

DEMOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA Y MOVIMIENTOS DE LA POBLACIÓN DEL MANICOMIO NACIONAL DE SANTA ISABEL (1931-1952)

Raquel Tierno

Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. CSM Leganés, Madrid

Resumen:

El presente trabajo describe las características socio-demográficas de los pacientes ingresados en la casa de Dementes de Santa Isabel en Leganés entre 1931 y 1952, así como el movimiento de la población manicomial a través del estudio de los procedimientos de ingreso y alta y de la mortalidad general y específica. Se valora las consecuencias de la aplicación de Decreto de 1931 en la institución en tres momentos históricos consecutivos y bien diferenciados: la República, la Guerra Civil y el primer franquismo.

Palabras clave: Manicomio Nacional de Leganés, mortalidad, historias clínicas, España.

PSYCHIATRIC DEMOGRAPHY AND MOVEMENT OF MAD POPULATION OF SANTA ISABEL NATIONAL ASYLUM (1931-1952)

Abstract:

This paper describes the partner-demographic characteristics of the patients entered, between 1931 and 1952, in Santa Isabel Madhouse in Leganés. We also study the movements of the mad population through the study of the procedures of entrance and discharge and the general and specific mortality. We review the consequences of the application of a new legislation (Decree of 1931) in the institution at three well differentiated historical moments: the Second Republic, the Civil War and the first Francoism

Keywords: Leganés Mental Health Hospital, mortality, medical records, Spain.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han venido realizando estudios diversos sobre establecimientos psiquiátricos concretos que han enriquecido la historiografía española¹. Entre estas instituciones el Manicomio Nacional de Leganés ha sido objeto de aproximaciones que han analizado, fundamentalmente, el fracaso del proyecto de manicomio «modelo» en el marco de las reformas isabelinas². Otros estudios sobre esta institución nos han permitido conocer ciertos aspectos de su funcionamiento desde su inauguración en 1852, así como datos clínicos sobre los pacientes ingresados o la introducción de innovaciones terapéuticas³. Por nuestra parte, nos proponemos describir las características socio-demográficas de la población asilada, los procedimientos de ingresos y altas, la mortalidad general y específica en el interior del establecimiento y, en definitiva el movimiento de la población manicomial en el

¹ FERNÁNDEZ DOCTOR, A. (1993), Psychiatric care in Zaragoza in the eighteen century, *History of psychiatry*, 4, 373-393; TROPPE, H. (1997), Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVII: Los locos del Hospital de los Inocentes (1410-1512) y del Hospital General de Valencia (1512-1699), En V.V.A.A. *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, 141-154; ANGOSTO, T., GARCÍA ALVAREZ, M. X, GONZÁLEZ GARCÍA, A. (1998), Historia del manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas, *Siso/Saude*, 31,17-30.

² PESET, J.L.(1995), El manicomio Modelo en España. En V.V.A.A., *Un siglo de psiquiatría en España*, Madrid, Extraeditorial, pp. 43-51; VILLASANTE, O. (1999), El manicomio de Leganés: debates científicos y administrativos en trono a un proyecto frustrado, *Revista AEN*, 19 (71), 469-479.

³ DELGADO, M. (1986), Los veinte primeros años del manicomio de Leganés (1852-1871), *Asclepio*, 38, 273-297; MOLLEJO, E. (2001), *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1856-1936)*, Tesis doctoral, Salamanca; MORO, A., VILLASANTE, O. (2001), La etapa de Luis Simarro en el Manicomio de Leganés, *Frenia*, 1 (1), 97-119; CURA, M. del (2003), Niños en el Manicomio: La locura infantil en la casa de Santa Isabel de Leganés (1852-1936). En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 611-634; MOLLEJO, E., DEL CURA, M. HUERTAS, R. (2004), La práctica clínica en el manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas, en MARTÍNEZ PÉREZ, J., PORRAS, M. I., SAMBLÁS, P., DEL CURA, M. (coords.), *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Murcia, Universidad de Castilla La Mancha, pp. 149-162; TIERNO, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007a), La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio nacional de Leganés. En: CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R., (coords.), *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, CSIC, Madrid, pp. 329-345; TIERNO, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007b), El manicomio nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En: CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R., (eds), *De la edad de plata al exilio: construcción y reconstrucción de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 107-128; CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007a), La actividad clínico asistencial del manicomio nacional de Leganés en la posguerra. En: CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R., (eds), *De la edad de plata al exilio: construcción y reconstrucción de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 269-285. VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P., TIERNO, R. (en prensa), La Guerra Civil en el manicomio de Leganés: Aproximación de un estudio a la población manicomial. En MARTÍNEZ PÉREZ, J., DEL CURA, M., ESTÉVEZ, J. y BLAS, L. V. (coords.), *La locura y su gestión: conocimiento, prácticas y escenarios*, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha.

período que abarca desde la Segunda República española hasta la primera década del franquismo.

La reforma psiquiátrica republicana ha sido uno de los aspectos más ampliamente estudiados de la historia de la psiquiatría española⁴; sin embargo, son aún escasos los estudios sobre el grado de aplicación de los cambios legislativos propiciados por dicha reforma a la práctica asistencial. A partir del Decreto de 3 de julio de 1931 se contempla por primera vez la posibilidad de ingresos voluntarios y se dedica una especial atención a las estadísticas de enfermos mentales, comenzando a surgir una inquietud por las cifras de mortalidad de los asilados. La vigencia del mencionado Decreto durante la Guerra Civil y la autarquía franquista nos permitirá comparar la situación de la institución en situaciones políticas y socio-sanitarias diferentes, a pesar de tener el mismo telón de fondo normativo.

LA POBLACIÓN MANICOMIAL: DESDE LA REPÚBLICA A LA POSGUERRA

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los 1046 internos en la Casa de Dementes de Santa Isabel entre 1931 y 1952. De dichos pacientes, 271 pacientes estaban ingresados a fecha de 1 de enero de 1931 en el Manicomio y 775 ingresaron desde esa fecha hasta el 31 de diciembre de 1952. En el caso de pacientes que reingresaron se han considerado como un nuevo caso cuando había transcurrido al menos un año fuera del Manicomio lo que ha sucedido en 11 ocasiones, todos ellos internados durante la posguerra⁵. Las limitaciones de los estudios retrospectivos realizados con historias clínicas procedentes de un archivo histórico son evidentes. Los datos obtenidos nos ofrecen, sin embargo, una información que nos permite construir una determinada realidad manicomial como la que sigue.

La edad media de los pacientes ingresados durante este período fue de 40 años, (Desviación Standard (DE): 15,8) siendo el menor un varón de 8 años que ingresó sin diagnóstico de enfermedad mental (sordomudez) y la de mayor edad una mujer

⁴ Algunas de las obras más significativas, ESPINO, J. A. (1980), La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial, *Estudios de Historia Social*, 14, 56-106; ESPINO, J. A. (1987), La reforma psiquiátrica en la II República española. En HUERTAS, R., ROMERO, A. I., ÁLVAREZ, R. (coords.), *Perspectivas Psiquiátricas*, Madrid, CSIC, pp. 221-230; ALVAREZ, R. (1995), La Psiquiatría española en la época de la Segunda República. En V.V.A.A, *Un siglo de Psiquiatría en España*, Madrid, Extraeditorial, pp. 89-111; CAMPOS, R., HUERTAS, R. (1998), Estado y asistencia en España durante el primer tercio del siglo XX, *Revista AEN*, 18 (65), 99-108; HUERTAS, R. (1998), Mental Health and psychiatric care in the Second Spanish Republic, *History of Psychiatry*, 9, 51-64.

⁵ En 3 pacientes, 1 de ellos ingresado durante la Guerra Civil y 2 durante la posguerra, el tiempo transcurrido desde la salida del Manicomio era inferior al año y se ha considerado como el mismo ingreso dado que solía tratarse de pacientes que no regresaban de una licencia temporal cuando correspondía, cursándose el alta administrativa pero recuperando su plaza si no tardaban demasiado tiempo en reaparecer.

de 93 años con demencia senil. Ingresaron solo quince pacientes menores de 17 años, dos de ellos mujeres. El diagnóstico principal de este grupo de edad es el recogido bajo el epígrafe de oligofrenias, agrupando términos como imbecilidad, idiocia, debilidad mental, etc⁶. En 1943, González Ferradas señala la obligatoriedad para todos los manicomios de disponer de un número de camas destinadas a los niños e instaladas en pabellones aparte y relaciona el incumplimiento de dichas disposiciones con la baja proporción de niños asistidos⁷. Si bien las recomendaciones respecto a la división del asilo «en cuarteles diferentes para...la infancia y la edad madura» fueron contempladas en los Reglamentos interiores del manicomio de 1873 y 1885⁸, en los capítulos IV y XIII respectivamente, dedicados a la División del Manicomio, no hemos encontrado ningún dato que pruebe la aplicación real de esta medida. En el Reglamento interior de 1941⁹, que derogaba el anterior, ya no se dispone esta separación física de los niños del resto de la población asilada.

La edad media al ingreso en los adultos fue mayor en mujeres que en hombres (44 años frente a 36), siendo el número de hombres ingresados ligeramente superior al de mujeres, 52% frente a 48%. La mayoría de los pacientes ingresados estaban solteros (65%), y cabe destacar de los 102 viudos que el 80% corresponde a mujeres.

Aunque se trataba de un Establecimiento de carácter nacional, la mayoría de los ingresos se recibían de la provincia de Madrid¹⁰. La procedencia geográfica de los pacientes en el periodo estudiado no varía significativamente respecto a lo sucedido en épocas anteriores: más de un 60 % de los pacientes de Madrid, siendo el resto de los enfermos originarios de 42 provincias diferentes, con escasísima representación de cada una de ellas¹¹. Algunos autores han considerado el domicilio como el lugar más frecuente desde el que llegaban los pacientes¹², sin embargo, si se tienen en cuenta el conjunto de instituciones sanitarias desde donde se derivaron pacientes al manicomio de Leganés (Ciempozuelos y Sanatorio Esquerdo principalmente), el número de pacientes desde estos establecimientos es mayor que el que llegó de sus domici-

⁶ Un análisis de las características de la llamada «infancia anormal» ingresada en el Manicomio de Leganés se puede leer en: DEL CURA, M. (2003), «Niños en el manicomio: la locura infantil en la Casa de Santa Isabel de Leganés (1852-1936)». En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (editores) *Historia de la Psiquiatría en Europa*, Frenia, Madrid, pp. 611-623.

⁷ GONZÁLEZ FERRADAS, M. (1943), La asistencia psiquiátrica en España, *Semana Médica Española*, 117, p. 1.

⁸ Reglamento Orgánico e Interior del manicomio de Santa Isabel de Leganés (1873), En: Instrucción general y reglamentos interiores de los asilos y colegios pertenecientes a la beneficencia general. Madrid, Imprenta Nacional. Reglamento Orgánico para el régimen y gobierno Interior del manicomio de Santa Isabel de Leganés, *Gaceta de Madrid* del 15 de Mayo de 1885, n° 135, pp. 448-450.

⁹ *Boletín Oficial del Estado*, Orden 3 de noviembre de 1941, n° 311, pp. 8697-8701.

¹⁰ DELGADO (1986), VILLASANTE, O., (2002) Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel: Un frustrado manicomio-modelo, *cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2 (2), 139-162.

¹¹ Únicamente Valladolid, Toledo y Ciudad Real alcanzan el 1% de representación en la muestra.

¹² MOLLEJO (2001), p. 224.

lios. No obstante, esta afirmación debe hacerse con cautela pues este dato solo aparece recogido en el 50 % de las historias clínicas¹³.

La estancia media en el manicomio fue de 12 años (DE 13,3), con un rango que oscila entre un mínimo de 0 días (paciente que es dado de alta por traslado el mismo día de su llegada a Santa Isabel) y 57 años. El 50 % de los pacientes estuvieron ingresados menos de 8 años y un 21 % permanecieron en el manicomio menos de un año. Este último dato puede resultar sorprendente dada la condición asilar de estas instituciones; sin embargo, se comprueba que del grupo de pacientes cuya estancia fue inferior a un año, en un 38 % la causa del alta fue la defunción (lo que se puede deber a que muchos pacientes probablemente ingresaban con patologías orgánicas graves que causaban su muerte a los pocos meses de su llegada al manicomio) y en el 26 % se debió a que nunca regresaron de una licencia¹⁴.

LA ADMISIÓN DE LOS ENFERMOS EN LA CASA DE DEMENTES DE SANTA ISABEL

Los ingresos se llevaron a cabo generalmente en función de las altas de modo que la población total del manicomio se mantuvo bastante constante (figuras 1 y 2), creciendo tan solo de 293 pacientes en 1931 a 355 en 1952. Las cifras en todo el periodo estudiado superaron lo estipulado por el reglamento de 1885 (200 pacientes), lo cual podría atribuirse a una utilización del manicomio por encima de su capacidad o a que las sucesivas mejoras del manicomio desde su apertura lo habilitaron para la atención de un número de pacientes mayor¹⁵. El reglamento de 1941 ya reflejó la posibilidad del manicomio de alojar a 400 pacientes, cifra que no se superó en ningún momento. Esta circunstancia obliga a revisar la idea, arraigada en la historiografía, de la masificación y el hacinamiento en el interior del manicomio, al menos en algunas de sus épocas¹⁶.

A pesar de las reformas realizadas Salas y Vaca, en 1929, escribía que «las obras durante estos pasados cuatro años se iban realizando para mejorar los antiguos albergues, aunque no pudiéramos esperar de ellas grandes aumentos en el número de plazas, porque bastante era con perfeccionar la higiene dando garantías de comodidad a los enfermos»¹⁷

¹³ Las historias clínicas abiertas durante el periodo franquista son las más incompletas en diversas variables analizadas.

¹⁴ La salida temporal del establecimiento estaba contemplada en los artículos 59-61 (capítulo V), puede consultarse *Gaceta de Madrid*, 15 de Mayo de 1885, p. 449.

¹⁵ VIOTA Y SOLIVA (1896), p. 93. SALAS Y VACA, J. (1929), *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional de Leganés durante los últimos veinte años*, Madrid. Artes Gráficas, pp. 20-22.

¹⁶ VILLASANTE (2002), pp. 143-144.

¹⁷ SALAS Y VACA (1929), p. 20.

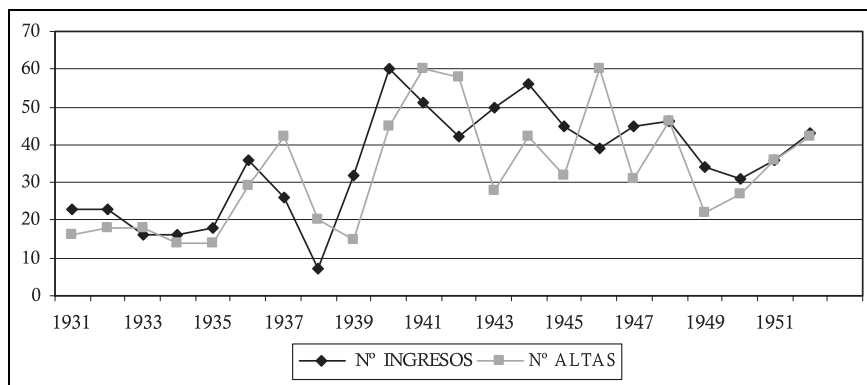


Fig. 1. Distribución anual de ingresos (N=775) y altas (N=715) entre 1931 y 1952.

Juan J. López Ibor, durante su estancia como médico del Manicomio Provincial de Valencia, realizó un análisis de la población asistida en dicho manicomio entre los años 1920 y 1933, encontrando un aumento de los ingresos durante los primeros años de la década de los 30, atribuyendo esta circunstancia al influjo beneficioso del Decreto de 1931¹⁸. En Leganés, comparando las cifras absolutas de ingresos de 1930 con las de 1931, no se objetiva un incremento de la población que pueda ser relacionado con la nueva legislación. Al contrario, durante los primeros años de entrada en vigor del Decreto se observa un descenso progresivo del número de ingresos y un aumento de las altas, aunque manteniendo valores estables¹⁹.

En relación con el sexo de los ingresados, ya en estudios previos se había descrito el predominio de los varones²⁰. Durante la década de los 30 la relación hombre/mujer es 1,3. En los primeros años de la posguerra, en 1941 exactamente, esta relación se invierte por primera vez en el siglo de vida del Manicomio (0,9), debido a que en estos años ingresan un 60 % de mujeres²¹. Esta proporción de pacientes totales se mantiene el resto de la década a pesar de que esos años el número de ingresos de varones vuelve a superar al

¹⁸ LÓPEZ IBOR, J. J. (1934), Demografía psiquiátrica, *La Crónica Médica*, 51 (812), 787-797.

¹⁹ Estos valores estables corresponden a resultados anuales. En un estudio previo sobre Santa Isabel, realizado a partir de las fichas estadísticas conservadas, se objetivó que en los primeros meses de entrada en vigor del decreto se dieron un gran número de altas. Este dato podría ser atribuible a que el Decreto del 31 vino a derogar los trámites burocráticos dispuestos para el alta en el decreto previo, léase TIERNO, VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE (2007b), p. 121.

²⁰ MOLLEJO, DEL CURA, HUERTAS (2004), p.150; VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE, TIERNO (en prensa) y TIERNO, VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE, (2007a).

²¹ CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007b), Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés, *Revista de la AEN*, 99 (1), p. 127.

de mujeres, igualándose su proporción nuevamente en los 50. Es posible que las defunciones en la población masculina originadas durante la Guerra Civil influyeran en la disminución de los ingresos de hombres durante esos años. (figura. 2).

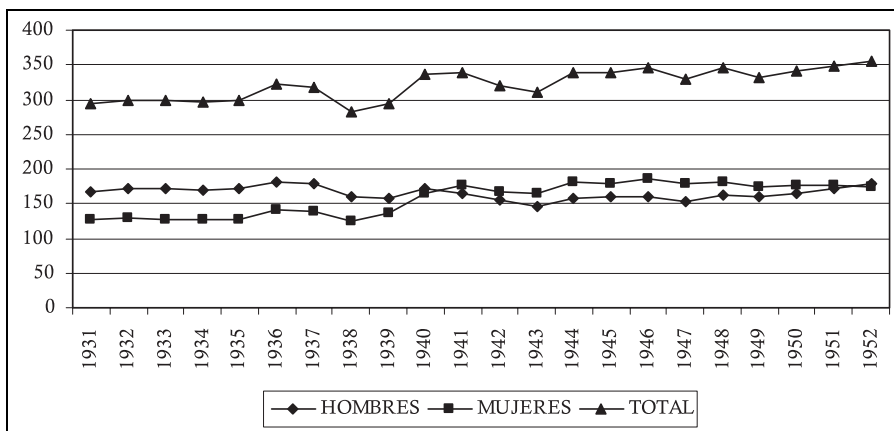


Fig. 2. Número de pacientes ingresados en el Manicomio de Santa Isabel (1931-1952), clasificados por sexo. (N=1046).

La Casa de Dementes de Santa Isabel, había sido fundada para la asistencia de dementes pobres, aunque desde el principio se había permitido el ingreso de un número de pensionistas de condición modesta. Era la familia la que solicitaba la inclusión del paciente en alguna de las categorías de pensionista (primera o segunda) si estaban dispuestos a pagar los honorarios correspondientes²². Pese a ser un Manicomio del Estado, en cuyo reglamento se recogía que el porcentaje de ingresados en régimen de Beneficencia debía ser superior al de pensionistas²³, en los estudios realizados desde su inauguración, se observa que ese requisito raramente se cumplió²⁴.

²² Diversas fuentes consultadas se refieren a las cantidades a pagar por los pensionistas. En el Reglamento de 1885 se recoge en el Capítulo XI todo lo relativo a estas cuestiones: La cuota de los pensionistas de primera clase es de 3,50 Ptas. diarias por estancia y 3,50 Ptas. al mes por el lavado, cuidado y planchado de la ropa; los de segunda clase pagaban 2 ptas. al día por su estancia y lo mismo que los de primera para el cuidado de la ropa. Las cuotas reflejadas en el Reglamento de 1941, artículo 61, capítulo VI, eran de diez pesetas diarias por estancia completa para los de primera categoría, y los de segunda clase, siete pesetas cincuenta céntimos diarios.

²³ *Gaceta de Madrid* (15 de Mayo de 1885), 135, 448-450.

²⁴ SALAS Y VACA (1929), p. 41; MOLLEJO, DEL CURA, HUERTAS (2004), p. 152; CONSEGLIERI, VILLASANTE (2007a), p. 129; CONSEGLIERI, VILLASANTE (2007b), p. 277; TIERNO, VILLASANTE, VÁZQUEZ

A lo largo de nuestro periodo de estudio, el número de pacientes pobres se mantuvo muy estable, sin embargo la categoría de pensionista fue incrementándose progresivamente (figura 3). Se aprecia una excepción importante en esta tendencia durante la Guerra Civil, única etapa en la que el porcentaje mayoritario de nuevos ingresos corresponde a pobres (68 %), a diferencia del resto de periodos donde los ingresos nuevos de beneficencia se limitan a un 20 % aproximadamente.

Durante la República y la Guerra Civil se hallaba vigente el Reglamento de 1885, en el que se especificaba que la categoría de pensionistas estaría ocupada por 70 pacientes entre los de 1ª y 2ª categoría, alojándose gratuitamente a 130 pacientes pobres²⁵. En la figura 3 podemos comprobar que esta proporción se hallaba lejos de cumplirse. A partir de 1941 el manicomio se gobierna por un nuevo reglamento interno, en el que se reconoce el aumento de plazas que ya se venía dando en la práctica²⁶. A pesar de que el aumento de plazas correspondía a ambas categorías, se produjo una pérdida relativa en el departamento de pobres ya que sus plazas aumentaron un 50% mientras que las de pensionistas lo hicieron un 300%; incluso así, no se respetaron estos ratios y los pensionistas sobrepasaron sus plazas mientras que los pobres ocuparon menos de la mitad de las que les correspondían.

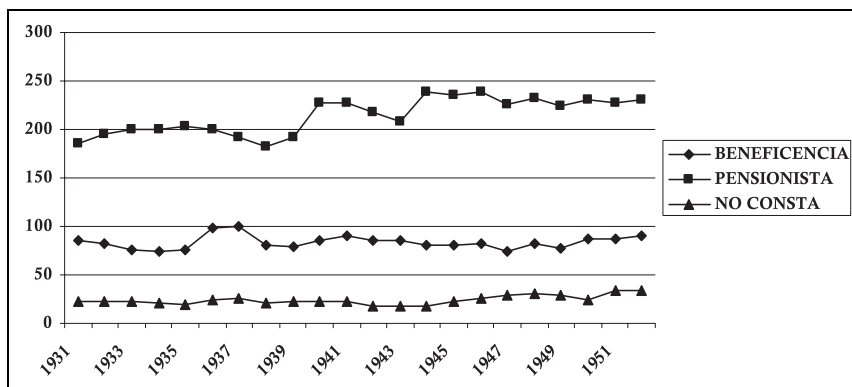


Figura 3. Número de pacientes ingresados en el Manicomio de Santa Isabel (1931-1952), clasificados por categoría de ingreso²⁷. (N=1046).

DE LA TORRE, (2007a), p. 116; TIERNO, VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE (2007b), p. 338; VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE, TIERNO (en prensa)

²⁵ *Gaceta de Madrid* (15 de Mayo de 1885), Capítulo I, Artículo 4º, p. 448.

²⁶ *Boletín Oficial del Estado* (7 de Noviembre de 1941).

²⁷ En la categoría de pensionistas se han agrupado los de primera categoría, los de segunda y aquellos en los que no se especifica el tipo.

En la memoria de Salas y Vaca sobre las mejoras realizadas en los servicios del manicomio, se especifica que el Estado asignaba anualmente 130.000 pesetas al establecimiento con lo que debían cubrirse entre otros gastos todo lo requerido para la asistencia de los enfermos, alrededor de la mitad en aquella época pertenecientes a la categoría de beneficencia. Estos enfermos pobres no podían beneficiarse de las cuotas pagadas por los pensionistas ya que éstas eran insuficientes hasta para su propio mantenimiento. Las cuotas de los pensionistas oscilaban en aquel entonces entre 1,50 y 4 ptas. diarias. Salas y Vaca atribuye a esta escasa asignación el no poder admitir los enfermos de beneficencia que esperaban su plaza desde hacía un año²⁸. Que el dinero aportado por el Estado no fuese suficiente para atender a estos enfermos podría ser una de las razones que explicasen por qué a lo largo de la mayor parte de la historia del manicomio ingresaron más los pensionistas.

No solo la entrada en el manicomio fue más fácil para los pacientes con cierto poder adquisitivo, también las altas se realizaron mayoritariamente en el departamento de pensionistas. Durante la República estas diferencias pueden explicarse por el mayor número de pacientes pensionistas ingresados, sin embargo, las diferencias son demasiado grandes durante el franquismo como para atribuirse a los porcentajes de pacientes ingresados en cada categoría. Durante la Guerra Civil las altas se aproximaron en ambas categorías aunque con una discreta mayoría en los pacientes pobres.

El Decreto de 1931 tuvo como objetivo fundamental regular la admisión y la salida de enfermos mentales en los establecimientos psiquiátricos, superando los impedimentos del Decreto de 1885, vigente hasta la reforma republicana²⁹. La nueva normativa ofrecía tres posibilidades de ingreso: por propia voluntad, por indicación médica y por orden gubernativa o judicial, dictándose normas precisas sobre cómo debía ser la actuación administrativa de los facultativos en cada caso. El poder judicial disminuye frente al adquirido por los clínicos.

La Tabla 1 muestra que los ingresos se realizan mayoritariamente por indicación médica. Esto sucede así durante todo el periodo estudiado a excepción de la guerra, donde se registran ingresos de características irregulares: Por primera y única vez aparecen ingresos gubernativos realizados por orden verbal de Beneficencia y gran número de derivaciones militares. De hecho, en un documento con fecha de 21 de septiembre de 1938, dirigido por el Jefe del Servicio Nacional de Beneficencia y Obras Sociales a la Administradora Depositaria del Manicomio de Santa Isabel, se informa de que deberán ser atendidas las órdenes urgentes de la Autoridad Militar para el ingreso de dementes, quedando suspendido el ingreso normal y reglamentario de enfermos hasta nueva disposición³⁰.

²⁸ SALAS Y VACA (1929), p. 41

²⁹ Un análisis detallado de las aportaciones de dicha ley aparece en APARICIO BASAURI, SÁNCHEZ GUTIÉRREZ (1997).

³⁰ Formando parte de diverso material no clasificado del Archivo Histórico del Manicomio de Santa Isabel, conservado en el IPSSM José Germain de Leganés.

Tabla 1. Modalidades de ingreso de los pacientes en cada uno de los periodos. (N=775).


	1931-1935	1936-1938	1939-1944	1945-1952
Indicación médica	77,1 %	39,1 %	91,7 %	97,2 %
Propia voluntad	1 %	0 %	0 %	0 %
Petición familiar	9,4 %	0 %	0 %	0 %
Orden gubernativa o judicial	8,3 %	44,9 %	2,1 %	0,9 %
Orden militar	0 %	15,9 %	0,8 %	0 %
No consta	4,2 %	0 %	5,4 %	1,9 %

La posibilidad del internamiento voluntario fue, probablemente, uno de los aspectos más novedosos del Decreto de 1931; sin embargo, esta modalidad de ingreso sólo se halla en uno de los pacientes. Se trata de un varón de 30 años, casado y natural de Madrid, que ingresa el 2 de diciembre de 1935 con diagnóstico de Epilepsia, fue tratado con Luminal y dado de alta cinco años después por fallecer en un ataque epiléptico. En su historia clínica no se ha encontrado la firma del enfermo, exigida en el Decreto en este tipo de ingresos³¹.

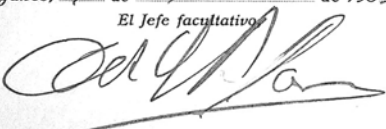
En las dos posibilidades de ingreso forzoso contempladas por el Decreto, la indicación médica y la orden judicial o gubernativa, se debía obligatoriamente informar al juzgado del ingreso así como la permanencia del paciente en la institución. A las 24 h. de la llegada del paciente, el director médico debía comunicar al gobernador de la provincia dicha admisión y remitir al juez de primera instancia de la última residencia del paciente, un parte (por duplicado) como notificación de ingreso. Una de las copias de dicho parte debía ser sellado y devuelto al manicomio. Después de la notificación de ingreso, el director debía seguir enviando *partes semestrales* sobre la situación clínica del enfermo, en los que se justificara la necesidad de continuar su internamiento. Estos documentos, una muestra de los cuales puede verse en la figura 4, no se han hallado en el total de las historias clínicas. Probablemente parte de ellos se han perdido con el transcurso de los años pero en cualquier caso, la documentación encontrada incluye varias cartas del juzgado dirigidas al director médico de la institución, recla-

³¹ Hasta la llegada de la nueva legislación en 1931, el Real Decreto de Romero Robledo regulaba el ingreso del loco en el manicomio, concibiéndose dos tipos de ingresos: de observación y de reclusión definitiva. El nuevo Decreto para la asistencia a los enfermos mentales de 1931 estableció tres tipos de ingresos: por propia voluntad, por indicación médica y por orden judicial. El ingreso voluntario exigía un certificado firmado por un médico colegiado y legalizado por el inspector médico del distrito o en su defecto un certificado del médico del establecimiento donde era ingresado el paciente y una declaración firmada por el propio enfermo donde indicaba su deseo de ser tratado en el centro.

mando dichas notificaciones e instándole a cumplir lo establecido por ley, lo que nos hace pensar que no se realizaban con la frecuencia establecida legalmente (figura 5).


MANICOMIO
DE SANTA ISABEL
LEGANÉS
CUERPO FACULTATIVO

el enfermo D. [redacted] que ingresó
 en este manicomio en 26 de *Septiembre*
 de 1932 en virtud de Orden de la Dirección general de *Administración*
 de 26 de *Septiembre* de 1932,
 hijo de *Dominiano* y de *Concepción* natural
 de *Abenjoan* provincia de *C. Real*,
 de 27 años, estado *S.* y profesión *Oficial de Carab.*
 cuyo ingreso certificaron los Médicos D. *Heliodoro*
Fuentes Vermejo y D. [redacted]
 con domicilio en *Abenjoan (Ciudad*
Real) padece *irritabilidad, inestabilidad, negativismo, desorientación*
de tiempo, debilidad en la atención, resistencia
su permanencia en el establecimiento.

Lo que en cumplimiento del artículo 22 del Decreto de 3 de
 Julio de 1931, participo a V. S. remitiéndole por duplicado este
 informe a fin de que me devuelva sellado un ejemplar.
 Leganés, 7 de *Abril* de 1933
 El Jefe facultativo


Sr. Juez de 1.ª Instancia e Instrucción de *Zetafe*

Fig. 4. Parte semestral en caso de internamiento involuntario de un paciente³².

³² Historia clínica nº 1035, conservada en el Archivo Histórico del Manicomio de Leganés, actualmente localizado en la Biblioteca del IPSSM José Germain de Leganés.

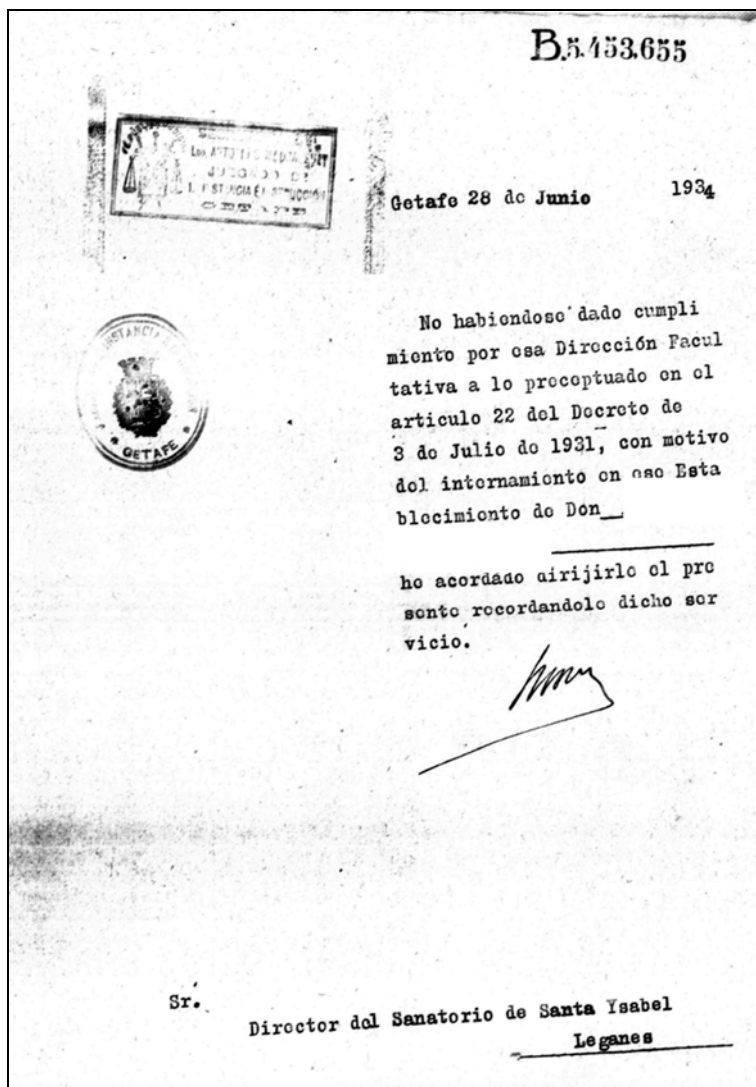


Fig. 5. Documento remitido desde el Juzgado de Getafe al Director del Sanatorio de Santa Isabel, solicitándole el cumplimiento regular de los partes semestrales en el caso de internamiento involuntario de una paciente³³.

³³ Historia clínica nº 1054, conservada en el Archivo Histórico del Manicomio de Leganes, actualmente localizado en la Biblioteca del IPSSM José Germain de Leganes.

Al igual que se produjeron irregularidades en los ingresos realizados durante la Guerra Civil, el lugar de procedencia también varió respecto a lo que venía siendo habitual en épocas previas y posteriores del Manicomio³⁴. El porcentaje de pacientes madrileños, que en la República se limitaba a 67,7%, con pacientes de 14 provincias más, se incrementó hasta el 85.5%, limitándose las derivaciones a 4 provincias. Probablemente el traslado de enfermos en esta época se vio dificultado por los problemas de desplazamiento durante la guerra. Por el mismo motivo, las derivaciones desde establecimientos psiquiátricos particulares, que constituyeron un grupo numeroso de ingresos en el Manicomio durante la Guerra Civil, se realizaron principalmente desde dos clínicas que existían en el municipio de Leganés: la Clínica Neuropsiquiátrica de San Antonio³⁵, perteneciente a Antonio Martín Vegué, y otra clínica, cuyo nombre no hemos podido identificar, regentada por José María Moreno Rubio. Ambos médicos (así como también Aurelio Mendiguchía Carriche), que trabajaron como facultativos en el Manicomio de Leganés, ejercieron como alcaldes de este municipio durante la guerra³⁶. Del grupo de los diez pacientes de la clínica neuropsiquiátrica de San Antonio que ingresaron en el Manicomio a lo largo del periodo de la guerra, destacamos ocho por la particularidad de su ingreso. Todos fueron trasladados el día 15 de julio de 1937, por causas desconocidas y mediante una orden verbal de la Dirección General de Beneficencia, tal como se desprende de una nota hallada en una de las historias que contiene la respuesta que el Manicomio da a una petición del año 1940 del Jefe del Servicio Nacional de Beneficencia y Obra Social, en relación a la reclamación de un paciente:

«[...] El ingreso del enfermo mental [...] en el pensionado de 2ª clase, con la fecha anteriormente indicada, fue ordenado verbalmente por el entonces Delegado General de Beneficencia [...], cuyo enfermo en unión de otros seis³⁷, fueron trasladados de la Clínica neuropsiquiátrica de San Antonio, cuya Dirección es llevada por el Dr. Antonio Martín-Vegué.

Con fecha de 10 de Septiembre de 1938, creímos un deber elevar a esa Dirección General de Beneficencia, una memoria acerca de la situación del Manicomio, y en la misma, se daba cuenta del ingreso de los enfermos de la Clínica Neuropsiquiátrica, que por no tener documentación oficial, figuraba como refugiado, esperando la determinación que adoptase esa Dirección y que estimase más conveniente para legalizar la situación de estos enfermos.

³⁴ VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE, TIerno (en prensa).

³⁵ En el Archivo del Ayuntamiento de Leganés, existe documentación que acredita la existencia de esta clínica y una petición de reforma con varias plantas en el año 1934, y que continuó funcionando después de la misma.

³⁶ ALONSO RESALT, LÓPEZ MUÑOZ (1999), pp. 71-84.

³⁷ En realidad fueron ocho los trasladados desde San Antonio en esa fecha, como se ha expuesto antes.

Firmado por el Jefe del Servicio Nacional de Beneficencia y Obras Sociales, [...], se recibió en la Administración de este Manicomio, un oficio de fecha 21 de Septiembre de 1938 [...], en el cual dice: « [] que sigan asistiendo en el Establecimiento los dementes re-ingresados con posterioridad a la ocupación de ese pueblo por nuestro Glorioso Ejército y en cuanto a los procedentes de la Clínica de San Antonio se les lleve cuenta detallada de sus estancias para que en su día sirva de justificación el abono correspondiente»[...].^{38»}

Sólo un pequeño porcentaje de los ingresos en la guerra se realizaron por traslados desde cárceles y cuarteles. Sin embargo, resulta especialmente llamativo durante esta época el aumento de pacientes procedentes de una institución religiosa (Tabla 2).

Tabla 2. Lugar de procedencia de los pacientes en los distintos periodos estudiados. (N=775).

	1931-1935	1936-1938	1939-1944	1945-1952
Institución benéfica	0 %	0 %	2,1 %	1,9 %
Domicilio	36,5 %	5,8 %	1,3 %	0 %
Cárcel	0 %	1,4 %	0 %	0,3 %
Hospitales o manicomios	38,5 %	46,2 %	21,6 %	17 %
Cuartel	0 %	4,3 %	0 %	0 %
Institución religiosa	5,2 %	18,8 %	2,9 %	1,6 %
No consta	19,8 %	23,2 %	72,1 %	79,3 %

El día 25 de julio de 1936, una semana después del inicio de la Guerra Civil, ingresaron catorce personas a la misma hora, las cuatro de la tarde, de las que todas, excepto una³⁹, eran Hermanas de La Caridad. Si bien no se especifica de qué institución hospitalaria o residencial procedían, es probable que este traslado masivo estuviese en relación con el asalto a determinadas instituciones religiosas tras el estallido de la contienda. El 21 de Julio de 1936, la Casa Central de las Hijas de la Caridad en la calle Jesús de Madrid en la que vivían 170 religiosas fue tomada por los milicianos, obligándoles a abandonarla⁴⁰. Parece posible que algunas de estas religiosas enfermas fuesen trasladadas, previo paso por el Hospital de la Beneficencia para Mu-

³⁸ Documento hallado en la Historia Clínica nº 1152, conservada en el Archivo Histórico del Manicomio de Leganés, actualmente localizado en la Biblioteca del IPSSM José Germain de Leganés.

³⁹ Esta mujer laica, de la que no conocemos si presentaba algún lazo de unión con las religiosas, procedía de Madrid. Fue diagnosticada de oligofrenia, imbecilidad y falleció en el Manicomio en el año 1944.

⁴⁰ INFANTE BARRERA, A. (2004), p. 140. Esta información hemos tratado de contrastarla con la prensa de la época, teniendo en cuenta que los rotativos son mayoritariamente madrileños y, por tanto, bajo el control del Gobierno Republicano. Se ha consultado *Abc Madrid*, *Abc Sevilla*, *Heraldo de Madrid*, *El Liberal*, *La Libertad*, *Debate*, sin encontrar referencias a dicho acontecimiento.

jeros Incurables⁴¹, al Manicomio de Leganés. En las historias, además de fotografías, consta una exploración clínica detallada de sus síntomas psiquiátricos, por lo que, si bien al principio barajamos la posibilidad de «un refugio para religiosas sanas», es probable que pudiesen ser enfermas mentales cuidadas previamente en la Casa Central de Madrid. De estas trece religiosas, tres son dadas de alta el 5 de Noviembre de 1936, un día después de que Leganés fuera ocupado por el ejército nacional, pasando a prestar servicio a la Comunidad del Establecimiento o del Colegio de la Inmaculada (Colegio de niñas y párvulos de las Hijas de la Caridad)⁴². A pesar de que figurase un diagnóstico psiquiátrico en las historias clínicas de estas tres monjas, llama la atención el paso a formar parte del personal de la institución justo tras la llegada de las tropas franquistas al municipio, por lo que no descartamos la hipótesis del Manicomio como refugio. El resto continuaron ingresadas después de esa fecha y fallecieron en el Manicomio, excepto una religiosa que fue trasladada en el año 1986 a una residencia de ancianos. Dos de los fallecimientos tuvieron lugar antes de la entrada del ejército franquista a Leganés, tres más antes de que finalizara la guerra y las restantes fallecieron en fechas posteriores a la contienda⁴³.

LA DIFÍCIL SALIDA DE LA INSTITUCIÓN

En las historias clínicas revisadas, se recogen muy variados motivos de alta: curación, remisión, defunción, no regresar de licencia, finalizar el periodo de observación, evasión, etc. En un elevado porcentaje de las historias, que oscila entre el 21 % y el 37 %, no se recoge la situación clínica al alta del paciente.

La causa más frecuente de alta durante todo el periodo estudiado fue la defunción (figura 6), pasando del 71% en 1931-1935 al 53% en 1945-1952. Esta disminución progresiva de las defunciones coincide con un aumento paralelo de las altas por mejoría. Tan solo en un caso, el motivo de alta, tras un periodo de observación, fue la ausencia de enfermedad mental.

⁴¹ Esta información se la debemos a Sor Angela Infante, quien amablemente nos facilitó algunas referencias sobre documentación religiosa.

⁴² El Colegio de la Inmaculada, perteneciente a la misma orden religiosa está situado en frente del Hospital Psiquiátrico y, aún hoy, funciona como un Colegio concertado de Educación Infantil, Primaria y Secundaria. En la actualidad, según la información aportada por la Comunidad, no hay ninguna religiosa que viva allí que estuviera en el hospital psiquiátrico trabajando o como paciente.

⁴³ VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE, TIerno (en prensa).

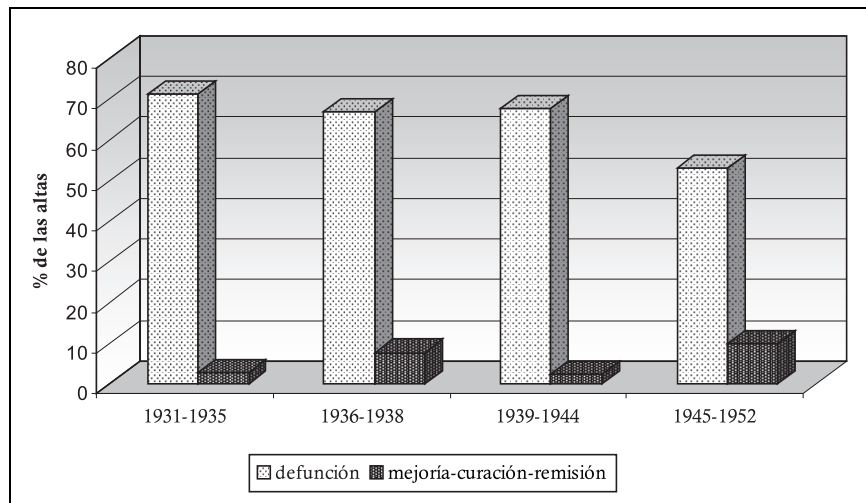


Fig. 6. Datos comparados de altas por defunción y altas por mejoría del total de altas realizadas en cada uno de los periodos estudiados.

La licencia temporal estaba contemplada en el Reglamento de 1885⁴⁴, con distinciones para los pensionistas. A los pacientes de dicha categoría se les concedía este permiso cuando el médico lo aconsejaba como prescripción exploradora o coadyuvante, o cuando lo pedía el tutor o un pariente o persona allegada al alienado. Los pacientes pobres tenían más difícil la concesión de estas licencias, en su caso sólo podían obtenerla por prescripción facultativa urgente o petición del representante legal. El Decreto de 1931 permitió estos permisos, concedidos a modo de «ensayo», con una duración máxima de tres meses y en casos excepcionales dos años⁴⁵. Durante su estancia fuera de la institución, los familiares estaban obligados por el Decreto a remitir al Médico Director una información mensual sobre el estado del enfermo; tampoco podían negarse los familiares a que el enfermo fuese visitado por el personal médico del establecimiento o sus representantes si el Director lo estimaba oportuno «para el buen conocimiento de la psicosis del paciente»⁴⁶. La regulación de las salidas temporales en el Reglamento Interior de Santa Isabel de 1941 fue el resultado de una combinación entre las condiciones del reglamento previo (1885) y las innovaciones del Decreto de 1931. Se conceden los permisos de tres meses con posibilidad de am-

⁴⁴ *Gaceta de Madrid* (15 de Mayo de 1885), p. 449

⁴⁵ *Gaceta de Madrid* (7 de Julio de 1931), artículos 30-31, p.189.

⁴⁶ *Ibidem*.

pliación excepcional a dos años con las mismas obligaciones de los familiares, pero se mantiene la dificultad de acceso a estos permisos para los pobres⁴⁷. El no regresar de un permiso fue la causa responsable del 25-30 % de las altas de cada periodo, excepto en la guerra, época en la que se limitaron los permisos manicomiales y ninguna de las altas responde a este motivo (figura 7)⁴⁸.

Las estadísticas llevadas a cabo en Santa Isabel no especifican quiénes eran los pacientes que disfrutaron de estos permisos por lo que solo hemos podido acercarnos a esta población a través de los 166 pacientes en los que consta este motivo como causa de alta en su historia clínica. De ellos, 44,6 % fueron hombres y 55,4 % mujeres y en su mayoría, un 75,9%, pertenecían al departamento de pensionistas.

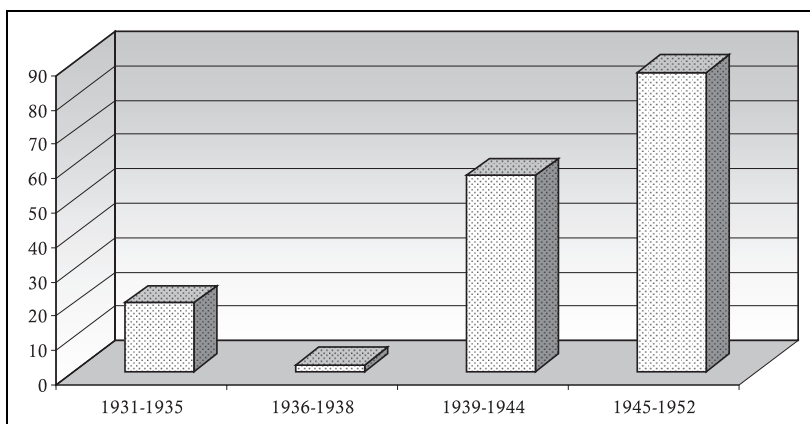


Fig. 7. Número de pacientes que son dados de alta por no regresar de licencia en cada uno de los periodos analizados. (N=166).

Las evasiones del manicomio fueron escasas; solo ocho hombres y una mujer huyeron en los más de veinte años analizados. Los suicidios, todavía más reducidos, se limitaron a tres pacientes, dos hombres, uno pobre y otro pensionista, de 25 y 31 años, diagnosticados de esquizofrenia y una mujer pobre de 37 años, diagnosticada de melancolía con ansiedad. El varón de 25 y la mujer se suicidaron el mismo año de su ingreso, el hombre de 31 años lo hace cinco años después.

⁴⁷ Orden del 3 de Noviembre de 1941, publicada en el *BOE del 7 de Noviembre de 1941*, capítulo V, artículos 54-59.

⁴⁸ Durante el periodo de 1936-1938, agrupado de este modo por cuestiones metodológicas, el 1,2% de las altas realizadas fueron motivadas por no regresar de una licencia (n=2), pero todas ellas correspondían a meses previos a la guerra.

La petición familiar se contempló como causa de alta en todos los periodos. Durante la República se constata esta modalidad de alta en un 1 % y durante los años analizados del franquismo osciló del 3,2 al 4,4%.

El alta por petición propia solo se llevó a cabo en cinco casos, uno en la República, uno en la Guerra Civil, uno en los primeros años de la posguerra y dos más en el resto de los años analizados. Este dato, junto con el único ingreso voluntario realizado en los veintiún años analizados (en concreto durante los años de la República), nos demuestra la casi nula repercusión asistencial de una de las innovaciones fundamentales del Decreto del 31, la voluntad del paciente.

LA MORTALIDAD MANICOMIAL

Diversos estudios sobre la evolución de la tasa de mortalidad general en España reflejan que las únicas excepciones destacables a una tendencia descendente durante la primera mitad del siglo fueron los aumentos de la mortalidad producidos por la pandemia de gripe de 1918 y la Guerra Civil, cuyas consecuencias se extendieron hasta la primera posguerra. A partir de 1942 la mortalidad española desciende definitivamente hasta la década de los 50, alcanzándose un nivel inferior al 1%⁴⁹.

Si bien el manicomio no gozaba de muy buena prensa a principios de siglo⁵⁰, Salas y Vaca se vanagloria de una «*halagüeña estadística*» con un 7% de altas por remisión y un porcentaje de mortalidad que oscilaba entre 6-8% en las primeras décadas del s.XX⁵¹. Estas cifras pueden compararse con los datos del manicomio de Ciempozuelos en 1908, que arrojaban un 9,5% de mortalidad y un 6,8% de mejorías/curaciones respectivamente⁵². En los datos de Ciempozuelos correspondientes al primer trimestre de 1909, se destacaba una reducida mortalidad en el departamento de hombres frente a cifras elevadas en el de mujeres. El Director de Ciempozuelos atribuyó estas diferencias al abandono en la institución de «gran número de ancianas, deshecho de familias menesterosas»⁵³.

En nuestro análisis, mostrado en la figura 10, partimos de porcentajes de mortalidad al inicio del periodo, inferiores al citado en la obra de Salas y Vaca (3,75% en 1931 y 5,33% en 1932). En esta institución se venía produciendo el mismo descenso paulatino de mortalidad que en la población general. Con la llegada de la guerra,

⁴⁹ ROBLES GONZALEZ, GARCÍA BENAVIDES, BERNABEU MESTRE (1996).

⁵⁰ Sobre la escasa medicalización del manicomio Modelo y su mala prensa se puede consultar VILLASANTE, O. (2005), Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el periodo de entre siglos: asistencia pública frente a sanatorios privados, *Frenia*, 5, 69-99.

⁵¹ SALAS Y VACA (1924), p. 13.

⁵² GAYARRE (1909) p. 154.

⁵³ *Ibidem*, p. 158.

probablemente relacionado con las malas condiciones socioeconómicas, se invierte esta tendencia descendente, alcanzándose cifras de mortalidad elevadas durante la misma y principalmente en la primera posguerra (12,7% en 1941).

En el periodo estudiado la mortalidad fue mayor en hombres que en mujeres a excepción de los años 1937, 44 y 51. Una ficha estadística del Manicomio en 1951, mostrada en la figura 9, refleja la elevada mortalidad femenina, con una tasa de mortalidad en varones de 28 por mil y en mujeres de 71 por mil. Estos datos se confirman en nuestro estudio, en 1951, el 4,07% de defunciones en el departamento de hombres y 9,04% en el de mujeres, no coincide con las cifras del parte pero sigue siendo una diferencia importante entre sexos.

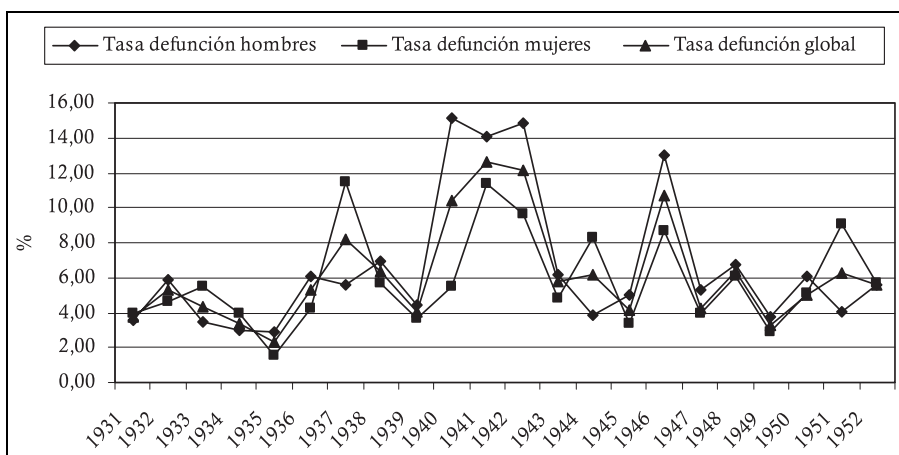


Fig. 8. Porcentaje de defunciones anuales en hombres, mujeres y población total.

El registro de la mortalidad empezó a preocupar a las autoridades médicas, que pusieron mayor empeño en la adecuada recogida de los índices de mortalidad. El 28 noviembre 1931 se había ordenado que todos los establecimientos psiquiátricos, oficiales y privados, llevaran una estadística general de los enfermos mentales y otra especial de las enfermedades mentales con arreglo a la clasificación de Kraepelin⁵⁴. La Sección de Psiquiatría e Higiene Mental enviaba fichas para facilitar el trabajo, que fueron cumplimentadas mensualmente y anualmente por los Médicos Directo-

⁵⁴ Las cuestiones nosográficas habían preocupado a los psiquiatras ya desde las primeras décadas del siglo veinte, un ejemplo de ello aparece en FERNÁNDEZ SANZ, E. (1930), Taxonomía psiquiátrica y asistencia a los alienados, *Archivos de Medicina, Cirugía y especialidades*, 31 (2), 29-32.

res, debiendo remitirse a la Dirección General de Sanidad⁵⁵. Una copia de dichos documentos se conserva en el Archivo Histórico del Manicomio⁵⁶. En estas fichas se recogen las distintas posibilidades de alta de los ingresados, entre ellas las defunciones, pero solo en números absolutos en cada una de las diversas clasificaciones de que eran objeto los pacientes.

11-03

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

SECCION 2.ª

CAPITAL DE Madrid AÑO 1951

MANICOMIO NACIONAL DE SANTA ISABEL = LEGANÉS

BENEFICENCIA

MOVIMIENTO DE DEMENTES EN LOS MANICOMIOS

	VARONES	HEMBRAS
Existencia en 1.º de año	175	182
Entrados en el año	21	18
Salidos en el año... {		
	Por muerte	5
Por otras causas	14	4
Existencia en fin de año	144	182
Mortalidad por 1.000 acogidos	28.2‰	41‰

Seguivi 11 de Abril de 1952.
El Director.

Fig. 9. Parte estadístico anual con datos de 1951 donde se detalla la mortalidad diferenciada entre sexo.

Este aumento de interés por los datos relativos a cifras de mortalidad en pacientes se vio reflejado en la publicación por el INE de índices de mortalidad de los pa-

⁵⁵ El 10-noviembre-1931 se decreta la creación de un Consejo Superior de Psiquiatría, dependiente de la Dirección General de Sanidad, entre cuyos cometidos estaría la Inspección de Hospitales Psiquiátricos y la realización de una estadística nacional anual de enfermos mentales, véase *Gaceta de Madrid* del 12 de noviembre de 1931, n° 316, p. 932-933. En dos Órdenes posteriores, con fechas del 27 y 28 de Noviembre de 1931, publicadas en la *Gaceta de Madrid* del 2 de Diciembre de 1931, n° 336, 1376-1377, se especifica más detalladamente las características y condiciones de la puesta en marcha de esta labor estadística. Una transcripción de ambas órdenes se encuentra en el Archivo Histórico del Manicomio de Leganés, formando parte de diverso material administrativo no clasificado.

⁵⁶ Recientemente se ha publicado un análisis de los movimientos de la población manicomial durante la II República española y durante el franquismo, a través del estudio de dichos partes estadísticos; una imagen de estos partes se muestra en estos artículos: TIERNO, VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE (2007a) y CONSEGLIERI, VILLASANTE (2007b).

cientes ingresados en los asilos y hospicios de beneficencia. Concretamente, se han hallado datos de 1931, 1932 y 1933, en el Instituto Nacional de Estadística, que nos permiten comparar la mortalidad de las instituciones asilares no sanitarias en las diferentes capitales de provincias. Con una muestra representativa de ellas se refleja en la figura 10 las enormes variaciones entre instituciones, probablemente influidas por las diferentes condiciones asilares y por las características de los asilados, no especificadas en el registro del INE⁵⁷. Durante unos años no se volvieron a publicar estos datos, conociéndose nuevamente los correspondientes a 1940 y posteriores. Los Anuarios en los que aparecían estos resultados llevaban un desfase de uno o dos años respecto a las cifras expuestas, por lo que la intermitencia de los datos se explicaría por la llegada de la guerra que interrumpió el ritmo habitual de publicaciones estadísticas.

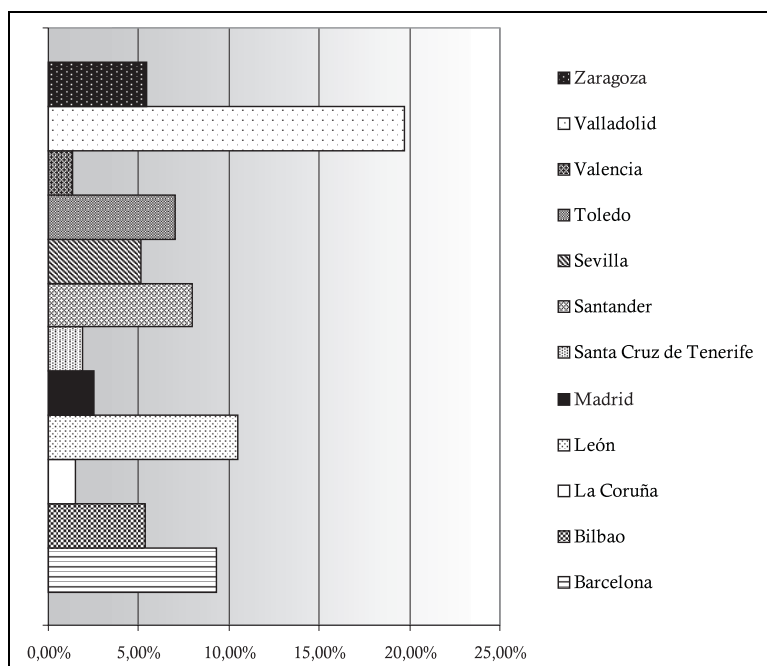


Figura 10. Tasas de defunción en asilos y hospicios de la beneficencia en las capitales de provincias durante 1933⁵⁸.

⁵⁷ *Anuario Estadístico Nacional del año 1934*, Madrid, Artes Gráficas, p. 805. En dicho anuario hay datos correspondientes a todas las capitales de provincia del año 1933.

⁵⁸ *Ibidem*.

Por alguna razón, la mortalidad en las instituciones manicomiales no fue objeto de interés hasta más avanzado el período. No se tienen datos hasta 1944, año a partir del cual se publican regularmente en los anuarios estadísticos correspondientes. Manuel González Ferradas, Inspector General de Asistencia Médico-Social y Jefe de la Sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad, se quejaba en 1943 de no poder cuantificar adecuadamente las cifras de mortalidad en enfermos mentales ni sus causas, proponiéndose como objetivo un estudio más detenido de las mismas a través de fichas especiales⁵⁹. Este objetivo fue cumplido solo parcialmente a la luz de los datos publicados al año siguiente por el INE, que se centra en cifras dejando de lado el análisis de las causas.

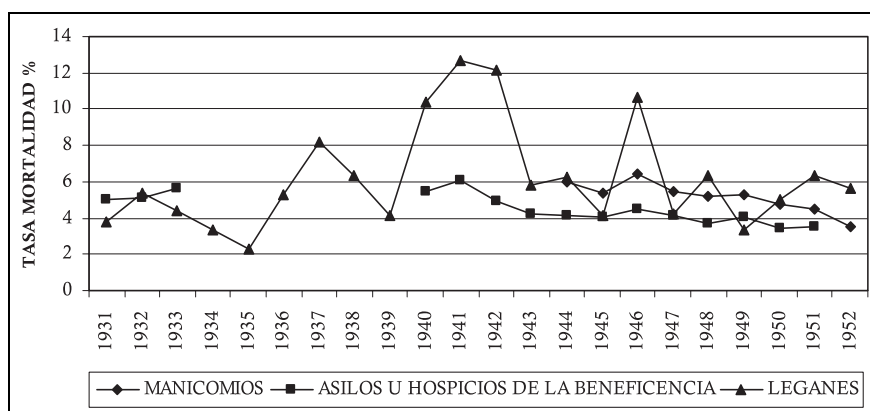


Fig. 11. Tasas de mortalidad anual de Santa Isabel (1931-1952) comparadas con tasas de mortalidad de manicomios en territorio nacional y asilos u hospicios de la beneficencia de las capitales de provincia⁶⁰.

La figura 11 se ha elaborado en un intento de mostrar mejor las defunciones ocurridas en el Manicomio de Leganés. Se han comparado los datos de mortalidades manicomiales y asilares durante todo el periodo en el territorio nacional con las tasas anuales de mortalidad del manicomio de Leganés a partir del análisis de nuestra muestra. Llama la atención comprobar cómo los años de la guerra y la primera posguerra tuvieron un balance muy negativo para la población del manicomio, con cifras más elevadas que en el resto de las instituciones que aportan datos. No podemos

⁵⁹ GONZALEZ FERRADAS (1943).

⁶⁰ Los datos de mortalidad de los manicomios y asilos de beneficencia han sido tomados del Fondo Documental del Instituto Nacional de Estadística.

dejar de señalar que las únicas cifras halladas en el período republicano apuntan a una mejor condición del manicomio de Leganés respecto a otros asilos u hospicios de la beneficencia. Por otro lado tampoco queremos obviar que las cifras con las que se han comparado las mortalidades de Santa Isabel son valores medios, y que por aquellos años las cifras concretas de mortalidad en manicomios oscilaban enormemente, llegando a mortalidades del 33%, según literatura de la época⁶¹.

Por lo general, las cifras de mortalidad en asilos no manicomiales se mantuvieron paralelas a las manicomiales, aunque siempre en un porcentaje inferior, lo que traducía probablemente una mayor edad en los asilados dementes respecto a los hospicios, que albergarían a una población de un rango de edad más amplio, probablemente incluyendo datos de orfanatos.

Ha quedado claro que poco se conocía en aquella época en lo referente a tasas de mortalidad manicomial y menos aún en lo relativo a las enfermedades causantes de dicha mortalidad. En la actualidad no se ha avanzado mucho en esta línea; se han publicado importantes estudios monográficos de establecimientos manicomiales en los que se realiza un análisis exhaustivo de las defunciones de la población, pero nunca pasando la barrera de la Guerra Civil⁶².

LAS INFECCIONES EN SANTA ISABEL

Las causas de fallecimiento en el manicomio de Santa Isabel se han agrupado por sistemas, diferenciando las causas de origen infeccioso (Tabla 3). Las enfermedades cardio-circulatorias no infecciosas (miocarditis, insuficiencias cardíacas y cardiopatías isquémicas) fueron las principales causas de muerte. El segundo lugar lo ocuparon las enfermedades neurológicas; dentro de las cuales se incluyen, por orden de frecuencia: apoplejías, epilepsias, esclerosis cerebrales y «reblandecimientos». La tercera causa de muerte en el interior del manicomio fueron las enfermedades digestivas, dos tercios de las mismas de naturaleza infecciosa (principalmente colitis y enterocolitis). Finalmente, en cuarto lugar, la mortalidad por trastornos respiratorios fue, en su mayor parte de origen infeccioso, correspondiendo más de la mitad a tuberculosis. Entre las infecciones cardio-circulatorias, destacó la endocarditis de tipo reumático. La mortalidad debida a infecciones generales, del tipo septicemias o gangrenas, triplica el porcentaje en pacientes del departamento de Beneficencia respecto a los pensionistas, lo que podría explicarse por las peores condiciones en que se

⁶¹ GONZALEZ FERRADAS (1943).

⁶² HEIMANN NAVARRA, C. (1994), *El manicomio de Valencia (1900-1936)*, Tesis Doctoral, Universitat de València; MOLLEJO (2001); GARCÍA RODRÍGUEZ, M. A., (2003), *El manicomio de Valencia en el siglo XIX*, Tesis Doctoral. Universitat de València.

hallaban los pacientes pobres. El pequeño porcentaje de fallecimientos agrupados en «otras causas» son debidos a suicidios, agotamientos físicos, desnutrición, vejez, causas traumatológicas y neoplasias (estas últimas con un porcentaje triple de mujeres respecto a hombres).

Tabla 3. Causas de mortalidad distribuidas por Sistemas, diferenciando el origen infeccioso o no. (N=446).

CAUSAS MORTALIDAD	Hombre (%)	Mujer (%)	Total (%)
Cardiocirculatorias	27,7	18,4	23,4
*Infecciosas	3,4	2,9	3,2
*No infecciosas	24,3	15,5	20,1
Neurológicas	18,2	26,0	21,8
*Infecciosas	1,3	0,0	0,7
*No infecciosas	16,8	26,1	21,1
Digestivas	20,1	16,4	18,4
*Infecciosas	12,1	11,1	11,7
*No infecciosas	8,0	5,3	6,7
Respiratorias	18,1	16,9	17,5
*Infecciosas	16,4	16,4	16,4
*No infecciosas	1,7	0,5	1,1
Nefro-urológicas	6,3	6,8	6,5
*Infecciosas	0,0	0,0	0,0
*No infecciosas	6,3	6,8	6,5
Infecciones generales	2,1	2,9	2,5
Otras	3,4	7,7	5,4
No consta	4,2	4,8	4,5

Hemos encontrado diferencias de causas de muerte por sexo (figura 12). En los pacientes varones el 27,6% de las muertes fueron debidas a afecciones cardiovasculares, frente al 18,80% de las muertes en mujeres; la principal causa en mujeres fue la neurológica (26,1% de las defunciones en mujeres, frente al 17,6% en hombres).

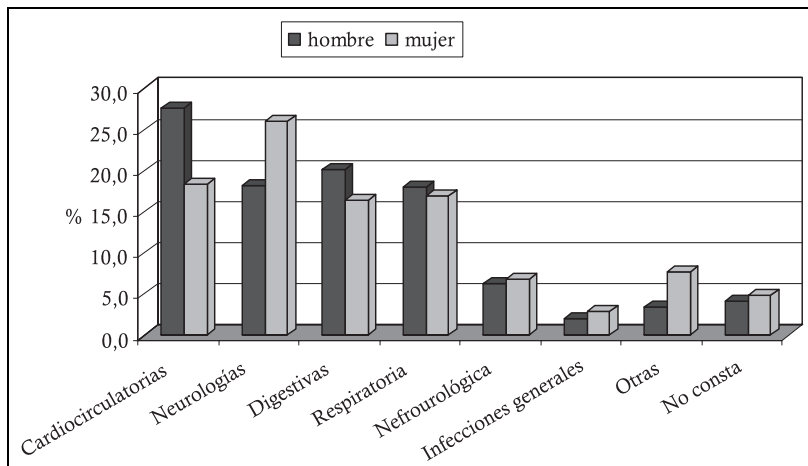


Fig. 12. Causas de mortalidad de pacientes fallecidos en Santa Isabel (1931-1952) agrupadas en Sistemas. (N=446).

Las infecciones fueron, sin duda, una causa importante de defunción en la población manicomial. El 35 % de las muertes tuvieron una etiología infecciosa, siendo ligeramente inferior el porcentaje en mujeres que en hombres. En la figura 14 aparecen desglosados los tipos de infecciones responsables de ese grupo de defunciones.

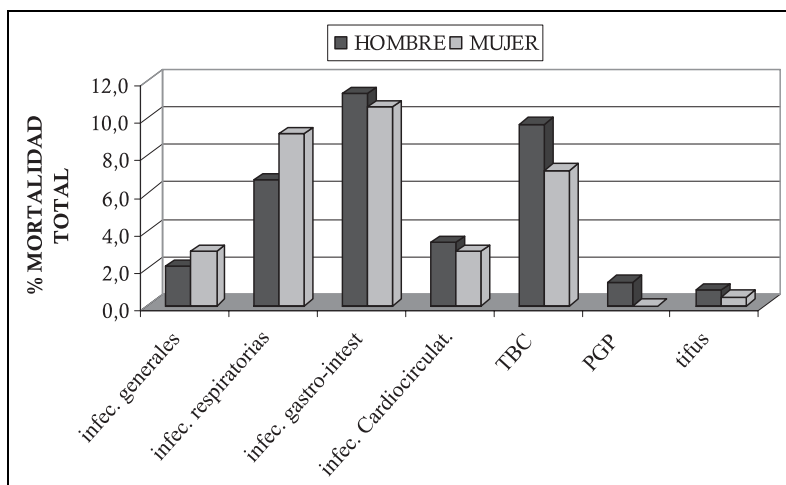


Fig. 14. Mortalidad de causa infecciosa en la Casa de Dementes de Santa Isabel, clasificada por sexo (1931-1952).

La proporción de mortalidad de causa infecciosa por sexo, evaluando de forma global todo el periodo estudiado, es similar, excepto en el caso de la sífilis. De los 24 pacientes (21 hombres y 4 mujeres) que ingresaron con diagnóstico de Parálisis General Progresiva, fallecieron 16 durante el periodo analizado aunque sólo en tres de ellos se registró como causa inmediata de muerte la PGP. En los restantes, la causa de muerte referida fue infección intercurrente, aunque también miocarditis y afectaciones cerebrales que podrían corresponder al progreso de la PGP.

Las tasas de mortalidad de causa infecciosa mantienen un comportamiento paralelo a las no infecciosas, aumentando ambas de forma similar durante los años de la guerra y fundamentalmente en la posguerra en los años 1941-42 (figura 15). En 1946 se produce otro aumento pero en este caso sólo en el departamento de hombres (figura 16).

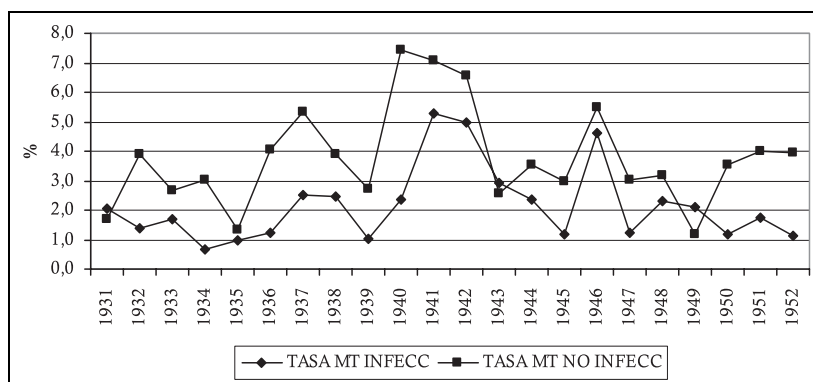


Figura. 15. Relación anual entre las tasas de mortalidad infecciosa y no infecciosa.

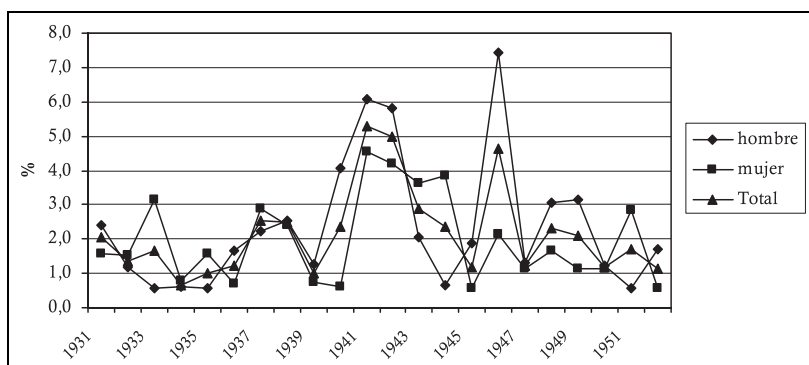


Figura. 16. Tasa de mortalidad anual de causa infecciosa por sexo y población total (1931-1952).

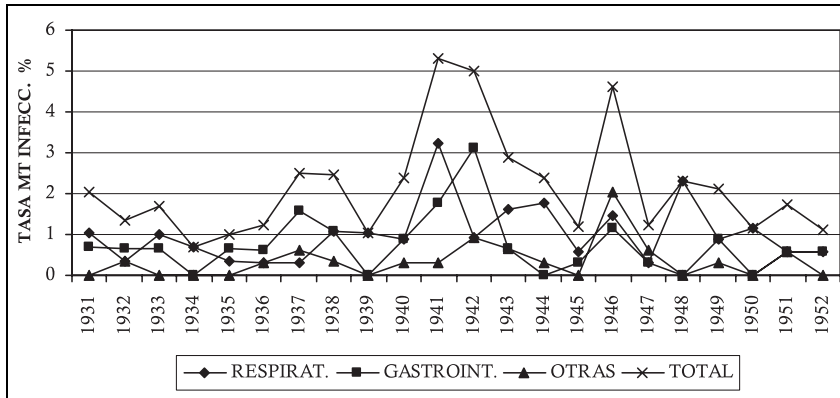


Figura 17. Tasa de mortalidad anual por tipo de patología infecciosa (1931-1952).

Durante la guerra y la inmediata posguerra las infecciones respiratorias (principalmente de tipo tuberculoso) y las enterocolitis fueron las más frecuentes (figura 17). Es de destacar el aumento de las causas digestivas de tipo infeccioso en varones y respiratorias tanto en hombres como en mujeres (figura 18 y Tabla 4).

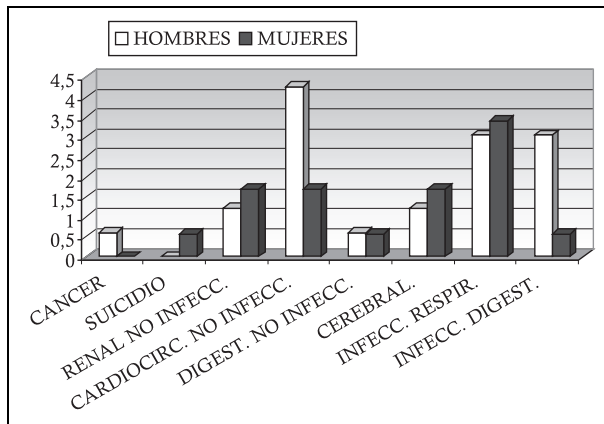


Figura 18. Tasa de mortalidad de 1941 en Santa Isabel.

La mortalidad de causa tuberculosa registrada en las historias clínicas de los pacientes fallecidos entre 1931 y 1952 muestra un aumento de la incidencia de esta enfermedad durante la primera posguerra, al igual que sucedió con el resto de las

enfermedades infecciosas. Sin embargo, los datos reflejan que éste no fue un grave problema en el manicomio, si bien hay que tener en cuenta que la tuberculosis podría estar infradiagnosticada, y que muchas neumonías, bronquitis, etc, podrían haber sido de etiología fímica.

Tabla 4. Tasa de mortalidad comparada de 1941 y 1942 en Santa Isabel.

	1941		1942	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
NO INFECCIOSAS	8 %	6,3 %	7,1 %	5,4 %
INFECCIOSAS	6,2 %	4 %	5,8 %	4,2 %
Respiratorias	3,1 %	3,4 %	0,7 %	1,2 %
Digestivas	3,1 %	0,6 %	3,2 %	3 %
Generales	0 %	0 %	0 %	0 %
Cardiológicas	0 %	0 %	1,9 %	0 %
TOTAL	14,1 %	10,3 %	12,9 %	9,6 %

De hecho, las infecciones digestivas sí constituyeron un grave problema de salud en el interior del manicomio; problema que debía relacionarse con el suministro de agua.

EL SUMINISTRO DEL AGUA

Las infecciones digestivas fueron motivo de preocupación para los responsables del Manicomio ya desde la República, como correspondía a una época que dedicó un gran esfuerzo a la profilaxis y la higiene ambiental. El propio jefe facultativo se quejó ante el administrador del Manicomio, en julio de 1934, de diversas deficiencias estructurales de Santa Isabel, entre ellas el abastecimiento de agua, como dejó constancia en el siguiente texto:

«...que desde hace tiempo no pueden aplicarse a los enfermos los necesarios tratamientos hidroterápicos, por la total carencia de agua suficiente para dotar estos servicios, que creo es natural no favorece en nada el estado de los enfermos que precisan sobre todo en estados de agitación de tales tratamientos, aparte de lo desatendidos que se encuentran los servicios higiénicos del Establecimiento, con el consiguiente peligro en cuanto al desarrollo de cualquier enfermedad infecciosa se refiere...»⁶³.

⁶³ Carta del Jefe Facultativo al Administrador del Manicomio de Leganés, con fecha del 11 de julio de 1934; conservada en el Archivo Histórico del Manicomio de Leganés, formando parte de diverso material no clasificado.

Las dificultades para el abastecimiento de agua fueron un problema desde la fundación de la institución y, periódicamente, generaron demandas al Ayuntamiento de Leganés⁶⁴. La escasez e insalubridad de las aguas que se hizo más patente conforme aumentó el número de pacientes asilados, se pretendió subsanar entre junio de 1932 y agosto de 1934, época en la que se solicitó la adecuación del alcantarillado y el aumento del aporte de agua. En abril de 1934 el Alcalde ofertó sesenta metros cúbicos de agua potable al día, contratándose formalmente dicho suministro en agosto de ese mismo año⁶⁵.

El 24 de junio de 1932, el Alcalde de la Villa de Leganés escribió al Director General de Administración, expresándole su preocupación por el posible foco de infección que suponía la alcantarilla del servicio del Manicomio de Santa Isabel. La boca de esta alcantarilla estaba construida sobre un suelo más bajo que el de las calles afluentes, de tal forma que debía permanecer siempre entreabierta ante las riadas originadas por las lluvias. A pesar de la limpieza mantenida por el Ayuntamiento, el Alcalde señalaba en este documento que:

«... suele estar casi siempre en un estado lamentable que, unido a los malos olores que de la misma emana especialmente en verano, hacen la atmósfera verdaderamente irrespirable, siendo de notar los detalles de existir un colegio de niñas a 75 metros y a unos 40 la entrada principal del citado Manicomio de Santa Isabel, prolongándose su fachada hasta la misma boca de la expresada alcantarilla.

Otro de los defectos e inconvenientes que por su importancia hay que tener muy en cuenta es el de las ratas; estos roedores de gran tamaño y en bastante abundancia encuentran en la citada alcantarilla campo muy apropiado y ambiente muy favorable para su desarrollo y multiplicación, propagándose a las viviendas próximas en buen número y que aparte del peligro que esto supone para la salud pública por ser agentes transportadores de epidemias existe el no menos importante de mordeduras a niños, animales domésticos, etc, constituyendo actualmente esta propagación un problema que es preocupación del Ayuntamiento de mi presidencia»⁶⁶.

El 17 de noviembre de 1932, el Director General de Beneficencia responde al Alcalde cediéndole la propiedad y conservación de la alcantarilla del Manicomio, estableciendo una servidumbre a favor de Santa Isabel y cualquier otro edificio dependiente de la Dirección General de Beneficencia, para poder «verter a la citada alcantarilla las excretas y aguas sucias y de lluvia...»⁶⁷. En julio de 1933 se redacta una breve memoria con el proyecto para tapar la boca de la alcantarilla a fin de resolver los problemas planteados. La reforma propuesta consistió en la construcción

⁶⁴ VILLASANTE (2002), p. 146.

⁶⁵ El día 1.08.1934 se realizó una cesión de sesenta metros cúbicos, según documentos hallados en el Archivo Municipal de Leganés, signatura antigua 108.014.

⁶⁶ Archivo Municipal de Leganés, signatura antigua 140.003.

⁶⁷ Archivo Municipal de Leganés, signatura antigua 108.014.

de una caseta encima de la boca de la alcantarilla de ladrillo, uralita, madera y recubrimiento interior de cemento; dispondría de una puerta de hierro con muelle «...al objeto de que una vez vertidas las aguas por los vecinos quede siempre cerrada. El suelo será de hormigón y en su centro un orificio con un emparillado de hierro y un sifón de cierre hidráulico para que los roedores no asciendan»⁶⁸. El presupuesto de dicha obra ascendió a 440.000 pesetas y un plano de la misma se puede ver en la figura 19. Probablemente el proyecto era desconocido por el personal del Centro a la vista de una carta, con fecha del 26 de agosto de 1933, que el administrador del Manicomio dirigió al Alcalde. En ella describía el contenido de una carta dirigida por uno de los médicos del establecimiento, José Moreno, al Inspector municipal de Sanidad de la Villa de Leganés para evitar «...daños irreparables para la salud pública y de los enfermos albergados en este Establecimiento...»⁶⁹. En esta carta se repetían las quejas: «... la entrada de una alcantarilla completamente al descubierto en donde los vecinos vierten toda clase de inmundicias; y como existe un peligro sanitario además de la molestia que representa para los enfermos de este Establecimiento el estar constantemente percibiendo las emanaciones fétidas y repugnantes, le ruego tome las medidas oportunas para que a la mayor brevedad sean corregidos los hechos denunciados»⁷⁰.

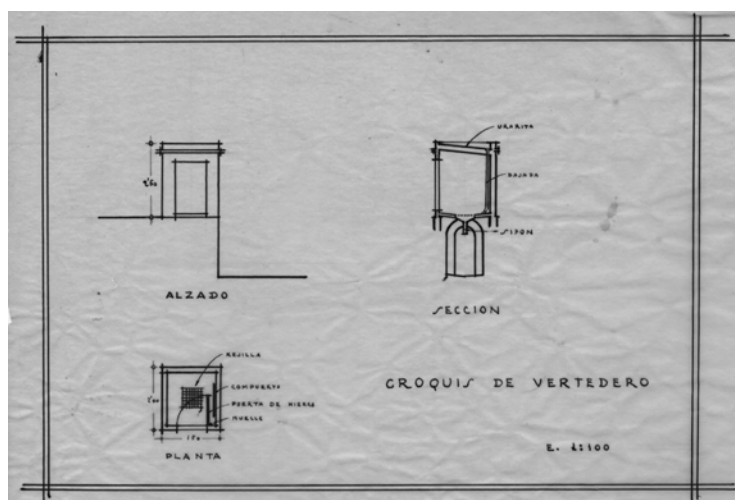


Fig. 19. Plano del vertedero⁷¹.

⁶⁸ Ibidem.

⁶⁹ Archivo Municipal de Leganés, signatura antigua 108.014.

⁷⁰ Ibidem.

⁷¹ Ibidem.

Estas inquietudes de los facultativos se corroboran con la información encontrada entre la documentación de las historias clínicas. Así, varias cartas, escritas por una interna en 1935, que nunca llegaron a enviarse, vienen a confirmar el mal estado de las instalaciones:

Queridísimo Federico

Voy a volver a escribirte aun cuando yo creo que esto a de ser mi ruina pues no saliendo mas tardare en verte no se como andaras tu de salud yo la tengo bastante delicada yo en mi vida habia sudado tanto como ahora estoy siempre en un baño de sudor estoy muy angustiada quiero ver si me baño pues todavía no me e bañado no se donde estan los baños haber si vienes a buscarme que yo no puedo estar aquí...

...estoy erida y arañada por tus compañeras — las monjas— pues 4 años questuve en Casa del Señor Esquerdo nisiquiera intentaron hacermelo...

distinguido Don Aurelio

... yo con cambiar de manicomio eperdido mucho por todos estilos la otra noche por poco memuerdo y sintener a nadie a quien recurrir encontrandome sola y auscuras completamente esto esta muy mal dispuesto

aquí la mayoria de las veces que bamos a lavarnos no hay agua esta muy escasa los retretes huelen muy mal y como aquí no salimos ni hay los jardines quen Casa de Señor Esquerdo a lo mejor nos entra una peste aquí esto esta lleno de ratones y ya se sabe que donde los hay huele muy mal aquí los vasos que son de plata o de aluminio no los friegan los secan con un paño que luego secan los demas cacharros a veces estan mas negros que mi bata

aquí tampoco dan vino solo agua que aclara la vista de los castigos no quiero decir nada aquí veo aparatos y correas que nunca vi en Casa del Señor Esquerdo otro dia escribirme mas me despido de usted su efectisima Maria ysabel». (sic.)⁷²

Es posible que estas deficiencias fueran mayores en el departamento de mujeres a la luz de las quejas de la paciente y los datos de enterocolitis en Santa Isabel (mostrados en la figura 20) durante los años 30. Al igual que sucedió con otras enfermedades infecciosas, los primeros años de la posguerra ofrecen una peor perspectiva.

Resulta llamativo el elevado número de defunciones por enterocolitis registrado en 1946. Este pico sorprende, además de por su gran tamaño, por originarse exclusivamente en el departamento de hombres, no recogándose ese año ninguna muerte por afección digestiva entre las mujeres. En la Tabla V se pueden ver las causas específicas de mortalidad infecciosa de ese año, comprobando que no solo se produjo entre los hombres un aumento de las defunciones por infecciones digestivas, sino también por causa respiratoria, con importantes diferencias de ambas con respecto a los datos de mujeres.

⁷² Historia clínica 1080, conservada en el Archivo Histórico del Manicomio de Santa Isabel, en el IPSSM José Germain de Leganés, una de las cartas dirigida a un sacerdote y otra dirigida a Don Aurelio, médico del Establecimiento, encargado de la sección de mujeres.

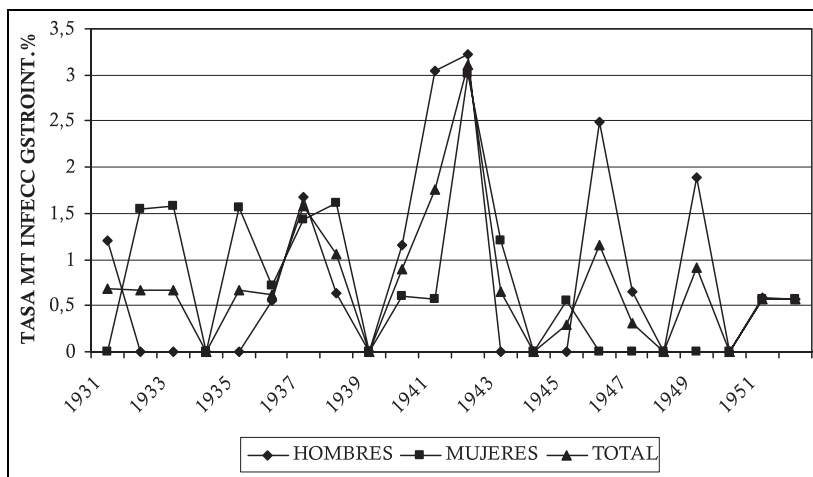


Figura 20. Tasa de mortalidad anual por enterocolitis para ambos sexos en Santa Isabel (1931-1952).

1946	HOMBRES	MUJERES
NO INFECCIOSAS	5,6 %	4,9 %
INFECCIOSAS	7,5 %	2,2 %
Respiratorias	2,5 %	0,5 %
Digestivas	2,5 %	0 %
Generales	1,2 %	0,5 %
Cardiocircul.	1,2 %	1,1 %
TOTAL	13,1 %	7,1 %

Tabla 5. Tasa de mortalidad específica de 1946⁷³.

Este pico, en 1946, no coincide con ninguna epidemia en población general en España, por lo que habría que buscar las causas dentro del departamento de hombres ya que no se extendió tampoco al departamento de mujeres, probablemente por la estricta separación entre sexos.

⁷³ Para facilitar su lectura se ha utilizado un sistema de punteados claros para las causas no infecciosas y punteados oscuros para las infecciosas.

CONCLUSIONES

La información obtenida en las historias y demás registros clínicos durante el periodo estudiado adolece, como ya se ha indicado, de sesgos que es necesario tener en cuenta en la interpretación de los resultados. La calidad de la información contenida en el archivo clínico del manicomio de Leganés es variable, siendo la más incompleta la que corresponde a los años del franquismo (1939-1952)

El paciente tipo es un varón de 40 años, soltero, procedente de un establecimiento sanitario, en Madrid, y que permanece en el manicomio alrededor de 12 años. Si bien el número de pacientes aumentó ligeramente a lo largo del periodo estudiado (de 293 a 355), los datos cuestionan el supuesto hacinamiento de los pacientes, teniendo en cuenta el Reglamento de 1941 lo capacitaba para albergar a 400 dementes. Si bien es cierto que el Manicomio de Leganés, saturado por las derivaciones de Madrid, no pudo dar la cobertura nacional que se esperaba, otras salas manicomiales provinciales ayudaron a soportar estas deficiencias estructurales.

Cabe destacar asimismo que no se respetó la proporción de plazas para categorías de pobres y pensionistas, regulada convenientemente en los dos Reglamentos internos del manicomio durante esos años, el de 1885 y el de 1941. Probablemente el escaso aporte económico del Estado imposibilitaba el mantenimiento de los pacientes de beneficencia, viéndose obligado el manicomio a acoger mayoritariamente a pacientes que aportaban una pequeña asignación que cubriese parte de sus gastos.

Asistencialmente se vio reflejada la mayor relevancia del papel del médico en el Decreto del 31, no sucedió igual con el intento de favorecer la voluntad del paciente. Los ingresos se realizaron mayoritariamente por indicación médica en todos los periodos a excepción de la guerra, donde se registraron ingresos de características irregulares, apareciendo por primera y única vez ingresos por orden verbal de Beneficencia y gran número de derivaciones militares, no siempre ratificadas por los tenientes médicos.

Aunque el principal motivo de alta de pacientes fueron las defunciones, en el manicomio de Leganés se produjo un descenso progresivo de la mortalidad durante la década de los 30, paralelo al observado en población general, llegando a las cifras más pequeñas al final del período republicano. Esta tendencia se invirtió en la guerra pero sobre todo en la inmediata posguerra, ascenso que podría estar justificado por las malas condiciones socioeconómicas tras la Guerra Civil que también repercutieron en la población general.

Recibido: 16 junio 2007

Aceptado: 20 junio 2008

