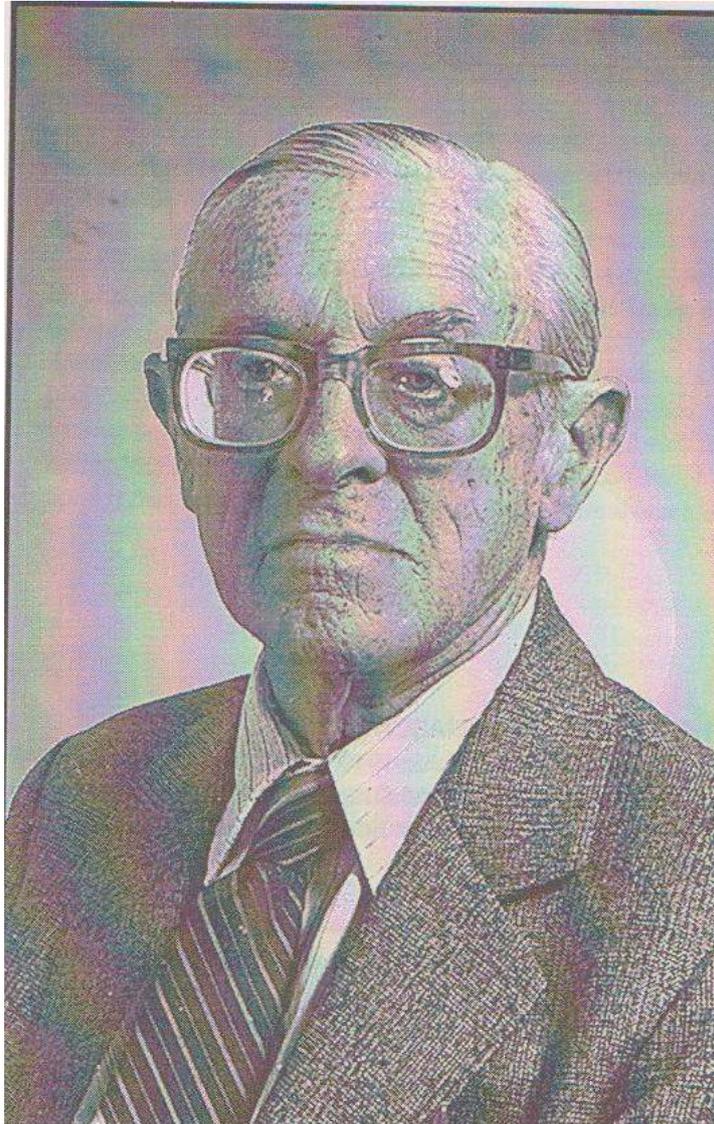


# **DANIEL MURGUÍA**

**(1910-2003)**



**I**

**DANIEL L. MURGUÍA GUARNASCHELI, nació en Montevideo el 23 de julio de 1910, egresando de la Facultad de Medicina en 1941. Se dedicó intensamente a formarse en Clínica Médica y luego en Psiquiatría y Medicina Legal. Fue Profesor Emérito de la Facultad de Medicina desde junio de 1984, y Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Falleció en nuestra capital el 29 de mayo de 2003.**

Cuando el 8 de julio de 1994 la periodista y arquitecta Silvia Scarlato lo entrevistó para recoger sus memorias, recogió el siguiente relato: <sup>1</sup>

*De baja estatura, mirada inquieta y gran elocuencia verbal, el Dr. Murguía me recibió en un sencillo despacho del Sanatorio Etchepare. El carácter austero de aquel pequeño recinto, se colmó de inmediato de una gran calidez humana. Entre gestos amables y palabras vehementes, acompañados siempre por su mirada lúcida, fuimos deshilando sus experiencias de vida, desde su infancia, fuertemente marcada por la impronta de su madre, destacada maestra, hasta su vida adulta entregada al quehacer de la Psiquiatría.*

*Modesto y reflexivo, elocuente defensor de las conquistas operadas en su disciplina, la conversación nos llevó a recorrer los orígenes y la evolución de una especialidad que ha sufrido cambios radicales en el correr de las últimas décadas.*

*Asimismo, no le faltó lugar a la duda y a los grandes cuestionamientos propios de un campo de trabajo tan fértil en enigmas. Los misterios trascendentes que abren paso a las profundas angustias inherentes a la naturaleza de la existencia humana, fueron motivos también para un viaje por los trasfondos del alma y los límites de su conocimiento objetivo.*

Empecemos conversando sobre sus orígenes; ¿en qué año y dónde nació?

**Nací en el año 1910 en Montevideo, en la calle Olimar – como se llamaba entonces – y 18 de Julio, donde mi padre tenía una farmacia.**

¿De qué origen era su familia?

**Mi madre era de origen italiano; había llegado al país siendo muy pequeña y mi padre era de origen vasco – mis abuelos paternos eran vascos.**

¿A qué se dedicaban? Usted me decía que su padre tenía una farmacia...

**Sí, mi padre había estudiado Química y Farmacia, pero en cierto momento tuvo un conflicto con un profesor – le apareció la raíz vasca – (risas) y se rebeló contra ese profesor y abandonó la carrera poco antes de terminarla. Y mi madre era maestra. Ella inició su carrera junto a maestras muy destacadas como lo fue Aurelia Viera – que era una autoridad en el Magisterio de aquellas épocas – hasta que se casó y abandonó la carrera Magisterial. Pero enviudó muy joven, entonces volvió a retomar la actividad docente a través de dos grupos de matemática en la sección Femenina de la Universidad de la República. Posteriormente fue designada Subinspectora en Instrucción Primaria, cargo con el cual se jubiló y con el cual hizo frente al presupuesto del hogar. Fue una**

---

<sup>1</sup> SCARLATO, Silvia: Fuera de Consulta II: Reportajes, memorias y proyecciones de nuestra medicina. Coedición SMU-Ediciones de la Banda Oriental, Tradinco, 1996, 208 páginas; pp.: 139-158.

**maestra ejemplar y muy destacada en su momento, y después continuó con actividades con la Asociación de Jubilados Magisteriales siendo su Presidenta; siempre tuvo una actividad muy destacada hasta su muerte.**

¿Usted tiene hermanos?

**No, no tuve hermanos. ¡Tuve la desgracia de ser hijo único! (se sonríe).**

¿Qué juegos prefería?

**Bueno, todos los juegos deportivos – aunque nunca me destaqué en ninguno - ; me gustaba muchísimo el atletismo, el fútbol, el básquetbol - ¡que todavía se podía jugar aunque uno fuera petiso! – (risas estruendosas), el remo y la natación, que aún practico.**

¿A qué escuela fue!

**Esta es una de las cosas que me interesa más destacar porque tiene una gran importancia en tanto rescata valores que considero fundamentales. Yo fui a la escuela pública. Mi madre había sido maestra en sus inicios y siguió siempre vinculada a la escuela pública. Ella tenía un alto concepto de la escuela pública. Por otra parte, no teníamos medios para que yo fuera a una escuela privada. Pero quiero rescatar de la escuela pública un concepto que tengo profundamente arraigado; la escuela pública es una escuela de democracia porque en el momento más crucial de la vida – cuando se es una personalidad todavía dúctil – se aprende que todos somos iguales y que todos tenemos los mismos derechos y las mismas responsabilidades. La escuela pública es un crisol donde se conjuga un grupo humano de niños de muy diferentes grupos sociales y se establece entre ellos una interrelación y unos lazos de amistad y de solidaridad que van a dejar su impronta para toda la vida. El que ha ido a la escuela pública está formado para no sentirse disminuido frente a las diferencias de índole económico. Y es un verdadero crisol donde se forja una concepción democrática de la sociedad. Y eso yo creo que es lo mejor que me dejó a mí la escuela pública y quiero reivindicarlo porque lo considero de una gran importancia.**

Usted me decía que vivió en la calle Olimar y 18 de Julio. ¿De qué barrio estamos hablando?

**Del barrio del Cordón. Siempre viví en ese barrio.**

¿Qué recuerdos tiene del barrio?

**Varias veces nos mudamos dentro del barrio y estando enfermo mi padre – yo tenía menos de dos años – viví en casa de mi abuela, también en el barrio. En el año 24 nos mudamos a la calle Joaquín de Salterain, que es la casa donde todavía vivo. Así que estuve siempre en el barrio.**



De modo que fue un real testigo de las transformaciones que ha ido sufriendo.

**¡Ah, sí! Cambios muy grandes. Cuando nos mudamos en el año 24, vivíamos en el centro de un terreno enorme que abarcaba casi media manzana, de manera que asistí a la construcción de todas las edificaciones laterales y de las que se levantaron en la calle perpendicular – que se llamaba Guaná -; y también a la transformación de vecinos.**

¿A qué liceo fue?

**Al liceo Rodó, y los dos años de preparatorios los cursé en el Vásquez Acevedo.**

Fue una época de grandes profesores...

**Sí, es verdad... Sin embargo y sufrí un gran impacto cuando ingresé a Secundaria. Es el choque que se conoce perfectamente bien desde el punto de vista sociológico y psicológico, del estudiante que viene de la escuela primaria y pasa a la secundaria. Yo venía de la escuela habituado a un grupo y a las maestras con las que compartíamos las cuatro horas de clase, que nos conocían profundamente y entré al liceo donde teníamos muchos profesores que a veces no nos conocían ni por el nombre. El primer año de liceo fue para mí relativamente traumático porque sentí muy fuerte ese cambio de contexto y me sentí un poco anónimo. Luego, en los años sucesivos lo fui superando.**

¿Cuándo se va delineando en usted la orientación hacia la medicina?

**Yo tenía en mi familia médicos. En mi familia paterna ya tenía dos tíos y dos primos cuando me llegó el momento de decidir la orientación. Mis tíos eran ambos médicos muy destacados que se desempeñaban en el interior – uno en Nueva Palmira y otro en Melo – y todo esto influyó en mí. También mi padre había tenido farmacia – yo no lo recuerdo**

**casi – pero veía a los farmacéuticos en esa época con una túnica blanca que los hacía personajes importantes y realmente durante mucho tiempo en mi niñez, en esas fantasías de niño, pensaba si sería boticario o si sería médico. Y en realidad creo que lo que me definió la vocación fue un hecho de lo más pueril. En mi casa había patios con plantas y una planta se había secado y en la maceta esa había brotado un yuyito – que nadie lo atendía porque era un yuyito – (se sonríe). Entonces en ese momento, que era verano y hacía mucho calor, como nadie lo regaba, el yuyito empezó a secarse y yo vi que se iba marchitando hasta que un día por una especie de piedad le eché agua y el yuyito brotó y revivió! (risas). ¡Era tan sencillo! Y aquello me dio una vivencia de omnipotencia frente al problema de la vida y de la muerte y realmente en ese momento me sentí destinado a ser médico. Sentí que era mi destino y que lo que yo quería era utilizar mi capacidad para esa lucha por la vida – después la vida me demostró que no tenemos la omnipotencia aquella que yo sentí -. Pero aquel hecho descubrió mi vocación por la medicina.**

Hablemos de su ingreso a la Facultad.

**Ingresé en el año 1930. En aquel momento éramos pocos y la enseñanza era muy individualizada – había material suficiente para que todos trabajáramos.**

¿A quiénes recuerda como profesores de mayor significación para Usted?

**Bueno, yo quisiera hacer aquí una salvedad. Si tuviese que recordar individualmente a cada uno de los profesores, seguramente cometería injusticias y olvidos. Todos eran docentes profundamente capacitados, con un gran don de trasmisión. Pero quiero rescatar algunos aspectos que no son propiamente los que tienen que ver con la trasmisión de los conceptos académicos. Y quiero destacar algunos nombres de quienes me modelaron desde un punto de vista ético y humano y que fueron puntales en la definición de mi personalidad. En primer lugar señalo en orden cronológico a un estudiante que era un par de años mayor que yo – era disector en el Instituto de Anatomía – quien luego fue el Dr. y Prof. Eduardo Palma. Él fue un ejemplo de lo que puede el tesón, la inteligencia y la voluntad. Cuando seguí siempre cerca suyo a lo largo de la carrera y más tarde como profesional. También de mis primeros años de estudio, quiero mencionar a la figura del Dr. Rodolfo Talice, en quien admiré su concepción humanística y esa capacidad de crearse espacios para lo que fuera estético y ético. Después, cuando ingresé a las clínicas mi primer contacto fue con el profesor Alfredo Navarro [Benítez] y recuerdo en particular cómo él trataba a los invitados extranjeros. Nosotros, cuando venía un invitado del extranjero lo considerábamos una figura mítica que venía poco menos que de otro planeta; estábamos en ese momento en una situación de colonialismo científico porque no teníamos textos nacionales. Y recuerdo al profesor Navarro dialogando con estos invitados en un mismo plano, intercambiando ideas, lo cual me dio a mí una conciencia de nuestra capacidad como latinoamericanos; y esa experiencia con él, desmitificadora de los extranjeros, fue algo que realmente me marcó de por vida.**

**Luego estuve en la Clínica Quirúrgica del Prof. Lamas, de quien destaco la aproximación coloquial que tenía con los enfermos, su intuición para comprender la mentalidad del paciente que venía del interior y su aproximación cariñosa al enfermo. También en Clínica Médica destaco la impronta que me dejó el Prof. Arturo Lussich; él me dejó el ejemplo de la honestidad y la autenticidad que puede llegar a tener un profesor; cuando alguna vez vino a la clínica y se rectificó sobre lo que había dicho en la clase anterior, fue una enseñanza de honestidad y fue la mejor lección que él me dejó, porque me enseñó que en la vida, en la profesión y en la docencia, había que saber decir “no sé”, u otras veces, “ayer me equivoqué”.**

**Después tuve otro gran profesor que fue Julio C. García Otero. Era un hombre no sólo inteligentísimo y con un enorme acervo cultural, sino que fue quien me enseñó a pensar. Me enseñó a pensar médico y la metodología del pensar médico. Eso es lo que yo trato hoy de transmitir a mis alumnos, o sea, más que los conocimientos, un método en la apreciación del cuadro que presenta el enfermo. Eso me lo enseñó García Otero, y yo lo considero más relevante que todas las demás cosas que pudo haberme enseñado con sus conocimientos académicos. También destaco como docente la figura del profesor Luis Morquio – con quien tomé contacto en su última etapa de actividad docente, porque después se jubiló - <sup>2</sup> quien me encandiló realmente con esa justeza que tenía para realizar un diagnóstico, aún manejándose con pocos síntomas. Y después tuve contacto con muchas personas en el Servicio de Salud Pública del hospital Pedro Visca, donde fui Practicante en el servicio del Dr. Antonio Carrau. El Dr. Carrau era una persona modesta, sencilla, con una gran capacidad para la relación humana detrás de una apariencia algo distante. Él se sabía aproximar. Tenía conocimientos científicos muy vastos y una gran práctica clínica. También junto a él tenía a mi jefe inmediato que era el Dr. Praderi [José Alberto] – padre de los actuales ex profesores de Clínica Quirúrgica, Luis y Raúl Praderi -. De él conservo también la impronta que dejó en mí su dignidad como profesional, su puntualidad y su regularidad para estar siempre a la hora que debía estar, su corrección en el trato con todo el personal, su dedicación a los niños, su proyección más allá del caso individual para estudiar todo el contexto social y su rebeldía frente a situaciones sociales injustas o inadmisibles. Recuerdo casos en que se daban niños a cuidadoras que se sabía que no los iban a cuidar y que iban a traer los niños a morir al Pedro Visca – porque las teníamos fichadas -; eran personas que cobraban como cuidadoras por llevar un niño a su casa y llevarlo a morir al Pedro Visca. La rebeldía del Dr. Praderi frente a todas estas situaciones lo llevó a conjugarlas cuando actuó en el Consejo del Niño como su Presidente. Todo ello me dejó una impronta irreductible y me enseñó que había que ser responsable proyectándose más allá del caso individual, hacia el contexto social. Allí, en el hospital Pedro Visca, hubo muchas otras personalidades como el Dr. Euclides Peluffo, el Dr. Alfredo Ramón Guerra, el Dr.**

---

<sup>2</sup> Luis Morquio (1867-1935) falleció en pleno uso de sus potestades, el 9 de julio de 1935. Véase: Biografía de Luis Morquio por Ruben Gorlero Bacigalupi, en: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/morquio-gorlero.pdf>

**[Julio R.] Marcos, que fueron todas figuras estelares que me enseñaron a través del ejemplo.**

**Un recuerdo particular me merece el Dr. Domingo Sarli. Era mayor que yo; él era Graduado y yo sólo practicante. Sentía vivo y generoso cariño por los niños. Siendo Director del Asilo Dámaso a. Larrañaga – un viejo y tétrico lugar – introdujo una serie de valiosas reformas para mejorar la situación de los niños internados. A él corresponde la iniciativa de distribuir fondos de ayuda a familias necesitadas que a veces – por una pequeña necesidad perentoria (la compra de un par de zapatos o de una túnica escolar) – internaban su niño en el asilo. Ese tipo de ayuda fue convertida en Ley por el Parlamento, con una fundamentación jurídica que determinó que se llamase, a esa ayuda, “Salario Social Infantil”. Luego diversas razones alejaron al Dr. Sarli de ese cargo donde se desempeñó con tanta vocación y generosidad. Es ésta la oportunidad que se me ofrece para rescatar esas actuaciones y rendirle un homenaje a su memoria.**

**En Psiquiatría mis profesores fueron el Dr. Antonio Sicco y el Dr. Elio García Austt. Trabajé con ellos directamente como Jefe de Clínica de ambos. Al Dr. Antonio Sicco lo recuerdo con su prestancia delicada, fina, incapaz de hacer alguna observación que pudiera ser hiriente, un hombre de vasta experiencia y enormes conocimientos. Y el Dr. García Austt, toda pasión, toda elocuencia, se expresaba siempre con un gran fervor que nos obligaba un poco a tener esa vibración frente a hechos que consideraba lamentables o penosos. Un hombre también con unos conocimientos y una cultura muy vastos. Seguramente me quedan muchos nombres que en la memoria se eclipsan... Pero quiero rescatar, sobre todo, aquellos aspectos de la enseñanza que fueron más allá de los conocimientos académicos y que recibí por medio del ejemplo de las vidas de estos maestros, por su modo de actuar y de comportarse.**

En usted se dio una conjunción de varias especialidades, lo cual no es nada habitual: Medicina Legal, Medicina Interna y Psiquiatría.

**... En realidad fueron tres especialidades que desarrollé paralelamente. Comencé por hacer una Ayudantía de Medicina Legal – no por vocación, sino porque fue una oportunidad de conseguir un cargo con una retribución – y para ese concurso comencé a estudiar antes de recibirme y tuve que postergar mi último examen para dar primero ese concurso, porque ya graduado no lo hubiera podido hacer. Entonces comencé a estudiar y ello me obligó a concurrir al hospital Vilardebó donde tuve contacto con la Psiquiatría. Porque hay problemas psiquiátricos que muchas veces se presentan en Medicina Legal. Así empecé a interesarme por la Psiquiatría y a vincularme con Psiquiatras. En ese momento yo estaba haciendo Medicina Interna y estaba por dar mis exámenes finales; después que entré a la Ayudantía de Medicina Legal, entonces me recibí – en 1941 -. Al año de recibirme hice el concurso de Jefe de Clínica Médica y fui al servicio del profesor Plá [Juan Carlos Plá Verde] – otro grande que omití cuando hice referencia a mis maestros- . Encontré en el profesor Plá a un hombre no solamente**

**experiente y con grandes conocimientos clínicos, sino con un corazón abierto a todos sus colaboradores. Él nos abrió las puertas del servicio y hasta las puertas de su propio hogar; todas las tardes, antes o después de ir al café, pasaba por la casa del profesor y allí jugaba con sus hijos – que eran muy pequeños en aquel momento – y era agasajado por su señora, que era una mujer encantadora; y esta relación, él la establecía así con todos sus colaboradores, de manera que solíamos encontrarnos allí.**

**Fue una experiencia muy importante, más allá de lo académico, desde el punto de vista humano. Durante mi actuación con el Profesor Plá estuve tres años como Jefe de Clínica, y luego como Asistente cerca de seis años – primero fui suplente y después titular -. Al año de ingresar a su Servicio, hice al mismo tiempo la jefatura de Clínica Psiquiátrica, de tal manera que durante varios años desempeñé las dos jefaturas – la de Medicina Interna y la de Psiquiatría -. En Medicina Legal después que finalicé mi cargo de Ayudante de Clase, fui Jefe de Trabajos prácticos – por concurso también -, Jefe de Laboratorio de Investigaciones, pero ya entonces orientado hacia el área psiquiátrica. Después de estar muchos años en Medicina Interna llegó un momento en que me di cuenta de que no podía mantenerme actualizado en dos disciplinas distintas porque había cada vez un mayor requerimiento de conocimientos; entonces fue cuando de hecho me alejé de la Medicina Interna, sin dejar nunca de interesarme por ella, porque considero que el hombre es un todo y no se debe descuidar ninguno de sus aspectos, aunque se profundice en uno de ellos.**

De manera que la opción por la Psiquiatría surgió a raíz de un trabajo en Medicina Legal y no hubo una predisposición previa a esa decisión.

**Creo que no. Mi contacto con el enfermo mental a raíz de mis trabajos en Medicina Legal fue lo que despertó en mí el interés por ese campo tan misterioso y tan lírico que a veces es la enfermedad mental. Incluso mi Agregatura – que la hice junto con el Dr. [José María] Reyes Terra (1909-1990) – fue inicialmente de Medicina Interna, y luego cambié la orientación a la Psiquiatría. Los dos nos iniciamos juntos y también cambiamos de orientación juntos.**

Hay quienes dicen que para ser Psiquiatra es necesario haber padecido alguna patología mental menor, en el sentido de que ello es lo que permite una mayor proximidad con el enfermo mental. ¿Qué piensa usted con respecto a esta opinión?

**No. Yo pienso que no es ni necesario ni mejor. Lo que ocurre es que muchas veces una persona que ha padecido una enfermedad mental tiene una mayor predilección por estudiar Psiquiatría o Psicología para tratar de encontrarse entre los cuadros que se presentan. Esto sucede muchas veces, pero no es necesario; creo que una persona que haya padecido una afección, aunque sea menor, puede tener más posibilidad de aproximación al enfermo que padece la misma enfermedad, pero no al que padece otra. Incluso frente al enfermo que padece la misma enfermedad, el que ya la padeció puede actuar con otros componentes subjetivos que le van a quitar objetividad en la**

**orientación y en el consejo hacia el enfermo. De modo que no creo que sea necesario ni conveniente, a pesar de que esto ocurre muy frecuentemente.**

Ahora que menciona la objetividad, ¿cómo hace un Psiquiatra para establecer un límite que le permita no involucrarse negativamente con el paciente?

**Es difícil y no hay ninguna regla fija para esto. Hay que tener un espíritu crítico permanente para mantener siempre una distancia adecuada. Por otra parte no involucrarse totalmente es imposible porque con el enfermo se establece una relación de empatía; y es más, con el enfermo uno necesita en cierto momento ponerse en la situación y en el lugar de él y tratar de sentir lo que él siente para poder comprenderlo adecuadamente. Esta es una manera fenomenológica de relacionarse con el enfermo, y me atrevo a afirmar que es una cualidad individual que no se aprende. Es una aptitud que está muy vinculada a la capacidad de relación humana que tenga la persona. Y eso no se aprende. Por eso es necesario tener suficiente crítica como para saber hasta dónde puede llegar esa transferencia y dónde debe ponerse un límite. Pero es necesaria una "intuición participativa", es decir intuir participativamente qué es lo que le está pasando al enfermo y hacerse cargo de eso que le ocurre, lo cual está estrechamente vinculado a la capacidad amorosa de dar y de recibir afecto que tiene la persona. Y el límite es crítico. Tiene que partir de uno mismo por medio de una ubicación objetiva frente a uno mismo.**

¿Qué es lo más importante que necesita un Psiquiatra para ejercer bien su especialidad?

**Esto que hablábamos precisamente. Y desde luego necesita los conocimientos psiquiátricos académicos. Pero después lo fundamental es la capacidad para establecer una relación con el paciente en base, justamente, a esa intuición, porque hay mucho de intuitivo en todo esto. Intuir no es inventar – vamos a aclarar – y ahí está la dificultad;**

**se trata de comprender lo que dice el enfermo. Entonces intuir es tener una modalidad de captación directa, lo cual está muy vinculado a la capacidad de solidarizarse e identificarse con el enfermo.**

Y al mismo tiempo se requiere de una gran racionalidad para poder establecer esa distancia y poder objetivizar como usted dijo.

**Yo no diría racionalidad, sino más bien una proporcionalidad entre lo racional y lo afectivo, un equilibrio razonable.**

¿Podemos historiar un poco a grandes rasgos la disciplina y hablar de la evolución que ha tenido?

**¡De los orígenes no puedo hablar! (se sonríe). ¡Se pierden en la historia los orígenes de la Psiquiatría! (risas). ¡Hasta los filósofos griegos se referían a ella con otros términos...!**

Hay una relación de la Psiquiatría con la Filosofía...

**Hay una relación, sí. La Psiquiatría empieza realmente a independizarse como ciencia con Hipócrates. Allí recién empiezan a aparecer las primeras descripciones médicas y algunos cuadros de enfermedad mental como fue la melancolía por ejemplo. Y luego, durante toda la era cristiana sigue enriqueciéndose con aportes de las sociedades europeas de ese momento hasta llegar a nuestros días.**

¿Y cuándo se establece como especialidad?  
**...En la Edad Media ya era una especialidad.**

¡No me diga!

**Bueno, quiero decir que los médicos de esa época sabían Psiquiatría y hablaban de Psiquiatría.**

¿Qué vinculación hay entre la psiquiatría, la Neurología y la Psicología?

**Ocurre que el fenómeno psiquiátrico es un fenómeno muy singular; que se da en ese mundo tan complejo y enigmático que es la vida mental y la vida subjetiva, que aparentemente es muy diferente del mundo somático. Los médicos, hasta el siglo XIX habían descubierto que la enfermedad del cuerpo tenía como origen una lesión que se podía observar por medio del microscopio y causas que se podían investigar; hasta esa fecha y durante los diecinueve siglos anteriores, los médicos se empeñaron en aplicar a la Psiquiatría el mismo modelo de la medicina general y buscaron desesperadamente lesiones y gérmenes que pudieran explicar la enfermedad mental. Hubo hechos aislados que abrieron una esperanza en este sentido – en 1822 Bayley con sus estudios sobre la parálisis general progresiva, y en 1860 Morel, que habló de la “degeneración” – pero ninguno de ellos fue suficiente para su aplicación clínica. Durante todo ese período la Psiquiatría formaba parte de la Medicina General pero sin poder aplicarle a la disciplina las mismas referencias que a las enfermedades generales. Pero a partir del siglo XIX se empieza a ver que las enfermedades mentales tienen que ver con algo muy particular que son los fenómenos subjetivos. Entonces se empiezan a estudiar estos fenómenos y se comienza a desarrollar, más bien en el campo de la psicología, el estudio de las enfermedades mentales. Y este proceso tiene su espaldarazo decisivo cuando aparece Freud, que siendo Biólogo y Neurólogo, no obstante desarrolló toda una teoría psicológica que era aplicable a las enfermedades mentales. A partir de entonces tiene lugar una etapa en la que se ve a la enfermedad mental desde un punto de vista psicológico y en la que se da relevancia a los problemas psicológicos. Entonces aparece allí una dicotomía entre la medicina somática – que se aplica a estudiar las enfermedades del cuerpo - y la Psicología y la Psicopatología, que estudia todo aquello vinculado a la vida espiritual. Aparece como una dicotomía entre la Psiquiatría –**

ciencia psicológica en ese momento – y la Medicina Interna – ciencia somatista y bióloga -. Pero no se puede perder de vista que el hombre es un ser integrado aunque en ese momento por razones prácticas se estableció esa diferencia entre las dos áreas.

En este siglo vuelve otra vez a establecerse el nexo entre lo biológico y lo psicológico. Desde luego, ya se sabía desde antes que algunos enfermos mentales tenían lesiones cerebrales y que el sistema nervioso era importante en su vinculación con estas patologías. Pero no se podía encontrar la relación entre el sistema nervioso y el cuerpo, con las demás enfermedades mentales como la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva, etc. En este siglo se asiste a hechos sorprendentes; se ve que algunos medicamentos que se utilizaban contra la hipertensión producían estados depresivos y se ve que otras sustancias que se empezaron a utilizar para el tratamiento de la tuberculosis eran capaces de cambiar el humor; se sintetiza una molécula con el propósito de manejarla para las enfermedades psicóticas, y se constata que es un antidepresivo. Entonces todo esto lleva a una intensa investigación y se descubre que esas sustancias son efectivas porque en el sistema nervioso actúan neurotransmisores que tienen gran vinculación con el circuito neurológico y que esas sustancias incidían sobre los neurotransmisores, ya sea en su dinámica o inhibiendo las sustancias que tenían como función metabolizarlos. Entonces se empieza a ver que ante ese fenómeno subjetivo tan original, que era el psicológico y el sistema nervioso está en la base de los trastornos a través de una disfunción; por disfunción de los neurotransmisores, que únicamente podían estudiarse y detectarse a través de una reacción bioquímica.

Todo esto vuelve a traer la reconciliación con las escuelas psicológicas porque se le encuentra una vinculación con el sistema nervioso y no se desautoriza, por otra parte, a la Psicología, porque si esos circuitos nerviosos están influyendo en el aspecto subjetivo, esos circuitos están implicados en el consejo terapéutico – o sea en lo que puede aconsejar el terapeuta y hasta en el consejo que puede dar en una charla un amigo o un consejero espiritual -. Esos circuitos nerviosos también están implicados en esas circunstancias, de tal manera que este hallazgo no desautoriza las investigaciones en el campo de la Psicología, sino que por el contrario explica cómo puede actuar e influir un Psicólogo sobre algo tan material como puede ser el movimiento de átomos o de moléculas que actúan a través de un circuito nervioso que también regula el movimiento de otras moléculas y otros átomos.

Llegamos entonces a la conclusión de que el hombre es un ser psico-biológico integrado, en el cual hay una vertiente que es subjetiva, muy singular e innegable, que no puede escamotearse, y una vertiente objetiva y somática. Y que si bien estas dos vertientes integran al hombre, éste está por encima de ellas porque posee las dos vertientes y algo más –yo siempre digo que es como si tratáramos de definir una montaña viendo sus caras. Este y Oeste; la montaña tiene sus dos caras, pero es más que esas dos visiones -. Y en el hombre ocurre lo mismo; pero el misterio que todavía no podemos develar, es cómo en ese movimiento de moléculas y de átomos que supone la actividad del sistema nervioso, surge ese fenómeno inefable que es el fenómeno psicológico, con sus pseudo-percepciones, la apelación del recuerdo como recurso crítico y la aparición de estados emotivos – que son todos elementos que pueblan la

conciencia-. ¿Cómo todo esto surge en el sistema nervioso por medio de un movimiento de moléculas y de átomos? Ese es el misterio. Y siempre digo que es el mismo misterio que podría tener una persona que no conociendo una lamparilla eléctrica se pregunta cómo la corriente eléctrica puede generar luz. Por lo tanto, volviendo a su pregunta inicial, en el estudio del ser humano tiene importancia la neurología no solamente porque hay enfermedades que tienen que ver con la destrucción de las células nerviosas – como pueden ser las demencias – o la falta de células nerviosas – como pueden ser las oligofrenias -, sino que además en el sistema nervioso se produce ese mecanismo sublime y sutil que permite transformar lo que es energía física en energía espiritual. Y la relación de la Psicología y la Medicina también es muy estrecha porque la enfermedad del cuerpo de alguna manera es en realidad una enfermedad del todo, en la que participan todas las estructuras: una directamente lesionada y la otra por inducción.

Hay mucho por descubrir...

**¡Claro! Hay mucho por descubrir y mucho por decir (se sonríe).**

¿Y cómo se establece el límite entre lo que se considera enfermedad psíquica y lo que se considera enfermedad física?

**Bueno, no todas las enfermedades son psicosomáticas. Si un individuo sufre una infección, no tuvo nada que ver lo psíquico. Puede ser sí que un estado psíquico pueda disminuir su inmunidad, pero el microbio atacó a nivel orgánico. Y eso por supuesto a su vez va a repercutir en la psiquis del afectado, porque no hay ninguna afección física que no repercuta en el ámbito psicológico. Y como le decía, un momento particular de la psicología de un individuo puede hacerlo más vulnerable a una infección o a otro mal, pero evidentemente hay una cierta autonomía en ese sentido porque hay enfermedades que son provocadas por agentes que atacan directamente al cuerpo sin intervención de otros elementos. Cuando hay una epidemia, por ejemplo, que azota a todo un país o a una región, evidentemente, no es porque la gente afectada tenga una predisposición psicológica sino por otros factores. Y lo mismo ocurre con ciertas enfermedades psiquiátricas; hay enfermedades que no están relacionadas con las afecciones típicamente orgánicas. Claro que la relación que se establece entre el cuerpo somático y el sistema nervioso está vinculada con las características que antes le expuse. Cuando tenemos un susto simplemente, todos sabemos que traspiramos, palidecemos, enrojecemos, o nos mareamos, es decir que hay, evidentemente, ciertas zonas nerviosas muy definidas – las zonas hipotalámicas – que rigen todo el equilibrio vegetativo de la periferia y sobre esas zonas actúan todas las situaciones afectivas, dolorosas, penosas, alegres, alterando el equilibrio del organismo. Pero una vez que esa periferia está alterada sufre a su vez las agresiones que ya no son psíquicas sino que son somáticas. Por ejemplo, es el caso definido de una “colitis ulcerosa” que puede iniciarse en una disfunción intestinal por un trastorno afectivo, pero luego, en esas úlceras se incorporan microbios de la flora intestinal y la colitis ulcerosa adquiere una autonomía en su evolución.**

¿Podemos referirnos ahora a lo que han sido los hallazgos más importantes para el desarrollo de la Psiquiatría?

**El hallazgo más importante fue el de los psicofármacos. Los hallazgos más relevantes son de este siglo. Comenzaron con la aplicación de las "terapéuticas convulsivantes". Primero la insulina, después la "convulsión terapéutica" con cardiazol y con electroshock, que revolucionaron realmente los cuadros clínicos porque produjeron una mejoría real y a veces curaron; incluso la intervención de psicocirugía – la "leucotomía" – que se empezó a practicar en la década del 30 también modificó muchos comportamientos patológicos. Y desde la década del 30 hasta el presente se desarrolló toda la farmacología a un ritmo vertiginoso y se fue realizando precisamente en base a esos hallazgos a los que yo me refería de los "mediadores". Empíricamente se observó que algunos medicamentos producían efectos y se pudieron correlacionar con su acción sobre mediadores del sistema nervioso. Y todo ello ha sido determinante y ha cambiado el panorama de la Psiquiatría. Porque si el enfermo psiquiátrico no se cura, por lo menos consigue socializarse – a veces se cura -. En este sentido este siglo ha sido absolutamente decisivo. ¡Usted no se imagina lo que era el aspecto del hospital Vilardebó en el año 40 y antes! ¡No se contaba con recursos de ningún tipo! ¡Los chalecos de fuerza, las trementinas que inmovilizaban a los enfermos produciéndoles supuraciones, la imposibilidad de calmar a los agitados y los enfermos deprimidos que se morían por enfermedades intercurrentes, por desnutrición o por suicidio! Cuando aparecen las primeras terapias biológicas con la insulina y la convulsoterapia hay un cambio radical porque se abrevia la agitación del enfermo, se disminuye de ocho meses a un mes la evolución de la depresión o de la manía y se asiste a un cambio verdaderamente sustancial.**

El uso del electroshock, que en general es un recurso al que el hombre común teme mucho, ¿es realmente efectivo?

**Sí, sí. Y sigue siendo eficaz. El electroshock en un primer momento tuvo una aplicación muy generalizada porque era de las pocas herramientas con que se contaba. Y era un recurso menos agresivo que la convulsoterapia química...**

¿En qué consistía la convulsoterapia química?

**En dar una inyección de cardiazol, que era una sustancia que se diluía al 10%, y se daban 10 cm<sup>3</sup>. Intravenosos. Ello producía una convulsión, pero el enfermo tenía un período previo de algunos segundos en que sufría una sensación de ansiedad enorme antes de que le sobreviniera la convulsión. El electroshock en cambio suprimía esa etapa de ansiedad; claro que igual el enfermo que veía que le ponían cables en la cabeza también se ponía algo ansioso, pero no era de la misma intensidad que sufría con el cardiazol. Más adelante, cuando se comenzó a aplicar con anestesia y además con relajantes musculares para evitar fracturas y desgarros, entonces se llegó a una terapia**

**casi sin riesgos ni sufrimientos. Y fue una terapia que inicialmente se utilizó generosamente porque no existía otra. Después sobrevino la era de los medicamentos antipsicóticos y antidepresivos y entonces disminuyó mucho la aplicación del electroshock. Pero siguió igualmente teniendo sus indicaciones para los casos de depresión en los que es más eficaz que los medicamentos farmacológicos.**

¿Qué es lo que produce el electroshock?

**Es una tempestad eléctrica en el cerebro de tal magnitud que produce cambios tan profundos que no se puede atribuir a ninguno en particular su efecto eficaz. Lo que se sabe es que evidentemente hay cambios abismales en toda la dosificación de "mediadores", de enzimas – hay cambios fundamentales – pero a cuál de ellos se le puede atribuir la mejoría es algo que todavía se discute y hay muy diversas teorías respaldadas en experiencias muy disímiles. Lo cierto es que produce un cambio en esos elementos que son la base del equilibrio neurológico, que son los mediadores y las enzimas reguladoras. Y todavía sigue siendo un método eficaz.**

El cambio que produce es positivo siempre...

**Sí, sí, es un cambio positivo, aunque transitoriamente el enfermo olvida algunos hechos o puede confundirse incluso con un efecto secundario no deseable, pero son todos efectos reversibles, y queda lo positivo. Además, abrevia el tiempo de evolución de la enfermedad – en la depresión esto es clásico -. No tiene esos riesgos que se le quieren atribuir, si bien cualquier acto médico puede tener un riesgo, no se trata en este caso de un alto riesgo. Durante mucho tiempo se dijo que se utilizaba discriminatoriamente, mayormente en los pacientes con pocos recursos pero eso no es así; en EE. UU. se hizo una investigación y el relevamiento dio que el electroshock se aplicaba más en los establecimientos privados que en los hospitales. Claro que muchas veces el enfermo tiene urgencia por reintegrarse al mercado de trabajo, porque no se puede dar el lujo de estar internado cuatro meses, entonces, lógicamente, en ese sentido sería discriminatorio, pero entonces yo diría que sería una discriminación generosa.**

¿Cuáles son los casos más habituales que usted ha tenido que tratar?

**¿Los casos más habituales? ¡Las neurosis! (se ríe). Todos somos un poco neuróticos. Además en un momento con características socio culturales como el que vivimos, de sociedad de consumo, donde se promociona el consumo y se hace sentir infelices a todos los que no pueden consumir bastante, mediando una moral en la que el privilegio lo marca el dinero y el prestigio lo da la capacidad adquisitiva, en una sociedad así estructurada imagínese que la problemática es para todo el mundo, ipor más equilibrado que se sea! (se sonríe). Entonces la neurosis es lo más frecuente.**

¿Qué es la neurosis en términos más o menos generales?

**(Se ríe) ¡Me quiere obligar a ser sencillo en algo que es complejísimo! (más risas). La neurosis es un trastorno psicopatológico; menos grave que la psicosis porque el neurótico no pierde una vinculación coherente con su medio, pero su relación con el medio va a estar un poco distorsionada por su modo de percibirse a sí mismo y a los problemas. Entonces va a tener un conflicto con su medio pero sin perder referencias. El psicótico sí las pierde...**

**Sí, el psicótico se aliena y pierde su libertad de actuar.**

¿Y cuándo corresponde que un paciente psicoanalítico sea tratado también por un psiquiatra?

**Bueno, hay un problema ya inicial porque si el enfermo se está tratando psicoterápicamente es porque se eligió ese tratamiento y se prescindió de lo que podían ser recursos farmacológicos. O se sumó lo farmacológico al tratamiento psicoterápico. Otra situación puede ser que el enfermo, como planteó usted, se inició en un tratamiento psicoanalítico y entonces corresponde al Psicoterapeuta decidir cuándo es necesario derivarlo a un Psiquiatra. Es el Psicoanalista quien en determinado momento advierte que no puede curar a ese paciente con su metodología y entonces lo deriva al Psiquiatra para que lo ayude farmacológicamente para compensar su estado. Otras veces ocurre a la inversa, y es el médico Psiquiatra que luego de tratar a un enfermo con la metodología farmacológica, en un momento determinado entiende que a ese paciente le conviene hacer un tratamiento psicoterapéutico y entonces lo deriva. Es decir que son técnicas que pueden ser complementarias y más aún, creo que deberían ser complementarias siempre.**

¿Qué piensa usted con respecto a la parapsicología?

**(Silencio). Yo no puedo hablar de esto porque no lo conozco. No puedo hablar de algo que desconozco. En este momento no hay ningún estudio científico que demuestre la veracidad de los llamados fenómenos parapsicológicos. Por eso creo que no podemos decir que sea hoy una ciencia. Y esto es lo que a mí racionalmente me lleva a no definirme al respecto. Quizás pudiera hacerse una investigación de índole estadística, por medio de una serie de pruebas con un grupo de parapsicólogos y un grupo testigo, lo cual podría dar lugar a datos que resultaran significativos. Pero esto no se ha hecho. De manera que yo no puedo afirmar nada acerca de la parapsicología; ni que creo ni que dejo de creer. Hay un libro que se llama "La incógnita del hombre", que fue escrito por [Alexis] Carrel, un médico que tenía una actitud mística muy evidente y que creía en los fenómenos parapsicológicos, y es muy interesante porque él allí decía, por ejemplo, que mientras no se había inventado el aparato receptor de radio, las ondas esféricas no se podían conocer; cuando se inventó un aparato que las pudo captar se supo que había ondas esféricas y fueron las que se utilizaron en las transmisiones. Entonces, del mismo modo, el hombre podía tener receptores desconocidos que fueran capaces de captar transmisiones que eran ignoradas mientras no hubiera un aparato para captarlas, y así**

**como tenemos un órgano capaz de captar el calor y sabemos hasta qué distancia una persona irradia calor, y con mayor exactitud por medio de un aparato, si hubiera también un aparato capaz de captar el impulso afectivo, emocional, amoroso, veríamos que hay personas que irradian muy poco y otras que irradian mucho. Esa era una de las cosas curiosas que planteaba este médico en su libro.**

El otro aspecto a interrogarse es hasta dónde el ser humano utiliza todas las potencialidades que alberga el cerebro.

**Sí, eso también se desarrollaba en este libro, y allí el autor planteaba que el hombre a fuerza a ser racional había perdido su capacidad intuitiva. Y decía que el hombre era capaz de sentir algo que iba a ocurrir pero como había desarrollado en demasía la racionalidad, ello eclipsaba el desarrollo de la intuición y del conocimiento directo de las cosas. Es muy interesante...**

Volvamos a su actividad y hagamos una reseña de sus múltiples trabajos. Es coautor de textos de Medicina, Medicina Legal y Psiquiatría; es redactor en revistas de Psiquiatría extranjeras, es relator oficial en numerosas conferencias y congresos nacionales e internacionales, miembro de honor y corresponsal de sociedades científicas, miembro de la Academia Nacional de Medicina...

**Sí, y desde el año 83, Profesor Emérito de la Facultad de Medicina.**

No hemos hablado todavía de su actividad docente.

**Bueno, están los planes de estudio académico, pero aparte de ellos la enseñanza individual marca diferentes estilos propios y cada cual lo hace de acuerdo a su orientación – hay quienes ponen más énfasis en la parte psicológica y quienes lo ponen más en la parte biológica -; y tengo una larga actuación docente y trato de actualizar permanentemente mis conocimientos, pero mi mayor afán está en poder orientar hacia una metodología del análisis del cuadro clínico, porque es esto lo que permite ir paso a paso en un diagnóstico que a veces puede completarse y otras veces no.**

**Por eso creo que lo fundamental es saber disciplinarse y establecer una organización esquemática de los síntomas para ir de lo más evidente a lo más oculto. Y la gran impronta que dejó en mí el profesor García Otero en este sentido es lo que yo trato de hacer con mis alumnos. Esa disciplina metodológica es la única forma de llegar a estar seguro de algo, aunque no sea todo, y permitir que por lo menos a lo que se llegue, aunque sea poco, sea seguro. Tengo una gran vocación docente – soy hijo de maestra – y vi a mi madre que era una docente verdaderamente vocacional y después el ejercicio me la enfervorizó! (risas), me lo retroalimentó; a tal punto que sigo dando clases todos los jueves en el hospital Musto en la cátedra de Psiquiatría, por supuesto que en forma honoraria.**

Y sigue trabajando...

**Y sigo trabajando, sí. Es que si no trabajo me pongo neurótico (risas estruendosas). Así que estoy haciendo mi profilaxis de la neurosis! (más risas).**

¿Podemos referirnos ahora a su actuación gremial?

**Comencé mi actividad gremial enseguida que ingresé a la Facultad. La AEM tenía un local en 18 de Julio y Yaguarón, donde nos reuníamos y tratábamos problemas universitarios y otros referentes a la situación política del país. En el año 33, con el golpe de Terra, los estudiantes participamos y manifestamos – venían los coraceros a caballo y una vez me pude refugiar entre dos tranvías porque allí no podían entrar los caballos! (risas). Otras veces nos encerrábamos en un zaguán y cerrábamos la puerta con pasadores, con toda la indignación del dueño de casa (más risas). Recuerdo que en esa época llegó la revista argentina "Maipo" con Libertad Lamarque como vedette y fuimos todos al "Paraíso" y cuando apareció Lamarque gritamos "¡Viva la libertad!" Una cosa pueril, infantil casi, pero al menos podíamos gritar sin que nos hicieran nada! (risas). Y en la AEM asistí a muchas asambleas que dejaron una fuerte impronta, fundamentalmente a través de las intervenciones de algunos estudiantes gremialistas – que luego fueron médicos – de gran vehemencia. Aquellas asambleas yo le diría que eran ejemplares, porque le digo que he visto reuniones de las cámaras que me han dejado asco. Y en aquellas asambleas teníamos la palabra ardiente de un Ricardo Yannicelli – apasionado, vibrante – y la palabra de un Fosalba – ya con vuelos líricos -. Recuerdo que en una asamblea Fosalba se apasionó y terminó diciendo "que un día podamos decir qué hermosa juventud hemos tenido!" - palabras textuales – (risas). Y entre los dos polos de apasionamiento, la actuación modesta, humilde, serena, ecuánime, apacible de José Pedro Cardoso, todo sensatez, poniendo las cosas en su verdadero lugar... fueron todas figuras y recuerdos imborrables. Y allí me inicié en la directiva de la AEM, donde estuve en varios períodos. Luego fui delegado de la AEM en la FEUU y aún siendo estudiante me hice socio del SMU. Después, ya en el SMU, fui miembro de la Comisión Directiva y estuve también en la Junta del CASMU. En el año 70 me separé del CASMU por límite de edad y me hicieron socio honorario. Cuando recién egresé de la Facultad me habían propuesto para ser delegado estudiantil en el Consejo de la Facultad – porque en aquel momento los delegados estudiantiles tenían que ser médicos -, y no quise aceptar porque consideré que iba a ser más eficaz como delegado el Dr. Ángel Panizza Blanco. Y ahora que recuerdo este hecho, quisiera detenerme para revalorar un hecho que la gente casi no conoce. El Dr. Panizza blanco se dedicó a las enfermedades infecto-contagiosas y fue el que redimió al país de la difteria, fue quien impulsó la vacunación obligatoria contra la difteria, y creo que algún día la Sociedad de la Historia de la Medicina, debería reivindicar y revalorizar su actuación y su conducta. Fue él quien, contra viento y marea – contra los difterólogos de la época que lo llamaron "vendepatria" porque se había apoyado en un instituto norteamericano que tenía una agencia aquí -, moviendo amistades políticas consiguió que se hiciera la vacunación obligatoria y anduvo con sus camiones y sus ómnibus recorriendo el territorio nacional y vacunando; gracias a él se erradicó la difteria en el país. Yo vi, siendo Practicante del hospital Pedro Visca, numerosos casos de difteria, unos leves y**

**otros graves – hasta mortales -. Era una enfermedad importante y quien la erradicó fue el Dr. Ángel Panizza blanco. Con él fuimos amigos entrañables y recuerdo que yo no quise aceptar aquella promoción para ser delegado porque sabía que Panizza Blanco podía ser mejor que yo, entonces no quise ser candidato y entró Panizza Blanco como delegado.**

El SMU le confirió la distinción sindical al Mérito Profesional y Docente.

**Sí, creo que fue en el año 1991.**

Como docente de tan vasta trayectoria, ¿qué consejo le daría a un aspirante a su especialidad?

**En primer lugar que si se siente vocacionalmente inclinado, que la siga; que se informe lo más que pueda a través de material bibliográfico y de personas vinculadas que pueda haber en su entorno, y que no abandone nunca la búsqueda por mejorar el contacto con el paciente una vez que sea profesional. Yo recuerdo siempre un a frase que nos dijo el Dr. Armand Ugón en oportunidad en que le pedíamos que nos diera una última clase – porque se iba a retirar - ; él nos dijo: “Muchachos, la medicina se aprende con un enfermo y un libro! En el libro leyendo la enfermedad y en el enfermo estudiando los síntomas y la evolución”.**

Quería hacerle dos preguntas un poco especiales para terminar. ¿Qué explicación le ha dado usted en lo personal a la vida como fenómeno?

**Yo fui formado religiosamente desde niño... No sé si tengo alguna religiosidad ahora. Pero sobre el problema de la vida no pienso. Es así. No pienso. No entro en especulaciones metafísicas. Pienso que es un fenómeno que está más allá de la capacidad de la inteligencia humana. La inteligencia tiene un límite; es capaz de estudiar los fenómenos físicos, reproducirlos, escribirlos y analizarlos. Pero hay un límite. Cuando uno se plantea la problemática metafísica en toda su magnitud, se da cuenta de que racionalmente – yo soy un racionalista en ese sentido – no se puede resolver. Entonces prefiero dejarlo en las tinieblas en que está. Es algo que hoy día no lo podemos develar ni resolver. Hay algo que no podemos alcanzar. Y esa puede ser mi fe religiosa – a eso que no alcanzo puedo llamarle Dios -; entonces prefiero no pensar! (risas estruendosas). Fíjese que todavía los astrónomos no saben ni tienen una teoría clara de qué es el universo. Y la concepción del espacio...! Yo no puedo concebir el espacio sin límites! ¡No puedo! Entonces más vale no pensar (más risas).**

¿Ha evolucionado la psiquis del hombre?

**(Silencio. Asoma una sonrisa cómplice)... Yo no conocí al hombre primitivo! (risas). Seguramente ha evolucionado desde el hombre de Neandertal al hombre actual... en el sentido cognoscitivo, en el sentido de la aplicación de la razón. Pero las funciones básicas de conocer, de amar, de actuar, son las mismas.**

¿Y desde un punto de vista moral?

**Yo diría que desde ese punto de vista ha habido una involución del hombre. Pero no me quiero meter en ese tema (risas). Yo diría que el hombre en ese sentido ha cambiado y que cada época cultural contiene valores éticos diferentes. Pero es algo muy personal el valorar como mejores o peores los conceptos morales del siglo pasado y los de este siglo. Yo pienso que hoy día estamos en un momento de transición, de cambio y de crisis moral. Porque se están imponiendo valores que son en exceso materiales, como el prestigio del dinero y de la capacidad adquisitiva y se anteponen a principios que tienen que ver con lo que es el bien colectivo y el bien social. Al hombre de hoy le importa mucho menos defraudar, robar, estafar porque con ese dinero que obtiene por caminos corruptos accede a un prestigio que la cultura consumista del momento plantea como últimas metas de la vida. Pero por otro lado es rescatable el valor que se le está dando a los derechos humanos – es un valor que se está jerarquizando y que no existía en esos términos en el siglo pasado cuando había mucha más opresión y mucha más arbitrariedad -. Es decir que vivimos un cambio de valores, lo cual no significa una pérdida ética. Estamos perdiendo algunos valores que fueron del pasado, y que quizás es lamentable perderlos, pero estamos también ganando otros nuevos que le darán el perfil a una ética quizás más sólida en el futuro inmediato.**

**Montevideo, 8 de julio de 1994**

**La *Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*, de la que fue Director y Redactor durante muchos años Daniel Murguía, le tributó un merecido homenaje, realizando su VIII Ateneo el 20 de octubre de 2003, luego de su fallecimiento.<sup>3</sup> En ese Ateneo se vertieron diversas miradas sobre la vida y la obra de Murguía, que enriquece el conocimiento que nos permite la entrevista anteriormente transcrita. He aquí su desarrollo:**

## **I**

**Dra. Yubarandt Bespali:** Es un honor para la Revista de Psiquiatría del Uruguay hacer este Ateneo en homenaje a Daniel Murguía. Yo me voy a referir muy brevemente a sus primeros trabajos. Algunos de los colegas que hoy tengo cerca tendrán memoria directa de esa época, pero creo que es bueno para los más jóvenes ubicarnos en cuáles son los eventos en la psiquiatría cuando Murguía publica sus primeros trabajos: en 1953, "La teoría de Pavlov y sus relaciones con la psiquiatría"; en 1956, "Dinamismos inconscientes en el comportamiento humano", "El psicoanálisis:

---

<sup>3</sup> Ateneo homenaje al Profesor emérito Académico Dr. Daniel Murguía. 20 de octubre de 2003. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*: Volumen 67, No. 2, Diciembre 2003; pp.: 193-206.

Freud y sus continuadores”, “Métodos psicológicos de exploración de la personalidad”; y luego, ya más hacia un área biológica, “Psiquismo y diabetes mellitus” y “Teoría del stress”. Todas estas corrientes de pensamiento aparecen en la década del 50 en un momento de gran evolución de la psiquiatría, en lo que tiene que ver no sólo con la terapéutica sino también en la organización de la psiquiatría: es cuando se funda en La Sorbona la Asociación Mundial de Psiquiatría. Por supuesto que aparecen los neurolépticos, pero también en nuestro país se da una corriente de pensamiento en la cual los psiquiatras trabajaban en teoría psiquiátrica en todos los ámbitos. Es muy curioso que algunos trabajos sobre psicoanálisis hayan sido escritos por Daniel Murguía y José María Reyes Terra, que nunca fueron psicoanalistas, ya que por esa misma época se fundaba la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, la APU, con psicoanalistas de la Internacional de Psicoanálisis.

Murguía formaba parte de toda esa corriente, de un movimiento muy efervescente, en que el pensamiento y la teoría psiquiátricos tenían impulsos y cambios.

También participó en otras actividades en esta década de los 50: un trabajo sobre “Historia de la Facultad” informa que Daniel Murguía integra esa comisión con la cual se formó luego la Escuela de Graduados.

En la última época de sus colaboraciones en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, publica trabajos importantes desde el punto de vista teórico en su corriente fenomenológica, y habla sobre la evaluación del estado peligroso, la depresión y las conductas alimentarias; es decir, que Murguía colaboraba con trabajos teóricos desde el comienzo de la década de los 50 hasta los 80. En toda la década de los 90 su aporte fue importante en las comisiones del Consejo Editor. Recordamos su ayuda publicando reseñas bibliográficas de libros nacionales y libros latinoamericanos, fundamentalmente, de la corriente psiquiátrica peruana (que es muy importante en el pensamiento psiquiátrico) de la cual era un conocedor y además tenía en esa escuela muchos amigos.

De este modo, Daniel Murguía, hasta el último momento participó de la Revista de Psiquiatría del Uruguay, que se siente muy honrada de poder hacer este Ateneo en su homenaje.

La coordinación del mismo estará a cargo del Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego.

## II

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** El programa del Ateneo se desarrolla dando lugar a la consideración del estimado y admirado Profesor, en diversos aspectos de sus manifestaciones personales, tan propias, incluyendo semblanzas, intervenciones profesionales y aportes académicos. Agradezco evocarlo como él hubiera querido, con la mayor alegría y vitalidad posibles, para convertir este acto en una celebración. La Asociación de Psiquiatras del Interior (API) ha enviado un telegrama desde Tacuarembó, en el que manifiestan que nos “acompañan en el homenaje a nuestro querido maestro”. Muchas gracias.

A continuación el Prof. Héctor Puppo se refiere a la contribución del Prof. Daniel Murguía en la Cátedra de Medicina Legal.

**Prof. Dr. Héctor Puppo:** Evidentemente todos ustedes reconocen que las circunstancias de la vida hicieron que haya vivido los últimos 40 años muy cerca de Daniel Murguía. Siempre como su alumno y su colaborador. Continuando con lo que decía la Dra. Bepali, teníamos una doble condición de relación: por un lado, una relación particular, personal ya que fui su alumno durante muchos años y, por otro, por el vínculo laboral, ya sea en el aspecto docente tanto en el área de la Psiquiatría como de la Medicina Legal. Junto con él y con el Dr. Soiza Larrosa, aquí presente, hemos estado durante varios años en el departamento de Medicina Legal, siendo el Prof. Murguía uno de los cultores de la Medicina Legal en el país, aunque su actividad no se pueda acotar a esta área específica.

También quiero recordar la pasión de Murguía por la Revista de Psiquiatría del Uruguay y referirme a un campo más amplio; y tengo la obligación de decirlo acá, en mi calidad de miembro de la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, que este año cumple 25 años y de la cual el Prof. Murguía fue fundador y socio honorario en la última etapa de su vida.

Entonces no me puedo limitar a la Medicina Legal porque uno tiene, también, una formación psiquiátrica. El Prof. Murguía actuó en la Psiquiatría Nacional, y lo hemos hecho juntos durante más de 20 años, formando parte de comisiones directivas y colaborando con él. Recordamos aquí al Sr. D'Antuoni, con quien se mantuvo la Revista de Psiquiatría del Uruguay en momentos sumamente difíciles para la Sociedad de Psiquiatría, donde era una tarea importantísima conseguir los trabajos para publicar, así como obtener la financiación necesaria. En aquel momento era muy modesta comparada con la excelente edición que dirige el Dr. Dajas hoy día. Murguía realizaba un trabajo trascendente, no solo en la parte científica, sino también en aspectos prácticos, porque había que ir a los laboratorios a solicitar poco menos que una limosna para que la Revista se pudiera mantener con los trabajos que los colegas nos entregaban. Revista de Psiquiatría decana de las publicaciones psiquiátricas latinoamericanas, y que no ha tenido interrupciones desde su fundación al momento actual. Murguía trabajaba desde su casa, no solo corrigiendo desde el punto de vista científico o académico, sino también las pruebas de imprenta, tratando de que la publicación saliera lo mejor posible.

El Prof. Murguía llega a la Medicina Legal desde una formación médica en la Clínica del Prof. Juan Carlos Plá, y luego pasa a la psiquiatría. Tuvo en la Medicina Legal una tarea muy importante. Como hecho extraño de la organización de nuestra vida universitaria, la Cátedra de Medicina Legal es mucho más antigua que la de Psiquiatría. La Cátedra de Medicina Legal nace hace 126 años, con el Prof. Regules.

Recién en 1908, a la vuelta de su viaje a Europa, el primer profesor de psiquiatría uruguayo, el Dr. Bernardo Etchepare, ya que fue a Francia buscando una orientación académica para ejercer en el Uruguay la cirugía, crea la Cátedra de Psiquiatría. Posteriormente, aparece Daniel Murguía con su formación médica y en medicina legal. Creo que es alrededor de 1930 que Murguía comienza su formación en medicina legal, que continúa hasta el año 85-86, actuando primero en cargos de asistente y luego de profesor adjunto, que desempeña durante 16 años. Por concurso de oposición logra tres períodos consecutivos en la Cátedra de Medicina Legal. No cumple con el cuarto período por decisión propia, ya que pensaba que había llegado el momento en que, si bien tenía que seguir

colaborando con la medicina legal, debía apartarse para dedicarse más a la psiquiatría, sin dejar nunca la parte docente en medicina legal.

Lo que quiero destacar como anécdota, es el porqué de su renuncia. Es interesante, y seguramente el Prof. Soiza la recuerda porque nos reuníamos con él y con el profesor y amigo, el Dr. Julio Arzuaga. Murguía siente la necesidad de dejar a los jóvenes, a los que se habían iniciado con él. El Prof. Arzuaga era su alumno y prácticamente éramos los únicos que teníamos actividad rentada en la Facultad, ya que los demás eran colaboradores. Al poco tiempo, ingresa a la Cátedra el Prof. Augusto Soiza. Murguía podría haber sido Profesor. Los alumnos y amigos lo empujábamos a eso y él se negaba por dos razones: "tengo que dejar a los que se formaron con uno que lleguen a los cargos superiores" – decía -, y la otra razón era una autocrítica que se hacía siempre: no podía ser profesor de medicina legal porque no era médico forense, y además el Profesor Titular muchas veces tiene que actuar como Tribunal de Alzada. Nunca aspiró a la Cátedra y cuando no hubo sucesores en el escalafón docente se llamó a concurso de oposición, ingresando como Grado IV el Prof. Arzuaga, quien luego fue Profesor Titular.

Posteriormente, se da participación a la medicina legal en la preparación de los planes, incluyéndose entonces la psiquiatría en sus aspectos forenses dentro de la formación.

En su momento, cuando la Cátedra inicia, por estímulo del Prof. Arzuaga, la especialización en Medicina Legal, el Prof. Murguía fue uno de los gestores del plan y organizó los cursos de enseñanza regular.

Ciertamente, no es una innovación propia, pues en la formación francesa la Medicina Legal estaba muy vinculada a la Clínica Psiquiátrica, tanto que muchas sociedades científicas son sociedades de psiquiatría y medicina legal, y la Cátedra también. Durante un tiempo muchas personas que llegaban a cargos superiores en la Clínica Psiquiátrica se habían formado en la medicina legal.

Con el Prof. Arzuaga, Murguía realiza los primeros programas de medicina legal, donde figura y se destaca la psiquiatría forense. Se daban clases con enfermos del propio Hospital Vilardebó y también en la Cátedra de Medicina Legal.

La psiquiatría forense era casi un tercio del programa de medicina legal, y es importante destacar que en las evaluaciones siempre había una prueba psiquiátrica y en los exámenes que se rendían en esa época, con las mesas integradas por el Prof. Rodolfo Agorio y el Prof. Daniel Murguía, una pregunta era siempre de psiquiatría forense.

Cuando leí los trabajos de Murguía constaté que un número elevado de los mismos eran escritos sobre medicina legal y psiquiatría forense, y publicados todos en su Revista de Psiquiatría del Uruguay. Algunos de ellos los hemos hecho en forma conjunta.

Los artículos publicados hace 20 años por el Prof. Murguía tienen vigencia. Los trabajos sobre emoción violenta, emoción anormal, embriaguez patológica, imputabilidad, comentarios sobre el Código del año 1889 y el del año 1936, la Ley de Psicópatas, todos ellos, tienen vigencia y son de uso frecuente en medicina legal y de fundamental referencia para los psiquiatras en estos casos. No

hay informe de peligrosidad, imputabilidad o incapacidad sin que tenga que mediar la actuación de un psiquiatra que abone la posición que el juez debe tomar en los aspectos jurídicos.

Todos estos aspectos que Murguía expuso hace unos cuantos años, y que alguno fuera tomado por la Suprema Corte de Justicia como jurisprudencia, tienen todavía vigencia, desde la concepción fenomenológica que él tenía, pero con una visión más amplia que incluía otras disciplinas donde se manifestaba su vasta erudición.

Murguía inició la actuación internacional de la Cátedra de Medicina Legal, ya que en el año 1964 concurrió, en representación de esta y de la Facultad de Medicina, al Congreso de Rosario. Este fue el primer congreso internacional, y expuso sobre Epilepsia y delincuencia juvenil. Posteriormente, tiene múltiples actuaciones en el extranjero, tanto en la psiquiatría como en medicina legal.

El aspecto médico legal de Murguía puede no ser suficientemente conocido por los jóvenes, pero es importante por los aportes que realizó en esta área de la medicina legal en nuestro país, sin haber sido nunca Profesor ni Profesor Agregado. Creo que fue uno de los cultores y testigos, junto a Arzuaga, de toda la evolución de la medicina legal y de lograr que la misma haya llegado al nivel que tiene actualmente con el Prof. Guido Berro.

### III

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** Quizás el Prof. Augusto Soiza quiera destacar algún aspecto adicional de la trayectoria del Prof. Daniel Murguía en el área de la medicina legal.

**Prof. Dr. Augusto Soiza Larrosa:** Comparto plenamente lo expresado por el Prof. Puppo con respecto a la labor de don Daniel, como solíamos referirnos al Prof. Daniel Murguía en el ámbito de la Cátedra de Medicina Legal, y la vigencia de los conceptos que plasmó en la Revista de Psiquiatría y en otras publicaciones sobre los aspectos de psicopatología y psiquiatría forenses. El Profesor tuvo una permanente vinculación con la medicina legal; no solo en clases y ateneos de la Cátedra de Medicina Legal y de la Clínica Psiquiátrica, sino como promotor y editor de obras relativas a la especialidad. Destacamos, por orden cronológico, su participación en el primer texto, "Medicina Legal" del Prof. Puppo Touriz y colaboradores (1979); "Psiquiatría forense", de la que fue co-editor (1985), y "Medicina Legal Latinoamericana" (1989), obra que reunió la colaboración de diecinueve especialistas y en la que el Prof. Murguía establece en el prefacio su compromiso con el quehacer americano: "Nuestra América Latina, joven aún, emerge de su pasado histórico con la necesidad imperiosa e ineludible de una identidad que le otorgue personería en el concierto de los Continentes del Mundo... Esa identidad a que aspira Latinoamérica, en pleno proceso de logro y maduración, ha quedado ya signada en el campo artístico, sobre todo en el plástico y particularmente en el literario y musical con firmes, plenas y definidas realizaciones... Este volumen de «Medicina Legal Latinoamericana» se inscribe en esa corriente de incesantes esfuerzos para el logro de esa exigencia de individualización para nuestro subcontinente latinoamericano, lleva impresa la huella del impacto transcultural y responde a ese impulso que nace de lo que denominaríamos el «inconsciente colectivo» latinoamericanista que busca su definición y singularización".

Deseo destacar un aspecto de la personalidad de don Daniel, la de historiador de la Psiquiatría uruguaya. Cuando el torbellino de la actividad asistencial nos permite hacer un recuento de lo que hemos vivido, surgen los recuerdos; algunos memoriosos dejan un testimonio escrito de esas vivencias. Tal fue lo que pasó con el Prof. Murguía en 1980 cuando se celebró el centenario de la inauguración de este Hospital, llamado en su origen Manicomio Nacional, magnífico y extraordinario hospital de época. Tal lo que informan las crónicas y fotos de la inauguración, y el esplendor de los primeros años del siglo XX; era realmente hermoso su diseño arquitectónico neoclásico y excepcional su alhajamiento. Para el Centenario se organizó una serie de conferencias a cargo de don Daniel, el Prof. Puppo Touriz, el Dr. Martínez Pesquera y quien les habla. Él leyó en la capilla del hospital una conferencia que recomiendo leer a los jóvenes psiquiatras y a los médicos en general, publicada en la Revista de Psiquiatría del Uruguay, en dos números que recogen la historia del Manicomio Nacional (Rev. Psiquiatría Uruguay 1980, Nº 267 y 268). Fue un relato lleno de emotividad, titulado "Evocación de los que pasaron", revelador de la sensibilidad que tenía como hombre y como médico. Recogió allí la impresión que habían dejado en él todos aquellos que había conocido en su extensa vida profesional y que formaban el mundillo del Vilardebó y de la Clínica Psiquiátrica; y no solamente los que habían sido docentes sino todos aquellos médicos de sala, internistas y psiquiatras. Con posterioridad a ese excelente trabajo, que recomiendo fervorosamente porque es de gran enseñanza sobre el quehacer psiquiátrico de la época, don Daniel colaboró en la obra colectiva dirigida por Javier Mariátegui: "La Psiquiatría en América Latina", obra excepcional por recoger colaboraciones históricas de diversos ámbitos psiquiátricos del subcontinente. El Prof. Murguía escribió sobre la psiquiatría en el Uruguay, y con mucha generosidad me invitó a participar de ese capítulo. El relato transcurre desde la época colonial hasta la fundación del Manicomio Nacional y, desde allí hasta el presente (Daniel L Murguía y Augusto Soiza Larrosa, 1989, "Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay". En: Javier Mariátegui (editor), "La Psiquiatría en América Latina", Buenos Aires, Losada, págs. 183-195. También fue publicado en: Rev. Psiquiatría Uruguay, 1987, año LII, págs. 169-179, trabajo que fue diseñado para el "Simposio sobre Historia de la Psiquiatría y de las Ciencias Sociales en América Latina", XV Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Buenos Aires, noviembre 1987, al cual concurrió el Prof. Daniel Murguía).

En fin, adhiriéndome al justo homenaje en su memoria, quería rescatar estos antecedentes del Prof. Murguía como historiador para que sean recordados.

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** Estimo que el Prof. Fernando Mañé Garzón pueda contribuir al recuerdo de su compañero académico.

**Prof. Dr. Fernando Mañé Garzón:** Agradezco haberme dado la palabra y adhiero totalmente a lo expresado por el Prof. Héctor Puppo y el Prof. Augusto Soiza.

Recuerdo una exposición de Daniel Murguía en el homenaje a Henry Ey, en donde desarrolla la personalidad del Prof. Antonio Sicco, uno de sus maestros; la efectuó con total solvencia y de memoria, cuando ya no podía escribir y leía con dificultad. Fue uno de sus continuadores y, al mismo tiempo, representante de la orientación médica en la psiquiatría; en él siempre estuvo presente la formación de internista. Sus primeros trabajos fueron de medicina interna y, posteriormente, de co-morbilidad de trastornos mentales en la epilepsia y las secuelas de meningitis, en la Clínica del Prof. Juan Carlos Plá, en calidad de Jefe de Clínica y Jefe de Sala. La exigencia de buscar una causal médica en la enfermedad psiquiátrica fue persistente en él, y así fue pasando gradual y sucesivamente de la medicina a la neurología, la neuropsiquiatría y finalmente, la psiquiatría. Esa tendencia también se refleja en el retomar el tema de los trastornos psiquiátricos en el hipertiroidismo, desarrollado y publicado en Francia por el Prof. Antonio Sicco en un magnífico libro.

Adhiero a este homenaje a Daniel Murguía, destacándolo como una figura importante, y sobre todo representante de valores que creemos deben cada vez preservarse más, el de ser ante todo médicos generales, y tener, a pesar de las dificultades inherentes, la pluralidad de todas las vertientes en el ejercicio de la especialidad.

## IV

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** Don Daniel concedía importancia relevante a su participación en las actividades de la Academia Nacional de Medicina, y se honraba de pertenecer a esa Institución, en donde tenía muchos amigos. Agradezco al Prof. Roberto De Bellis, presidente en ejercicio de la Academia, alguna reseña acerca del Profesor.

**Prof. Dr. Roberto De Bellis:** Muchas gracias por ofrecerme la palabra. Puedo referir que siempre sorprendió en la Academia Nacional de Medicina la capacidad, lucidez y precisión que tenía para enfrentar los problemas institucionales y plantear soluciones de forma estupenda. Su actuación tuvo gran repercusión ética, y es de proyección perdurable sobre toda la Academia. Realmente lo extrañamos mucho desde que se alejó por motivos de enfermedad. Lo vimos en los últimos tiempos ir con valentía, ya que se desplazaba con mucha dificultad; su cerebro mantenía el brillo, y cada vez que hacía uso de la palabra dejaba una enseñanza. Al releer las páginas de los Anales de la Academia de Medicina, se identifica que por sus logros el Profesor Murguía sigue siendo digno de encomio. Y como señalaron los profesores que me antecedieron, sus trabajos de hace muchos años mantienen vigencia, y otros proyectan hacia el futuro planteos sobre materias que aún no están resueltas, por lo menos en la propia Academia Nacional de Medicina.

Otro rasgo destacable fue su gran conocimiento de la medicina interna, y el consecuente realismo conmovedor: un día penoso, hacia el final de la situación que le aquejaba, en el curso de una visita al sanatorio se despidió apaciblemente: "Bueno, mi querido De Bellis, me alegro de que hayas venido porque esto es terminal, así que no te voy a ver más".

Fue un gran científico y un gran hombre del país. No soy una persona de elogios, pero el Profesor Murguía es un ejemplo para todos y se los merece.

## V

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** Sugiero que en las próximas intervenciones académicas, recuerden al Profesor incorporando características afectivas de su estilo personal, y anécdotas de vida cotidiana experimentadas con él, siempre peculiares, y usualmente gratas e insólitas.

**Prof. Dr. Juan Carlos Rey:** Evocar a Daniel Murguía significa revivir la juventud del estudiante de los años cuarenta. En esa época conozco al Profesor en el Hospital Pasteur, en las clases para los años iniciales que dictaba en la Clínica Médica del Profesor Plá. Pero en realidad el verdadero conocimiento y vínculo con él acontece al recibirme de médico e iniciar el estudio de la especialidad en este Hospital. En esa época nadie hacía la especialidad, y era un hecho fuera de lo común para la Clínica que apareciera un alumno nuevo, y como tal sentía que me trataban. Fue trascendental su consustanciación. Experimenté que me permitía acercarme, a pesar de ser una persona mayor; creo que eso derivaba de su manera de ser tan peculiar. Se hacía querer inmediatamente, entrando a conversar con uno, como si fuera conocido de toda la vida. Gracias a él sentí que había elegido bien, y eso ayudó a afianzar la opción. Lo demás lo hizo el tiempo.

Fue a partir de esa situación de empatía primero, y luego a través de su desempeño y conocimientos profundos, cosechados en el contacto diario con él, que fui aquilatando su capacidad docente y su hombría de bien.

Vivimos con el desarrollo de la tarea docente, al integrar tribunales de concursos, ateneos, congresos y viajes, nuevos vínculos y más acercamientos, que ayudaron a comprenderlo mejor.

Dejaba la sensación de que era fácil hablar con él, y que nunca estaba de más hacer caso y respetar los consejos que voluntariamente esparcía a los amigos.

Deseaba expresar a ustedes y sobre todo a la gente joven, cómo era el espíritu de Murguía y su valor como persona humana.

## VI

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** Agradezco al Prof. Enrique Probst alguna referencia acerca del Profesor.

**Prof. Dr. Enrique Probst:** Tomo contacto con Daniel Murguía alrededor del año 1960, cuando comienzo mi formación como psiquiatra. Quiero destacar que en mi escala de valores, lo que ubico en el primer lugar en un médico o profesional, son los aspectos personales, y en ese sentido Murguía se caracterizó por una serie de condiciones únicas. Sobresalía su calidez humana; también la entrega profunda a la docencia, que llegó a constituirse en materia central de su vida. Se le conoció también por intereses lúdicos, como la pasión por los caballos, afinidad que lo reunía con otros profesores de la Facultad de la época, y un ejercicio de espíritu juguetón y travieso, con el que disfrutamos enormemente, ya sea que le contáramos chistes o nos los contara él. Todos esos rasgos hacían de Murguía una persona de fácil acceso, con la cual muy rápidamente se entraba en contacto, sin importar las diferencias conceptuales, que resultaban totalmente secundarias. A través de su vida actuó siempre con respeto y calidez, brindando apoyo, y creo que esas son condiciones primordiales. También recuerdo con nostalgia el desempeño clínico de la época. En 1964, siendo Grado II me tocó seleccionar las pacientes para las pruebas de adscripción del Prof. Murguía y el Prof. Reyes Terra, una con esquizofrenia y otra con Alzheimer; ambos rindieron nivel de excelencia. Quiero resaltar la condición de Murguía de despertar en los demás, sobre todo en el alumnado joven, una especie de entusiasmo, el interés de conocer y aprender, tal cual la mención del Prof. Rey. Asimismo, y complementando su naturaleza generosa, brindaba de modo abierto y sin mezquindad la totalidad de su saber.

Por último, deseo referir un incidente académico que revela su sagacidad y brillo. Recuerdo haber presentado un trabajo en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, cuando las reuniones científicas se hacían en este hospital entre unos pocos concurrentes. Yo había preparado un trabajo que tenía una orientación analítica, y cuando fue anunciado generó una gran inquietud en la industria farmacéutica, porque se llamaba "La perversión en la psicofarmacología". Entonces, lo que quería mostrar era el riesgo de crear esa estructura en la relación psiquiatra-paciente, mediante la utilización indebida de los psicofármacos, que a veces se podía dar en sentido analítico, como perversa; algo como un intercambio entre síntomas y pastillas, óptica reductora de la psiquiatría que yo siempre he tratado de encarar y evitar. El Profesor estaba presente, escuchó con mucha atención el trabajo y luego pidió la palabra para hacer unos comentarios. Él captó de inmediato lo que yo había querido expresar en esa época, que fue en el año 67 ó 68, pero me hizo una pregunta al final que me descolocó completamente, porque me di cuenta de que tenía razón: "Decime, Probst, ¿no te parece que hay una perversión también en la psicoterapia?" Ciertamente, la misma estructura perversa puede existir en la psicoterapia; me dijo algo obvio que a mí no se me había ocurrido pensar. Por eso, hablar de Murguía es formular superlativos... Hombre, Murguía... Hombre con mayúscula.

## VII

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** Tiene la palabra el Prof. Agdo. Guzmán Martínez Pesquera, uno de los compañeros más próximos del Profesor.

**Prof. Agdo. Dr. Guzmán Martínez Pesquera:** No voy a referirme a ninguna de las múltiples enseñanzas sobre diferentes tópicos psiquiátricos que todos hemos recibido de Daniel. Sería una tarea titánica, dada la enorme cantidad de conceptos que, creo, cada uno de nosotros pudimos recibir y que en tantas ocasiones nos ayudaron en nuestro ejercicio diario.

Voy a mencionar un recuerdo imperecedero que tengo y que seguramente deben compartir muchos de los aquí presentes.

Hace ya algunos años, en las primeras horas de la mañana, nos reuníamos en este Hospital alrededor de una mesa, con unas tazas de café de por medio, y comentábamos sobre muy diferentes temas. Como es de suponer, en esa conversación aparecían problemas que nos había planteado algún enfermo en lo referente al diagnóstico, la evolución o el tratamiento. En esas reuniones inolvidables, donde cada uno de nosotros emitía libremente sus opiniones, estaba presente invariablemente Murguía, quien, a la postre, nos esclarecía con la brillantez que le era característica las dudas que se habían planteado. Quiero recalcar que todos realizábamos los comentarios que se nos ocurrieran, aunque seguramente estuviera pensando que estábamos emitiendo opiniones muy desacertadas.

Cuánto nos enseñaba y de qué manera nos corregía sin que pudiéramos llegar a avergonzarnos o llegar a percibir lo grueso del error que estábamos cometiendo.

Ahora que ya esas reuniones pertenecen al pasado, es cuando nos ponemos a meditar, con una penosa añoranza, el cúmulo de conocimientos que sin percatarnos adquirimos de aquel amigo, que en mi concepto debe colocarse en la categoría de sabio.

Pero no sólo sus juicios y comentarios se referían a la especialidad, pues poseía conocimientos profundos tanto de medicina interna como de medicina legal. Fue un estudioso y como toda persona de excepcionales condiciones, no limitó a la medicina sus intereses. Con él era posible conversar de cualquier tema, teniendo siempre un juicio acertado de toda actividad humana, tanto en artes como en política. Pero a nadie escapa su interés por las carreras de caballos, su deporte favorito, donde asombraba por su prodigiosa memoria.

Hace poco tiempo fui a Maroñas y confieso que a cada momento me venía a la memoria la figura de Daniel. Estoy seguro que desde lo alto nos está observando, regocijándose con su habitual humildad por las manifestaciones de cariño con la que lo estamos evocando y el homenaje mayor que podemos hacerle es el de titularlo como un hombre de profunda bondad y agradecerle, tanto o más que todo lo que nos enseñó, el habernos brindado su amistad sincera.

## VIII

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** Escuchamos al Dr. Lyford-Pike que desea evocar algunos rasgos de Murguía.

**Dr. Alexander Lyford-Pike:** Desde 1986 hasta el año 2001, con un grupo de psiquiatras y postgrados de psiquiatría nos reunimos con el Prof. Daniel Murguía en ateneos médico psiquiátricos. Las primeras reuniones fueron en el Hospital Británico, y luego en diferentes sedes del Instituto de Psiquiatría de Montevideo. Miradas a la distancia, se puede decir que eran auténticas reuniones de discípulos con su maestro, al mejor estilo aristotélico, donde el filósofo compartía con sus alumnos los conocimientos sobre la vida, la enfermedad y la muerte. Con su carácter persuasivo, Daniel nunca impuso su manera de pensar: simplemente exponía sus argumentos con total respeto, demostrando su profundidad tanto en el análisis clínico, como en el conocimiento de los últimos avances científicos. Pero no toda la docencia era sobre ciencia. Le gustaba disfrutar del buen café con mucho azúcar y galletitas, amenizar con buenos chistes, efectuar comentarios sobre los partidos de fútbol del fin de semana. Hasta el último día tuvo la vieja radio a transistores "Spica" sobre la cama para escuchar audiciones periodísticas y al Peñarol de sus amores.

## IX

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** A continuación nos introduciremos en la intimidad del ejercicio clínico profesional del Profesor, con referencias a una viñeta clínica de su puño y letra, extraída de una historia clínica de una paciente que se encuentra en este momento re-internada, y a quien solicitamos que evoque al Profesor desde su perspectiva humana. La presentación se encuentra a cargo de la Prof. Adj. Patricia Labraga y la Asist. Fernanda Porteiro.

**Prof. Adj. Dra. Patricia Labraga:** Hemos revisado historias clínicas realizadas por el Profesor en el archivo del Hospital Vilardebó. Seleccionamos esta historia que es de una paciente que Murguía siguió durante veinte años; elegimos este registro porque de alguna manera recuerda el estilo característico de su comunicación, que tantas veces disfrutamos en sus clases. Voy a leer textualmente lo que escribió:

“Paciente de 37 años, primer ingreso en 1973, no constan los síntomas que exhibe pero el diagnóstico que se formula en esa oportunidad es de esquizofrenia. Reingresa en 1974 y nuevamente en 1975. En esa oportunidad conocemos que vive con una «madre de crianza», de 86 años, que efectúa algunas tareas domésticas simples y es traída por un episodio en que expresa ideas delirantes de perjuicio y persecución, mal elaboradas, referidas a los tupamaros y a un dentista que la trata. Su actitud era francamente discordante y autista. Fue tratada con electroshock, mejorando.

Reingresa en 1975 con humor exaltado e ideas de persecución sin elaboración.

Reingresa en 1977 por un estado de excitación colerosa con ideas delirantes persecutorias referidas a las personas que frecuentaban la casa. En la entrevista mantuvo un semi-mutismo, tuvo conductas y actitudes discordantes. Durante la estadía en sala tuvo empuje de exaltación con ideas eróticas y de omnipotencia. Frecuentemente efectuó rápidos movimientos de flexión del tronco, estando sentada. Fue interpretado como una estereotipia, pero la paciente en una oportunidad confesó que se trataba de una maniobra de masturbación. Estando internada en el año 1980 expresa haber efectuado intento de autoeliminación ingiriendo «pastillas» (de 20 a 30). En varias oportunidades, presentó estado de excitación psicomotriz. Luego de catorce años de su primer ingreso se presenta eutímica, sin síntomas disociativos, con episodio de excitación psicomotriz y verbal. Patología asociada: asma. Apragmatismo relativo. Cuida su higiene y estética.

Diagnóstico: Esquizofrenia tipo esquizo-afectivo (295.7).”

El código que coloca entre paréntesis corresponde a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

**Asist. Dra. Fernanda Porteiro:** Tenemos la posibilidad de entrevistar unos minutos a la paciente, para conocerla y que nos cuente directamente acerca del vínculo que estableció con el Prof. Murguía durante todos esos años.

Previamente esclarecimos a la paciente acerca de que se trata de un ateneo en el que participan muchas personas.

(Dirigiéndose a la paciente, luego de su ingreso al salón, la presentación inicial, su distensión emocional y contención afectiva):

–Agradecemos que nos cuente cuál ha sido su experiencia con el Profesor Murguía, y cómo era él en la sala.

–Paciente: El Profesor era una eminencia, muy atento, quería mucho a sus pacientes; incluso a mí me ayudaba mucho.

–Asist. Dra. Fernanda Porteiro: Cuéntenos algunos detalles de cómo era su experiencia con él.

–Paciente: Cuando él llegaba yo le preparaba el café o té (sonríe)...

Él me prestaba dinero, me quería como a una hija, y yo como a un padre...

Estuve muchos años con él, yo iba al dentista a colaborar, a ocupar la mañana...

Le ponía todo en orden, le guardaba las carpetas, sellaba las órdenes, lo ayudaba lo más que podía, lo que estaba dentro de mí...

Cuando el Profesor se iba, lo acompañaba siempre hasta la puerta, y nos íbamos juntos.

## X

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** A continuación el Asist. Dr. Pablo Fielitz realiza algunas apreciaciones sobre el archivo clínico personal del Profesor, destacando singularidades de sus registros de fichas.

**Asist. Dr. Pablo Fielitz:** Estuve leyendo algunas historias clínicas del archivo del Profesor Murguía, que el Prof. Agdo. Mario Orrego tuvo la gentileza de proporcionarme para estudiar. Pertenecen al año 1994 y constituyen 41 registros. De su análisis preliminar surgen tres observaciones. Una de orden hermenéutico, en la medida que describía para él enfáticamente la patología, a través de un proceso de síntesis con lenguaje gráfico y dramático; esos comentarios, al lado de los académicos y codificaciones internacionales, definían de modo muy vívido y fuera de dudas las categorías diagnósticas a las que pertenecían los pacientes.

Otro comentario que se vuelve pertinente citar es la importancia atribuida a la dimensión biológica como causalidad relevante etiopatogénica en psiquiatría, y sobre todo en situación de co-morbilidad; este aspecto ha sido referido aquí por otros profesores, y ha estado siempre presente a lo largo de los años en la actuación docente del Profesor.

Y finalmente, corresponde precisar que en la aproximación a la terapéutica psicofarmacológica de las caracteropatías graves, diseñó un programa estratégico de neurolépticos depósito a baja dosis, eventualmente asociado a antidepresivos y ansiolíticos. Prodigaba su uso para el control de la turbulencia relacional, y particularmente en las series histero-paranoicas. El Profesor ha ejercido una influencia determinante sobre las generaciones hospitalarias con esa indicación. Creo que sigue estando vigente en la experiencia de distintos colegas; de manera que la medicación neuroléptica de depósito se encuentra indicada también en algunos trastornos de personalidad y no solo en los estados psicóticos.

## XI

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** Hemos solicitado al Dr. Néstor Sánchez que efectuara un aporte académico al respecto del concepto clínico acuñado por Daniel Murguía sobre "personalidad defectuosa".

**Dr. Néstor Sánchez:** Es un concepto clínico manejado por el Profesor a lo largo de años de docencia y a nuestro entender mantiene su vigencia. El Maestro habla de Personalidad Defectuosa desde la época en que la nosografía dominante en el momento en nuestro medio era la francesa. Morel (1857) describió al tarado con estigmas físicos, intelectuales o morales, como el propiamente psicopático dentro de su concepto muy amplio de la herencia degenerativa (alienación hereditaria). Magnan (1895) conceptualiza a los psicopáticos como "desequilibrados psíquicos". Pero es Koch (1888-92) quien describe la "inferioridad psicopática" como una minusvalía social, estableciendo que su forma auténtica es la congénita y permanente. El Prof. Murguía fue alumno del Prof. Antonio Sicco, y a través de este conoció la psiquiatría alemana. Estudia autores como Kraepelin, que describe la personalidad psicopática en la 7ª edición de 1904 de su célebre tratado, y a Kurt Schneider (1925), que plantea de modo sistemático los problemas conceptuales y nosológicos relacionados con las personalidades psicopáticas. Los conceptos de personalidad anormal y el más acotado de Personalidad Psicopática fueron desarrollados por este último autor. A su vez, el Prof. Antonio Sicco ("Personalidades Psicopáticas". Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1948) adopta con intención didáctica y práctica, en líneas generales, la clasificación de las enfermedades mentales de la American Psychiatric Association de 1933, precursor de los DSM.

En la bibliografía consultada no encontramos el concepto de "personalidad defectuosa". La palabra "defecto" en una de las acepciones del Diccionario Etimológico de Joan Corominas puede ser entendida como "mal hecho"; el Diccionario Océano de Sinónimos habla de "inacabado". De cualquier manera, lo esencial está dado por un estado que no es normal, y sobre esa matriz defectuosa se establece una relación con el mundo desajustada. Lo patológico no es una enfermedad, sino el conjunto de estas variables desajustadas de relacionamiento.

Esta concepción de "personalidad defectuosa", aunque no ha sido desarrollada en ningún escrito, debe ser rescatada de la tradición oral, porque mantiene utilidad clínica: sintetiza mucha información y orienta rápidamente al enfoque comprensivo del paciente.

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** A continuación el Prof. Adj. Pedro Zurmendi evoca conceptos de Daniel Murguía sobre la situación de duelo. **Prof. Adj. Dr. Pedro Zurmendi:** La referencia es una conferencia que Murguía expuso en 1978; más allá del aspecto técnico muestra su sensibilidad como persona.

Define el duelo: "Una evocación nostálgica del ser perdido, una irracional esperanza de vivir nuevamente las situaciones que se evocan, con urgencia por evocar y recordar y que inconscientemente se vive como una situación de abandono".

El Profesor Murguía lo ubica dentro de los estados depresivos de mediana intensidad, específicamente dentro de las depresiones reactivas, siguiendo cronológica y comprensiblemente a una pérdida muy importante.

Conceptualiza dos tipos de duelo, uno normal y otro anormal. En el duelo normal, de acuerdo con Bowlby, considera que el duelo tiene tres fases consecutivas, inicial de espera, seguida de desesperación y desorganización, y final de resolución con reorganización y esperanza.

El duelo anormal o patológico se presenta según Murguía de diversas formas:

- con ansiedad y depresión
- duelo melancólico y duelo paranoico
- duelo con existencia de figura vicariante
- negación de la pérdida
- duelo maniaco

Su aporte personal más destacado son las opiniones acerca de las conductas a asumir por parte del médico, ante las situaciones específicas y complejas planteadas por los deudos durante el transcurso del duelo.

Con relación a la comunicación de la mala noticia de la muerte a un familiar vulnerable, frágil o especial, establece que siempre se debe efectuar la comunicación y dejar ver el cadáver.

Respecto de la concurrencia al sepelio en el cementerio, orienta según dos tendencias comportamentales, desaconsejándola para los deudos exaltados, ansiosos o coléricos, y aconsejándola para quienes previsiblemente se desahogan y hacen catarsis, porque regresan tranquilos.

Conceptualiza como un mecanismo de negación parcial no delirante la necesidad de comunicación con la persona desaparecida; entiende que constituyen rituales anormales, pero beneficiosos al proceso de elaboración, ya que recrean una expectativa que posibilita el trámite y la salida del duelo.

Menciona la situación de la persona que concurre al médico solicitando la pastilla para no sufrir; expresa la necesidad de efectuar una confrontación explícita manifestando que no hay píldora que pueda escamotear el duelo y que no hay más remedio que afrontar para aceptar la realidad; concede administrar medicación cuando el síntoma sea grave o interfiera la elaboración del duelo.

Considera conveniente relevar al deudo de la culpa implícita en la situación de duelo aún normal, oponiendo a la culpa la autoridad del médico, y tratando de hacer comprender que ninguna relación humana se encuentra libre de conflictos; cuando se pierde un ser querido hay cierto monto de culpa, porque se reviven los momentos de desencuentro con él. Manifiesta que la conducta a asumir por el médico, en el caso de situaciones de duelo normal, es la de una actitud humana de solidaridad, y los objetivos afrontar y compartir la culpa para que esta sea más llevadera. Para el caso de detección de duelo patológico, recomienda su derivación a especialista.

## XI

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** El Dpto. de Servicio Social del Hospital siempre estuvo en su desempeño técnico profesional muy próximo al Profesor integrando equipo. Sus representantes, Cristina García y Dinorah Frigerio, Licenciadas en Trabajo Social, trazan un bosquejo del Profesor desde su perspectiva.

**Lic. Trabajo Social Cristina García y Lic. Trabajo Social Dinorah Frigerio:** Agradecemos la oportunidad de participar desde nuestro rol, invitadas por el Prof. Agdo. Mario Orrego, en este homenaje académico al Prof. Daniel Murguía. Tuvimos el privilegio de compartir con él la tarea social y haber aprendido de su calidez y calidad humana.

Más allá de la sapiencia y actualización de conocimientos puesta al día, se destacaba por su manera de ser con el otro. Establecía desde el primer contacto un vínculo que le otorgaba al paciente el lugar más importante y destacado de la entrevista, con interés natural y respeto genuino. Su quehacer generaba conceptos éticos, humanísticos y hacía sentir al otro sujeto de su interés; era paciente, tolerante, exhaustivo, con gran capacidad de escucha, y talento probado como para establecer límites con una sonrisa cuando correspondía.

En la relación que establecíamos con él, sentíamos su gran apertura, la de "un grande" sin premuras, con el tiempo necesario para lograr la mejor evolución de cada uno de sus pacientes. Asimismo experimentaba la necesidad de prestar atención y tener muy en cuenta al grupo de referencia sociofamiliar, por lo que lograba una mejor comprensión de los problemas vitales de la gente a su cargo. Una vez egresado el paciente, se podía hacer el seguimiento particular de acuerdo con las necesidades de cada uno. Él lo hacía a través de un fichero muy dinámico y personalizado, constituido por una pequeña cartera de cuero marrón repleta de fichas; como siempre lo llevaba consigo, tenía la posibilidad de anotar la evolución en función de vicisitudes y progresos del paciente, en cualquier encuentro de pocos minutos. El Profesor hacía el trabajo diario de la misma forma todos los días: tomaba el café, hablaba con sus colegas y luego se encaminaba a las salas 21 y 22, para entrar por el medio, lo que le daba oportunidad de un contacto global con la población residente y, en un acto simultáneo, ver, saludar e instar a los pacientes a comenzar el día.

El homenajeado tenía habilidad para establecer diferentes tipos de interrelaciones, acordes a las capacidades y necesidades de cada paciente. Lograba hacerlos sentir diferentes, útiles, responsables de pequeñas tareas internas de sala, algunas reales y otras fantaseadas. Las referencias establecidas eran afectivas, personales y distintas. Los pacientes recibían atención al ser elegidos depositarios de los afectos y roles, y ser satisfechas sus necesidades humanas bio-psico-sociales. Al egresar habían transitado el camino de la aceptación de la enfermedad, y realizado en ese proceso, cierto grado de transacción y readecuación de roles inter y extra familiares.

Pensamos que la modalidad de trabajo del Profesor Daniel Murguía habilitaba a repensar la intervención profesional, promoviendo muchas veces cambios en el abordaje del paciente; hizo más dinámica nuestra intervención después de treinta años de trabajo, dentro de la concepción humanística, marco referencial desde donde partía, y por el que llegaba a lo más íntimo de cada paciente.

Estaba tan consustanciado con nuestra labor que en año 1988 nos solicitó que interviniéramos en el Congreso de Psiquiatría del Uruguay, con un trabajo referido a la importancia de la Salud Mental en la Atención Primaria en Salud (APS), basado en un libro del Prof. Mariátegui sobre cómo se había desarrollado la APS en Perú, tomando aportes de una experiencia japonesa al respecto.

Podemos decir, considerando su desempeño técnico-profesional y académico a lo largo de su vida, que fue un gran ejemplo y la síntesis de todo lo deseado.

## XII

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** A continuación las apreciaciones de los más jóvenes sobre el viejo sabio y experimentado Profesor.

**Dra. Celia Barrios:** A los residentes y postgrados que tuvimos la suerte de enriquecernos con los últimos años de docencia del Profesor, nos gustaría enfatizar algunos aspectos que creemos que marcaron nuestra formación. Nos referimos especialmente al estilo de vincularse con los pacientes, de modo cálido y habilitador, a través de un encuentro que parecía más una charla coloquial que una entrevista psiquiátrica pero en la cual surgían los síntomas y los conflictos del paciente, logrando una comprensión cabal de los mismos. A partir de un paciente en particular, su capacidad pedagógica nos permitía viajar a través de la historia de la psiquiatría, remontándonos a las primeras conceptualizaciones y herramientas terapéuticas para finalmente, llegar a las contemporáneas con los tratamientos de última generación. La mejor forma de homenajearlo es intentar en nuestra práctica diaria desarrollar esa cualidad que él definía como fundamental en la relación médico-paciente, y que reflejan sus propias palabras: "capacidad amorosa de dar y recibir afecto, con una actitud de intuir, atender y comprender qué le pasa al paciente, y hacerse cargo de lo que le ocurre".

### XIII

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** Sobre el cierre del Ateneo las palabras jerarquizadas del Profesor Director de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Dr. Ángel Ginés.

**Prof. Dr. Ángel M. Ginés:** En primer lugar quería decir, porque corresponde, que la Decana de la Facultad de Medicina, la Prof. Ana María Ferrari, me solicitó que comunicara que hubiera deseado estar presente pero no ha podido hacerlo y que, por tanto, transmitiera la alta consideración y honor que a nuestra Casa de Estudios le merecen los invalorable aportes del Profesor Emérito Daniel L. Murguía. Felizmente, los que me han precedido han señalado muchos de esos aspectos. Murguía es un hijo talentoso y querido de la Facultad; no es de los pocos excepcionales, porque la Facultad de Medicina tuvo muchos hijos queridos y talentosos; esa fecundidad valora aun más el reconocimiento a Murguía.

Se destaca en él, a mi manera de ver, la condición de hombre bueno y, también, la idea de sabiduría. En la Facultad hemos conocido o hemos sabido de muchas personalidades que tienen una u otra característica; pero las dos juntas, eso sí es un privilegio poco frecuente. Habitualmente la "carrera académica" –denominación y conducta que no me agradan– exalta ciertos aspectos que muchas veces no se llevan bien con la bondad que Murguía supo cultivar. Probablemente esto se explique en relación con otras condiciones tuyas que son realmente muy llamativas.

Por ejemplo, su relación con los pacientes del Hospital Vilardebó es algo excepcional; pocos maestros docentes han tenido ese lazo afectivo tan rico y profundo con pacientes y compañeros, hasta hacer del hospital su propia familia. Otro aspecto muy llamativo, y sobre el que luego volveremos, es que no está claro qué lleva a Murguía hacia la psiquiatría, ya que, en realidad, él pertenecía a generaciones en las que la actividad creativa en medicina –docente y de investigación– estaba en pleno despliegue; que tenía campos magníficos de desarrollo, que él había iniciado y consolidado con destaque, habiendo sido Asistente y Adjunto de Clínica Médica. Sin embargo, elige el Hospital Vilardebó –como médico y como docente de la Clínica Psiquiátrica– y vuelve al lugar que tanto le había impresionado como estudiante y que describe en trabajos, como los que recordaba Soiza Larrosa, como el lugar más inhóspito, frustrante y misterioso de la medicina: "Todo era dolor... en aquel panorama dantesco". Vuelve a este hospital, a este Manicomio –con todas las connotaciones de la palabra– y en este lugar se afinsa y echa raíces vinculares.

médicas, técnicas y afectivas con pacientes y cuidadores. En plena dictadura, en 1983, con los riesgos imaginables, escribe un editorial para impedir el cierre del Hospital Vilardebó; en ese editorial describe un Vilardebó distinto a ese terrible de la marginación, porque era un Vilardebó que tenía muy pocos pacientes (corresponde al corto período de funcionamiento del Hospital Musto) y se había transformado en una red de sostén relativamente favorable, que incluía residentes permanentes, sus familiares y el personal. Este compromiso con los pacientes alcanza en Murguía un nivel poco común.

Otro aspecto que quiero señalar es la relación de Murguía con la cultura colectiva uruguaya, la cultura de este siglo. Nuestro país es un país de este último siglo, y Murguía casi tiene la edad del desarrollo de la psiquiatría, porque él nace en 1910 y la psiquiatría universitaria en 1908. Él vive la época del desarrollo y consolidación de la escuela pública, de la enseñanza pública. Su madre, Luisa Guarnaschelli, era una maestra vareliana, muy destacada, de las primeras feministas. Él habla de la escuela pública y de la importancia que tiene en la construcción de la personalidad de los uruguayos, pero creo que él no solo mamó de la escuela pública uruguaya, sino que mamó de la maestra vareliana... Son lazos muy poderosos. En el liceo, por ejemplo, él fue al Liceo Rodó y recuerda de esa época otro aspecto central de la cultura uruguaya, que eran los boliches; y cuenta cómo se iban del Rodó –ante el escándalo del Director– a la rueda del boliche. Y allí se hablaba de política, de filosofía, de caballos, de fútbol, de todo, era el lugar de intercambio entre pares. Tiene el mismo significado que la Taberna de Machado o el cafetín bonaerense. Murguía cuando cuenta eso, destaca la filosofía de “la ñata contra el vidrio”; son cosas muy entrañables en la construcción de la personalidad, de la personalidad de Murguía y en el Río de la Plata.

El Hipódromo, por ejemplo, era un elemento muy importante en el entramado de valores, así como el fútbol; y Murguía los cultivaba ampliamente. Muchos de sus amigos eran sus amigos del fútbol, o del Hipódromo, que eran fraternidades diversas a las de la actividad médica y docente.

Me llegó mucho lo que dijo Soiza cuando lo llamó don Daniel; eso trasciende todo tipo de títulos y este es el que realmente recoge eso que uno siente respecto a él. Creo que la conversación de hoy da muchos elementos sobre su generoso camino por la vida. Los más jóvenes –y por suerte hay tantos aquí–, como decía Rodó, tienen como tarea vencer al maestro en buena ley; y a veces cuando los maestros están muy idealizados o son muy autoritarios resultan difíciles de asimilar, interrumpiendo el tránsito fecundo de generación en generación. Murguía tiene una condición que es difícil igualar, su tierna presencia en situaciones de incertidumbre, en esas situaciones conmovedoras y enigmáticas de locura, enfermedad y muerte... en las que se derrumba cualquier certeza dogmática. Felizmente, para los jóvenes que tengan madera para aproximarse a estas cuestiones, Murguía ha desbrozado el camino porque no permitió su idealización, porque en su contacto llano evitó todo acartonamiento profesoral; en todo caso, aproximarse a esas cualidades, con el propio perfil, puede ser la brújula para los más jóvenes.

Quiero retomar un aspecto y es ¿por qué entiende él que escogió la medicina? Lo relata así: “Yo vivía en una casa con un patio lleno de plantas, había una que se había secado y en la maceta solo quedaba un yuyo. Lo regaban pero era un verano caluroso, tórrido y el yuyo moría, las hojas se ponían amarillentas y después se secaban. Un día me inspiró, pobre yuyo, y lo empecé a curar y vi que de cada ángulo de la planta salían nuevos brotecillos y eso me dio una sensación de omnipotencia, de poder vencer a la muerte. A partir de ese momento tuve la certidumbre de que sería médico.”

Aquí hay una incursión en las raíces de su vocación médica con elementos de compasión, de ternura, de deseo de cuidar. También hay este asunto problemático de nuestra condición de médicos que es la omnipotencia, que él menciona sin atenuantes.

Entonces, se me ocurrió buscar un poco atrás en las raíces, porque aparece quizá, en primera aproximación, una vocación en relación con la naturaleza. Y vienen justo para esta búsqueda los comentarios que Pedro Zurmendi acaba de aportar sobre las reflexiones de Murguía con relación al duelo.

Ustedes saben que Daniel Murguía sobrevivió a una tragedia que fue la muerte del padre antes de cumplir los dos años, y creo que tiene relación con esta elección de la medicina y que él relata así:

“Tuve una extraña relación con mi padre, inexplicable, casi diría que mágica. La tarde que agonizaba operado de un cáncer de páncreas, yo estaba en casa de mi abuela. Mi madre estaba en el sanatorio cuidándolo y en medio de la tarde me vino una tristeza imponente. Y empecé a llorar, llorar y llorar. Mis tías trataban de conformarme y me traían las cosas que habitualmente quería para jugar, un tocador, un cepillito... Pero no, yo lloraba enormemente.

Me lo podían haber contado, pero yo me acuerdo de esa tristeza. Vivíamos en una casa de altos y bajos y había una pared en donde el sol que se ponía dejaba una mancha. Y cuando veía esa mancha solar que se extinguía lloraba más y era un llanto espantoso. Ahora veo el simbolismo de la mancha y del sol que se ponía y la tristeza mía y mi padre que se moría, pero entonces no sabía nada de simbolismo. Veía eso y me daba una tristeza que todavía me acuerdo. Era la tarde en que mi padre agonizaba.

Fue el 26 de mayo de 1912 y para siempre me quedó un interrogante. ¿Qué pasó esa tarde? Yo no sé si captaba la tristeza de mi padre que se iba, que me lo comunicaba de una manera mágica, lo que sé es que esa experiencia la recuerdo ahora vívidamente. Recuerdo ese matiz triste de sentimiento. No es que haya llorado, es que recuerdo la tristeza, vivo la tristeza.”

Me parece que este es un componente central respecto a su vocación, y además un aspecto relevante de su personalidad, permanente y que se activa con fuerza, días antes de que le otorgaran el título de Maestro de la Medicina; él estaba muy movido por esas circunstancias y hace allí esta suerte de autoanálisis, de reflexión sobre aspectos vinculados a su historia personal.

En este fragmento de autoanálisis no llega a dar cuenta clara de su opción por la psiquiatría. Él dice:

“Mi orientación por la psiquiatría tuvo una dimensión más definidamente existencial”

**Creo que se refiere fundamentalmente al conjunto de sus relaciones sociales significativas pero pienso que probablemente este episodio del duelo que recorre su vida, gravita en su destino médico y también en el sesgo psiquiátrico de ese destino.**

**Finalmente, quería comentarles algo que me llamó profundamente la atención respecto de este análisis que él hace de sí mismo. Él reitera al periodista:**

**"Mi madre en mi vida lo fue todo" y "Mi madre tuvo una dimensión muy grande en mi vida".**

**Entonces el periodista le dice:**

**"Es de suponer que también usted lo fue para ella."**

**Y Murguía responde:**

**"No sé, posiblemente, pero no sé... porque yo siempre fui un hombre muy reservado, fui poco propenso a manifestarme, a hacer feliz a la gente. Pudiera haberla hecho feliz quizás si hubiera sido más comunicativo."**

**A mí me causó una gran sorpresa esto que dice, conociéndolo en sus cualidades comunicativas. El periodista quedó bastante impactado y le preguntó, empleando el pasado:**

**"¿Le hubiera gustado ser de otra manera?"**

**Y Murguía responde en presente:**

**"Sí, me gustaría, me gustaría, lo siento como una deuda que tengo. Es una deuda."**

**Y ahí termina la entrevista.**

**Sobre el final de su vida generosa Daniel Murguía nos entrega esta deuda sentimental y discepoliana, rioplatense y universal, de hacer feliz a quienes están próximos a nosotros.**

**Por mi parte me hubiera gustado decirle a don Daniel, se lo digo ahora a ustedes... Me duele esa misma herida, esa herida del desencuentro de sentimientos entre quienes estamos próximos.**

**(Los dichos de Daniel L. Murguía pertenecen a una entrevista realizada por el periodista José López Mercao, a quien reconocemos con la mayor gratitud, publicada en la Revista Noticias del SMU, N° 107, de noviembre de 2000).**

**Prof. Agdo. Dr. Mario Orrego:** Estamos finalizando el Ateneo para ir a descubrir en el Salón de Actos de Hospital, una placa en recuerdo del Profesor Daniel Murguía.

Entiendo que hemos celebrado entre todos de alguna manera el obsequio que su contribución significó en materia académica y de vida.

Creo que la enorme dimensión de este homenaje es una medida de lo que él aún representa para nuestra Institución.

Fue una figura señera, y se le va a extrañar. Encarnó una gigantesca ecuación humana de rigor intelectual excepcional, fulgurante cognición, cordialidad y afecto genuinos, y toda la buena fe del mundo.

Siempre quedé admirado por los efectos de esa combinación personal, y muy particularmente por su capacidad de humanizar a la gente. Lograba la mejor versión de los otros a través del ejercicio de la virtud, incluso de los que no lo querían o experimentaban recelo narcisístico hacia él.

Él cubrió siempre las brechas en la Institución resolviendo entuertos y uniendo adversarios. Hoy nos junta una vez más aquí a todos; es deseable que este encuentro sea fecundo y fructifique, replicando en adelante a través de nuestras acciones algo de la bondad de sus efectos.

Realmente fue un talentoso natural con múltiples dotes, pero creo que fueron las de su humanidad, la inteligencia afectivo emocional, la exquisita sensibilidad, la autenticidad de su afecto y su sinceridad, los ingredientes esenciales de la excelencia de su gestión en los roles clínico y comunitario; su labor de creación y restauración fue importante para el desarrollo y la preservación de la organización científica y social de la profesión.

Agradezco en nombre de la Sociedad de Psiquiatría la concurrencia multitudinaria a esta convocatoria.



## LA HONDA DE MURGUÍA<sup>4</sup>

Ángel M. Ginés

### 1

Durante la década de los ochenta del siglo que se nos fue –con tantas deudas pendientes– Daniel L. Murguía reflexiona y aporta con permanencia en relación con el desarrollo, la peripecia y el destino del Hospital Vilardebó. La Revista de Psiquiatría del Uruguay recoge cuatro textos suyos dirigidos directamente a esta institución matriz de la psiquiatría nacional: “Salud Mental - Evolución de la Asistencia Psiquiátrica”<sup>1</sup> de 1980, en oportunidad del centenario del Hospital; “La Imagen del Hospital Vilardebó”<sup>2</sup> de 1981; “El cierre del Hospital Vilardebó”<sup>3</sup> de 1983; “El Futuro del Hospital Vilardebó”<sup>4</sup>, de 1989. Pero también, y en un contexto más amplio, un quinto texto, “Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay”<sup>5</sup>, de 1987.

Desde luego que en conferencias, comentarios, ateneos, salas y corredores, el Vilardebó –su principal trinchera terrenal, su loco hogar de cada mañana durante interminables décadas médicas– fluía doloroso y problemático del sereno manantial de su entendimiento.

El tercer texto mencionado, “El cierre del Hospital Vilardebó”, es el más breve de todos, pero bien representativo no sólo de sus concepciones en psiquiatría y salud mental sino de sus fraternos lazos con pacientes, familiares y cuidadores y representativo en especial de coraje cívico, por las circunstancias en que fue escrito.

**En ese editorial su honda es la de David.**

---

<sup>4</sup> GINÉS, Ángel M.: La honda de Murguía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*; Volumen 67 No. 2. Diciembre 2003, páginas 172-180.

Fue publicado con su firma, D. L. M., en 1983, en pleno estado dictatorial. En el transcurso de ese año el Ministerio de Salud Pública de la dictadura había resuelto degollar, a golpe de sable, el Hospital Vilardebó.

Eran tiempos de tragedia. Redactar y firmar un editorial como el que recordamos, en las condiciones de la más completa arbitrariedad autoritaria, era asumir un elevado riesgo personal. Vale recordar con dolor –que el tiempo no alivia– que tan solo unos meses después, el domingo 15 de abril de 1984, el médico de pueblo de San Javier, en el departamento de Río Negro, Vladimir Roslik –inocente de toda inocencia– fue arrancado del hogar a las cuatro de la madrugada; al día siguiente su esposa lo recibe muerto como consecuencia de crueles tormentos<sup>6</sup>. “A la hora diez, después de haber tomado su medicación, después de haber sido cortados sus cabellos, otros rapados, después de haber sido bañados y cambiados de ropa, los pacientes fueron llevados al patio central del Hospital para formar y hacer un simulacro de traslado a la Colonia Etchepare (...) Los pusieron en el hall de entrada, y una enfermera con las fichas individuales los iba llamando, poniéndolos aparte. Esto fue muy triste, todavía cuando lo recordamos volvemos a llorar, al pensar en el dolor y en la angustia que supone el no poder hacer nada frente a la súplica de nuestros pacientes pidiendo a gritos que no los trasladaran. Porque no hay que olvidarse que a las siete y treinta de la mañana, hora para la que estaba previsto el simulacro, para los pacientes no se trataba de una prueba sino que representaba el verdadero traslado a un mundo desconocido. Se los podía ver en los corredores, temblando, llorando, en un desamparo total (...) Cabezas rapadas, pequeñas valijas con nada adentro o apenas un par de zapatos viejos, gritos, llantos y pedidos, ese fue el escenario del Hospital el primero de agosto”<sup>7</sup>.

## 2

El 1 de agosto de 1983, los residentes con asilo permanente en ese Hospital, sus familiares y los técnicos y funcionarios a cargo de sus cuidados despiertan a un hecho consumado, gestado en la oscuridad discrecional del poder autoritario.

Así dan testimonio los familiares de pacientes del simulacro del 1 de agosto, luego de que sus gestiones y solicitudes fueran desoídas una y otra vez.

Un par de meses antes, el 5 de junio, la opinión pública había tomado conocimiento por la prensa, de la maligna disposición del Ministerio de Salud Pública de la dictadura respecto de los enfermos mentales y sus familiares.

Así decía el contador-ministro:

“(Se busca el cierre del Hospital Vilardebó) por tratarse de una imagen decepcionante que deseamos borrar de la ciudad”. “Es tremendo pero no es sólo un problema uruguayo, es mundial. Sólo puede esperarse que se mueran...” “Uds. me hablaron de cosas dantescas y es así, tienen razón, pero es así por las propias características del paciente. No es que el Ministerio o el Gobierno no quieran gastar en ellos. Es que hay casos en que nada sirve.” “Hay muchísimos pacientes por completo irracionales, que destrozan la ropa y las sábanas o las frazadas, porque no saben lo que es, que andan desnudos, que cumplen sus necesidades fisiológicas en el lugar que sea, porque todos los lugares son iguales para ellos, porque son absolutamente irrecuperables”. “(...) todo lo que se construya no se nota, porque lo destruyen apenas terminó de hacerse, sea una obra o sea una sábana. Todos los días hay que sacar toda la ropa y todas las sábanas, y baldear todo, porque cumplen sus necesidades fisiológicas en el suelo, en la cama, donde sea”<sup>8</sup>.

Pero el subsecretario era médico –o al menos había obtenido ese título– y así decía el subsecretario:

“Cuando Ud. tiene una cantidad de pacientes y le pregunta a la Medicina: ¿qué se puede hacer?, y la Medicina le dice: nada, entonces ¿qué hace? El Estado lo mantiene, pero lo mantiene en las condiciones que quiere el paciente, porque a alguien que a Ud. lo mira como si fuera un árbol o un florero, que no responde al pedido o a la voz de mando, que no responde a la medicación, al que hay que ponerle el medicamento para que no sea agresivo por la fuerza en la boca, no puede mantenerlo como uno quiere sino como él quiere”<sup>8</sup>.

Sería muy difícil encontrar en la historia de nuestro país textos provenientes de la autoridad sanitaria o de cualquier sector involucrado con la enfermedad mental o con la enfermedad en general, que supusieran una concepción de tal incompreensión y desprecio por las personas que padecen enfermedades graves; y nuestra sociedad tuvo que lidiar con varias, no solo en el campo de los trastornos mentales.

Concepciones y conductas antihumanas de esa malignidad se cultivan sin límites en estructuras autoritarias de poder, atrincheradas sobre sí mismas, como las que padeció nuestro país en el período de la última dictadura cívico militar y cuyas secuelas sobre los ciudadanos, la sociedad y sus instituciones, en todos los campos de la convivencia, aún no hemos logrado restañar ni elaborar por completo, en la medida en que esto sea posible.

“Sólo puede esperarse que se mueran” o “absolutamente irrecuperables”, remueven en la memoria la solución final del Tercer Reich, sostenida y alimentada por la ideología nazi-fascista.

En efecto, en 1939 en Alemania, Adolf Hitler extiende el poder de los médicos con el siguiente decreto: “El Comisario del Reich, Bouhler, y el Dr. Brandt son comisionados y responsables para extender la autoridad de los médicos, que serán designados por sus nombres, de manera que se pueda dar muerte a los pacientes que, siguiendo un juicio humano, son enfermos incurables según una evaluación crítica del estado de enfermedad”.

Carl Schneider, uno de los miembros principales de ese “proyecto”, era Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Heidelberg (la misma Universidad a la que Emil Kraepelin había aportado con talento y generosidad una generación antes). Schneider era un destacado científico, había publicado libros como “La psicología de la esquizofrenia”, de amplia difusión y muchos de sus trabajos permanecieron en la bibliografía psiquiátrica.

El total estimado de asesinatos –vía eutanasia– fue de 275.000 pacientes. Las instituciones alemanas de internación de enfermos mentales descendieron de 300.000 en 1939 a 40.000 en 1946.

Carl Schneider, antes de ser sometido a juicio, se suicidó<sup>9</sup>.

### 3

Murguía dispara certeramente su honda hacia el engendro autoritario:

“A pasos acelerados se va realizando el traslado a la Colonia Etchepare de los pacientes que aún permanecen internados en el Hospital Vilardebó”.

Su honda argumental incluye tres fundamentos irrefutables: de orden médico-asistencial, de orden humanitario y de orden económico.

Desde el punto de vista médico-asistencial destaca dos aspectos básicos en el cuidado de los enfermos mentales. El primero de ellos asegurarles la apropiada atención de los problemas somáticos que su condición personal pueda exigir. En segundo lugar, preservar la condición de seres sociales que han logrado mantener y aun recrear pese a las condiciones de restricción asilar en que desarrollan sus vidas.

Para comprender la profundidad de este argumento y de la concepción de Murguía con relación al peso decisivo que tiene la calidad de la interacción social en la rehabilitación del enfermo mental, es menester tener presente que el Hospital Vilardebó del período en que se pretende su clausura, corresponde a un momento peculiar de su centenaria historia.

En efecto, el hospital tenía en ese entonces una población reducida, de asilados a permanencia, con escaso ingreso de pacientes en estado de crisis. Esa situación peculiar del Hospital Vilardebó corresponde al período en que se habilitó como Hospital Psiquiátrico el Hospital Musto (entre 1981 y 1996). La decisión de habilitar el Hospital Musto se había tomado al margen de todo intercambio democrático y supuso el traslado de la internación de los episodios críticos a 14 kilómetros del centro de Montevideo! Con tal decisión los males históricos de la asistencia de nuestros enfermos mentales (segregación, alejamiento de la familia y del lugar de origen, tratamiento limitado a la crisis y empleando casi exclusivamente los recursos biológicos, es decir, sin plan terapéutico integral bio-psico-social, permanente y a largo plazo) se trasplantaron al Hospital Musto; por igual motivo el remanente asilar del Hospital Vilardebó de ese período –aún cuando ese no hubiera sido el proyecto– se benefició del alivio de la presión incontrolable de internación y, por tanto, del caos en las redes internas de funcionamiento.

Mirado a la distancia casi podríamos afirmar que con el Hospital Musto el Uruguay pudo realizar “el experimento” de habilitar un nuevo hospital con las viejas pautas de asistencia y comprobar su derrumbe (con notoria conmoción social) en quince años; y por otro lado, pudo comprobar también el efecto del despliegue de las interacciones sociales con un cierto mejoramiento de las condiciones de existencia en el Hospital Vilardebó.

Por eso, Murguía, que testimonia como veremos luego, realidades inaceptables del proceso asistencial histórico del Vilardebó, argumenta para ese momento calidades de asilo que pueden sorprender.

“(...) los pacientes asilares del Hospital Vilardebó, algunos con muchos años de permanencia en dicho establecimiento, han logrado establecer una red de relaciones interpersonales entre sí, en cada sala, organizando su vida de modo comunitario, a la manera de una gran familia, en la que aquellos aún válidos, ayudan y auxilian a los discapacitados por su enfermedad mental o por incidencias somáticas. El traslado que se está efectuando interrumpe esa red de relaciones; los pacientes deberán hacer frente a una situación compleja en la que estará presente el desarraigo, con pérdida de su “hábitat”, de la ayuda física que los inválidos recibían de aquellos aún válidos y capacitados, con quiebra de las precarias posibilidades de socialización que les concedía el ambiente comunitario de la sala en que residían, verdadero mundo estrecho, pero mundo al fin. Con ello la descomposición psíquica se producirá en todos, de modo inexorable (...)”

Resulta admirable la sencillez y claridad con que se exponen aquí los fundamentos principales de la preservación, rehabilitación y aun de las potencialidades de desarrollo de las personas que padecen trastornos mentales graves. Incluido el secreto de la construcción de la personalidad, esto es, el establecimiento de “una red de relaciones interpersonales”, “organizando (la) vida de modo comunitario” y su contrapartida regresiva, es decir, “el desarraigo”, “la quiebra de las precarias posibilidades de socialización que les concedía el ambiente comunitario”, “mundo estrecho (de ese asilo), pero mundo al fin”, por constituir un conjunto de relaciones comunitarias y por tanto condición de ser de la subjetividad.

A este fundamento, que además de médico asistencial es humanitario, Murguía agrega el impacto regresivo de la pretensión arbitraria sobre los familiares de los pacientes, por las dificultades que tendrán para acceder al nuevo y lejano destino.

Y finalmente, el argumento económico, empleado con sensatez e ironía –“no es nuestro campo de actividad”– para un ministro contador:

“Es un lujo, en la condición económica precaria del país, en vías de desarrollo, desdeñar y despreciar una sólida estructura arquitectónica que nos costará muchísimo dinero volver a erigir cuando un seguro porvenir cercano lo reclame”.

#### 4

El Hospital Vilardebó –en Montevideo– y la Colonia de Alienados en el departamento de San José –a 70 kilómetros de Montevideo– constituyeron durante un siglo el problema más importante de salud mental del Uruguay, y devinieron una cuestión insoluble, dolorosa e inaceptable. El traslado de pacientes desde todos los confines del país –emigración forzada con interrupción de los vínculos familiares y de otras relaciones entrañables– provocó la concentración masiva de personas con un trayecto sin retorno, cuya primera estación de algunos años era el Hospital Vilardebó –durante un corto período el Hospital Musto– y su destino final la Colonia de Alienados.

La calidad de la internación y del asilo fue, en general, muy penosa, con degradación de las condiciones de asistencia y menoscabo de la dignidad de las personas. Esta afirmación es válida, con excepciones, para todo el período histórico y para todos los protagonistas del fenómeno asilar, principalmente para los pacientes y sus familiares, pero también para el personal de salud en cualquiera de sus actividades.

Los testimonios son numerosos y elocuentes.

En el mencionado artículo “Salud Mental - Evolución de la Asistencia Psiquiátrica”, con motivo del centenario del Hospital Vilardebó en 1980, Daniel L. Murguía realiza una descripción conmovedora e imperecedera con los recuerdos del impacto que en 1936, siendo estudiante de medicina, le provocó su primer contacto con los pacientes del Vilardebó:

“Todo era dolor. Existían dos grandes grupos de enfermos: uno estaba integrado por los pacientes melancólicos, que arrastraban su sufrimiento moral durante 8 ó 10 meses, período que duraba la evolución natural del episodio depresivo, cuando no se tornaba crónico en plena senectud. Eran muchas decenas de enfermos que con facies doloroso nos imponían su agobio moral. La sintomatología era florida y abundaban las formas ansiosas y estuporosas. Al dolor moral que trasuntaban sus rostros se agregaba el deterioro físico: consunción por anorexia prolongada, autointoxicación intestinal por constipación en cuya patogenia concurrían la pereza intestinal propia de la depresión y la paresia provocada por los únicos medicamentos disponibles, láudano y morfina, a la que por un eufemismo se la llamaba «papaverina» y por abreviatura simplemente «papa». Úlceras, complicaciones respiratorias y otras incidencias ponían término a la vida de estos pacientes en alto porcentaje de ellos.”

“El otro grupo estaba constituido por los esquizofrénicos y delirantes. Era el grupo más numeroso, el que englobaba a la mayoría de la población hospitalaria. Se le hallaba en las salas, en los pasillos, en los rincones, por los patios o en la quinta; circulaban o se estacionaban solos, aislados, enigmáticos e impenetrables, conllevando cada uno su mundo individual privado o circulaban con sus risas inmotivadas, entregándose a sus soliloquios verbigerados, interminables e incomprensibles, musitados secretamente; otras veces, situados en un rincón o mientras se libraban a una marcha monótona e interminable, exhibían la riqueza de sus estereotipias motrices y verbales, o desplegaban toda la gama de sus manierismos; o bien se les hallaba rígidos, estatuarios en actitudes grotescas, indiferentes a las inclemencias atmosféricas, insensibles al frío en pleno invierno, algunas veces hasta morir helados en la noche perdidos en la quinta. Otras veces los encontramos en sus camas sumidos en un síndrome cataléptico o bien manifestando intensa agitación catatónica. Los delirantes ofrecían el relato florido de una actividad alucinatoria permanente, que enriquecía más y más el dramatismo de su ficción patológica.”

“En ese panorama dantesco se inscribía aún el drama de los enfermos agitados, lo fueran por causas orgánicas, expresión de un cuadro maniaco, o de un estado catatónico; para ellos los únicos recursos eran la contención física o la inyección de trementina. Se les veía inmovilizados por sus chalecos de fuerza sumamente apretados, luchando en vano durante días, hasta el agotamiento, sucios por sus micciones, sudores y deyecciones, acosados por las moscas que pululaban a su alrededor, deshidratados, infectados y escarificados; si eran fijados con trementina estaban inmovilizados por el dolor y rubicundos por la fiebre; luego padecían todas las consecuencias de la supuración que se instalaba, a la que con frecuencia se sumaban infecciones secundarias.”

Otros testimonios confiables y contundentes convergen con esta descripción de Murguía.

De especial interés, con relación a los orígenes de la reclusión asilar en nuestro país, resulta la Tesis de Doctorado “Algo sobre Manicomios” de Andrés Crovetto (1884)<sup>10</sup>, que refleja el período final del Asilo de Dementes y los primeros años del Manicomio Nacional (luego Hospital Vilardebó). El Asilo de Dementes, en la quinta de don Miguel Vilardebó, funcionó desde 1860 y creció hasta 348 personas recluidas en 1879; es la primera concentración significativa de enfermos mentales. Lo sustituye el Manicomio Nacional que se inauguró en 1880, siendo en ese entonces, por su estructura arquitectónica, “el mejor establecimiento para alienados de América del Sur”<sup>5</sup>, tanto como para que en 1910 se lo rebautizara con el nombre del forjador de la medicina y las ciencias naturales nacionales, Teodoro Vilardebó<sup>11</sup>, víctima en comprometido servicio de la epidemia de fiebre amarilla.

Sobre la Quinta de Vilardebó el testimonio del joven Andrés Crovetto, que había ejercido allí como Practicante Interno, dice así:

“A cargo de las locas estaban las hermanas, las cuales ordenaban y aplicaban las medidas de sujeción que ellas creían convenientes (...) Los locos estaban a cargo del capataz, el que, en aquella época, era el jefe del establecimiento, y por tal lo reconocían los sirvientes, no obedeciendo más órdenes que las de él. Él ordenaba y aplicaba los castigos cometiendo las mayores herejías con los enfermos”.

Relata casos de tratamientos brutales del capataz y de los sirvientes, que aun siendo de conocimiento de las autoridades no eran reprimidos; la arbitrariedad imperante llevaba a las hermanas y a los sirvientes a rechazar las indicaciones del médico o del practicante y a aplicar por su cuenta medidas punitivas.

"...existían en el establecimiento dos piezas en las peores condiciones higiénicas, y cuyo pavimento eran duras piedras de granito y destinada a los furiosos". "En una de ellas había un cepo con seis agujeros para tres enfermos, y en otra uno de diez agujeros para cinco enfermos." "Los cepos estaban separados de la pared lo suficiente para dar lugar a que se pudiera entrar a sacar los excrementos que allí se depositaban (cuando se sacaban), y el enfermo que estaba en prisión, lo más que podía hacer era sentarse, puesto que en cada agujero del cepo entraba un pie, llegando a los pocos días de este castigo a llagársele las piernas, sufriendo como es de suponer los más atroces dolores."

Sobre el nuevo Manicomio Nacional (luego Hospital Vilardebó), Andrés Crovetto comparte la idea de su solidez arquitectónica, concebida por el ingeniero Eduardo Canstatt que, al parecer, se inspiró en el Asilo "Sainte Anne" de París de 1876 <sup>5</sup>; pero discrepa con el carácter custodial del emprendimiento, indicando que "no cumple con las reglas de higiene" y resulta "no ser cómodo" y "ser lujoso"; propone suprimir las rejas, mantener servicios mixtos y dar ocupación y distracción a los enfermos. Por lo visto el dilema asilo o rehabilitación estuvo presente en el origen mismo del Manicomio Nacional.

En 1966 el Consultor de la OMS, Dr. Pierre Chanoit (1966)<sup>12</sup>, realiza un ejemplar y memorable "Informe sobre Salud Mental en Uruguay", que ha constituido un referente permanente de las transformaciones en asistencia psiquiátrica y salud mental por las que transita nuestro país.

En ese informe realiza la siguiente descripción del Hospital Vilardebó:

"El día de nuestra visita se alojaban en el hospital cerca de 1.800 enfermos. Este hecho explica que en estas circunstancias resulta difícil describir estructuras terapéuticas. Las camas han ido ocupando progresivamente la totalidad del espacio disponible en los dormitorios, luego las salas de reuniones, y por último, los patios, someramente cubiertos. De noche se añaden colchones para que los enfermos supernumerarios tengan donde dormir. Las condiciones de higiene son desfavorables, especialmente en el sótano donde la falta de luz y ventilación y la persistencia de su condición estigmatizante hacen que las condiciones de vida sean muy penosas, tanto para los pacientes como para el personal."

En los "Comentarios" de su informe, Chanoit dice:

"El paciente mental es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza, se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población, termina su infeliz existencia. En estas condiciones no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a saciedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se cura, ha dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables. Los lugares que se les asignan bien pronto resultan insuficientes. Los poderes públicos tienen el deber de intervenir, ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema. Nos parece que ha llegado la hora de que el Uruguay se decida en ese sentido."

Las condiciones actuales de esta modalidad asistencial son heterogéneas y aunque está en franco retroceso, muestra claridades esperanzadoras y oscuridades inaceptables.

Mental Disability Rights International, con sede en USA, emitió conclusiones críticas y recomendaciones en 1995 en el documento "Derechos humanos y salud mental en el Uruguay"<sup>13</sup>. Esta organización de derechos humanos realizó una nueva auditoría en 2003, con amplio intercambio, en el que no estuvo ausente la polémica franca.

La Facultad de Medicina se expidió, en 1996, a través del documento "Declaración de la Clínica Psiquiátrica en relación a los problemas de notoriedad en el Hospital Psiquiátrico Musto"<sup>14</sup>, que tuvo repercusión en la opinión pública<sup>15</sup>. En ese año, cuando se preparaba el cierre definitivo del Hospital Musto y la rehabilitación del Hospital Vilardebó como hospital para episodios críticos, la muerte de varios pacientes ensombreció esa decisión de la autoridad ministerial que para nosotros era una decisión estratégica razonable pero precipitada en su realización. En esa oportunidad los docentes de la Clínica Psiquiátrica reflexionamos conmovidos y emitimos una extensa declaración de la que ahora destacamos:

“La Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) cooperan y complementan sus acciones en psiquiatría y salud mental en todos los hospitales públicos de Montevideo... En el Hospital Musto, la Clínica Psiquiátrica realiza tareas docentes y tareas asistenciales directas... De esto se desprende que aun cuando la administración del Hospital corresponde a ASSE, la Clínica de la Facultad entiende apropiado realizar sus tareas docentes y asistenciales en las condiciones que ofrece dicho hospital y envía desde otros lugares de la asistencia pública pacientes que merecen asistencia en condiciones de internación. Asumimos, pues, con toda claridad y plenamente, ante la opinión pública, las responsabilidades que puedan correspondernos en relación a los penosos sucesos que motivan esta declaración”.

Y decíamos, más adelante:

“Corresponde establecer con precisión el número de personas fallecidas en el período señalado, su identidad, el motivo de la internación, el diagnóstico del trastorno que padecían, el tratamiento que recibieron y las condiciones de internación a que estuvieron sometidas, así como los peritajes realizados para esclarecer las causas de muerte. Corresponde subsiguientemente comunicar a

**los familiares y a la opinión pública los resultados de esa investigación y las medidas que se establecerán para preservar la seguridad y la calidad de asistencia apropiadas a las personas internadas en ese Hospital.”**

**E insistía, finalmente, la declaración en reiterar “la aspiración compartida con otros servicios clínicos de la Facultad de constituir Comités de Ética, en todos los hospitales del sector público (Hospital de Clínicas y hospitales de ASSE) que funcionen con autonomía de estas instituciones y a las que puedan referir sus problemas los usuarios, los pacientes, los familiares, los técnicos y los funcionarios”.**

**Esta vez –en democracia– los docentes de la Clínica Psiquiátrica renuevan el compromiso ético que sus maestros habían enseñado, entre ellos, Murguía en plena dictadura.**

**El efecto sobre la opinión pública de este documento queda estampado en el editorial de un matutino cuyo elocuente título es “Trascendente Declaración”<sup>15</sup>. El editorialista señala, luego de analizarla exhaustivamente: “Si ya todo esto da perfiles de excepción al documento elaborado por esa dependencia universitaria, esos perfiles se acentúan con la invocación y el recuerdo de los valores morales que han de orientar la conducta profesional en coyunturas como las que emergen de estos hechos tan penosos, invocación bien infrecuente en declaraciones de los diversos sectores tanto gremiales como profesionales”. En ese orden recuerda, después de enumerar algunos principios éticos fundamentales como el de Beneficencia y el de Justicia, es decir, hacer el bien a los pacientes, y dispensar la mayor protección a los más débiles, que “ante un conflicto de lealtades –paciente o instituciones– el médico debe optar por la lealtad al paciente”.**

**El editorial concluye: “Esta declaración es por una parte un rudo aldabonazo que acentúa la evidencia de un panorama dramático en la asistencia de quienes tan indefensos se hallan, y por la otra pone de manifiesto la decidida voluntad de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de brindar su más amplia colaboración para que aquel panorama se revierta y no se repitan situaciones que parecen tan reñidas con la vida y la dignidad de algunos de esos pacientes”.**

## **5**

Sobre esa realidad de más de un siglo se produjeron, luego de la apertura democrática y la aprobación del Programa Nacional de Salud Mental (1986) –con avances y retrocesos–, modificaciones notorias que han permitido acceder a un nuevo panorama bien heterogéneo con desarrollos esperanzadores y rémoras inaceptables.

Como hemos visto en el numeral anterior, la primera concentración significativa de enfermos mentales se completó en 1879 en el “Asilo de Dementes”, con 348 personas (tasa de 6 asilados por diez mil

habitantes). El Hospital Vilardebó previsto en 1880 para 700 camas, supera en una década las 1.000 personas (casi 12 personas o/ooo habitantes) y en 1910 alberga 1.500 personas (14 o/ooo). A partir de 1912, por la creciente demanda de asilo, se abre la Colonia de Alienados, en el departamento de San José, que sumada al Hospital Vilardebó ven elevar el número de asilados hasta cerca de 5.000 personas a mitad del siglo, con tasa próxima al 19 o/ooo, de las más altas del mundo.

Hacia la década del 70 se observa una disminución sostenida de asilados hasta 1.500 personas en 1997 (4.8 o/ooo), 1.100 personas (3,4 o/ooo) en 1999 y 1.000 personas en la actualidad, casi todos ellos concentrados en la Colonia de Alienados<sup>16-20</sup>.

La velocidad de descenso de la población asilar se aceleró en la década del noventa como para anticipar su superación en algunos años; sin embargo, en 2000, el número de asilados tiende a estabilizarse en un millar y reaparece cierta inquietud respecto de su evolución. Esta última inflexión de la curva parece vinculada al empeoramiento progresivo de la situación socioeconómica y cultural que adquiere connotaciones de desastre en 2002.

En la reducción del asilo convergieron la alta efectividad de los psicofármacos y su benéfica interacción con los procedimientos psicosociales y de rehabilitación, los cambios de mentalidad y actitud hacia los enfermos mentales –en especial la jerarquía concedida a la transformación del modelo asistencial y el cuidado por los derechos humanos– y el bloqueo progresivo de la emigración forzada

por el despliegue de la asistencia psiquiátrica a todo el país. El desarrollo de la psiquiatría en los diversos departamentos, en los últimos veinticinco años, constituyó uno de los cambios más trascendentes y marcó un viraje en la asistencia en psiquiatría y salud mental.

Una reducción tan significativa del asilo mental, es un hecho ampliamente saludable que ubica a nuestro país en buenas condiciones para transitar nuevos caminos.

La tasa de asilo ha regresado a los niveles de la época de arranque del "modelo asilar", pero, además, existe una redistribución a nivel nacional del sistema de internación y una modificación funcional de la internación psiquiátrica, con internaciones de breve y corta estadía. El Hospital Vilardebó, reestructurado, tiene hoy 300 camas, esto es, entre un quinto y un sexto de su hacinamiento histórico; más de la mitad de esas plazas de internación corresponden a la modalidad breve y corta para la asistencia de episodios críticos, pero el resto de las plazas "asiste" a personas del sistema judicial y carcelario en condiciones inaceptables tanto desde el punto de vista sanitario como desde el punto de vista de la dignidad y los derechos humanos de esas personas y el personal de salud.

Aun cuando persistan realidades inaceptables, que debemos afrontar con actitud transformadora y comprometida, un nuevo estilo de asistencia está naciendo. El camino a recorrer tiene como objetivos: la hospitalización pautada, de la mayor brevedad posible y con asistencia integral; la asistencia en la comunidad (en centros de salud y en asistencia domiciliaria en crisis); la educación del paciente y de su familia en el manejo de los trastornos mentales específicos<sup>21</sup>; los espacios psicoterapéuticos grupales<sup>22</sup> y personales; la extensión de los programas de rehabilitación; la participación activa de los usuarios y la formación de grupos de autoayuda; el énfasis en los derechos humanos; la incorporación plena o protegida de los pacientes a la actividad social; la discriminación clara entre las necesidades de hospitalización y las de asilo o albergue<sup>23</sup>; el diseño de los planes terapéuticos como "ensayo clínico" y su evaluación sistemática; la integración amplia y la redistribución concertada del poder en los equipos de salud; el mejoramiento en la calidad de los contratos del personal de salud y los nuevos modelos organizativos y de financiación.

Hacia el futuro, en la perspectiva de las aspiraciones enunciadas, la asistencia en la comunidad debe convertirse progresivamente en el escenario principal de la atención en psiquiatría y salud mental.

Para que las salas de internación en los Hospitales Generales cumplan en plenitud sus objetivos deben ser salas de puertas abiertas, como cualquier otra sala hospitalaria; pero como un cierto porcentaje de pacientes –aun con los recursos terapéuticos que hoy disponemos– exige medidas especiales de protección, el Hospital Vilardebó debe consolidarse como centro de resguardo para ese tipo de episodios críticos.

Las medidas de 1996 (cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, reestructuración del Hospital Vilardebó como hospital de agudos, redistribución de los recursos humanos y materiales con despliegue de los Centros de Salud en la comunidad) marcan un salto en el desarrollo de los objetivos del Programa Nacional. En los años sucesivos el Hospital Vilardebó muestra un estilo de actividad inédito, con mejoramiento de la calidad asistencial e incremento de sus recursos asistenciales: programa de Asistencia en Crisis (ACRI)<sup>24</sup> con intervención en el hogar del paciente, salas de emergencia, reducción del tiempo de internación, Centro Diurno, reducción rápida y casi completa de pacientes asilares, incremento de la ductilidad y la integración de recursos terapéuticos en la asistencia de los pacientes ambulatorios, educación de los pacientes, sus familiares y el personal en el trato con los trastornos mentales, Comité de Ética Hospitalario. Especial mención merece la actitud comprometida, la presencia y la iniciativa innovadora del personal de la institución y la participación de los familiares en los programas. Desde luego que persisten también remanentes inaceptables que ya han sido comentados y que es urgente superar. Pero de todas maneras se han creado condiciones para hacer de este Hospital un **Centro de Salud abierto a la comunidad** que supere la mácula que en el imaginario colectivo ha significado como "lugar de encierro de la locura" y se constituya en un benéfico puntal no solo para la salud mental sino para la salud en general.

**En esta nueva perspectiva, el Hospital Vilardebó, tal cual pronosticara Murguía en el editorial que comentamos, se aproxima al "seguro porvenir cercano" que las nuevas condiciones le "reclaman".**

## Referencias bibliográficas

1. **Murguía D.** Salud Mental-Evolución de la Asistencia Psiquiátrica. Rev. Psiquiatría Uruguay 1980;45(267):120-126.
2. **Murguía D.** La Imagen del Hospital Vilardebó: influencia de lo subjetivo en ella. Rev.. Psiquiatría Uruguay 1981;46(276):259-262.
3. **Murguía D.** El cierre del Hospital Vilardebó. Rev. Psiquiatría Uruguay 1983;48(287):217-218.
4. **Murguía D.** El Futuro del Hospital Vilardebó. Rev. Psiquiatría Uruguay 1989;54(316):65-66.
5. **Murguía DL, Soiza Larrosa A.** Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. Rev. Psiquiatría Uruguay 1987;52(309-310):169-179.
6. Separata de Rev. Noticias julio 1999, N° 99 (SMU).
7. Semanario "Aquí", 9/7/1983.
8. Diario "El País", 5/6/1983.
9. **Wertham F.** La señal de Caín (Sobre la violencia humana). México: Ed. Siglo XXI, 1971.
10. **Crovetto A.** Algo sobre Manicomios. Tesis de Doctorado, 1884; Facultad de Medicina, Montevideo.
11. **Mañé Garzón F.** Vilardebó (1803-1857). Primer Médico Uruguayo. Academia Nacional de Medicina del Uruguay. Montevideo: Talleres Gráficos Barreiro, 1989.
12. **Chanoit P.** Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay. OPS - OMS, 1966.
13. Derechos humanos y salud mental en el Uruguay. Mental Disability Rights International. Washington, DC. Junio de 1995.
14. Declaración de la Clínica Psiquiátrica en relación a los problemas de notoriedad en el Hospital Psiquiátrico Musto. Montevideo, 1 de agosto de 1996.
15. Trascendente Declaración. Editorial del diario El País. Montevideo, 8/8/1996.
16. **Arduino M, Cáceres D, Grases E.** Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992. Rev. Psiquiatría Uruguay 1994;58(328):10-22.
17. **Arduino M, Cáceres D, Grases E.** Aspecto histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi en un período de 80 años. Rev. Psiquiatría Uruguay 1995;59(330):19-34.
18. **Ginés AM.** Población internada en el sector estatal (1788-1993). Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Actividad de Educación Continua (Video, Biblioteca SMU), nov. 1993.
19. **Ginés AM.** Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. Rev. Psiquiatría Uruguay 1998;62(2):37-40.
20. **Arduino M, Ginés AM.** Noventa años de la Colonia Etchepare. Rev. Psiquiatría Uruguay 2002;66(2):119-127.

- 21. Fernández M, Labarthe A.** Curso de Psicoeducación en esquizofrenia para personal de salud mental. Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (Clínica Psiquiátrica) - Hospital Psiquiátrico, 1994.
- 22. Palleiro E.** Alternativas técnicas y consideraciones psicopatológicas en la psicosis. Primer Premio Sociedad de Psiquiatría, 1995.
- 23. Ladowsky I.** Investigación y Seguimiento del Programa de Asistencia Familiar de la Colonia Dr. Bernardo Etchepare. Primer Premio Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 1998.
- 24. Porciúncula H, Wilhelm I.** Asistencia en Crisis psiquiátricas (ACRI). Primer Premio Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 1997.