psiquiatras franceses: Morel, Esquirol, Marcé y Legrand de Saule. La psiquiatría alemana no la conoce en su lengua original, pero lee a Schüle, que había publicado en 1878 su “*Handbuch*” y que colabora en la “*Enciclopedia*” dirigida por Ziemssen, traducida al castellano por Francisco Vallina en 1888. Más incidentalmente apela a Burdach y Jakobi. La escuela inglesa le es conocida a través de Maudsley, el rotundo materialista.

Las publicaciones de Guerrero que tengo a la vista son los dos citados discursos inaugurales de la Real Academia de Medicina de Murcia (1904 y 1909). Hay en ellos una mezcla de “conceptos morales”, que a principios de siglo habían introducido Pinel y Connally y más tarde Renudin en su “*Psicopatología de las pasiones*” y de Heinroth e Ideler derivados de la “*Naturphilosophie*” alemana, con los “positivistas” y “morfológicos”, que ya se iban imponiendo en la medicina. Broca con su célebre caso “Tan” de afasia había creado en 1861 toda una teoría y topografía de las funciones psíquicas superiores; y Griesinger (1845) trataría de enderezar por ahí la marcha de

la psiquiatría con su afirmación: “las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro” que se contraponía a una concepción anímica de esa ciencia. Finalmente toda la patología, desde Virchow iría considerando al organismo como una “re-pública celular”.

Los hallazgos de nuestro Cajal parecían ofrecer horizontes insospechados para la mejor comprensión de la vida psíquica. Un ejemplar de la traducción de la “*Patología cerebral*” de Virchow (1868) que perteneció a Guerrero está en mi poder.

Se comprende así bien la mezcla que hay en sus escritos de la ordenación francesa de los cuadros clínicos, de la tesis de la degeneración de esa misma escuela, de los enfoques morales, por una parte y de otra, las orientaciones positivistas científico-naturales. Con cierta ingenuidad intenta la unión de los datos anatómo-fisiológicos del cerebro con la moral y la psicología, pretendiendo superar precozmente la sima cartesiana entre cuerpo y alma. En uno de sus trabajos concibe la educación en general y en especial la sensorial, como un modo de producir agrupaciones y conexiones neuronales y de facilitar las vías de transmisión. Cree incluso que los vicios determinarían tales modificaciones neuronales y que esos caracteres adquiridos se transmitirían hereditariamente. Téngase en cuenta que el psiquiatra español, sin duda el más científico de la época, Luis Simarro mantenía puntos de vista análogos en su conferencia sobre “*Teorías modernas sobre la fisiología del sistema nervioso*”, de 1878. Lo que había de aventurado o de cierto en tales ideas no es cuestión de discutirlo aquí. En todo caso, claro es, no existía entonces suficiente apoyo experimental.

No será preciso recordar que Guerrero no podía conocer el giro que sus casi estrictamente coetáneos estaban dando a la psiquiatría. Los primeros libros de Freud aparecen en 1893; los más importantes tan sólo después de 1900; habría que esperar a los años 20 de este siglo para que López Ballesteros los tradujera al castellano. Tampoco es fácil que tuviera noticia de la obra de Kraepelin: la primera edición de su *Psiquiatría*, es de 1883, un pequeño “*Compendium*” que va engrosando hasta la octava edición (1909-1915). Ninguna de ellas fue traducida al español. En Suiza, Bleuler atisbaba la transformación de la demencia precoz en la esquizofrenia, pero el libro que lo con-

creta es de 1911, justamente el año en que muere Guerrero. Y por último, no podía saber que mientras él vivía Husserl en Alemania creaba una filosofía, la fenomenología, que iba en nuestros días a dar un nuevo giro a las ideas antropológicas, aplicadas a la psiquiatría por Jaspers en su “Psicopatología General” de 1913, dos años después de la muerte de nuestro biografiado.

En otra esfera, en la de las ideas generales, nuestro biografiado es también un hombre prototípico. Para los que vivieron aquella época española, el 98 fue una piedra de toque. Guerrero experimentó dolorosamente la crisis y con justicia, inculpa a los gobernantes, a las clases directoras y al pueblo mismo del desastre y la atonía. Pero mientras la otra generación que le sigue y va estando en el mando, la que justamente se llamó del 98, que había nacido alrededor de 1871, la de Unamuno, Azorín, Machado, Ganivet, Pío Baroja, Maeztu..., se revuelve en su ímpetu juvenil contra todo y contra todos, se le conmueven los valores tradicionales de patria, sociedad, incluso religión, al menos tal como hasta entonces habían sido entendidos, desasiéndose de superficialidades, tópicos y conceptos convencionales. Guerrero se aferra a tales valores y los acentúa con más fuerza; busca en ellos de un modo directo, exaltándolos y purificándolos, el remedio a los males; frente a la apertura a Europa de los del 98, él cierra más aún hacia lo autóctono.

Por lo que al ambiente cultural de Murcia se refiere, su postura es análoga a la de los intelectuales y escritores de esos momentos. Andrés Baquero, Martínez Tornel, Jara Carrillo, Pío Tejera, Frutos Baeza, Díaz Cassou, Sánchez Madrigal, Joaquín Báguena y otros tantos a los que no cito para no hacer muy larga la lista, se esfuerzan en la búsqueda de la identidad murciana localista, escarban en el pasado y exaltan los valores tradicionales.

En el campo psiquiátrico, justamente en los últimos años de la vida de Guerrero, se está formando en España y fuera de ella una nueva generación de neuropsiquiatras –discípulos principalmente de Cajal y Simarro– nacidos alrededor de 1886, que, abiertos a las nuevas corrientes europeas, al método anatomoclínico y a la moderna concepción psicológica del hombre, sientan para muchos años sólidas bases para la especialidad. Baste citar unos pocos nombres: Lafora, Sacristán, Villaverde, Sanchís Banús...

De otro lado hacia el cambio de siglo, la provincia en general y la de Murcia en particular, alcanzan su cima y, con sus peculiaridades y características, declina. También en la periferia van calando las tendencias europeistas de la generación del 98. Más tarde la guerra del 14-18 acentúa el proceso. El progresivo aumento de los medios de comunicación y de información rompen el aislamiento provincial; y en Murcia, concretamente, la creación de la Universidad insufla cada vez más nuevos aires culturales.

En la Medicina, su propio auge, la instauración de las especialidades, el número cada vez mayor de médicos rebasa los compartimentos estancos locales. Los médicos tradicionales, que han de atender a los más diversos grupos de enfermos, valores autóctonos, cuyos pocos nombres –así en Murcia– llenan todo el ámbito provincial, también declinan. Y con ellos toda una vida de tertulias, de reboticas, de íntimas reuniones, de austeros espectáculos, de severidad académica.

Guerrero es uno de los hombres de la transición, capaz de iniciar con buen pulso una especialidad que en muy pocos lugares de España existía. A él debemos la semilla los que luego seguimos esos caminos. Al discurrir sobre sus aciertos y errores pensemos en cómo han de juzgarnos a nosotros las generaciones venideras.

## CAPÍTULO 5

### LOS PRECEDENTES: D. BERNABÉ GUERRERO CABALLERO Y CIENTO AÑOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

DR. MATÍAS VALVERDE GARCÍA

---



## LOS DATOS MÁS SIGNIFICATIVOS

Como hemos podido ver en el trabajo anterior de Valenciano los datos más significativos como precedentes históricos a la creación del primer Manicomio de Murcia durante los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX fueron los siguientes:

1506: En las Actas capitulares del Ayuntamiento de Murcia del 24 de mayo hay un acuerdo para dar la orden al Mayordomo que por catorce reales lleve a Valencia a un loco que andaba suelto por esta Ciudad. Así se continuará durante muchos años.

1739: Los hombres eminentes de la vida social y religiosa de Murcia se reúnen en juntamento para crear La Casa de Misericordia, en la Plaza de Santa Eulalia.

1768: El Acta de la Junta de Misericordia del 10 de febrero es el primer documento donde aparece la reclusión en Murcia de locos, pudiendo deducir del mismo que:

- a) Estaban junto con niños, ancianos, tullidos y mujeres de perdición.
- b) Ingresan por Orden de los Jueces y no por indicación médica.
- c) El régimen de la casa estaba bajo la autoridad de un Capellán.

1843: El 19 de septiembre, por el Cabildo Ordinario de la Ciudad, se envía a Valencia ciertos locos por no haber conseguido alivio en el Hospital San Juan de Dios de Murcia.

1847: Desde 1770 hasta este año de 1847 no se sabe bien donde estaban nuestros locos, se supone que se intensificaron los envíos a Valencia o fueron drásticamente obligados a permanecer en su domicilio.

1855: Desde 1847 hasta este año de 1855, los enfermos mentales están en el Refugio de Santa María Magdalena, dedicado a mujeres de vida sexual irregular. Todos vivían de una forma inhumana. Este mismo año son trasladados al Hospital de San Juan de Dios.

1865, 1885 y 1890: Salen provisionalmente del Hospital de San Juan de Dios por epidemias de cólera.

1870: El 27 de agosto se recibe en la Diputación de Murcia un comunicado del Gobernador de Valencia en el que se

dice que si las deudas pendientes no se satisfacen, los enfermos mentales allí ingresados serán entregados a la Guardia Civil para que los conduzca hasta Murcia.

1878: En la sesión de la Diputación del 15 de febrero se cubren los gastos para el traslado de enfermos mentales que se hallan en Valencia al Departamento de Dementes de San Juan de Dios. Si en 1860 habían 11, en este año quedan 6. Sin duda el sistema de envío de enfermos a Valencia fue cada vez menos utilizado a lo largo del siglo XIX. El hilo se va adelgazando para prácticamente quedar cortado en este año de 1878.

1892: El 29 de octubre inauguración y el 31 de octubre traslado de los enfermos mentales al nuevo ASILO PROVINCIAL DE ENFERMOS MENTALES. Hay buenas razones para afirmar que es el primero de planta independiente que se edifica en el siglo XIX en nuestro país.

Fue su primer médico D. José Canovas Casanova quien se ofreció de forma desinteresada en su asistencia, al no haber fondos para pagarle.

El primer Médico Director fue D. Laureano Albaladejo y Cerdán.

El segundo Médico Director fue el primer psiquiatra que ejerció el cargo, D. Bernabé Guerrero Caballero.

## D. BERNABÉ GUERRERO CABALLERO:

Recibió varios honores póstumos por parte de la Corporación y por parte del Ayuntamiento de Murcia. Este último puso una lápida en la casa en la que vivió en la Plaza de Santo Domingo que decía así:

“En esta casa nació el 23 de septiembre de 1858 y murió el 17 de marzo de 1911, D. Bernabé Guerrero Caballero. Por acuerdo del Excelentísimo Ayuntamiento se le coloca esta lápida como homenaje que perpetúe la memoria del ilustre médico y buen murciano”.

Citamos al Dr. Valenciano que en su biografía de D. Bernabé dice:

“Hombre de transición, capaz de iniciar con buen pulso una especialidad que en pocos lugares de España existía... a él le debemos la semilla los que luego seguimos esos caminos.

### ANÁLISIS DE CIEN AÑOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

Don Bernabé Guerrero Caballero es el primer médico psiquiatra que hace historias clínicas en Murcia. Las tenía recogidas en unos grandes libros con tapas de grueso cartón. El primer libro iba de 1892 a 1897 y el segundo de 1897 a 1903. El Dr. Valenciano analizó las primeras 150 historias clínicas en una publicación de la Academia de Alfonso X el Sabio, con los siguientes diagnósticos:

Manía	36 pacientes	24,0 %
Melancolía	19 “	12,7 %
Delirio	1 “	0,6 %
Demencia	27 “	18,0 %
Alcoholismo	4 “	2,6 %
Psicosis luética	6 “	4,0 %
Epilepsia	8 “	5,4 %
Imbecilidad	13 “	8,0 %
Otros diagnósticos	36 “	24,0 %
<b>Total</b>	<b>150</b>	

Los Doctores Matías Valverde y Manuel Galiana analizaron las 299 historias contenidas en el tercer gran libro de D. Bernabé Guerrero trabajo que fue leído y publicado en la “V Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría” en la sección de historia de la AEN, el 22-23 de octubre de 2004 en Albacete. Sus resultados fueron estos:

Diagnósticos	N.º de pacientes	
Manía	45 pacientes	15,0 %
Melancolía	40 pacientes	13,4 %
Delirios (varios)	46 pacientes	15,4 %
Demencias	23 pacientes	7,7 %
Psicosis luéticas	15 pacientes	5,0 %
Epilepsia	24 pacientes	8,0 %
Imbecilidad	26 pacientes	8,7 %
Histerismo	13 pacientes	4,4 %
Otros diagnósticos	67 pacientes	22,4 %

Total 299 historias que iban de la 603 a la 902 y del 17-2-1903 hasta el 21-7/de 1906.

En el 4.º libro había historias desde el año 1906 a 1911.

Posteriormente hay historias clínicas en unos sobres marrones: 6.985 historias de hombres que van del 7/10/1901 al 3/7/de 1973. Y 4.829 historias de mujeres desde el 20/12/1904 al 3/7/1973.

Con el Dr. Luis Valenciano de Director en 1973, en colaboración con la cátedra de Historia de la Medicina que integraba el servicio de estadística clínica se establece un nuevo formato de historias clínicas más sistematizadas y estudiadas, son las historias de Carpetas Verdes que todavía se utilizan en la actualidad, aunque en 2005 se instaló un sistema totalmente informatizado (Proyecto Selene) que coexiste con ellas.

Estas Carpetas verdes parten de la historia n.º 14.050 tanto para hombres como para mujeres y van desde el 4-7-1973 hasta ahora.

En formato de SOBRES MARRONES hay 6.985 historias de hombres (59,2%) y 4.829 historias de mujeres (40,8%). Predominaban en los ingresos los hombres y mujeres de 20 a 49 años, los solteros (42,5%) sobre los casados (41%); los que no tenían antecedentes familiares (4%) sobre los que sí lo tienen (23%) y sobre los que se desconocen (38%). Un 13% tiene hechas pruebas psicológicas; ingresan por indicación médica el 70% y el 13 por Orden judicial; la mayoría de las altas se conceden por responsabilidad familiar y por mejoría (63,5%) pero el capítulo de defunciones aún es muy alto (un 20,7% de las altas). Predominan los ingresos del Área de Murcia (30%) y luego los del área de Cartagena (18,8%) y todavía son muy numerosos los pacientes de otras provincias (15,2%).

Es interesante analizar los diagnósticos en los años que van de 1901 a 1973 que son los que siguen:

Alcoholismo	12,5 %
Demencia senil	3,1 %
Epilepsia	7,1 %
Esquizofrenia	26,5 %
Neurosis	2,7 %
Oligofrenia	5,0 %
PGP	2,8 %
Psicosis Maníaco-Depresiva	6,0 %
Psicopatías	3,0 %
Síndrome paranoide	2,5 %

En formato de CARPETAS VERDES analizamos las historias de los años 2001, 2002, 2003 y 2004. Predominan hombres (59,3%) sobre mujeres (40,7%); los solteros (63,5%) sobre los casados (21,2) y sobre los separados (11,5%). Siguen predominando las edades de 20 a 49 años y pacientes del área de Murcia (33,2%) seguidos por la de la Vega Media (29,2%). El ingreso por Urgencias (72,5%) es muy superior al voluntario (22,7%) o el judicial (2,5%) y el motivo de alta más frecuente es la Terapéutica (87%) sobre la voluntaria (5,6%) y los diagnósticos son ahora los siguientes:

Trastornos mentales orgánico	7,3 %
Trastornos mentales por consumo de sustancias	21,6 %
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	32,4 %
Trastornos del humor	18,8 %
Trastornos Neuróticos	3,7 %
Trastornos de la personalidad	11,8 %
Retraso Mental	2,5 %

#### COMPARACIÓN DEL PROTOTIPO DE PACIENTE

	1900-1973	2001-2004
SEXO	Hombre	Hombre
EDAD	20-29 años	30-39 años
ESTADO	Soltero	Soltero
ÁREA	Murcia	Murcia
MOTIVO INGRESO	Ind, Médica	Urgencias
MOTIVO ALTA	Responsabilidad	Mejoría
DIAGNÓSTICO	Esquizofrenia	Esquizofren



## CAPÍTULO 6

### EL SANATORIO DE LOS DOCTORES RAIMUNDO MUÑOZ

DR. RAIMUNDO MUÑOZ PÉREZ

---



## PRIMERA ETAPA: EL PATRIARCA (1931-1975)



El Dr. Raimundo Muñoz Sánchez, el primero de la saga, el patriarca, nace en Bullas el 23 de enero de 1892, el mismo año de la inauguración del Manicomio Provincial y fallece en Murcia el 7 de febrero de 1975 el mismo año en que fallece Franco y se inicia la Transición.

Hijo de padres agricultores (en 1900 los dos tercios de la población activa española trabajaba en la agricultura), es el tercero de ocho hermanos vivos, dos de ellos religiosos (Rosario, monja Adoratriz y José María, sacerdote, Rector del Oratorio Caballero de Gracia de Madrid).

Sus padres y varios hermanos se trasladan a Madrid quedando él en Murcia donde trabaja de mancebo en una farmacia y estudia la carrera de Medicina yendo a examinarse a Madrid. Se licencia en Medicina por la Universidad de Madrid en 1920. De 1920 a 1925 se dedica de forma intensa a la Medicina Interna (n.º de colegiado 56) y a partir de 1925 a la Psiquiatría que, al no estar en los planes universitarios como especialidad, tiene que formarse de forma autodidacta. Había una gran incultura psiquiátrica en la clase médica, y hasta hace no mucho ha seguido así. Su primera consulta es en la Plaza de Romea número 9. En 1925 aproximadamente compra la finca “La Paloma” de tres hectáreas en el término municipal de El Palmar, con el objeto de fundar un Sanatorio Psiquiátrico.

La finca reúne las condiciones necesarias para edificar un Sanatorio Psiquiátrico. Está emplazada en las proximidades de un centro de población (El Palmar) que permite su regular abastecimiento en el mercado, suministro de energía eléctrica y comunicación telefónica, etc. Además él se preocupa desde el principio del suministro de agua (se construyen varios aljibes, dos pozos, una balsa-piscina), de la posibilidad de contar con un espacioso parque o jardín, en el que puedan pasear los enfermos y dedicarse al deporte, y además dedica una parte a huerta granja y tierras de labor.

Católico ortodoxo, siempre quiso que el Sanatorio estuviera atendido por Religiosas. Cinco religiosas de las Hermanas de María, se ocuparon casi desde su fundación hasta su muerte de asistir y cuidar a los enfermos mentales del mismo.

Era un médico vocacional que dedicó al ejercicio de la Medicina toda su vida. Le gustaba estar con los enfermos, siempre se preocupó por ellos y no los cosificó. Tenía con ellos un trato bondadoso, paternal y espiritual. Los familiares de los pacientes lo recuerdan como un hombre religioso, humano, carismático, con buena empatía con ellos y con los pacientes y que siempre tenía palabras de ternura que suponían un consuelo para ellos.

De carácter abierto, simpático, cálido y con buen humor, disfrutaba con lo que hacía. Pero también sabía ejercer la autoridad. Respetaba pero no se achantaba ante nadie. Era disciplinado y con gran sentido común, meditaba lo que hacía y no dejaba nada al azar. Estaba en aparente paz consigo mismo. Era un conferenciante de fácil y amena palabra y hondos saberes humanísticos, un claro ejemplo de hombre que se había hecho a sí mismo. Gozó de respeto y fue muy estimado personalmente. Entre sus aficiones debemos destacar la fotografía, de la que fue un calificado experto, la literatura, la música (que intentó transmitir a sus pacientes), la apicultura y la jardinería.

### SUS CARGOS Y SU FORMACIÓN

Además de Director del Sanatorio Nuestra Señora de la Salud (que es como se llamó durante muchos años), fue Director en funciones del Manicomio Provincial los años 1925 al 28, hasta que la plaza la ocupa por oposición el Dr. Román Alberca. Fue Jefe Clínico por oposición del Manicomio Provincial, Jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Dispensario de la Cruz Roja, Presidente de la Cruz Roja y Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina de Murcia.

A lo largo de su vida fue muy reconocido recibiendo entre otras la Gran Cruz de Beneficencia con motivo de su jubilación en 1962 y en julio de 1970, el Jefe Provincial de Sanidad, Dr. Fernández Nafria le impuso la Encomienda con placa de la Orden Civil de Sanidad. Las insignias fueron adquiridas por suscripción popular entre la clase médica.

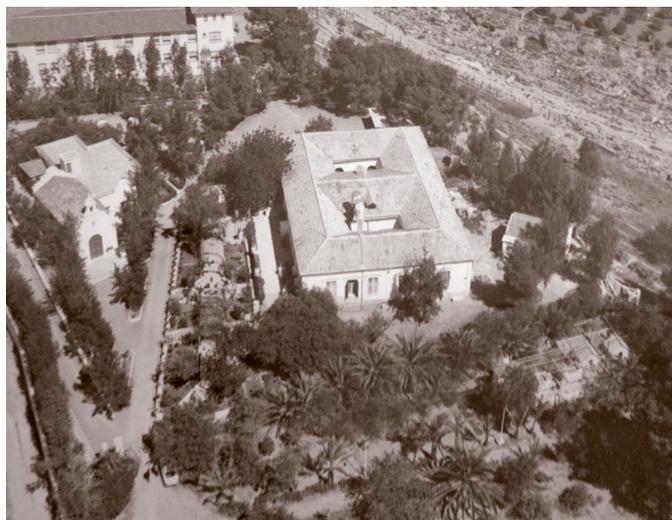
Como he dicho fue un autodidacta. Estuvo influido por la psiquiatría alemana de aquella época (Bumke, Kraepelin, Kurt Schneider, Kretschmer, Bleuler, etc.) y por el psicoanálisis (Freud, Jung, Adler), aunque nunca lo practicó por no estar de acuerdo con algunas teorías del mismo. No lo veía superior a otros métodos curativos por ser menos sencillo y de más larga duración. Por otra parte también le influían sus creencias católicas para no utilizarlo aunque lo estudió en profundidad.

### EL MOMENTO HISTÓRICO DE LA CREACIÓN DEL SANATORIO

Cuando el Dr. Raimundo Muñoz compra La Paloma nos encontramos en plena Dictadura de Miguel Primo de Rivera (1923-1930). El Dictador había dicho:

- No a la reforma psiquiátrica de la Mancomunidad de Cataluña (1913-1924) que fue el primer intento de reforma psiquiátrica en España en el siglo XX.
- No al anteproyecto de legislación para la asistencia al enfermo mental elaborado por Lafora, Sacristán y Escalas en 1929 continuando con el modelo manicomial a cargo de órdenes religiosas propiciando la expansión y el agrandamiento de establecimientos pertenecientes a Órdenes religiosas financiados por particulares o por las aportaciones de las Diputaciones provinciales. El gobierno abandona los temas relacionados con la psiquiatría, pese a que contaban con el interés y el servicio activo de los profesionales, influyendo de forma muy positiva Lafora y Vallejo Nágera. La psiquiatría española, a pesar del poco apoyo del gobierno avanza en el tratamiento de los enfermos mentales, abogando por la llamada “terapéutica activa” (Terapéuticas somatoempíricas) ante el curso de la enfermedad mental: Opoterapia, Narcosis prolongada de Kläsi (1921), Piretoterapia, Abscesos de fijación, Nosoterapia, Hidroterapia, Alimentación, Farmacoterapia, Shock insulínico de Sakel (1933) y Método de Meduna (1937), todo ello dentro de un ambiente sanatorial organizado y de reeducación, terapia y ocupación continua.

El Sanatorio comienza a funcionar en 1931. El primer paciente, un sacerdote, ingresa el 15 de septiembre de 1931



afectado de Psicosis Maníaco Depresiva, en fase depresiva. La familia del Dr. Raimundo Muñoz Sánchez, contribuye solidariamente con su fundador. La esposa, Concepción, hace todos los manteles y cocina para los primeros pacientes. Su suegro compra la lámpara de la capilla. Sus hijos le ayudan a plantar. Era muy aficionado a la jardinería y plantó casi de todo: palmeras, pinos, flor de azafrán, algodón, limoneros, naranjos, algarrobos, nísperos y plantas de jardín.

Coincide el inicio de la actividad del sanatorio con el período de la Segunda República (1931-36) que es un período de florecimiento y cristalización de propuestas teóricas, debates ideológicos e iniciativas políticas y legislativas en materia de organización sanitaria y asistencia psiquiátrica a nivel del estado. Todas ellas habían venido madurándose desde el período histórico antes considerado.

La Segunda República iba a durar desde 1931 a 1936, pero a partir de 1920 hasta el 36 se produce un salto cualitativo en el desarrollo de las instituciones psiquiátricas en España:

- Fundación de la Revista Archivos de Neurobiología (1920).
- Fundación de la Asociación Española de Neuropsiquiatras (1924).
- Promulgación del “Decreto sobre Asistencia de Enfermos Mentales” (Ministerio de la Gobernación, 3 de julio de 1931) que recogía que todo enfermo psíquico debía re-



cibir asistencia médica en España, bien en medio familiar, bien en un establecimiento público o privado cuya organización técnica corresponderá al estado actual de la ciencia psiquiátrica. Definía algunas de las características exigibles a todo establecimiento psiquiátrico: capacidad para admitir cinco enfermos como mínimo, dirección técnica encomendada a un médico especialista de reconocida competencia, construcción aprobada por la Dirección General de Sanidad, etc. Se especificaba que los establecimientos alejados de los centros urbanos podrían conservar su carácter cerrado o asilar. Se preveían tres supuestos de admisión de los enfermos: por voluntad propia, por indicación médica o por Orden Judicial o Gubernativa.

- Creación de la Liga Española de Higiene Mental. (1926)
- Creación del Consejo Superior Psiquiátrico (1931) presidido por Lafora. Debía establecer normas generales y directrices de acción hospitalaria, asumiendo funciones de asesoramiento y estudio de los problemas existentes. Paralelamente en la Dirección General se formaba una sección de Higiene Mental y Psiquiatría que dirigía Germain y que pretendía utilizar los centros secundarios de higiene que se fueron organizando en todas las provincias españolas para fines de orientación e higiene mental, con actividades dispensariales.
- Inauguración de las Cátedras de Psiquiatría y Neurología en la Universidad de Barcelona en 1933. Estas Instituciones de ámbito nacional estructurarán y

consolidarán la existencia de la psiquiatría como especialidad médica diferenciada, y con ello el punto de partida de la especialidad psiquiátrica en España. El Decreto de 1931 vendrá a significar la afirmación de la Psiquiatría como Ciencia, siendo su objetivo principal la eficacia médica en el tratamiento de los enfermos psíquicos. Trataba de eliminar obstáculos jurídico-burocráticos que entorpecían la tarea de los médicos, medicalizando al máximo los procedimientos para ingreso psiquiátrico. Parecía significar el inicio de una reforma de la asistencia, entronizando la superioridad del criterio de los psiquiatras sobre los de la Administración.

Otros acontecimientos de esta época son:

- La puesta en marcha de una estadística nacional: en 1933 la Dirección General de sanidad contabilizó un total de 24.554 enfermos acogidos en los establecimientos psiquiátricos lo que significaba el 1,04 por mil habitantes de la población.
- Dispensario de Higiene Mental de Madrid (1932)
- Patronatos de Asistencia Social Psiquiátrica, el primero de ellos en Madrid (1933). Posteriormente se crearían otros Dispensarios de Higiene Mental en Bilbao, Plasencia, Murcia, etc...

En 1932 existen ya 83 establecimientos psiquiátricos: la mitad particulares y la mitad oficiales. De los oficiales sólo dos, Leganés y Zaragoza, pertenecían al Estado y dependían de la Dirección General de Beneficencia y no de la Dirección General de Sanidad, una clara contradicción. Hay ingresados 30.000 pacientes de los que el 60% son crónicos y finales y existen ya unos objetivos asistenciales:

- Pasar del Manicomio a Hospital Psiquiátrico.
- Ergoterapia.
- Terapéutica activa (somatoempírica: opoterapia, narcosis prolongada de Klaesi, piretooterapia, abcesos de fijación, nosoterapia, hidroterapia, dieta).

Pero los objetivos fallan por presupuestos escasos y situación económica precaria y la consecuencia es el hacinamiento de los enfermos mentales lo que hacía inviable la práctica de una terapia eficaz (Enrique González Duro, 1966)

### EL SANATORIO DURANTE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA (1936-39)

“Mi sanatorio fue como una embajada durante la contienda” afirmaba el Dr. Raimundo Muñoz en la entrevista que le hizo La Verdad con motivo de su jubilación, y fue cierto. Negoció con habilidad con el jefe del Comité revolucionario de El Palmar ya que trataba a la tía del mismo y supo convencerlos. El Sanatorio siguió funcionando recibiendo los pacientes el tratamiento y la ayuda espiritual que necesitaron. Nunca se negó a ayudar a personas que se lo pidieron y albergó a personas perseguidas como algunos Hermanos Maristas, enseñándoles lo que tenían que decir y cómo comportarse para que pasaran por enfermos psíquicos en un ejercicio de camuflaje. Procuró que las Religiosas se alojaran en casas-cuevas que había alrededor del sanatorio para protegerlas.

El 30 de diciembre de 1936 acoge a 9 pacientes enviados en su mayoría por el Dr. Luis Valenciano Gayá, acompañado de personal médico, auxiliar y de enfermería procedentes del Sanatorio del Dr. Lafora que pasaron gran parte de la guerra en el sanatorio.

#### DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS:

Esquizofrenia en todas las formas	Parafrenia
Paranoia	Psicosis Maníaco-Depresiva
Depresión	Psicosis de situación
Neurosis	Psicopatía
Parálisis General Progresiva	Confusión mental.
Epilepsia	Demencia senil
Oligofrenia	Corea de Huntington

#### TRATAMIENTOS:

Balneoterapia  
 Piroterapia  
 Ergoterapia  
 Psicoterapia  
 Tratamiento de Klaesi  
 Tratamientos medicamentosos

### LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA DURANTE EL FRANQUISMO (1939-1975)

En 1939 la realidad básica era la de un país económicamente arruinado, que había perdido rango internacional y cuyas estructuras sociopolíticas habían entrado en una profunda crisis. Tras la guerra, las prioridades sanitarias fueron la lucha contra la tuberculosis, el paludismo, la mortalidad infantil y las epidemias de la posguerra: viruela, difteria, tifus exantemático. El Dr. Raimundo Muñoz iba a perder a su hija Rosario por esta última enfermedad.

El Servicio Obligatorio de Enfermedad creado en 1943 excluye la asistencia psiquiátrica hospitalaria. El tratamiento sigue en manos de la Beneficencia Pública.

#### ELEMENTOS IMPORTANTES DE LA PSIQUIATRÍA DEL PRIMER PERIODO FRANQUISTA (1939-59)

- El culto al personalismo.
- Identificación de la Higiene Mental con la moral católica.
- Lucha contra la heterodoxia: el psicoanálisis, el conductismo, el culturalismo.
- Las condiciones de sometimiento político y de falta de libertades hizo que la psiquiatría se acomodara al modelo autoritario.
- El interés por la asistencia psiquiátrica era muy escaso o nulo.
- El abandono de los establecimientos psiquiátricos públicos hasta unas condiciones lamentables de dura subsistencia vital.
- La utilización excesiva del electroshock (Cerletti y Bini, 1938). En España su uso comienza a partir de 1941.
- Y por último la creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) en 1955.

#### EL SANATORIO NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD DURANTE EL PRIMER PERÍODO FRANQUISTA (1939-59)

Durante este período los pacientes estaban distribuidos en dos pabellones: el pabellón del sanatorio propiamente dicho (30 camas) y un pabellón de pacientes agitados (8 camas) denominado California.



Los diagnósticos de los primeros ingresos (318 pacientes) se distribuyeron así:

• Esquizofrenias	138	(43,40 %)
• Psicosis Paranoideas	21	(6,60 %)
• Psicosis reactiva	1	(0,31 %)
• Psicosis puerperal	2	(0,62 %)
• Depresión	31	(9,74 %)
• PMD	8	(2,51 %)
• Neurosis	21	(6,60 %)
• Psicopatía	5	(1,57 %)
• Trast. De conducta	4	(1,25 %)
• Toxicomanía	19	(5,97 %)
• Confusión mental	13	(4,00 %)
• Epilepsia	7	(2,20 %)
• Oligofrenia	5	(1,57 %)
• PGP	12	(3,77 %)
• Demencia senil	5	(1,57 %)
• Parkinson	1	(0,31 %)
• Gilles de la Tourette	1	(0,31 %)

#### TRATAMIENTOS EN EL SANATORIO (1939-59):

1. La Terapia ocupacional asesorada por el médico “que no ha de proceder de ligero sino estudiando al enfermo”. Se practicaba en el sanatorio la jardinería, los trabajos manuales, proyecciones de películas a los pacientes, natación y paseo. Se distinguía entre el trabajo consciente y el automático. El primero requiere atención y hasta cierto esfuerzo mientras que el segundo se efectúa sin necesidad de atención, y apunta el Dr. R. Muñoz Sánchez: “cuando se prescribe el trabajo como remedio, si se trata con él de distraer al enfermo de una idea morbosa no se debe elegir una labor automática”. Así, el trabajo activo lo indicaba en pacientes en los que su atención estaba mal ocupada como melancólicos, hipocondríacos y obsesivos, con objeto de alejarles ideas, fobias, impulsos. Y apostilla: “hay que atender muy especialmente a que el trabajo al que se dediquen no evoque el recuerdo de sus ideas molestas”. “La ocupación debe ser absolutamente variada y puede recomendarse todo género de distracciones, indispensables para que durante la jornada los individuos exterioricen sus pensamientos y no se sometan a una autoobservación que podría serles sumamente



nociva”, “a los obsesionados les beneficia el contacto con sus semejantes”. “Lo más importante es impedirles en absoluto hablar de sus miserias morales”. Pensaba el Dr. Raimundo Muñoz Sánchez que el ambiente familiar no era conveniente para una cura de estos pacientes “porque la paciencia de los parientes se agota y pierden con ello toda autoridad sobre el neurópata. La separación se impone, por lo tanto, y la vida en común no debe establecerse sino después de una mejoría acentuada. La familia entonces deberá proveerse de gran tolerancia para procurar que el enfermo se adapte a la vida normal y recupere el equilibrio psíquico”. “El enfermo, al notar que se le comprende, apreciará la solicitud de los que le rodean, e inconscientemente primero y en plena conciencia después, se adaptará por completo a la vida cotidiana”. “A los histéricos, dotados de imaginación viva y de gran voltaje afectivo, convienen mejor los trabajos artísticos: pintura, música, etc., y las obras de caridad”.

2. Psicoterapia: el Dr. R. Muñoz Sánchez practicaba la hipnoterapia en pacientes histéricos, siempre con la autorización del enfermo y en presencia de tercera persona. Él informaba al paciente. Dice textualmente: “se hará presente al paciente y a la persona que le acompañe que el sueño hipnótico es absolutamente inofensivo, que produce casi siempre resultados positivos, a veces rápidos, y que no afecta para nada a la conciencia ni a las convicciones del sujeto. Se trata, simplemente de modificar, sin peligro, algunos de sus padecimientos”.

Otra técnica empleada era la Psicoterapia sugestiva o persuasiva. Se trata de introducir ideas nuevas en la conciencia del enfermo o de destruir las ideas morbosas que le hacen sufrir. Es necesaria por parte del paciente cierta disposición a dejarse persuadir, puesto que el arma que ha de emplearse para ello es la argumentación razonada. Para ello es preciso no incurrir en contradicción con aseveraciones que se hubieran hecho en visitas anteriores. Dice textualmente: “el médico que aspira a persuadir a su paciente ha de procurar que sus argumentos se refuercen con el calor que dan el gesto, el tono de voz y carácter de exhortación que tiende a interesar los sentimientos del corazón humano”. No es de extrañar que para él la psicoterapia comenzaba al hacer la primera pregunta al paciente: “las conversaciones psicológico-profundas constituyen evidentemente el armazón en que se sustenta el tratamiento y toda la fuerza expresiva de la observación reside en el diálogo del médico con el paciente. Debemos interrogar con tino, sin reparar en el tiempo que ello exija, captar la confianza y la fe del enfermo para que en todo momento se vea ayudado a salir del bache espiritual”. Era enemigo de la prisa en el tratamiento psicoterápico y pensaba que no existía libro que enseñara mejor la psicoterapia que la práctica cotidiana con el enfermo, cuando se hace con amor a la profesión.

Con respecto a la técnica afirmaba que “la técnica se modifica día a día. No es una técnica que brote de una teoría, sino una técnica que va haciéndose a sí misma sus teorías, que va cambiando a medida que en su afán de curar al hombre enfermo va descubriendo panoramas escondidos e insospechados en la estructura anímica del hombre sano. No consiste en la explicación práctica de unos principios, sino en una experiencia que se realiza cada día, nueva y distinta en cada enfermo”.

Insistía en que era fundamental conocer la naturaleza de la enfermedad y “sobre todo que dediquemos especial atención a la reacción que la enfermedad ejerce sobre la psiquis del enfermo y particularmente sobre su voluntad”.

Y añade que la voluntad es influida también por la cultura, educación, ambiente moral y resaltaba el estudio global psíquico y somático. Tenía clara la necesidad de hacer un perfil psicológico que permitiera explorar mejor el mundo interior

del paciente y, así, hacer una valoración más certera de su sufrimiento ante los síntomas de la enfermedad.

La meta de la psicoterapia es la comprensión de los problemas individuales del paciente y encauzar o educar su facilidad de querer. No basta con dilucidar la etiopatogenia de la neurosis, sino, para llegar a una curación más o menos clara, es preciso proceder a reorganizar ampliamente la vida del paciente.

El éxito de la terapia depende en primer término de las condiciones psíquicas del médico, así como de su cultura científica; en segundo, del modo de ser psíquico del paciente; en tercer lugar, de la naturaleza de la enfermedad y, por último, factor muy importante, de las personas que rodean al enfermo, familiares y amigos

3. Alimentación: Se prestaba especial atención al régimen alimenticio, evitando la obesidad, favoreciendo la sobriedad en la alimentación, utilizando la alimentación forzada por sonda en pacientes con negativismo y resistencia a comer voluntariamente (anoréxicos, melancólicos, catatónicos, etc.). Prohibía a todo enfermo psíquico las bebidas alcohólicas.

4. Hidroterapia: utilizaba como sedante las compresas húmedas y los baños templados prolongados.

5. Tratamiento Medicamentoso: en el Sanatorio se utilizaba la subnarcosis barbitúrica con fines sedativos en las crisis histéricas y epilépticas, para calmar a los enfermos mentales agitados y, muchas veces para hacer posible el traslado a otros establecimientos. También se utilizaba para preparar el electroshock a enfermos que tiene verdadero pánico a este método de curación y para preparar para la psicoterapia a pacientes afectos de crisis graves, de ansiedad y de angustia. Con fines diagnósticos en psicosis depresivas, “bajo el efecto de los barbitúricos el paciente se desbloquea y revela sus propias ansiedades, sus angustias y las ideas predominantes, facilitando la labor médica teniendo especial cuidado en no provocar revelaciones demasiado bruscas o reacciones graves que puedan llegar al suicidio. El empleo de esta técnica requiere un compromiso moral entre el médico y el enfermo, hecho de confianza y de libre aceptación y fuera del cual la narcosis sería una especie de violación”.





El primer neuroléptico, la clorpromazina (Largactil) se empleaba en la esquizofrenia y en la psicosis maniaco-depresiva. Las dosis empleadas en la esquizofrenia variaban entre 200 y 1.000 mgr. La dosis inicial medio era de 500 a 600 mgr. repartida en tres tomas y la dosis de mantenimiento de 100 a 200 mgr.

También se utilizaba en las esquizofrenias la Reserpina para atenuar las reacciones agresivas y la hiperactividad física.

#### 6. Tratamientos Biológicos:

- Shock insulínico: Fue un tratamiento que al principio entusiasó porque curaba pero luego desilusionó porque no lo hacía en todos los casos y no dejaba de ser peligroso.

Habitualmente el shock insulínico o coma hipoglucémico, se producía a los 10 ó 12 días de tratamiento con inyecciones de 130 a 150 unidades de Insulina. Había enfermos resistentes a entrar en coma. El Dr. R. Muñoz Sánchez cuenta como caso excepcional un paciente que necesitó 450 Unidades de Insulina en el sanatorio.

- Electroshock: tras los buenos resultados obtenidos por los choques cardiazólicos, Cerletti buscó obtener ataques epilépticos con la ayuda de otro estímulo epileptógeno menos penoso para el enfermo; eligió la electricidad y en 1938 practicó con Bini el primer electroshock en el hombre. Se utilizaba al principio en la esquizofrenia pero posteriormente se amplió a gran parte de los ingresados.

Los resultados más interesantes los encontró en “la curación” de las psicosis afectivas: “todo aquel que ha visto pacientes depresivos, muchos estuporosos, y alimentados por sonda,



que después de tres o cuatro aplicaciones convulsivantes se recobran totalmente, no podrá dejar de reconocer la importancia de este tratamiento”.

En resumen, en esta etapa los pacientes en fases agudas eran tratados inicialmente con métodos biológicos la mayoría de las veces, aunque también se aplicaba psicoterapia e hipnoterapia y posteriormente se utilizaba terapia ocupacional, además de las lógicas medidas generales de cuidados, siendo la farmacoterapia sintomática y sin poder curativo hasta la aparición de la reserpina y la clorpromazina.

### ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN EL SANATORIO NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD DURANTE EL TARDOFRANQUISMO (1959-75)

Antes de este período pero sobre todo durante el mismo, se institucionaliza la psiquiatría como disciplina académica. En este período se inicia la psicofarmacología moderna con el descubrimiento de la Clorpromazina y su introducción en la clínica por Delay y Deniker (1952). En la década de los 60 aparecen los antidepresivos tricíclicos e IMAOS y las benzodiacepinas.

Estos avances suponen que, por fin, el pabellón destinado a los “agitados” empiece a ser cada vez menos necesario,



lo que anima al Dr. Muñoz Sánchez a iniciar la construcción de su nuevo sanatorio, el pabellón Granada, así llamado por inspirarse su arquitectura en los Cármenes de esa ciudad, en consonancia con los avances terapéuticos y asistenciales que se estaban produciendo.

### EL PABELLÓN GRANADA

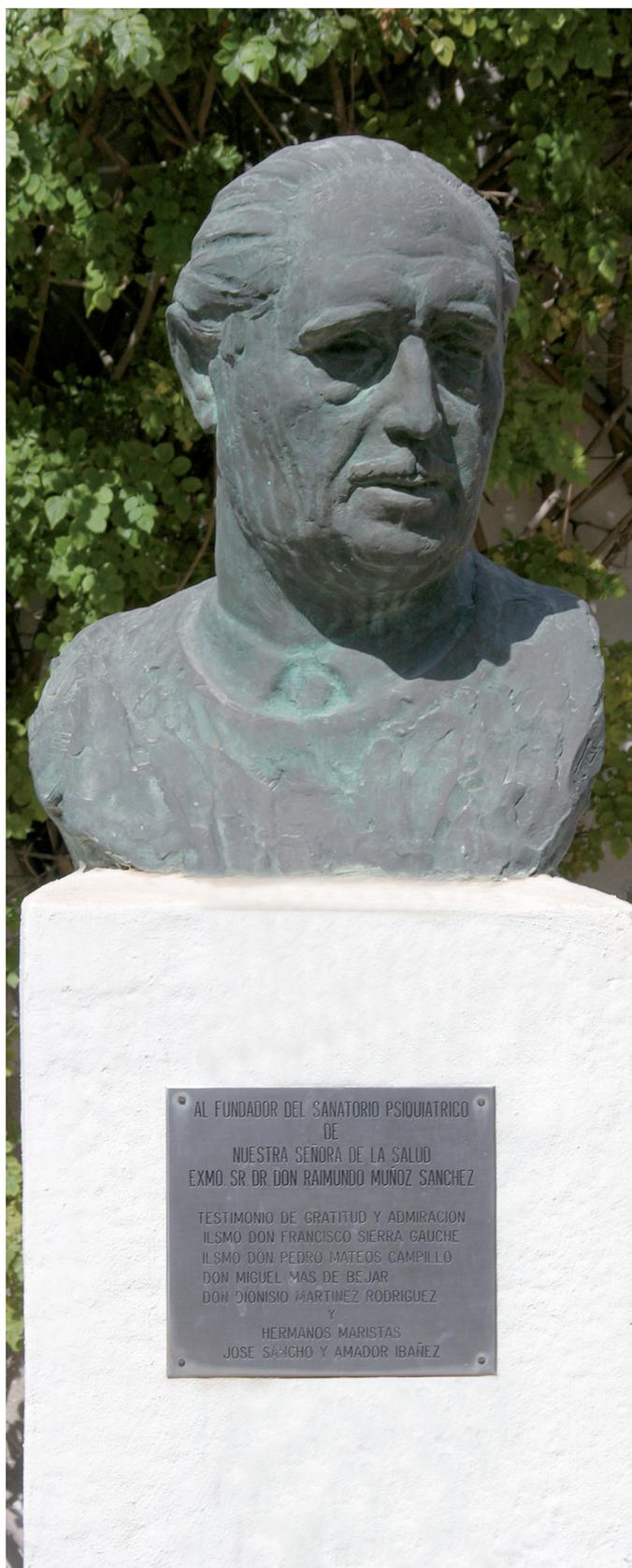
El pabellón se inaugura el 15 de agosto de 1969 con el deseo del fundador de que su obra continuara en un futuro inmediato en su hijo y con la ilusión de que sus nietos se dedicaran también a esta especialidad.

La obra la realizó el maestro Zapata, los muros son de piedra y ladrillo, la arena era sacada de la rambla y de los campos que hay junto al Sanatorio. Se llamó así por inspirarse su arquitectura en Los Cármenes de Granada.

En esta época comienza a colaborar en el sanatorio mi padre, el Dr. Raimundo Muñoz Martínez más asiduamente. Él se encarga especialmente de hacer los diagnósticos psicológicos y de llevar los pacientes.

Mi padre (3/8/25-25/4/91) estudia la carrera de Medicina en Madrid. Siempre pensó que antes de hacer una especialidad (por entonces su padre quería que hiciera neurocirugía) era ne-

cesaria una sólida formación médica de base y para ello trabajó como Alumno Interno, primero en Patología General con el prof. Bermejillo y más tarde cursando Patología Médica con el Prof. Jiménez Díaz, con quien realizó distintas rotaciones: un año en una sala del antiguo Hospital General de Madrid con los entonces prof. Auxiliares Eloy López García y Vicente Gilsanz (posteriormente fueron catedráticos); otro año en las consultas públicas en el viejo caserón de San Carlos, en el Servicio de Cardiología que dirigía el prof. López Brenes, y otro año asistiendo al Instituto de Investigaciones Médicas del Prof. Carlos Jiménez Díaz en la Ciudad Universitaria. Termina la carrera en 1950 y tras cumplir sus obligaciones militares se colegia con el número 219 y se incorpora como Médico Agregado al Servicio de Psiquiatría del Manicomio. Su formación se la debe a los doctores Alberca, Valenciano y Sabater con los enfermos hospitalizados y a su padre con los enfermos ambulatorios. Fue Médico escolar por oposición en 1954, Médico Psiquiatra y posteriormente Director del Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica. Fue también Neurólogo y tiene práctica neurofisiológica ejerciendo la Electroencefalografía. Es también un experto en Diagnóstico psicológico (psicometría) y Profesor Ayudante en Prácticas de Psicología, Neuropsiquiatra de la Seguridad Social y Jefe de Psiquiatría por oposición (1970) del Hospital Psiquiátrico, desempeñando posteriormente los cargos de Director y Subdirector Médico. Era un buen observador clínico que adquirió ese hábito observando a los enfermos mentales, tras una larga permanencia en las clínicas psiquiátricas. Era un Psiquiatra de Hospital al que le gustaba mucho la Psiquiatría Forense, realizando multitud de informes a lo largo de su vida. Tenía un trato considerado con auxiliares y enfermeros y con sus compañeros era muy comprensivo y respetuoso. Era muy prudente, metódico, previsor y paciente. Publicó varios trabajos sobre Neurología (hemorragias meníngeas, enfermedades musculares, tumores cerebrales en la infancia, tumores medulares, diagnóstico diferencial de las meningitis en el recién nacido) y otros psiquiátricos como “El psicodiagnóstico de Rorschach en las Parafrenias”, “Fenómenos especiales en el psicodiagnóstico de Rorschach”, “El test Z”, etc...



## SEGUNDA ETAPA: LOS COMPAÑEROS (1975-1991)

Tras el fallecimiento de su padre, el Dr. Raimundo Muñoz Martínez pasa a ser Director del Sanatorio tanto de la parte médica como de la gerencia. La gestión administrativa la realizaba el responsable de Enfermería que lo sigue siendo en la actualidad, D. Antonio Martínez Sánchez. Contrata a un administrador con gran experiencia clínica y administrativa D. Rufino Enamorado, que procedía de la Clínica Neuromental de la calle Cigarral con el Dr. Valenciano y era un hombre leal. Ex guardia Civil, con un sentido del cumplimiento del deber extraordinario, incansable trabajador, con memoria de elefante y persona de lealtad fuera de toda duda descargó al Dr. Muñoz Martínez de las tareas administrativas pudiendo implicarse por entero en la Dirección médica del Sanatorio.

En 1975 se firma el concierto con el Seguro Escolar del Instituto Nacional de Previsión. Además, poco después (1976) incorpora a trabajadores experimentados de la clínica de D. Luis Valenciano y contrata limpiadoras y auxiliares.

En 1977 dejan de prestar servicio las religiosas. No hubo acuerdo con la nueva dirección en las modificaciones de funcionamiento que quería introducir mi padre. Les ofreció un salario de trabajadoras, pero ellas querían seguir realizando funciones de mando. El Dr. Muñoz le dijo a D. Rufino: "Mira, lo importante muchas veces no es sólo donde hay que poner un cuadro sino ponerlo. Lo que necesito es personal de tropa, me sobran comandantas y capitanas". Inicia la labor de captación de enfermos a través de conciertos y contactos con empresas como Telefónica, Iberdrola y la ONCE. En 1983 tras jubilación por enfermedad de D. Rufino Enamorado pasa a ocupar la gerencia mi hermano Angel José Muñoz Pérez.

En 1988 se realiza el primer concierto con las compañías sanitarias, en concreto con ASISA y Sanitas, esto supone un aumento de la media de estancias de los pacientes internados, pero al mismo tiempo disminuyen ostensiblemente las estancias de los pacientes privados, debido por una parte al excesivo coste económico para las familias, máxime cuando los pacientes afectados de enfermedades mentales graves, pueden tener largas



estancias y frecuentes recaídas. Por otra parte, los internamientos se realizan ya no sólo en el Hospital Psiquiátrico sino que han comenzado a aparecer unidades psiquiátricas en Hospitales Generales. También durante estos últimos años, se empieza a promocionar la laborterapia, aparece la figura del monitor de laborterapia, ahora llamado de ocio y tiempo libre. Además, el aumento de ingresos se produce también por la llegada de pacientes afectados de Toxicomanía, fundamentalmente ADVP, de los que empiezo a hacerme yo cargo. El hospital durante estos últimos años empieza a recuperarse económicamente debido al aumento de las estancias, después de pasar unos años muy duros (período 1984-1990), estos años los beneficios económicos brillaban por su ausencia.

En lo que se refiere a los aspectos más clínicos también se producen importantes cambios. En primer lugar se “medicaliza” la asistencia en el Sanatorio, introduciendo a nuevos profesionales en la práctica diaria. Por eso he llamado a esta etapa del sanatorio: los compañeros. En 1975 empieza a practicarse la TEC con anestesia, con el Dr. D. Ricardo Martínez Corbalán como anestésista. Empiezan a colaborar médicos internistas, el primero de ellos el Dr. Mariano Cánovas Martínez, posterior-

mente el Dr. José Andrés Muñoz Sánchez y desde 1993 el Dr. Alfredo Cano Sánchez. Todos los pacientes son valorados a su ingreso, se hace valoración Pre-TEC y se tratan las enfermedades intercurrentes que presentan nuestros pacientes. Empiezan a colaborar también neurólogos como los Dres. Juan Sicilia Guillén o el Dr. Antonio Díaz Ortuño.

El sanatorio abre también las puertas a otros psiquiatras que empiezan a tratar allí a los pacientes, con lo que aumentaron los ingresos de pacientes. El Dr. Luis Valenciano cierra la Clínica Neuromental, al jubilarse el 31-10-1975 y envía al Sanatorio los pacientes que quedaban en su clínica. Daba gusto hablar con D. Luis, contagiaba su talante y su buen hacer. Él siguió durante algunos años honrándonos con su presencia y su sabiduría. Se incorpora asimismo el Dr. Francisco Carles Egea, caso excepcional en el sentido de que se ha dedicado toda la vida a la asistencia privada. Contagia alegría en su quehacer clínico, con su buen y fino humor y su excelente trato con los pacientes. El Dr. Francisco Martínez Pardo excelente psicopatólogo, también colabora con nosotros en esos primeros años hasta que le llaman a desempeñar cargos políticos. Gracias a Dios hace tiempo que no se ocupa de la política y vuelve a



trabajar como psiquiatra, actualmente como Jefe de Servicio en el Hospital Román Alberca, aportando y recordándonos con sus recientes monografías que hemos escogido una especialidad apasionante. El catedrático de Psicología Médica Dr. José María Morales Meseguer y el catedrático de psiquiatría Dr. Demetrio Barcia Salorio también llevan algunos pacientes. Al Dr. Barcia le acompañé en ocasiones a ver a sus pacientes y siempre me enseñaba algo valioso sobre los mismos.

Otros compañeros como el Dr. Isidro Vera Padilla, el Dr. Enrique de la Villa, el Dr. Francisco Román, el Dr. Óscar Asencio, el Dr. Manuel Galiana, la Dra. María Victoria Soler Lapuente, el Dr. José Hernández Martínez, el Dr. Francisco García Ruiz, el Dr. José Luis Montoya Rico, el Dr. José Zamora Ferrón, el Dr. Joaquín Nieto Munuera, el Dr. Luis López Sánchez, el Dr. José Luis Marín, el Dr. Juan López López y yo mismo empezamos a llevar nuestros pacientes también. Estamos en el grupo “de los otros” al principio y cada vez vamos aportando, sobre todo los que continuamos en la asistencia privada, un importante número de pacientes.

Asimismo empieza a ser importante el trabajo de los psicólogos y cada vez con mayor frecuencia se recurre a ellos para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Mención especial merece la psicóloga María Luz Hernández Terrés que con su buen hacer nos ha ayudado a tener una buena valoración de nuestros enfermos durante muchos años.

Mi padre era muy comprensivo y considerado con sus compañeros. Me gustaba mucho como compañero, se le notaba a gusto, más cercano. Me trató con un respeto excepcional. No se imponía de forma desconsiderada, no era de “orden y mando”, ni de llevar cetro, sino de consultar, negociar y sobre todo respetar. Cuando hablabas con él te observaba atentamente, penetraba en tí y no podías ir ni con tonterías, ni con mentiras. No le gustaba en absoluto el cotilleo, ni que se hablara mal de otro médico. Era muy prudente, metódico, previsor y paciente. Estas características estaban en consonancia con sus aficiones: el ajedrez del que fue Presidente de la Federación Murciana, las matemáticas, el billar.

En la última etapa y debido a la enfermedad de mi padre, me fui ocupando cada vez más de la asistencia en el sanatorio, aunque él, a pesar de la gravedad de su estado no dejó de ver enfermos hasta un mes antes de su fallecimiento. Mi padre confiaba plenamente en mí y siempre se preocupó de que fuera un buen psiquiatra. Me hablaba muy bien del Prof. Barcia y su gran capacidad para formar especialistas en Psiquiatría. Cuando conoció al Dr. Alejandro Gallego se le disiparon las dudas que le habían creado el psicoanálisis y los psicoanalistas en los primeros tiempos que eran muy rígidos.

Mi formación en Psiquiatría empezó durante el estudio de la carrera de Medicina. Trabajé como Alumno interno voluntario durante los cursos 1976-77 y 77-78 y como médico desde septiembre de 1978 en el Departamento de Psiquiatría del Dr. Barcia. Compaginaba esta actividad con guardias en Servicios de Urgencias e inicié mi formación en Neurología en la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca con los Dres. Juan Sicilia y Pascual Castejón y en neurofisiología, en el Hospital Psiquiátrico con el Dr. Juan Romero Tarifa.

Entré en la Escuela Universitaria de Psiquiatría del Prof. Barcia que me acogió y enseguida me asignó tarea. Demetrio Barcia transmitía optimismo y empuje, sentía que lo que hacía era importante, nos decía que cualquier tema o paciente si era bien estudiado era interesante y bonito. Él me aconsejó que no descuidara la formación neurológica, y para eso me asignó el estudio neurológico de los pacientes del Tercer Pabellón de Hombres del Hosp. Psiquiátrico, la mayoría de ellos retrasados



mentales. Así descubrimos las causas de muchos de estos retrasos mentales al realizar análisis bioquímicos y cromosómicos, entre otros, Fenilcetonuria, neurofibromatosis, agenesias, etc. En cuanto a la formación en Psiquiatría el Dr. Manuel R. Galiana Cela fue mi primer “tutor” y a su lado empecé a aprender la patología aguda de los enfermos mentales, su diagnóstico y tratamiento. Barcia también me facilitó mi participación en tareas de investigación y docencia participando en seminarios y sesiones clínicas, publicando mi primer artículo con él y proponiéndome al Decanato como colaborador docente de la Cátedra de Psiquiatría con carácter honorífico, actividad que desarrollé desde 1980 a 1985.

Entre 1981 y 1989 inicio mi larga formación en psicoterapia de orientación psicoanalítica dinámica con el Dr. Alejandro Gallego Meré una persona entrañable y humana e inolvidable para todos los que hemos tenido la dicha de conocerlo.

El 19 de septiembre de 1980 me nombran médico asistente del Hospital Psiquiátrico y en junio de 1981 Médico Becario de Guardia de la Excm. Diputación, cargo que desempeñé hasta 1983.

El 25 de octubre de 1982 entro como médico ayudante del Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica. Allí hago valoraciones neurológica y empiezo a trabajar en Psiquiatría Infantil con el Dr. Antonio Fernández y la Dra. Concha Gómez-Ferrer, trabajadores concienzudos e incansables que me recibie-



ron con los brazos abiertos, y se preocuparon de que me formara en su especialidad. Además establecimos una profunda amistad que no se ha interrumpido desde entonces. Dejo el Centro en mayo de 1984 ya que por entonces había sacado por oposición libre y nacional la plaza de Médico Adjunto de Psiquiatría de la Diputación Provincial.

Desde septiembre de 1983 hasta el 3 de mayo de 1984 trabajo como Médico Adjunto de Psiquiatría a propuesta del Profesor José Hernández en la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca.

El 4 de mayo de 1984 me incorporo al Hospital Román Alberca, hasta 1986 fecha en la que me traslado a la Unidad de Psiquiatría del Hospital General Universitario. Allí trabajo hasta 1995 coincidiendo de nuevo con el Prof. Barcia y tengo la oportunidad de conocer y trabajar con muchos otros compañeros y residentes de psiquiatría con los que trabajo inicialmente en la planta de hospitalización y en los últimos años en interconsulta y consulta externa. Compaginaba la asistencia pública con la consulta privada dedicándome inicialmente a la psicoterapia casi en exclusiva.

## TERCERA ETAPA: LAS COMPAÑÍAS (1991-2006)

Tras el fallecimiento de mi padre me responsabilizo de la dirección médica sin abandonar inicialmente la actividad pública que venía desarrollando en el Hospital general como Médico adjunto y Profesor asociado de la Cátedra de Psiquiatría desde 1986. En 1995 solicito la excedencia y me dedico a la actividad privada en exclusiva.

Durante estos años he intentado seguir manteniendo el Sanatorio abierto a los especialistas en Psiquiatría y, de hecho, se incorporan nuevos como los compañeros Dres. Lucio Morcillo, Pedro Pozo, Francisco Toledo, José María Salmerón, Amadeo Valoria, María Dolores Tornero, Leonor Coy, además de seguir acompañándonos el Dr. Carles Egea y sus hijos, los Dres. Luis Carles Dies, psiquiatra y Rafael Carles Dies, neuropsicólogo.

Mi trabajo al frente del Sanatorio en estos más de 10 años ha ido encaminado fundamentalmente a mejorar la asistencia y a adaptarla a las nuevas exigencias legales y de calidad que los nuevos tiempos requieren. Entre estas mejoras destacaría las siguientes:

- Incorporación de los estudios de personalidad y los estudios neuropsicológicos de manera regular y sistematizada.
- Mejora de los sistemas de recogida de información clínica y en especial de los informes clínicos de alta, como el documento de mayor importancia para comunicar a los demás el trabajo realizado con el paciente.
- Puesta en marcha de protocolos clínicos.
- Introducción del consentimiento informado en todos aquellos actos clínicos que así lo requieran.
- Introducción de un sistema de protección de datos según la legalidad vigente.
- Puesta en marcha del servicio de consultas externas donde atendemos a los pacientes ambulatorios y se realiza orientación familiar.
- Participación de los psiquiatras en estudios de investigación epidemiológica, clínica y farmacológica todos los años.
- Puesta en marcha de un servicio de narcoelectroterapia para realizar terapias biológicas bajo control anestésico, dirigido por el Dr. Antonio Martínez Hernández, ex jefe de

anestesia del Hospital General Universitario de Murcia.

- Aumento y profesionalización de la plantilla tanto asistencial como de gestión. En este aspecto me siento muy afortunado por contar con personas que tratan con entusiasmo y enorme cariño a los pacientes.
- Ampliación de los convenios con Mutualidades desde 1992 (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) por los que las compañías sanitarias se hacen cargo de la asistencia médica, tanto ambulatoria como hospitalaria y realización de acuerdos con nuevas compañías como Adeslas (1995), y el Hospital de Defensa de Cartagena (1996), así como acuerdos puntuales con la Diputación de Albacete (1998), la Consejería de Bienestar Social de Alicante (2002, 2003, 2004) de la Comunidad de Valencia.
- Puesta en marcha de actividades de laborterapia y de ocio y tiempo libre con personal especializado (taller de pintura, cerámica, clases de inglés, biblioteca, costura, manualidades, musicoterapia, cineforum, gimnasia, granja y huerta).
- Creación de un consejo rector que da forma jurídica a la actividad a través de la formación de una sociedad limitada.
- La Gerencia por su parte se encarga de adecuar al Centro a las normas sanitarias e ir aumentando las inversiones hoteleras.
- Debido al incremento de pacientes de larga estancia se construye un nuevo pabellón (Californias) con una arquitectura más actual y funcional formados por 16 apartamentos (14 individuales y dos dobles), que disponen de luz de sueño, armario empotrado, puntos de televisión e hilo musical, calefacción, aire acondicionado, pulsador de alarma, sistema contra incendios y cuarto de baño totalmente equipado.
- Construcción de distintas instalaciones y servicios para que los pacientes desarrollen actividades físicas, lúdicas y de ocio.
- Pista polideportiva, gimnasio, granja, huerto, taller de cerámica y artes plásticas, taller de costura, salón de cine, clases de inglés, sala de lectura y televisión, biblioteca y equipo de música.
- Puesta en marcha de servicio de ambulancia y transporte sanitario propios.
- Excursiones y fiestas dentro del Centro (Reyes Magos, Carnavales, Bando de la Huerta).



Sanatorio vista frontal



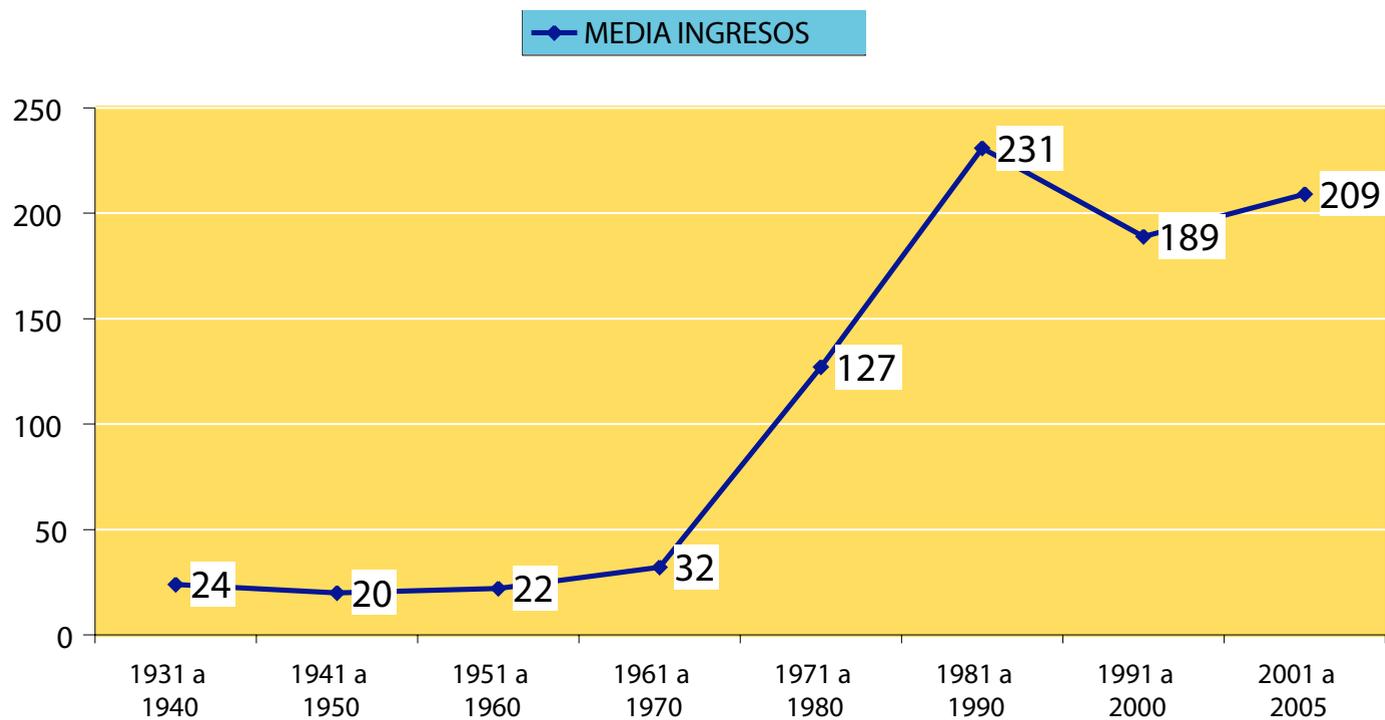
Jardines

EL SANATORIO RAIMUNDO MUÑOZ EN NÚMEROS  
 “40 AÑOS DE PSQUIATRÍA EN MURCIA”

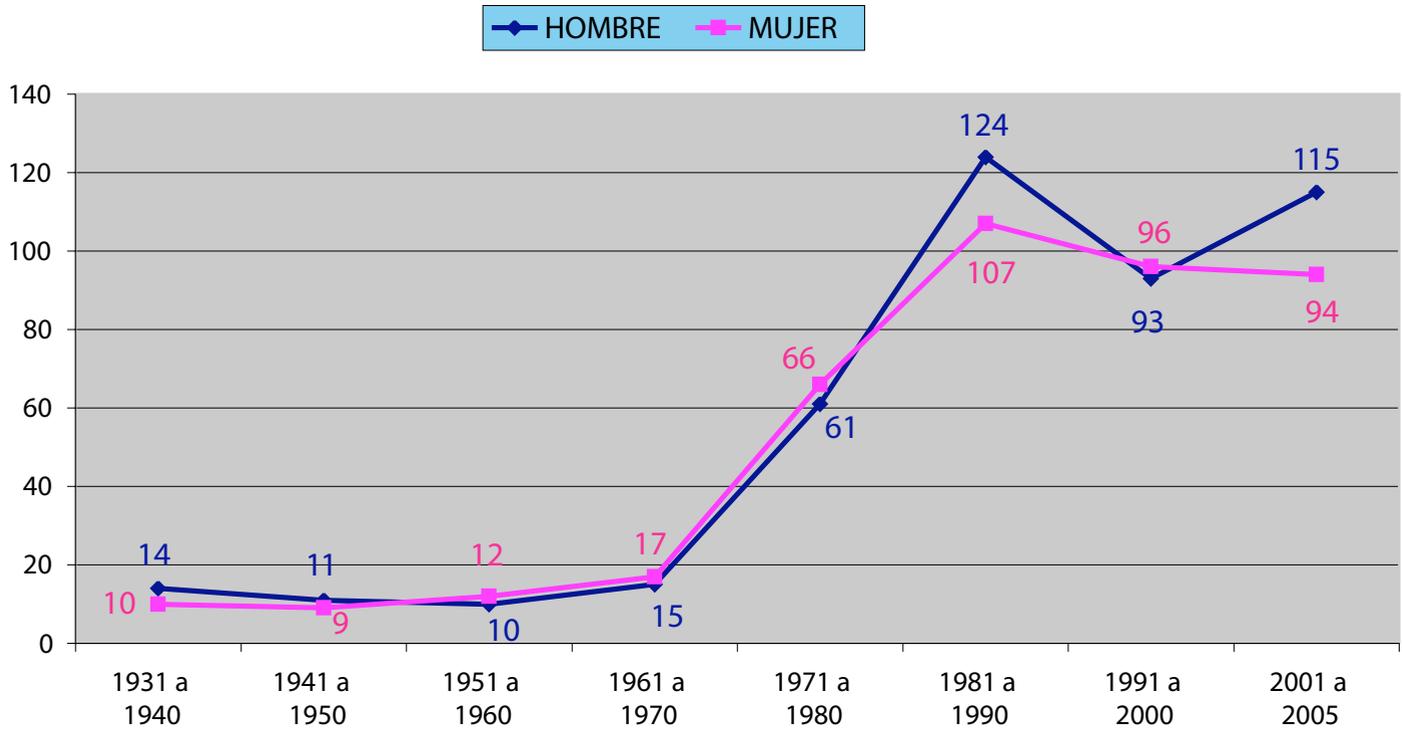
74 AÑOS DE SANATORIO

TABLA RESÚMEN				
PERIODOS	MEDIA INGRESOS	MEDIA HOMBRES	MEDIA MUJERES	MEDIA OCUPACIÓN EN %
1931 a 1940	24	14	10	41,70
1941 a 1950	20	11	9	36,38
1951 a 1960	22	10	12	42,41
1961 a 1970	32	15	17	51,68
1971 a 1980	127	61	66	54,48
1981 a 1990	231	124	107	67,04
1991 a 2000	189	93	96	86,14
2001 a 2005	209	115	94	91,12

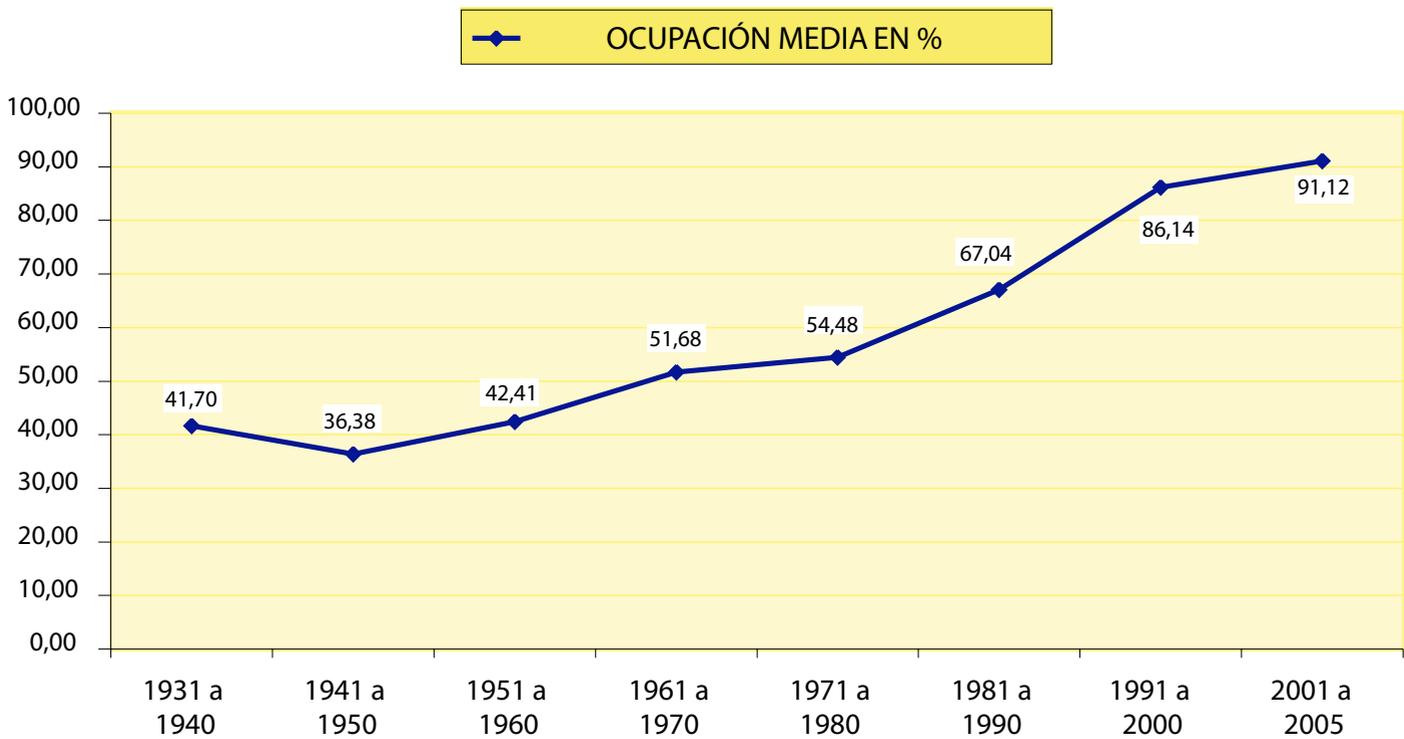
MEDIA DE INGRESOS POR PERIODOS



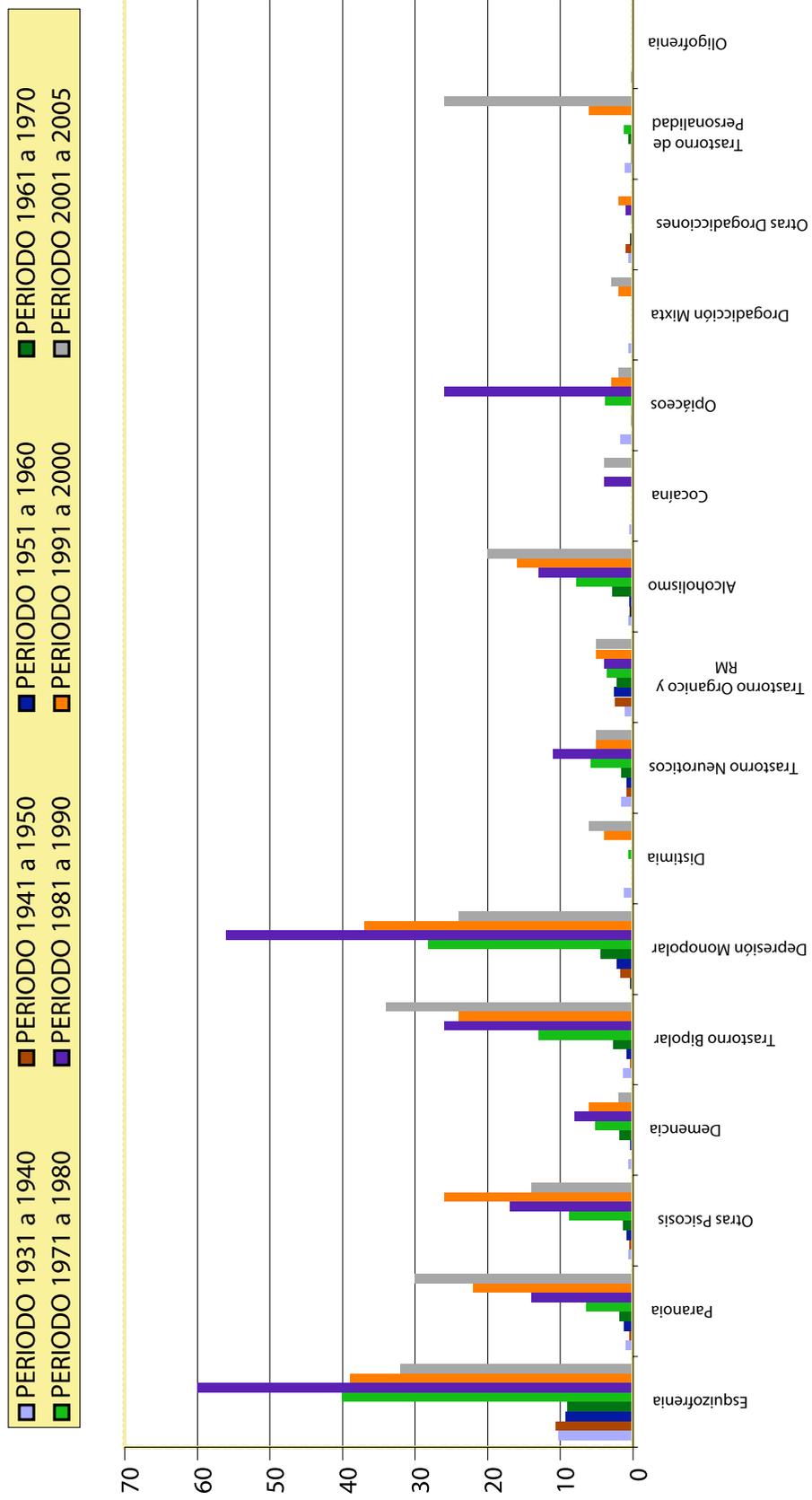
MEDIA DE INGRESOS POR SEXO POR PERIODOS



OCUPACIÓN MEDIA POR PORCENTAJES POR PERIODOS



MEDIA DE DIAGNÓSTICOS POR PERIODOS



## SEGUNDA PARTE

### CAPÍTULO 7

ROMÁN ALBERCA Y LUIS VALENCIANO

### CAPÍTULO 8

DEMETRIO BARCIA Y LA CÁTEDRA DE PSIQUIATRÍA

### CAPÍTULO 9

JOSÉ MARÍA MORALES MESEGUER Y LA PSIQUIATRÍA DE LOS OCHENTA

### CAPÍTULO 10

EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE EL PALMAR: PRIMERA ETAPA  
(1966-1986)

### CAPÍTULO 11

EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “ROMÁN ALBERCA” SEGUNDA ETAPA  
(1986-2004)

### CAPÍTULO 12

EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “ROMÁN ALBERCA” HOY (2005-2006)

### CAPÍTULO 13

HISTORIA DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Y DE LOS CENTROS  
DE SALUD MENTAL DE MURCIA



## CAPÍTULO 7

ROMÁN ALBERCA Y

LUIS VALENCIANO

DR. FRANCISCO MARTÍNEZ PARDO

---



Cuando alguien, como el autor, tiene la inmensa suerte de haber recibido el magisterio directo y haber convivido con las dos grandes figuras de la psiquiatría murciana, Román Alberca y Luis Valenciano, de alguna forma tiene el deber y el orgullo de proclamarlo y contribuir en la medida de sus fuerzas a su homenaje.

De ambos no sabría decir qué ha sido lo más importante que me enseñaron, si conocimientos científicos o lecciones de humanidad. Pero algo entrañable estoy seguro de que me transmitieron: el agradecimiento y el respeto, auténtica veneración que profesaron a sus maestros, Sanchís Banús en el caso de Alberca y Lafora en el caso de Valenciano. Si de algo quieren servir estos apuntes biográficos es precisamente el no dejar que se apague esa antorcha afectiva del amor filial a los maestros.

#### ROMÁN ALBERCA LORENTE (1903-1967)

Román Alberca fue director del viejo manicomio desde 1928 y uno de los grandes artífices del Hospital Psiquiátrico actual, que lleva su nombre, y que se inauguró a lo largo de 1966. No llegó a disfrutar de él ni siquiera un año pues Román Alberca falleció a consecuencia de su diabetes en la madrugada del 1 de enero de 1967.

Nació en Alcázar de San Juan el 30 de septiembre de 1903. Comienza sus estudios en Madrid en 1917. Recuerda la anécdota el Dr. López Hueso de que el primer año sacó todos sobresalientes. Al volver a su casa prometió que eso no volvería a ocurrir y a partir de ahí todas fueron matrículas de honor menos otro sobresaliente que lo llenó de tristeza. Fueron profesores suyos maestros de la Medicina española tales como Olivares, Hernando y Ramón y Cajal. Obtiene Premio Extraordinario de la licenciatura, y aunque en un principio piensa ser oftalmólogo, decide finalmente especializarse en Neuropsiquiatría “deslumbrado por los descubrimientos de Pío del Río Hortega –discípulo y principal colaborador de Cajal– y por la espléndida acogida de Sanchís Banús”. Influyen en su pensamiento, sobremanera, en aquellos primeros años Jiménez Díaz, Pittaluga en cuyo laboratorio trabajó un año como médico interno, y Gregorio Marañón.

Un año antes de acabar sus estudios de licenciatura trabaja en el laboratorio de Río Hortega donde conoce a Penfield.



Román Alberca Lorente

Al acabar la licenciatura en 1925 obtiene una beca de la Junta de Ampliación de Estudios –presidida por Ramón y Cajal– para trabajar sobre histopatología de la esquizofrenia con el Profesor Mott de Londres. En 1926 marcha a París para trabajar en el laboratorio de Levaditi en la anatomía patológica de las encefalitis. Levaditi, del Instituto Pasteur había pedido en Madrid un discípulo de Río Hortega para trabajar con él en las encefalitis recayendo el nombramiento en Alberca, que se traslada a París donde estuvo trabajando año y medio en las encefalitis letárgicas de Von Economo, descubriendo la precoz afectación específica de las células nerviosas. A pesar de la insistencia de Roux para que siguiera en París y de Penfield para que fuera a EE.UU., regresa a España en 1927 y ese mismo año presenta su Tesis Doctoral –premiada como la mejor del año por la Real Academia de Madrid– “Estudio histopatológico sobre la encefalitis experimental”.

En 1928, a los 25 años, gana por oposición la plaza de Director del Manicomio de Murcia compitiendo con Luis Va-

lenciano y Raimundo Muñoz, incorporándose ese mismo año a la plaza del viejo manicomio de la calle Acisclo Díaz.

En mayo de 1950, Alberca obtiene la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Salamanca y en diciembre del mismo año por concurso de traslado la de Valencia, que ocupará hasta su muerte. Se convierte en el tercer catedrático de Psiquiatría de España: antes que él habían logrado cátedra Vallejo Nájera en Madrid y Sarró en Barcelona. Desde entonces simultaneó la labor docente en la cátedra de Valencia con la dirección del manicomio de Murcia y con la consulta privada en la que fue el especialista de más prestigio en el Sureste español. En 1965 es nombrado director de la Escuela de especialidades de Psiquiatría de Valencia.

Desde 1950 a 1967, año de su muerte, ocupa numerosos cargos: Vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología (1950-54), Decano del Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial, Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1953-57), Jefe de la Sección de Psiquiatría del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (1953), Presidente de la Sociedad de Medicina de Levante (1954-56); Vocal del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (1955); Vicepresidente de la Real Academia de Medicina de Murcia (1956-62); Académico de número de la Academia Alfonso X el Sabio (1956) y en el mismo año delegado de España en el Centenario de Kraepelin en Munich; Presidente de la delegación española en el Congreso Internacional de Psiquiatría en Zurc (1957), Presidente de la Sociedad Española de Neurología (1960-61), Presidente de la Real Academia de Medicina de Murcia (1962), Miembro de la Royal Society of Medicine of London (1964), Director de la Escuela de Especialidades de Psiquiatría de Valencia (1965), Presidente de la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría en Madrid (1966), Vicepresidente del Congreso Mundial de Psiquiatría de Madrid (1966).

Dentro del campo de la Medicina española del siglo XX, la figura de Alberca destaca como fundamental para la comprensión de la evolución y desarrollo de la Histopatología, Neurología y Psiquiatría.

## SU OBRA

Román Alberca no publicó todos los trabajos que realizó, muchas conferencias quedan en la memoria de los que le escu-

chamos. Sin embargo hemos podido recopilar en su bibliografía 110 publicaciones.

En principio su labor científica se orienta a la investigación histopatológica de las enfermedades del sistema nervioso fruto de su trabajo en los laboratorios de Río Hortega y Levaditi. Alberca había iniciado su formación en la escuela española de Histología, en el laboratorio de Del Río Hortega, con gran prestigio en Europa y EE.UU., caracterizado fundamentalmente por sus investigaciones citológicas, la separación con la clínica era total. Las técnicas de tinciones-metálicas empleadas eran excepcionales para el estudio de la textura del sistema nervioso central y en ellas la escuela española de Cajal y Río Hortega ocupaban un primer puesto mundial. Desde 1921 a 1927 publica una serie de trabajos de Histopatología: “Sobre la naturaleza y significación de los filamentos epidérmicos de Herxheimer”: estando todavía en discusión la naturaleza y la significación de los filamentos epidérmicos de Herxheimer, gracias al empleo del carbonato argéntico, consigue demostrar su formación a partir de epiteliofibrillas elementales y concluye sobre el importante papel que juegan en la unión de la dermis con la epidermis; un año más tarde se ocupa de la formación de corpúsculos gigantes: “Algunas observaciones favorables al origen monocelular de los corpúsculos gigantes”. El estudio de las lesiones inflamatorias, de su repartición, de la situación de estos corpúsculos respecto a los infiltrados y del proceso de división de las células del conectivo le permite aportar datos en contra de las teorías apoyadas por Mallory entre otros y afirmar el origen monocelular de estas células multinucleadas. Estos dos trabajos sobre histología general vienen a demostrar cómo ha aprendido el valor de una técnica y su capacidad para la interpretación ajustada. Y, sin embargo, apenas ya volverá sobre temas puramente morfológicos.

Su nuevo trabajo, en 1923, trata de la “elefantiasis nostra”. La anatomía patológica de esta enfermedad es por entonces mal conocida. Utilizando una amplia gama de coloraciones afirma en primer lugar la importancia de las alteraciones dérmicas porque, la epidermis –dice– sólo sufre modificaciones secundarias. La obstrucción de los linfáticos y la inflamación son causas de una progresiva proliferación del colágeno, que acaba por llevar a una esclerosis. Así considerada, la elefantiasis no es más que

un síndrome, resultado de una obstrucción linfática y, como tal, vía final común de las causas más variadas, aunque en ciertos puntos geográficos sea la filariosis su origen más frecuente. Estudios sobre este mismo tema son objeto de una comunicación a la Sociedad de Biología de París.

Durante este período publica dos nuevos trabajos clínicos: uno sobre las afasias y otro, en colaboración con Sanchís Banús sobre locura inducida.

Con esta preocupación por la neuropsiquiatría, trabajando en un laboratorio dedicado especialmente al estudio del sistema nervioso, parece natural su evolución posterior. Obtiene una beca y elige París. En el Instituto Pasteur conoce a su tercer gran maestro –los anteriores eran Sanchís Banús y Río Hortega–, el Profesor Levaditi, autoridad mundial en virología. La elección debió ser cuidadosa. Porque Levaditi es uno de los autores más representativos de la preocupación, siempre actual, sobre la determinación lesional de las virosis y la preferencia, de cada una de ellas, por ciertas capas blastodérmicas. Esta preferencia tiene, en la clasificación actual de las encefalitis, puesto de primer orden y encierra en sí conceptos patogénicos de gran importancia. En aquellos momentos nadie más capacitado para el estudio de estas modificaciones en el SNC que un representante de la escuela española, porque, todavía no hace mucho tiempo que, en la textura del sistema nervioso, se han logrado demostrar los componentes ectodérmico y mesodérmico. El origen mesodérmico de la microglia es, en el laboratorio de del Río cuestión de honor por su absoluta evidencia. Pero puesto que hay que familiarizarse con los virus, su primer año de estancia en París lo ocupa en una formación de tipo general. En 1925 estudia la histogénesis y evolución, desde un punto de vista puramente morfológico, de las vesículas de aftas en el cobaya. Tras una fase de generalización del virus, la determinación lesional a distancia de la puerta de entrada es esencialmente epidérmica. Al concluir sobre la aptitud del virus por el ectodermo, demuestra con Levaditi, la existencia de ectodermosis puras no neurótropas. En una segunda comunicación informa a la Sociedad de Biología de París sobre la naturaleza del proceso regenerativo en las vesiculopústulas cutáneas y linguales de esta misma enfermedad.

Cuando el agente infeccioso tiene una especial predilección por el sistema nervioso, es importante conocer las vías de propagación.

Trabajando experimentalmente con el “herpes zona”, estudia las secuencias de las modificaciones a nivel del nervio periférico, de los ganglios raquídeos, de las raíces posteriores y de los segmentos medulares correspondientes. Estas modificaciones, tal como se producen, no son explicables si no es admitiendo una propagación directa a través del sistema nervioso lo que hace concluir la afinidad por el sistema nervioso de ciertos virus neurotrópos. Y, finalmente, en un nuevo trabajo, advierte la precocidad de la reacción de la microglía en las heridas experimentales de la médula del conejo. La determinación de la microglía, como elemento primero en la organización lesional, tiene no sólo importancia definidora cronológica, sino que viene a confirmar el origen mesodérmico de este elemento.

Y con este bagaje inicia su Tesis Doctoral, calificada con Premio Extraordinario; la Real Academia de Medicina de Madrid le otorga el premio Rodríguez Abaytúa a la mejor tesis presentada en esa convocatoria. En ella se ocupa de la encefalitis experimental por un virus llamado herpetoencefálico: “Estudio histopatológico de la encefalitis experimental”.

La tesis aparece en 1928 y en 1943 publica su libro “Neuraxitis ectotropas”:

Infecciones del sistema nervioso: Estudio clínico, etiopatogénico, histopatológico y terapéutico”. Entre ambas publicaciones –dos sólidas creaciones de valor e interés mundiales– la Ponencia a la V Reunión de Neuropsiquiatría realizada en Zaragoza en 1930 con el título “Las Neuraxitis en España” y “Las encefalitis infantiles” y “La afinidad ectotropa de los virus neurotrópos” al Congreso Internacional de Neuropsiquiatría de París de 1949. Estos trabajos y fundamentalmente el libro ponen al alcance de todo el mundo una información exhaustiva y hallazgos personales en el campo de las Encefalitis a las que bautiza con un nombre original, “neuraxitis ectotropas” porque en ese nombre va encerrada una definición y una interpretación patogénica. Nunca abandonó este tema, con nuevas publicaciones y ponencias en Congresos hasta el punto de que fue el autor que más profundamente ha trabajado en el problema

de las encefalitis. La afectación primaria de la neuroglía es un hallazgo personal de Alberca que von Ecónomo tuvo que recoger en la segunda edición de su monografía sobre las Encefalitis epidémicas rectificando la primera.

Alberca no encontró a su vuelta de París el apoyo necesario para seguir en la investigación que era su primera vocación y buscó cumplir la segunda: la clínica y la docencia. Fue entonces cuando preparó sus oposiciones al Manicomio de Murcia que ganó limpiamente. Al fin de su vida, Alberca se consideró ante todo psiquiatra, pero “yo mismo no podría decir –escribe en uno de sus últimos trabajos– cuánto debe mi formación psiquiátrica a mis escauceos histopatológicos y a mi modesta preparación neurológica”. Se siente neurólogo y ama la neurología en una época en que la característica es “hablar del alma y meterse con Virchow”, en una época en la que decía él: “muchos psiquiatras hablan del psicoanálisis con tanta confianza, desparpajo e irreverencia como las beatas se conducen en Misa”.

Alberca fue primariamente histopatólogo, luego neurólogo y finalmente llegó a la Psiquiatría y esa evolución se puede seguir en dos frases suyas: “A veces no resulta fácil escurrirse del coto cerrado para extenderse en superficie” o “Abrió su espíritu generosamente a lo ancho e inmenso”.

Las relaciones **Neurología-Psiquiatría** le interesaron mucho y a ellas dedicó bastantes páginas: “La Neurología es ciencia –dice– desde que da sus primeros pasos. La Psiquiatría tiene a sus espaldas un pasado, una tradición religiosa, filosófica, ética o romántica; pero no científica... Es posible que la Neurología, respaldada por una psiquiatría llena de tradición, pudiera ganar empaque y consideración; pero la verdad es que el interés de la Psiquiatría por la naciente patología cerebral era eso: interés y no desinteresada ayuda; que ella trataba de ganar en ese contubernio el rigor científico que nunca había tenido”.

Una de las causas del auge de la Neurología se debe a su exactitud y precisión casi matemáticas; a su precisión espacial en el diagnóstico topográfico de las lesiones; a ser, en último término, una verdadera ciencia a la manera clásica. Alberca intentó, en bastantes momentos de su vida, un poco a la manera de Kleist acercar a la Psiquiatría esta precisión localizacionista, finamente neurológica con sus observaciones en torno a

la psicopatología del espacio y el enfoque neurológico de estos problemas. Alberca reprocha a la Neurología que, frente a su interés por los problemas espaciales, haya desechado o prestado poca atención a los del tiempo. “Por mi parte –dice– convencido de que **tiempo y espacio** forman una estructura unitaria, advierto que acaso no esté justificada la escasa atención que la Neurología presta a las alteraciones de la “temporalización”... “Al abrir lo focal, lo neurológico al tiempo y espacio íntimos yo no hago otra cosa que seguir humildemente, como en un peregrinaje, los sabios caminos trazados por Jackson y Weizsacker, brindando a la psiquiatría aportaciones neurológicas del mayor interés para la comprensión de la temporalización y la espacialización radicadas en la entraña del ser”.

Alberca con el fino paladar de los hombres selectos fue siempre y en cada momento reflejo de su tiempo, en que estaba en boga la filosofía existencial y dentro de ella los temas existenciales como el tiempo y el espacio tenían una importancia metafísica. Abre Alberca su estudio sobre lo temporal llamando la atención sobre el hecho de que hasta hacía poco la psicopatología del espacio y del tiempo estaban reducidas casi a la desorientación unida a la pérdida de memoria del síndrome de Korsakov. Parecía como si el tiempo fuera ajeno a mí y yo tuviera que orientarme en él como el ciego con el bastón. Antes de que existiera la física, el reloj, el tiempo era un tiempo íntimo caldeado por la afectividad en el estrato profundo de la persona.. Nuestros ritmos biológicos y vitales están llenos de sentido temporal y por ahí el tiempo se nos hace movimiento y por el movimiento espacio.

Esta preocupación por el tiempo y el espacio la abordó ligando de manera admirable la visión neurológica y la antropológico-filosófica. Distingue el tiempo cronológico del “tiempo vivido”; y el espacio vivido y el espacio geométrico, mensurable. El tiempo y el espacio no son ya, o no son sólo motivos de fuera, sino temas de nuestra intimidad; ahora diferenciamos el tiempo cósmico, real, el de la física que es hasta cierto punto independiente de mí, el tiempo del reloj que mide inexorablemente el paso de las horas nos pase a nosotros lo que nos pase. Y frente a él, como contrapunto el tiempo vivido, de dentro de mí, que no se atiene a medidas ni orden, ni guarda consideraciones a nadie

ni a nada: es el tiempo de las horas que pasan volando o de los minutos que se nos hacen siglos, el tiempo de mis esperanzas y de mis ilusiones, de mis remordimientos, de este “vivir muriendo” que atropella el futuro o eterniza el pasado.

Y análogamente en cuanto al espacio: frente al espacio externo, ajeno a nosotros, medible, matemático, geométrico y objetivo, un espacio vivido, subjetivo, íntimo, irracional, amatemático, ageométrico que hace que me sienta más cerca de mi amada cuando está en un país lejano que del vecino de casa que tengo al lado; el espacio de la amistad, del amor, de la pena, del sufrimiento, de la simpatía.

Escribió trabajos partiendo de las ideas de Ortega y Gasset y dedicó especial atención a los puntos de vista existenciales de Binswanger, quien dijo que la exposición de Alberca era de las mejores que sobre sus ideas se habían hecho en lengua alguna. En “Psicopatología de lo espacial”, “El tiempo y el espacio en Ortega”, “La temporalización en los deprimidos” etc.; Alberca tras valorar y recoger teorías ya clásicas sobre el espacio y el tiempo (Bergson, Minkowski, Binswanger, Sartre, Heidegger, Häffner) acaba por afirmar en el plano filosófico la raíz existencial del tiempo y del espacio y en el ángulo médico pone de relieve las disociaciones patológicas de las dos funciones, como totalidad y en sus aspectos parciales.

Siguiendo a Ortega, Alberca subraya lo que la ciencia tiene de construcción “a priori”: “el dato está yerto esperando la llegada del observador que lo manosee y vivifique”. “Un poco por lo espacial –dice Alberca– otro por ese saber predecir, digo que la Neurología es desde su arranque y en su esencia, saber científico. Frente a esto hay que reconocer que la Psiquiatría aunque tenga sus ansias de ciencia, no fue originariamente una disciplina científica”. De ahí que unidas ambas para desgajarse de la Medicina Interna al cabo se hayan tenido que separar, la una por poder seguir fiel a sí misma, la Neurología; la otra, la Psiquiatría, porque “sólo cuando huyendo del mecanicismo y del racionalismo científico se confina humildemente en su casa y es fiel a sí misma, es cuando se le reacera la Ciencia”. Y añade: “La Neurología y la Psiquiatría tienen en común eso de ser ciencia pero la una a la manera clásica, la otra a la manera actual”. “La Psiquiatría no ofreció nada a la Neurología

por no querer constreñirse dentro de sus propios límites, por no conformarse con su imprecisión y su subjetividad, en una palabra por pretender ella misma hacerse neurología. Se identificó con ella, la remedó y nada nuevo le pudo ofrecer; y ahora a la vista de la ineficacia de este adosamiento reniega de la neurología sin advertir que lo vicioso, lo nefasto para la Psiquiatría no ha sido en sí la neurología sino el modo de acercarse a ella que siguieron sus cultivadores posiblemente deslumbrados por la afirmación de Griessinger (las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro), por las aportaciones de Alzheimer, Nissl, Pick, Von Jauregg, Kleist y tantos otros”. Alberca admite que ambas, Neurología y Psiquiatría, han alcanzado la suficiente madurez para independizarse la una de la otra y ambas de la Medicina Interna siquiera sea por que “para lograr la armonía y la paz apetecibles no siempre es recomendable vivir bajo el mismo techo... pero volved de vez en cuando los ojos a la tierra madre de la Medicina Interna porque la vida y la enfermedad no son demasiado respetuosas con las ordenaciones, las leyes o los límites”.

El tema de las **Personalidades psicopáticas** fue uno de los predilectos de Alberca. Tanto en su labor científica como en el quehacer cotidiano el tema de las psicopatías absorbió bastante de su tiempo. Baste con ver el título de los trabajos que a ellas dedica, de las conferencias que sobre este tema dio y los numerosos informes médico-legales –recuérdese el caso Jarabo– que sobre psicópatas tuvo que realizar. Pero hemos de reconocer que el tema fue ingrato para él. En un plano personal y humano las personalidades psicopáticas y cuanto con ellas se relaciona –como suele suceder en la vida real– sólo le proporcionaron amarguras y sinsabores. Su labor, casi de apostolado ante los tribunales de justicia, como perito empeñado en hacerse comprender, su afán de encontrar el meollo del problema de estas personalidades y su ilusión en buscar nuevos caminos terapéuticos y rehabilitadores, su lucha para conseguir instituciones adecuadas para recuperarlos distintas de cárceles y manicomios, no fue compensada en ningún momento: más bien recibió críticas injustas que en su fina sensibilidad dejaron cicatrices muy profundas. Lo expresa bien en uno de sus trabajos: “Me parece –decía– que embarcarse en esta lucha (por la profilaxis del de-

lito en los psicópatas) es una empresa noble y justa... Es probable que no lo agradezcan los psicópatas que estoy seguro van a pensar que la hemos tomado con ellos; ni sus familiares que no desean orear sus sufrimientos; que ni piensen en ello los que un día cualquiera puedan ser víctimas de un psicópata o convertirse en delincuentes por la incitación de un anormal. Tal vez no lo agradezca nadie pero ninguno de nosotros buscamos gratitud. Buscamos sólo servir a la inquietante idea de que cada uno de nosotros somos menos artífices de nuestros éxitos de lo que presumimos y somos más responsables de lo que juzgamos de las desventuras de los demás”.

Frente a ciertas tendencias de la época que pretendían hacer desaparecer el concepto de psicopatía desviándola al campo de las neurosis, él mantiene la personalidad psicopática como una entidad psiquiátrica independiente a pesar de las grandes zonas de contacto con las neurosis y las psicosis. Él mantenía que el psicópata no era un medio loco sino otra cosa y presumía una base somática en las psicopatías. Es de Schneider del autor que más cerca se siente. En un intento de encontrar unas características comunes a todas las personalidades psicopáticas, analiza la definición de Schneider (“Son personalidades anormales que sufren por su anormalidad o hacen sufrir bajo ella a la sociedad”) y le parece que todos ellos están rozando el círculo de las psicosis, de las que a menudo realizan formas abortivas, iniciales o incompletas y a todos ellos les caracterizan tres rasgos esenciales: a) la afectación de las funciones profundas (instintividad, afectividad, impulsión, etc); b) la preservación en líneas generales de la inteligencia, y c) la permanencia del trastorno. Quizás una de las aportaciones más valiosas de Alberca en el terreno de las psicopatías sean sus investigaciones en relación con la vivencia del espacio y el tiempo tema en el que seguía trabajando cuando le sorprendió la muerte. Era partidario de la psicoterapia en estos pacientes: “Yo no sé si la frialdad ante la muerte, la falta de angustia de muchos psicópatas podrán ser utilizables debidamente encauzados. Si el afán de trapichear, de dinero, de buscar una felicidad inmediata puede servir para algo y me anima a pensar que sí, la profusión con que se produce eso en los hombres de ahora, no diagnosticados de psicopatía. En la lealtad hipertrófica a la banda de muchos

delincuentes estoy seguro que pervive un rudimento del afán de ligazón con los otros, que está en las entrañas de todos los hombres y puede fortalecerse, renegando del componente negativo, con nuestra ayuda”.

Alberca publica una docena de trabajos sobre temas que relacionan la Psiquiatría y el Derecho entre los que cabe destacar “Sobre la peligrosidad de los psicópatas”, “Enajenación y Trastorno mental transitorio en el Código Penal”, “La peligrosidad en la iniciación de las psicosis”, “La capacidad de obrar. Bases del peritaje psiquiátrico”, “Las personalidades psicopáticas. Valoración penal y profilaxis de sus delitos”, “Psicopatías y delincuencia”, “Las raíces de la delincuencia juvenil”, “La actualidad de la enfermedad y la tipicidad del delito en Derecho Penal” y muy especialmente el Prefacio al libro de K. Schneider “Las personalidades psicopáticas” versión española del Dr. Bartolomé Llopis.

Refiriéndose a Alberca Valenciano decía que “el milagro de la personalidad de Alberca es esta capacidad de aunar épocas, grupos, personas y tendencias”. “... Alberca representaba la síntesis de la neuropsiquiatría española. Lo fue por así decir, en el aspecto social, pero también en el más estricto sentido científico...él supo mantener a lo largo de los años y hasta su muerte, con la máxima altura, esa difícil síntesis científica, merced a su profunda preparación en la histopatología del sistema nervioso, en la neurología, en la psiquiatría e incluso en la filosofía”.

Para Alberca la Psiquiatría es ante todo Medicina pero que no tiene una metodología específica y que a falta de rutas propias quedan abiertos dos caminos para la investigación en Psiquiatría:

Uno: Arrancando de la Psicología para llegar a una “patología del alma” (expresión de Kronfeld tomada por Alberca) y

Dos: Acercándose a la Medicina y, como ella, estudiando las enfermedades del organismo humano cuando se expresan sobre todo con síntomas psíquicos.

En la **orientación psicológica de la psiquiatría** Alberca va a fijar su posición para decir cómo debe ser la Psicología Médica. Decía: “Si Binswanger ha dicho que la escisión sujeto-objeto es el cáncer de toda psicología, nosotros podemos decir que la ligazón sujeto-objeto es la cuestión capital de toda psico-

logía. Y acaso decir eso es ya tomar partido por una psicología”. Propugna que hay que buscar en lo íntimo y profundo de la personalidad el arranque de la Psicología, ya que lo no racional, escribe, está más unido al cuerpo... y entonces, lo íntimo –quintaesencia de lo subjetivo– es lo psíquico y el alma, y el cuerpo adquiere aire objetivo y queda fuera de ahí para figurar entre los motivos externos. En el verterse lo anímico hacia fuera habría que contar, en primer término, con su ligazón al cuerpo”. Así pues, es desde esa intimidad radicalmente unida al cuerpo, de donde debe partirse para no perder la idea directriz de la ligazón sujeto-objeto. Pero ello no basta, y la psicología debe desbordar la mera ligazón alma-cuerpo, “ha de ocuparse de la relación total sujeto-objeto; yo-mundo; lo íntimo-lo externo. Por esta razón no le sirven las orientaciones sensualistas –porque carecen de sujeto– ni las que están al otro extremo, tales como las de Brentano, Stumpf, y sobre todo de Husserl por carecer de objeto. Y por esta razón, después de analizar las psicologías en las que se intenta una ligazón de lo subjetivo con lo objetivo –doctrina de la forma de Kohler y Kofka, Psicología de la estructura de Krueger; psicología personalista de Stern, las concepciones de Weizsaecker–, llega a la antropología existencial como doctrina básica y fundamental para su psicología.

Para Alberca, siguiendo a Binswanger, el análisis existencial se caracteriza por ser antropología por un lado y por otro por su rumbo fenomenológico. Dice del análisis existencial: “Se estudia aquí el ser a través de su mundo porque, en esencia, la relación trascendente entre ser y mundo es tan apretada que ellos acaban por ser intercambiables”... “porque mundo y ser realizan una unidad, podremos obtener, dando un rodeo, a través de su mundo, noticias del ser”. Llega así a una antropología existencial aunque advierte “que el análisis existencial no se encamina a resolver los problemas psiquiátricos, aunque pueda aplicarse a temas psiquiátricos”. Y así aplica el análisis existencial para estudiar problemas del tiempo y el espacio en los pacientes, la angustia, la afectividad y la impulsividad, las calidades irracionales de las personas, el mundo interno de las psicopatías.

En definitiva la Psicología médica que propone Alberca tiene tres rasgos esenciales:

1. Que sea fenomenológica.
2. Que trate de mantener la ligazón yo-cuerpo-mundo.
3. Que no excluya lo racional, pero que ponga en primer plano las calidades íntimas, afectivas, no racionales de la persona.

En la **orientación somática de la psiquiatría** Alberca es muy consciente que la psiquiatría es una rama de la Medicina, que no puede ser sólo una patología del alma, una psicopatología, una psicología patológica que la psiquiatría tiene, como la medicina una base corporal y así los psiquiatras deben buscar las bases orgánicas del enfermar mental no sólo en el cerebro sino en el cuerpo entero. “Es que la psiquiatría tras haber afinado cuanto podía en el estudio de los rasgos psicológicos de las anormalidades psíquicas, busca los motivos corporales que deben condicionar o al menos acompañar a esos síntomas mentales. Y nuestro quehacer de ahora va a encaminarse a aclarar –como quería Kuntz– hasta dónde las enfermedades mentales son psíquicas y hasta dónde somáticas, precisamente porque lo psíquico y lo corporal se dan interrelacionados, coaligados, en el organismo humano como un todo”. Para Alberca esto es lo esencial: la realidad clínica del enfermo. Alberca hace una psiquiatría sólida, basado en una formación tradicional de raíz alemana, va enriqueciéndola con aportaciones de todas las escuelas porque sus trabajos son de una bibliografía amplísima sin desdeñar otros puntos de vista o escuelas, aportando visiones globales de los problemas. Decía que un trabajo no debe ser publicado hasta que esté completo –y dejó muchos sin publicar, en carpetas esperando una necesaria maduración –porque decía que sólo había una manera de hacer las cosas: hacerlas bien.

Con respecto a la bibliografía y sus publicaciones Valenciano lo retrata así: “Con una inigualada avidez bibliográfica y documentación, cada una de sus publicaciones, cada una de sus conferencias, era una exhaustiva puesta a punto del tema que trataba... Podría decirse que nadie ha trabajado tanto para los demás. Porque disponer de uno de sus trabajos equivalía a encontrarse de golpe informado del modo más escrupuloso de la situación actual de aquella parcela científica”. Esta avidez bibliográfica era fundamentalmente para “no descubrir Mediterráneos” pero enredadas con las citas nos dejaba sus visiones de los problemas, sus opiniones ponderadas.

## ROMAN ALBERCA, MAESTRO

Román Alberca fue el paradigma del maestro. Sus lecciones en la cátedra de Valencia eran brillantes. Dotado de una capacidad para la oratoria excepcional y de una memoria asombrosa hasta el punto que nos dejaba confundidos cuando nos decía: “no comprendo cómo pueden olvidarse de algo que han estudiado”; sus clases, sin papeles, sin apuntes, sin notas por en medio eran un dechado de precisión en los datos, en las citas, en el análisis de los embrollados misterios que siempre ha guardado la psiquiatría, tan lejanos de los simplistas requisitos para el diagnóstico de las clasificaciones actualmente vigentes. No nos daba las cuestiones resueltas, a menudo nos planteaba más problemas que soluciones, pero nos proporcionaba una información minuciosa de qué habían dicho Berze y Gruhle sobre el tema o cuál era el punto de vista de Leonhard o de Kleist o de Tellenbach, dejando enredadas entre las citas sus propias opiniones. Y nos contaba lo que habían sostenido Sartre o Camus o Kierkegard, porque la filosofía era igual de importante para él que la neurología o la histopatología y en todas esas aguas caminaba con la misma seguridad.

En la Escuela de Psiquiatría de Valencia había cuatro profesores excelentes, colaboradores y discípulos suyos: Demetrio Barcia Salorio, José María Morales Meseguer, Enrique Amat Aguirre y Jesusa Pertejo. El peso diario de aquella Escuela lo llevaba Demetrio Barcia, apenas 10 años mayor que los alumnos de la primera promoción de la Escuela de Especialistas: él nos orientaba, nos corregía, nos dirigía y estimulaba. Sus clases eran excelentes porque estaba preparando oposiciones a cátedra y se hallaba muy en forma. Morales con su voz grave y profunda acentuaba siempre los rasgos psicológicos del enfermo psiquiátrico, nos desentrañaba al ciclópeo Jaspers y nos enseñaba los misterios del Rorschach. Enrique Amat nos entrenaba en la clínica pura y en la exploración neurológica y Jesusa Pertejo en la Psiquiatría Infantil y en las técnicas psicoanalíticas.

En aquella pequeña Escuela que no contaba aún con servicio de Hospitalización, la Policlínica con las consultas externas y las interconsultas eran nuestros proveedores de pacientes. Teníamos hambre de ver enfermos, nos los disputábamos y los disfrutábamos.

Fue aquella escuela la que le hizo a D. Román abandonar la dirección del Hospital Psiquiátrico de Murcia, el que hoy lleva su nombre para poner en marcha una Unidad Hospitalaria en la capital del Turia. Y fue justo cuando había dado ya ese paso de su traslado inminente a Valencia cuando la muerte lo sorprendió en esa negra nochevieja del 31 de diciembre al 1 de enero del 67, víctima de una descompensación diabética, cuando estaba preparando con ilusión un ciclo de conferencias como invitado de honor en el Congreso de Venezuela.

Eran muchos recuerdos los que se agolpaban en mi mente en aquel frío día de enero acompañándolo en su sepelio. Recordaba el verano anterior cuando Carmen Leal Cercós, la actual catedrático de Psiquiatría de Valencia, y yo le pedimos alguna carta de recomendación a Demetrio Barcia para que nos dijera en qué hospital psiquiátrico europeo podíamos aprovechar los meses de vacaciones para ir como asistentes voluntarios. Y cuando pensábamos que nos iba a recomendar algún hospital francés o suizo nos respondió recomendándonos el Hospital Psiquiátrico de Murcia.

Así llegué a Murcia un día de Santiago Apóstol del año 66. El taxista que me trajo al Hospital ni siquiera sabía que se había inaugurado en enero de ese mismo año este Hospital y me llevó al de la calle Acisclo Díaz, al viejo Manicomio del que tanto hemos hablado en esta historia, que estaba situado al lado de donde hoy se encuentra el Palacio de San Esteban, sede de la Presidencia de la Comunidad Autónoma de Murcia. Era un hermoso hospital. Yo había visto el Manicomio de Jesús –el sucesor de el del Padre Jofré en Valencia, lóbrego e inhóspito– donde Pedro Maset –actual eurodiputado de Izquierda Unida– y yo habíamos obtenido una beca del Consejo Superior de Investigaciones Científicas para realizar un trabajo de investigación, y al lado de aquél era éste espléndido con sus ocho pabellones y más de 800 camas. En la residencia de Médicos de Guardia donde me alojé ese verano pude ver cómo Inglaterra ganaba la copa del mundo de 1966. Pocos días después llegó Carmen Leal y nos pusimos a trabajar aquí. Pudimos en ese verano ver cientos de pacientes y adquirir una práctica hospitalaria que nos hacía mucha falta pues nuestra formación con sólo la policlínica era excesivamente teórica.

Don Román nos recibió aquí como el auténtico señor que era. Le gustó aquello de que sus discípulos de Valencia vinieran a la Murcia de su alma, a la que tanto le costaba dejar. Nos llevó a Carmen y a mí a presentarnos al Presidente de la Diputación D. Ramón Luis Pascual del Riquelme. A los pocos días nos ofreció una fiesta de bienvenida en su chalet de la Alberca y poco más tarde nos llevó de excursión a La Manga, a la casa del viejo Tomás Maestre, el Almirante del Mar Menor, que en Las Encañizadas nos ofreció un caldero del Mar Menor y nos paseó en su magnífica balandra Carmen. Aquella también era otra Manga, totalmente virgen.

Estos apuntes anecdóticos tratan de transmitir su humanidad. Que nos ofreciera un trato tan deferente un personaje como él, máxima figura de la psiquiatría española de su época junto a López Ibor, a nosotros, dos jóvenes licenciados era muy de agradecer.

Que fuera tan caballero y tan bondadoso no era impedimento para que todos sus colaboradores le mostraran un respeto inmenso, cimentado sobre todo en la admiración que le tenían. Otra anécdota dará idea de ello. El diálogo que transcribo se dio entre D. Román y un ATS del Psiquiátrico, Miguel Gallego.

D. Román: “Gallego, tráigame un Terman y un Rorschach”.

Gallego: “Ahora mismo, D. Román”.

D. Román: “Pero Gallego, ¿sabe usted lo que son el Terman y el Rorschach?”

Gallego: “No, D. Román pero se los traigo inmediatamente”.

Si sus clases eran magistrales, sus conferencias eran una gozada. Escribía muy bien, hablaba todavía mejor y tenía una memoria prodigiosa. Y a él le encantaba quedar bien. Al finalizar solía preguntarnos: “¿Qué tal he estado?” ¿Y qué íbamos a decir nosotros? –“Fenomenal, D. Román”–. Pero es que era cierto, muy cierto. Estaba siempre muy bien. Ese puntillo de vanidad, del que sabe que algo lo hace muy bien y le gusta que lo reconozcan era una pequeña debilidad que podía permitirse porque en absoluto era nada vanidoso.

A poco de llegar al Psiquiátrico de Murcia le dije: “D. Román no sabíamos que este Hospital fuera así, ¿cómo no presu-

mía en Valencia de su Psiquiátrico de Murcia?” La contestación me quedó grabada en la memoria: “Es que yo nunca presumo de nada”.

Era una persona muy perfeccionista y le gustaba tenerlo todo controlado. Las altas en el antiguo Psiquiátrico no las daba cada médico como ahora. Un día a la semana, miércoles o jueves nos reuníamos en la Sala de Juntas: allí presidía el Dr. Alberca y a su derecha se sentaba el Dr. Valenciano, Jefe del Servicio de Hombres y a la izquierda el jefe de servicio de mujeres, D. Antonio Sabater. El médico que proponía el alta, uno de nosotros, leía el historial, el tratamiento seguido y proponía el alta en vista de la remisión o la mejora de los síntomas. Ese día un médico algo novato llevó a darle el alta a un enfermo maniaco que él creía que ya estaba bien. En la reunión suelta el paciente: “¿Y ese médico bajito y gordito es el famoso D. Román?” Al médico del alta se le cayó el mundo a los pies. D. Román sólo dijo: “No está para el alta todavía”. Y el enfermo volvió a la sala.

Entonces los neurolépticos no eran muy eficaces y no había Centros de Salud Mental para hacer el seguimiento. La consigna en los enfermos graves era “no menos de veinte choques”, Las tandas actuales de 6-8 ó 10 choques eran poco frecuentes.

A nivel nacional López Ibor y él eran las figuras de la que ha llamado Valenciano “generación del 27, en una época llena de figuras excepcionales: Prados Such, Dionisio Nieto, Salas, Germain, Justo Gonzalo, Sarró, Bartolomé Llopis, Rey Ardid, Vallejo Nágera, Rodríguez Arias, Bustamante, Valenciano, etc....

D. Román creó escuela en Murcia en fraternal trabajo con Valenciano: con él se formaron y/o colaboraron Antonio Sabater Sanz, los Raimundo Muñoz, Isidro Vera Padilla, Francisco Román Moreno, Antonio Fernández Moreno, Juan Romero Tarifa, Salvador Lloréns Coello de Portugal, Camilo Salgueiro. Y en Valencia: Demetrio Barcia, Enrique Amat, José María Morales Meseguer, Jesusa Pertejo y los jóvenes: Carmen Leal Cercós, Concha Gómez Ferrer, Pilar Fuster, Francisco Martínez Pardo, Pedro Maset Campos, Antonio Agüero Juan, Luis Almenar Gay...

## LUIS VALENCIANO GAYA (1905-1985)

Una vida tan amplia como la de Valenciano que murió en el umbral de los ochenta años sin llegar casi a padecer la vejez –a la que por cierto temía–, que contempló con mirada tan lúcida tantos acontecimientos y que participó con apasionamiento en tantos otros, no es fácil de embridar en unas pocas cuartillas pero vamos a intentarlo.

### 1. Trayectoria biográfico-geográfica

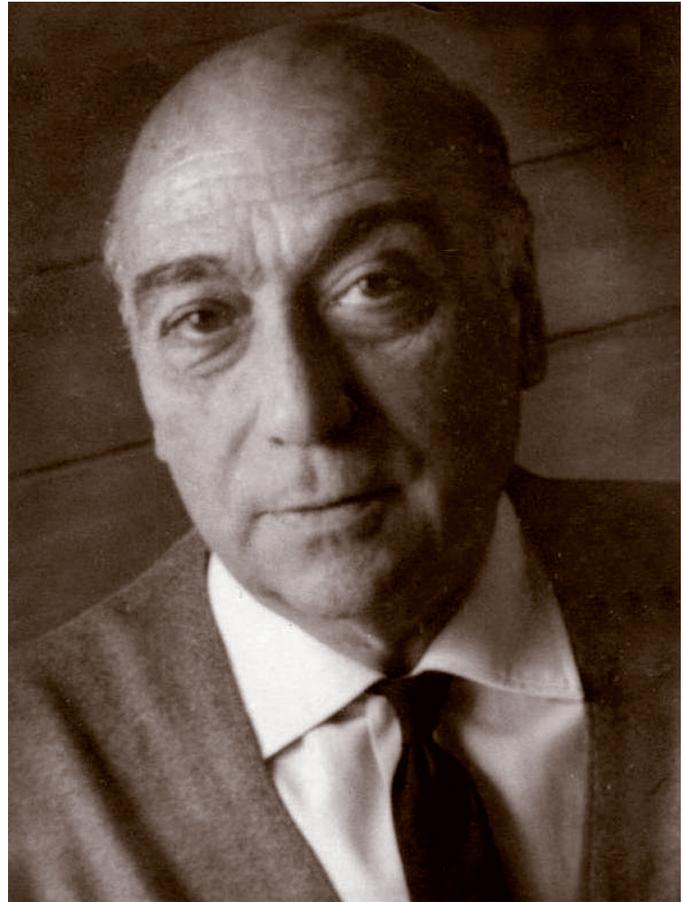
Nace en Murcia, en la calle Frenería, el 6 de junio de 1905. Su padre, Federico, es teniente de Intendencia. Su madre, Ana, es una joven de la burguesía murciana. Sus padres se habían casado hacia 1896 y van a tener seis hijos varones: Federico, Vicente, Pepe, Fernando, Luis y Carlos. En 1911 ascienden al padre a capitán de Intendencia y lo destinan a Zaragoza. Dos años después, en 1913, fallecerá de un coma diabético. La madre, con gran heroicidad va a sacar adelante, con grandes esfuerzos económicos a los seis hijos, y con una meta: que cada uno fuera en la vida aquello que había deseado ser: tres militares, un delincente, un aparejador y un médico.

Estudian en Madrid hasta que el ingreso de los hermanos mayores en la Academia Militar hace que se trasladen a Ávila: allí va a estudiar Luis el bachillerato en una casa fría, sin agua caliente. En 1920 vuelve a Murcia todavía indeciso sobre qué estudios emprender. Hace el preparatorio de Ciencias en el curso 1920-21, y en 1922 ya decidido a hacer medicina, marcha a Madrid a casa de su tío Antonio Valenciano.

La influencia de Marañón le hace elegir Psiquiatría. Nada más acabar la carrera, en 1927, ingresa como Médico Interno en el Sanatorio del Dr. Lafora, en Carabanchel. Había hecho el servicio militar en Madrid el año anterior y va a seguir de médico residente hasta 1929 con su maestro Lafora.

En 1929 tiene la oportunidad de obtener un puesto de médico asistente en Alemania y Suiza y allí va a pasar 18 meses: primero en Berlín, luego en Zurich.

Vuelve en marzo de 1931 a Madrid y al sanatorio de Lafora, ahora como subdirector, y acude también al Servicio del Hospital Provincial con su maestro. Vive en Madrid con su madre y sus hermanos Fernando Federico y Carlos.



Luis Valenciano Gaya

Pocos meses después, septiembre del 31, casa con Maruja Clavel y se instala en la calle del Paseo de Recoletos, donde nacerán sus tres hijos mayores: Federico, Luis y Manuel.

Avatares de la Guerra Civil española le traen de nuevo a Murcia en 1936, siendo movilizado como teniente médico en el año 1938 a un Servicio Castrense en Almería hasta que acaba la guerra, volviendo entonces ya definitivamente a Murcia.

### 2. Trayectoria de formación y desarrollo profesional

Aprende a leer y a escribir en Zaragoza, donde estaba destinado su padre como militar, en un sitio algo alejado de la ciudad, en la Residencia Casablanca. Le enseña un sargento, Trevijano, de Logroño.

Al morir su padre vuelve a Madrid donde hace ingreso y primero de bachiller en el Instituto Cardenal Cisneros y luego en Ávila. No tiene notas brillantes, aprueba y se arrepentirá más tarde de los “huecos” que dejó en su formación. En la casa

no había demasiado ambiente de estudio –los hermanos hacían la carrera militar–, aunque todos estuvieron bien dotados para los estudios.

En 1920 cuando ha de elegir carrera, sólo sabe que no quiere ser militar como su padre y sus hermanos mayores. En el curso 20-21 en Murcia sólo podía hacerse Derecho o el Preparatorio de Ciencias. Su tío Ángel Romero, médico otorrino, lo acoge en Murcia como a un hermano-hijo y le inclina finalmente a hacerse médico, aunque sin gran entusiasmo por su parte.

Hace la carrera en Madrid en casa de su tío Antonio Valenciano por falta de medios para pagarse una casa de huéspedes. Los primeros cursos los realiza sin esforzarse: ningún suspenso, ninguna matrícula. Es a partir del cuarto curso cuando se forja su vocación médica, sobre todo por el magisterio de Gregorio Marañón, que ha escogido grupos de veinticinco alumnos para 4º, 5º y 6º, a los que explica las Médicas a conciencia. La tendencia psicósomática del doctor Marañón y su interés por las vidas humanas calará hondo en el joven discípulo y guiará sus pasos hacia la Psiquiatría.

En 1927 acaba la carrera, está haciendo el servicio militar en Madrid y añora a su novia en Murcia.

Sólo con un informe de Marañón el joven Valenciano es contratado como médico interno por el psiquiatra más prestigioso de la época, el doctor Lafora, para su sanatorio privado en Carabanchel. Es una experiencia dura pues el recién licenciado sabe todavía poca psiquiatría y el maestro es exigente. Lo pasa mal, estudia y se forma en aquel sanatorio con el magisterio de D. Gonzalo.

Dos años después, por mediación de Lafora, le ofrecen un puesto de médico asistente voluntario en la muy prestigiosa clínica de la Charité de Berlín. No lo piensa demasiado y acepta: tiene ahorradas cuatro mil pesetas por haber atendido a la mujer del embajador de EE.UU., y con seis mil pesetas más que le proporciona su madre se lanza a Berlín y a Zurich.

Allí va a trabajar con grandes maestros: Bonhöffer y Zutt en Berlín y Mayer en el Bürgozli de Zurich, y aprende bien el alemán, el idioma científico de la época.

En marzo de 1931, tras dieciocho meses fuera de España, la nostalgia de su país y su familia, el deseo de ver a su novia en

Murcia le traen nuevamente a España, donde el doctor Lafora vuelve a integrarlo en su grupo nombrándolo subdirector de su sanatorio. Valenciano empieza así a destacar entre los jóvenes psiquiatras de la época, como consta en un escrito a Lafora del excelente y malogrado psiquiatra español Sanchís Banús, el maestro de Alberca.

Estalla la guerra en el 36 y Lafora, temiendo por su vida, marcha a Levante quedando el sanatorio en las manos del Dr. Valenciano que ha de sortear no pocas dificultades. Los bombardeos continuos hacen que el 7 de noviembre de 1936 Valenciano tenga que evacuar los enfermos a otros sanatorios, y aceptando la generosa invitación de Román Alberca trae a Murcia el grueso de los pacientes, para ingresarlos en el manicomio de nuestra ciudad.

Aquí en Murcia le van a nombrar interinamente, en plena guerra, en plena República, médico del Manicomio. Pero tras acabar la guerra aquel nombramiento no tiene ninguna virtualidad. Lafora está exiliado en Méjico y su sanatorio deshecho. Busca trabajo en Madrid y no encuentra; no sabe qué hacer.

Su gran amigo D. Juan López Ferrer le va a prestar el dinero, doscientas cincuenta mil pesetas de la época, para construir un sanatorio de una planta, la Clínica Neuromental de la calle Cigarral que estuvo abierta hasta los años 70. Ya estaba en Murcia Román Alberca como director del Manicomio desde 1929 y en la clínica de unas veinte camas ingresan ambos sus enfermos privados. Poco a poco se va rehaciendo económicamente y vuelve a ser nombrado médico interino del Manicomio.

En 1948 oposita en Madrid a director del Dispensario de Higiene Mental: es el único que no lleva la ventaja de ser combatiente victorioso y a pesar de ello obtiene las notas más altas en la fase de oposición y gana la plaza. Poco después hace la oposición a Médico titular del Manicomio y gana la plaza con el número uno. Aunque los sueldos de las instituciones son muy bajos, ya tiene el prestigio de ser Director del Dispensario y médico del Manicomio de Murcia. Posteriormente cuando la Seguridad Social crea dos plazas de psiquiatras en Murcia, se las ofrecen a Alberca y a él. Más tarde va a ser director del Instituto Psicoterápico, del Dispensario Antialcohólico, del Centro

de Orientación y Diagnóstico. Todas estas plazas las va cediendo una a una a sus mejores colaboradores.

Tras la muerte repentina de Alberca es nombrado Director del Hospital Psiquiátrico en 1967 hasta su jubilación en 1975.

Cuando se crea en Murcia la Facultad de Medicina es encargado por el Decano Comisario, el Prof. Gomar, de la cátedra de Psicología Médica los cuatro primeros años, y en el quinto se encarga también de explicar Psiquiatría dos años más hasta su jubilación.

En 1960 había sido elegido académico de número de la Real Academia de Medicina. En 1970, académico de la de Alfonso X el Sabio; es Laurel de Murcia de Investigación, Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría de 1967 a 1971, Doctor Honoris Causa por la Universidad de Murcia en 1982, miembro de honor de diversas sociedades científicas y Presidente de Honor de la Asociación Murciana de Psiquiatría.

### 3. Trayectoria científica

Cuando Valenciano estudia en Madrid los últimos años de carrera, del 24 al 27, existe en la Facultad un gran plantel de catedráticos. Fuera de las aulas, el ambiente cultural que se respira es extraordinario: la generación del 98 está en pleno auge: se esperan los títulos de Azorín, de Baroja, de Unamuno, de Machado con interés anticipado. La generación de guerra, la del 14, la de Marañón, Azaña, Lafora, Ortega y Gasset, Ramiro de Maeztu, Eugenio D'Ors, está comenzando, y al lado están floreciendo los poetas de la generación del 27.

Los jóvenes leen desordenadamente pero con gran avidez: el sedimento cultural va quedando, el ejemplo de los maestros estimula. Es difícil que un ambiente tal vuelva a repetirse. Las lecturas de la época van a aparecer de telón de fondo en los trabajos de Valenciano, y singularmente los de Marañón, Lafora y Ortega.

En 1933 escribe Valenciano su primer libro, ganando el premio al que concursa: es la Asistencia al enfermo mental, un libro dedicado a la formación del personal de enfermería, que publica Pueyo.

Casi un centenar de trabajos ven la luz entre este libro y los posteriores a la jubilación en 1975. Es entonces cuando la pluma del Dr. Valenciano alcanza las más altas cotas en libros como "El Dr. Lafora y su época" (1977), "Datos para la Historia de la asistencia psiquiátrica en Murcia" (1978), "Parálisis General Progresiva" (1978), "El rector Loustau y la Universidad de Murcia" (1979), "Las mascaradas murcianas del siglo XIX. Un estudio sociopsicológico" (1981).

Sus últimas intervenciones públicas van a ser en la Universidad Menéndez y Pelayo en un seminario sobre Cajal, y en Madrid con ocasión del centenario de Ortega. Su último trabajo publicado fue la necrológica de un colega fraternal, el neuropsiquiatra Dionisio Nieto, profesor de Psiquiatría en la Universidad de México (1985). La muerte le iba a sorprender acabando su obra póstuma: "El Aguilucho y don Juan. Una finca, un hombre, una época de Murcia".

### 4. Actitud política

Valenciano era hijo y hermano de militares: hasta los años 20 la familia es más bien monárquica y de derechas, de las que leen todos los días el ABC. En 1923 Miguel Primo de Rivera da un golpe de Estado e instaura la dictadura: en esa época Valenciano estudia segundo de Medicina en Madrid. Aquel golpe de estado había sido acogido favorablemente por amplias capas de la sociedad, incluso el diario El Sol de corte liberal avanzado, e intelectuales como Ortega saludaron el golpe con cierta simpatía: el general prometía estar tres meses sólo en el poder y dejar instalados en él a políticos sanos, esgrimiendo la ruptura con la vieja forma de hacer política. Pero el general se quedó seis años y empezó a ganarse las antipatías de los jóvenes universitarios. El joven estudiante de Medicina vive también el hecho, importante para él pues se trataba de su benefactor en la casa del cual vivía, de la destitución de su tío, Antonio Valenciano, subdirector de Obras Públicas en el Ministerio de Fomento y su relevo por un militar. Se comienza en las calles a hablar mal de Primo de Rivera y del Rey, e intelectuales como Marañón se erigen en cabezas visibles de la protesta. El ambiente de la Universidad y el de la casa predisponían al joven Valenciano contra el dictador. Se fundaba la FUE (Federación

Unitaria Escolar), que dirigía Sbert, punta de lanza contra Primo de Rivera. Sbert busca a Valenciano para fundar la Asociación Profesional de Estudiantes de Madrid (APEM), de la cual es su primer Presidente, y durante el curso 1926-27 participa activamente en la lucha contra la Dictadura de Primo de Rivera. Su actividad política acaba al año siguiente, en 1927, al finalizar la carrera.

El 14 de abril de 1931 se proclama la República. Valenciano había vuelto de su estancia en Alemania y Suiza un mes antes y no pudo ni siquiera votar por no estar empadronado en el momento de las elecciones, pero vivió con su mujer, en la Puerta del Sol, con los ojos muy abiertos, la tremenda explosión de júbilo con la que casi toda España acogió a la República.

Hemos referido que Valenciano se reincorporó al sanatorio de su maestro Lafora, que era un republicano progresista. Valenciano iba a vivir en Madrid toda esa agitada época. En 1934 vencen las derechas y se revoca todo lo anterior; los progresistas quedan relegados. Se produce la revolución de Asturias, desencadenada por UGT y CNT. En febrero del 36 vence el Frente Popular en las elecciones municipales y las izquierdas toman la calle. Poco después en julio llega el golpe militar de Franco y estalla la Guerra Civil.

El 18 de julio viene a Los Alcázares Valenciano, de vacaciones a reunirse con su familia, pero pronto le llama su jefe, Lafora, para que se haga cargo del sanatorio y tiene que permanecer en Madrid hasta noviembre del 36. El 7 de noviembre los doctores Luis Ortega y Valenciano evacúan a los enfermos a otras clínicas madrileñas porque el frente de guerra se ha acercado peligrosamente y los bombardeos menudean por la zona. El 14 de noviembre Valenciano se trae a la mayor parte de los enfermos a Murcia, merced a una generosa gestión de Alberca.

Valenciano va a vivir la guerra desgarradamente, como tantos otros españoles: a su primo Ángel Romero, dirigente de la CEDA, lo fusilan y arrastran su cadáver por las calles de Murcia. En Madrid detienen a su otro protector, el tío Antonio Valenciano: lo va buscando de checa en checa hasta que lo encuentra asesinado con un tiro en la nuca. Valenciano sufre un trauma muy fuerte hasta decirse a sí mismo que aquella no era su guerra.

Cuando lo moviliza el Ejército en 1938 su jefe es el famoso cardiólogo Paco Vega, compañero suyo de curso, que está de jefe militar de Sanidad en Andalucía y que lo destina a Almería, como Médico del Manicomio de aquella ciudad.

Terminada la guerra comienza la depuración, a la cual debe someterse en el Colegio de Médicos de Madrid. Su hermano Fernando, militar, que había pasado gran parte de la contienda refugiado en la Embajada de Chile, teme por su suerte al estar significado como discípulo de Marañón y Lafora, y por ello lo recomienda muy vivamente al que había sido compañero de refugio, Fernández de la Portilla a la sazón Presidente del Colegio de Médicos de Madrid: pasa la depuración sin que haya motivo de sanción o acusación, pero el Presidente le aconseja, a pesar de todo que se vaya a Murcia.

Del 40 al 50 es un período de supervivencia, del racionamiento, de apuro económico. En el 48 gana las oposiciones a Director del Dispensario de Higiene Mental.

Es una década en blanco o en negro: quedaba la cola de la guerra, los fusilamientos, los exilios, la cárcel.

Los años 50 y comienzos de los sesenta empieza una tímida transición: vuelven a España Marañón, Ortega y Lafora, pero persisten las dificultades culturales: no se podían anunciar los libros de Marañón y de Ortega pero se podían comprar.

La gente se adaptó a vivir en la España franquista, Valenciano entre ellos. El movimiento estudiantil contra el franquismo no comienza hasta 1955, ya no tenía edad de participar pero tampoco se le puede acusar a Valenciano de hacer el menor elogio del franquismo: antes de la guerra fue un liberal progresista y después de la guerra siguió siéndolo.

Terminado el franquismo tiene insinuaciones para ir de senador por el PSP y alguna insistencia por parte de UCD. No quiso intervenir activamente en política, jamás quiso significarse en ese sentido y sólo asistió a una conferencia sobre la imagen de Murcia y de ahí surgió una fuerte polémica con Ricardo de la Cierva. Siempre fue fiel a su ideología liberal.

## 5. Valenciano, el hombre

Valenciano fue un ser humano excepcional, de una reciedumbre moral ejemplar; un excelente profesional, un ser

absolutamente desprendido y generoso con sus compañeros y discípulos, de una fidelidad y devoción por sus maestros insuperable.

Cuando a Luis Valenciano se le paró el corazón en la noche del 27 de mayo, Murcia perdía al mejor psiquiatra murciano y la psiquiatría española a una de sus figuras. Con Alberca formó una pareja excepcional para la época, que en una provincia periférica eran un lujo. Era un gran comunicador, sintonizaba con los jóvenes con una capacidad envidiable, y así le fue de bien con los médicos de su escuela de El Palmar y con los jóvenes psiquiatras contestatarios que reclamaban otros horizontes a la psiquiatría española de los 60 y los 70. Le querían enormemente sus pacientes porque con ellos era el médico comprometido, ese de médico fue el único título que quiso que pusieran en su esquila.

Casi todo lo que se ponía a hacer lo hacía bien, y algunas cosas muy, muy bien. Era, por ejemplo, un magnífico divertimento ver a su lado una corrida de toros o un partido de fútbol, porque en ambos temas era un experto. Cuando tanto intelectual distante habla displicentemente de estos dos fenómenos sociológicos es tranquilizador ver que otros no sólo eran espectadores interesados sino autoridades en la materia. Así era Valenciano: un hombre que se aficionó al fútbol y fue guardameta del Real Murcia y del Rácing de Madrid. Que jugó al tenis y lo hizo hasta los setenta años, hasta que no pudo saltar la red para felicitar al contrario al acabar el partido; que le gustaban los toros y escribió y dio brillantes conferencias sobre ellos. “Soy un trabajador con vetas de pereza” decía él, pero era un gran trabajador, minucioso, riguroso en el dato y en las fuentes. No dejaba nada al azar ni siquiera la improvisación de un discurso, y ningún trabajo o conferencia hizo o dio para salir del paso.

### VALENCIANO Y SU OBRA

Valenciano es heredero de la profunda transformación psiquiátrica promovida por Simarro y Cajal, el movimiento psiquiátrico que se gesta alrededor de los años 20 cuando se funda Archivos de Neurobiología –por Lafora, Ortega y Gasset y Sacristán– que facilita el paso de la tradición positivista y anatomo-clínica francesa, hasta esos años predominante en nuestro

pais a los más amplios horizontes de la psiquiatría alemana, entonces en pleno vigor, con corrientes de índole predominantemente neuropsiquiátrica, nosopatológica, anatomoclínica, y fisiopatológica y a las nuevas orientaciones de carácter predominantemente psicológico, constitucionalista, psicodinámico y fenomenológico representadas por figuras como Kraepelin, Kleist, Krestchmer, Freud y Jaspers. Se inicia así una Psiquiatría competente y abarcadora, fundada tanto en la observación clínica sistemática, el análisis comprensivo de las vivencias y las hipótesis psicodinámicas, como en la experimentación neuropatológica e histológica.

La psiquiatría española de entonces, en palabras de Laín, “el costado médico de la generación de 1927”, se libra de pretensiones retóricas y de construir grandes sistemas filosóficos y sociopolíticos que había sido el caso desde Mata a Vera y quizás Simarro y se atiene por vez primera, con rigor científico y originalidad inventiva a su propio campo.

En esta Escuela aprende Valenciano. En su trabajo “Origen y desarrollo de la Psiquiatría madrileña” sugiere que el despertar de su vocación psiquiátrica aconteció en los cursos que Sanchís Banús ofrecía por los años 20 en las salas de Madinaveitia y Marañón, y declara que se consolidó y creció en los cursos que desde 1932 y en el servicio de mujeres del Hospital Provincial, dirigió Lafora con un grupo de jóvenes colaboradores, en el que figuraban Germain, Rey Ardid, Obrador y el mismo Valenciano.

### LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE SU OBRA

Con el estudio de Ortega, Dilthey, Lersch y la Psicopatología anglosajona Valenciano va perfilando los aspectos psicológicos de su teoría y práctica psiquiátricas. La Psicología que Valenciano desarrolla es una fenomenología comprensiva de las vivencias del hombre en el mundo, según se elaboran psicopsomáticamente en su vida y según se expresan en el seno de una personalidad biopsíquica, social e histórica. El concebía toda anomalía psíquica como enfermedad a la manera de Kraepelin pero cada vez reconoce más el influjo de los componentes personales, sociales e históricos y la importancia que tiene el sentido de la acción biográfica dentro del proyecto de vida del sujeto normal o patológico: “Así pues, escribe, como base de toda

enfermedad mental, hay una alteración del tejido cerebral, a veces grave, y comprobable, si después de la muerte se examina el cerebro, y otras tan fina que sólo perturba, durante más o menos tiempo, el funcionamiento del tejido nervioso, sin dejar huella”. Pero al lado de ello defiende una unidad psicosomática de claras resonancias orteguianas. “En realidad la separación que se hace entre cuerpo y espíritu, entre funciones psíquicas y físicas- útil en la práctica- es artificial; ambas cosas son tan sólo dos aspectos de la personalidad, y forman una unidad –unidad psicofísica– que no es otra cosa que la vida misma del ser”.

El reconoce la vivencia como realidad básica. Siguiendo a Dilthey, Ortega y Schneider afirma: “Los hechos psíquicos son analizables en elementos: percepciones, recuerdos, pensamientos, afectos, etc. Pero estos no los componen por unión; al contrario, son diferenciables a partir del hecho original, inconcluso y unitario, que es la vivencia”.

En segundo lugar la psicología para él parte de la vivencia y prosigue por el estudio de las vivencias del yo en el mundo. Es el estudio de un yo que ejecuta cosas, que hace y le pasan cosas, que se apoya en creencias y elabora ideas para ir inventando su vida, como había descrito Ortega.

En tercer lugar la elaboración y curso de las vivencias acontecen con la participación de la personalidad entera.

La conducta normal y desviada son formas de vida insertas en un proyecto que da significación a las acciones del sujeto.

Sus ideas psicológicas y filosóficas van a ser muy orteguianas, tratando de trasladar las ideas de Ortega a la psicopatología. Lo explica así: “Mi ensayo de utilización de Ortega en la Psiquiatría es ya antiguo. Lo intenté en alguna conferencia en 1932; luego en el Congreso de Neuropsiquiatría de Madrid en 1935, y más tarde, aparte de la comunicación de Zurich, en la que hice al Congreso Internacional de Psicoterapia de Barcelona (1958), integrada en un symposium que organicé y dirigí centrado en Ortega. Pero un apoyo firme y trabado en la antropología orteguiana, dada la peculiar dispersión de sus ideas –por razones circunstanciales que él ha explicado bien– apenas ha sido posible hasta la aparición de sus libros póstumos, más sistemáticos, y de las exégesis y ordenaciones de sus discípulos y seguidores” (Valenciano, 1978). Pero en los años 50 Alberca

publica su importante trabajo sobre las “Bases del análisis existencial” (1953) y el tema de la Antropología existencial rebulle en Valenciano tal vez con motivo de la muerte de Ortega en 1955.

Valenciano ve con claridad que el hallazgo de Ortega es la condición radical y estructural de la vida humana, que es por lo pronto la mía, mi vida. La búsqueda de una realidad radical, del óntos ón platónico, del verdadero ser que abarca e integra todo lo real, conduce, guiados por Ortega, al reconocimiento de mi vida como tal realidad radical. “Yo no tengo un ser, no existo aparte de mi vida; el mundo tampoco” (Ortega, 1984). Ni yo ni el mundo son realidades independientes; no son sustancias separadas que luego entre sí se compongan, sino polos o factores de una estructura radical y previa, mi vida, en la que toda realidad, para que me sea realidad, tiene que aparecer, tiene que radicarse. Ni en la Física moderna, ni en esta metafísica, se puede hablar de la realidad prescindiendo del observador. Es esta vida, esta totalidad o estructura la que aparece alterada en el caso del enfermo mental. “Lo que de verdad está ante el psiquiatra, dice Valenciano, es una vida humana”. La vida tiene una condición dinámica, de interacción continua entre mi yo y la circunstancia; en esa interacción hay un yo proyectivo que presiona en torno suyo y trata de realizarse en una determinada dirección, un yo que se reconoce como tal, y como tal se interpreta emergiendo en un proceso de interacción social.

Precisamente la Filosofía ha surgido –para Ortega– en la peculiar situación del hombre que, instalado en un mundo, ha visto quebrarse sus convicciones básicas, se ha sumergido en la duda, y trata de reconstruir sus cimientos existenciales mediante el esfuerzo racional. Hay dos vidas humanas: la vida como estar en la creencia, la vida como tradición, y la vida como teoría, como justificación y filosofía, basada en ideas conquistadas penosamente mediante el pensamiento y la reflexión. En la primera las cosas y sus interpretaciones no llegan a distinguirse, no llegan ni a formularse explícitamente, se cuenta con ellas y se las maneja recibéndolas del mundo en torno, de la colectividad social; en el otro caso, el universo es ante todo un enigma que pone en cuestión el más insignificante paso que el hombre dé dentro de él.

Por esa condición estructural y dinámica de mi vida, el yo proyectivo encuentra ante sí un repertorio de facilidades y dificultades para realizar un conjunto de posibilidades de existencia, pero toda realidad sólo puede cobrar plenitud de sentido cuando aparece entretejida en una red de conexiones dentro de mi vida, red de conexiones en que consiste al cabo la orteguiana razón vital. Convivencialidad radical, vida humana, proyecto, creencias, razón vital, tales son los conceptos clave que ha recogido Valenciano del pensamiento orteguiano, para desde ellos tratar de esclarecer algunos de los problemas centrales de la Psicopatología y la Psiquiatría. Valenciano concentra su interés en el análisis del Delirio paranoico. Varios trabajos suyos desde 1957 han girado en torno a la comprensión del síndrome paranoico y la psicopatología de la confianza.

Valenciano advirtió que en el paranoico todo un conjunto de interpretaciones de la realidad han adquirido valores nuevos, amenazantes para el sujeto, e integrados en un rígido sistema contra el que se estrellan las consideraciones y razonamientos del terapeuta. Se trata al parecer de una vida en que funcionan unas interpretaciones originales, producidas por el paciente desde su íntima soledad, con una red de conexiones que aprehende todo a una nueva luz. Diríase que perdida una confianza originaria, en la que básicamente transcurre la vida de los sujetos normales, el paranoico se halla sumido en una desconfianza radical, y vive frente a un mundo que se le ha vuelto enigmático y peligroso. Hay una pérdida de creencias y de confianza que lleva al paranoico a sustituir su sistema recibido de interpretaciones nacidas de una nueva percepción del mundo como una realidad peligrosa, como una amenaza esencial que va a concretarse luego en sus delirios.

### LUIS VALENCIANO, NEUROPSIQUIATRA

Cuando Luis Valenciano inicia su formación, Neurología y Psiquiatría eran dos términos intercambiables. Todos eran neuropsiquiatras aunque luego uno se escorase más a la neurología y otros a la psiquiatría. Por eso el primer trabajo de Valenciano (1927) era neurológico “Consideraciones sobre dos casos de atrofia muscular progresiva”. Luego publica una excelente ponencia en colaboración con Bueno: “Distribución geográfi-

ca y características de las neuropatías familiares en España” y sobre el trastorno del metabolismo de los glúcidos “Las glándulas suprarrenales en la melancolía de la involución”. Enlazados con estos vienen sus trabajos sobre

“La influencia de la morfina sobre los mecanismos glucorreguladores”, “Sobre el empleo y mecanismo de acción de la insulina en la desmorfinaización” y “Sobre la personalidad de los morfínistas”. Posteriormente publicó sobre los procesos vasculares infrecuentes del encéfalo, sobre síndromes hipotalámicos, sobre la corea de Huntington y sobre la epilepsia, sobre el alcoholismo y sobre la ciclotimia. Pero estos neuropsiquiatras de la generación del 27 no sólo publicaron sobre estos temas sino que modernizaron la psiquiatría, hicieron los primeros planes de Salud Mental y finalmente llevaron a la Psiquiatría a la Universidad.

A partir de ahí sus trabajos se van dedicando plenamente a la Psiquiatría. Su dominio de la lengua alemana le permitieron hacer afortunadas traducciones al español de varios libros clásicos imprescindibles en la época, en los años 50 y 60. El pronóstico de las psicosis endógenas de **Mauz**, La personalidad de los atléticos de **Krestchmer y Henke**, La Psiquiatría Infantil de **Tramer**, Problemas de Patopsicología y de Psiquiatría Clínica de **Kurt Schneider** y la Psicología de Jung de **Jacobi**. Valenciano era un neokraepeliniano abierto a las modernas corrientes psicológicas –como ya hemos mostrado– y a las corrientes sociológicas, pero sobre todo era un gran clínico aunque en sus publicaciones le gustara abordar otros temas tales como la expresión artística, la Psiquiatría Antropológica, la Psiquiatría Forense y la Historia de la Psiquiatría.

Cuando apenas se hablaba en España de Psicopatología escribe en 1943 “Los factores psíquicos en la patogénesis de la hipertensión esencial”.

Su libro “La asistencia al enfermo mental” publicado en 1933 y premiado por la Asociación Española de Neuropsiquiatras le dio popularidad a nivel nacional y fue prólogo de numerosas publicaciones suyas sobre asistencia y tratamiento: “El tratamiento de las esquizofrenias” (1933) donde pone a punto, junto al tratamiento somático –esencialmente la cura de **Klaesi** que él había vivido de primera mano en Zurich– la influencia

de la psicoterapia en la esquizofrenia, “Sobre las psicosis de la infancia no demenciales (1933), “Modernas tendencias terapéuticas en Psiquiatría” (1942), etc.

Escribe asimismo un numeroso grupo de trabajos sobre Higiene Mental: “Herencia e higiene mental” (1936), “Higiene mental: contenido, posibilidades y límites” (1954), “La higiene mental en España” (1960), “Higiéne mental des groupes sociaux” (1961), y sobre la organización asistencial. “Servicios psiquiátricos: su estructura total”, “La estructura del Hospital Psiquiátrico”, “La colaboración del médico general antes y después de la hospitalización psiquiátrica”, “Control de los enfermos dados de alta en el Hospital Psiquiátrico de Murcia”...

Luis Valenciano destaca en el capítulo de la Psicopatología del delirio. Publica “Valor de las nuevas aportaciones antropológicas para la psicoterapia”, “El síndrome paranoide a la luz de la doctrina de Ortega y Gasset”, “El delirio paranoide y la razón vital”, “Introducción a la psicopatología de la confianza.” Entre las cuatro o cinco concepciones antropológicas existenciales del delirio más brillantes y sugerentes, al lado de las de Von Bayer, Storch, Van der Hosyt, Schultz y Kulenkampf y Freken, sobresalen por lo completas las ideas de Valenciano, en donde queda establecido que el delirio, al ser una cuestión del creer y no del saber, se monta sobre una transformación de las creencias, y toda transformación de las creencias, en sentido orteguiano, presupondría el fallo de la estructura credencial normal, porque la instalación radical en una nueva creencia es imposible si no ha desaparecido la base credencial anterior. Este fallo de la estructura credencial normal, puntualiza Valenciano, tiene un carácter primario en la esquizofrenia paranoide, y se deriva secundariamente, de las alteraciones de la afectividad en las reacciones y desarrollos paranoides, delimitando clínica y doctrinalmente entre el proceso y el desarrollo. En la Introducción dialéctica a la psicopatología de Llopis escribe Valenciano un capítulo analizando los puntos de vista de los más prestigiosos partidarios de la Psicosis única –Ey, Llopis y Menninger– a los que él añade Conrad y Janzarik por su afinidad de pensamiento con los anteriores abriendo una nueva perspectiva al proponer el término de psicosis unitaria con lo que le da apertura a las tesis conciliándolas con las nosografías

vigentes en la época. Muy interesante es la primera monografía del Hospital Psiquiátrico de Murcia debida a su pluma: Parálisis General Progresiva que es una historia de la enfermedad que asoló los manicomios del mundo entero en la primera mitad del siglo XX hasta la aparición de la penicilina.

Mención aparte merece el grupo de trabajos sobre su región, que lo revelan no sólo como un gran neuropsiquiatra sino como un excelente antropólogo, humanista e historiador: “El problema del alcoholismo y las psicosis alcohólicas”, “La ciclo timia en nuestra zona”, “Vivencia e influjo del paisaje”, “Federico Balart y Vicente Medina, un análisis del amor y la pena”, “Datos para la historia de la asistencia psiquiátrica en Murcia”, “Las mascaradas murcianas del siglo XIX. Un estudio psicopsicológico”, “El Aguilucho y Don Juan. Una finca, un hombre, una época de Murcia”.

Aunque ya muchos trabajos históricos y biográficos lo habían apuntado (homenajes y necrológicas a Bonhöffer, Pablo de la Vega, Prados Such, Germain, Alberca, Marañón, Dionisio Nieto, Mira, Villacián, Bustamante, la Escuela de Psiquiatría Madrileña, Molina Núñez, etc.), el otoño de su brillante carrera profesional lo va a revelar como un magnífico historiador. La biografía de su maestro “El doctor Lafora y su época” contiene páginas magníficas, trazando un bello fresco pictórico de toda una época, una generación, una escuela y una figura señera de la psiquiatría española.

Ese mismo camino siguió en la biografía de otro hombre ilustre de la Universidad murciana. “El Rector Loustau y la Universidad de Murcia”. Las biografías de Valenciano tienen el enorme valor de retratar la sociedad y las circunstancias que mantienen y enmarcan a la figura biografiada, el momento social y las controversias científicas de la época.

### DE LUIS VALENCIANO SE HA ESCRITO...

De Luis Valenciano escribió Pedro Laín: “Psiquiatra eminente y eminente ensayista. Pero la descripción de la personalidad de Luis Valenciano no quedaría completa sin tener en cuenta lo que al psiquiatra y al ensayista daba noble y firme fundamento. Su espléndida condición moral”. Y Carlos Castilla del Pino dijo: “Desde el punto de vista intelectual, siempre

encontré en Luis Valenciano una actitud tan receptiva que uno había de rendirse ante su madurez y su carencia de prejuicios intelectuales. Aunque en los últimos años tenía dificultades para la lectura, no dejé nunca de remitirle mis trabajos porque siempre para mí era, me leyera o no, mi interlocutor in mente”.

“Pero realmente quien ha llenado una época de la Psiquiatría ha sido el propio autor, Luis Valenciano, con su perfil humano y científico” (F. Alonso Fernández, Catedrático de Psiquiatría de Madrid).

“Gran escritor y agudo intérprete de la evolución de la Psiquiatría, ahí están sus numerosas publicaciones, a las que siempre habrá que referirse cuando se quiera hablar de la Psiquiatría española”. (José Germain, Presidente honorario de la Sociedad Española de Psicología).

“Varón sabio en dichos y cuerdo en hechos como habrían dicho nuestros clásicos, Luis Valenciano ha realizado en su vida méritos sobrados para ocupar un lugar de honor en la historia de la Psiquiatría española del presente siglo. Fue para mí una gran satisfacción que posteriormente, siendo yo Presidente de la Asociación Española de neuropsiquiatría, y durante el último Congreso celebrado en Oviedo en 1983, la Junta de Gobierno que presidía propusiese unánimemente a la Asamblea el nombramiento de Luis Valenciano como miembro de honor de la Asociación y que éste fuera aceptado también por unanimidad, junto con igual nombramiento para los doctores Germain y Castilla del Pino, otras dos grandes figuras de la Psiquiatría española y contemporánea”. (Manuel González de Chavez Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1980-83).

“La accesibilidad personal y disposición a relacionarse intergeneracionalmente de Luis Valenciano hicieron posible el papel puente, conector y transicional que ha jugado en la Psiquiatría Española”.

(Joaquín Santodomingo Carrasco. Profesor de Psiquiatría. Universidad Autónoma. Madrid).

## EL DOCTOR VALENCIANO Y LAS INSTITUCIONES

El doctor Valenciano colaboró desde el principio con todo tipo de ayudas para que Murcia tuviera una Facultad de Medicina, desde solucionar problemas de alojamiento a los

Profesores que venían a Murcia –relata Pedro Maset que a él mismo–, como donar colecciones de libros y revistas a la Biblioteca y hemeroteca como el impartir clases de Psicología y Psiquiatría como Profesor encargado de cursos hasta que tomaron el relevo años después Demetrio Barcia Salorio y José María Morales Meseguer. Utilizó todo su peso e influencia para que las instituciones financieras murcianas concediesen ayudas económicas a la Facultad y trabajó para que el Hospital Provincial y la Arrixaca y el propio Psiquiátrico pudieran colaborar en la enseñanza clínica de la Universidad. Recibió el título de Doctor Honoris Causa por la Universidad de Murcia.

En diciembre de 1967 es presentada a la Academia la propuesta de Luis Valenciano para su nombramiento de Académico numerario de la Academia de Alfonso X el Sabio, institución dedicada al estudio y a la investigación cultural de Murcia. Valenciano cubre la vacante de Alberca. A ella aporta discursos, trabajos y varios libros.

En la Academia de Medicina lee su discurso de ingreso en noviembre de 1960: “El delirio paranoide y la razón vital” y en el año 69 hace el discurso inaugural: “Introducción a la psicopatología de la confianza”. Es bibliotecario durante varios años y merced a su esfuerzo se publicó la Historia de la Real Academia de Medicina de Murcia, quizás la obra más importante que editó esa Corporación.

En 1964 es nombrado Presidente del Club de Tenis: de tres pistas se pasa a cinco, de cien socios a quinientos, se organizan numerosos certámenes y la única Raqueta de Oro que el club ha concedido se le dio a él en 1972.

El 23 de mayo de 1986 el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma, estimando la excepcional aportación a la medicina del ilustre psiquiatra murciano acordó nombrarle, a título póstumo “Hijo Predilecto de la Región de Murcia”.

## LOS DISCÍPULOS

La Escuela de Alberca se continúa y amplía con Valenciano: Antonio Sabater, Vera Padilla, Raimundo Muñoz senior, Francisco Román Moreno, Antonio Fernández, Juan Romero Tarifa, Camilo Salgueiro, Francisco Martínez Pardo, Carmen Leal, Concha Gómez Ferrer, Salvador Llorens, Javier Asturiano,

Mariano Belda, Laura Belinchón, Matías Valverde, Francisco García Ruiz, José Abellán son con alguna posible omisión involuntaria psiquiatras formados con Luis Valenciano. Al jubilarse en 1975 le sustituye en la Dirección del Psiquiátrico Demetrio Barcia Salorio, brillante discípulo de Alberca y Valenciano apareciendo con él nuevas jóvenes promesas: Eulalia Ruiz, María Victoria Soler, Concha Saenz, Javier Rivas, Carmen Llor,

Luis López, Esther Carrasco, Lucio Morcillo, Encarna Cebrián, Carlos Giribet, Raimundo Muñoz junior, Emilio Jiménez, Juan Antonio Aznar, Néstor Martínez-Jordán, Juan Manuel Soria, Pedro Pozo, Consuelo Molina. Al mismo tiempo que Barcia en el Psiquiátrico Jose María Morales en la Arrixaca constituye un grupo de su escuela: Milagros Ortiz, José Hernández, Sofía Ruiz, Presentación Ataz, Joaquín Nieto, Francisco Toledo...

