

NOSOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA EN EL MANICOMIO NACIONAL DE SANTA ISABEL (1931-1952)

Paloma Vázquez de la Torre

Centro de Salud Mental Fuenlabrada

Resumen:

A partir de 1931 se estableció la obligatoriedad, para cada establecimiento psiquiátrico español, de formalizar estadísticas de enfermos mentales, ajustadas a la nosografía kraepeliniana. Se estudia la aplicación de las nuevas tendencias nosográficas en el manicomio de Leganés (Madrid), así como las consecuencias de algunas de las reformas legislativas emprendidas durante el periodo republicano. Se analizan, asimismo, los diagnósticos más prevalentes y su evolución en el periodo comprendido entre 1931 y 1952.

Palabras clave: Manicomio Nacional de Santa Isabel, nosografía, Kraepelin, Decreto de 1931.

PSYCHIATRIC NOSOGRAPHY AT THE SANTA ISABEL NATIONAL ASYLUM (1931-1952)

Abstract:

From 1931 on, every Spanish psychiatric institution was compelled to collect statistical data of mentally ill patients on the basis of Kraepelinian nosography. In this paper we analyse the introduction of these new nosographic trends in the Santa Isabel National Asylum of Leganes (Madrid), as well as the consequences of some of the legal reforms initiated during the republican period. We also analyse the most prevalent diagnoses and their evolution in the period between 1931 and 1952.

Keywords: Santa Isabel National Asylum, nosography, Kraepelin, 1931 Decree.

INTRODUCCIÓN

El primer bienio republicano ha sido considerado uno de los períodos más fructíferos en cuanto al número de reformas legislativas en el ámbito de la psiquiatría; reformas que vinieron a consolidar toda una serie de proyectos e iniciativas científicas progresistas iniciadas en los años veinte. El Decreto de 3 de julio de 1931 sobre la asistencia de enfermos mentales transformaba la normativa previa existente sobre la entrada y salida de pacientes de los manicomios¹. Sólo unos meses después, el 10 de noviembre de 1931 un nuevo decreto anunciaba la creación del Consejo Superior Psiquiátrico y establecía las inspecciones regulares de los diferentes hospitales psiquiátricos y la creación de una estadística nacional sobre enfermos mentales². El Consejo Superior Psiquiátrico adoptó una clasificación basada en las categorías nosográficas de Emil Kraepelin (1856-1926), y una orden del 28 de noviembre de 1931 estableció la obligación de realizar las estadísticas en cada establecimiento psiquiátrico y de remitirlas mensual y anualmente a la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental³. Esta normativa se mantuvo a pesar de la fractura que produjo la contienda civil. Durante la posguerra, tanto los manicomios públicos como los privados mantuvieron el deber de informar sobre los diagnósticos de los enfermos mentales ingresados ajustándolos a la clasificación kraepeliniana.

Por otra parte, como se ha puesto de manifiesto en los últimos años, la historia clínica como fuente documental resulta de una enorme riqueza para la investigación historiográfica sobre la práctica y la asistencia psiquiátrica⁴. Este trabajo se sitúa en una

¹ *Gaceta de Madrid* del 7 de julio de 1931, 188, 186-189. Dispuesto el 3 de julio de 1931 por el Ministerio de la Gobernación. La bibliografía sobre la reforma psiquiátrica en la segunda república es amplísima, siendo uno de los aspectos más estudiados de la historia de la psiquiatría en nuestro país; ver entre otros: ESPINO, J. A. (1980), La Reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial, *Estudios de Historia Social*, 14, 56-106; HUERTAS, R., ROMERO, A. I., ÁLVAREZ, R. (1987) (Coords.), *Perspectivas psiquiátricas*, Madrid, CSIC. ALVAREZ, R. (1995), La Psiquiatría española en la época de la Segunda República, V.V.A.A (1995), *Un siglo de Psiquiatría en España*, Madrid, Extraeditorial, pp. 89-108; 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; HUERTAS, R. (2002a), *Organizar y Persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*, Madrid, Frenia.

² *Gaceta de Madrid* (12 de noviembre de 1931), 316, 932-933.

³ *Gaceta de Madrid* (2 de diciembre de 1931), 336, 1376-1377.

⁴ Sobre la importancia de las historias clínicas como fuente ver: HUERTAS, R. (2001a), Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos, *Frenia*, 1 (2), 7-38. Un ejemplo de estos estudios en la literatura anglosajona: BEVERIDGE, A. (1995a), Madness in Victorian Edinburgh. A study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston (1873-1908), *History of psychiatry*, 6, 21-54; BEVERIDGE, A. (1995b), Madness in Victorian Edinburgh. A study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston (1873-1908), *History of psychiatry*, 6, 133-156. En nuestro país se puede consultar, 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, 17-3.

tradición de estudios que han utilizado el archivo clínico del Manicomio Nacional de Santa Isabel⁵. Pretendemos aproximarnos a la aplicación de las reformas en la práctica psiquiátrica de esta paradigmática institución describiendo el tipo de documentos encontrados en las historias clínicas y su contenido, así como los diagnósticos más prevalentes en tres periodos históricos bien distintos —la Segunda República, la Guerra Civil y los primeros años del franquismo—. Para ello hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos utilizando como fuente las 771 historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el manicomio desde el 14 de julio de 1931 al 31 de diciembre de 1952. Las variables recogidas han sido de tipo sociodemográficas y clínicas, y para el análisis de las mismas se ha empleado el programa informático SPSS13.0.

LOS CLÍNICOS DEL MANICOMIO: DE FERNÁNDEZ-SANZ A PERAITA

Desde su creación en 1852, la Casa de Dementes de Santa Isabel, como se denominó originalmente⁶, sufrió cambios en su plantilla aumentando ésta, sobre todo en las primeras décadas del XX. Inicialmente contó con un único facultativo, José M^a Miranda, el médico de la villa, pero tras la entrada en vigor del Reglamento Orgánico del Manicomio en 1885 este número se vio incrementado⁷. Si bien en este Reglamento, vigente aún en los años treinta, se hallaba recogida la necesidad de un jefe facultativo y un médico agregado, con la llegada de la Segunda República el número de médicos aumentó y, en vez de limitarse a dos, llegó a contar con cinco. En diversas nóminas encontradas⁸, firmadas por el administrador-depositario (Tomás Brunete), aparecen un médico supernumerario residente, Aurelio Mendiguchía

⁵ Podemos considerar pionero en este sentido el trabajo DELGADO, M. (1986), Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871), *Asclepio*, 38, 273-297. A este le han sucedido numerosos trabajos en la última década; 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, 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 V.V.A.A., *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Murcia, Universidad de Castilla la Mancha, 149-162

⁶ Sobre la institución y su fracaso como establecimiento modelo, véase 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 torno a un proyecto frustrado, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19, 469-479 y VILLASANTE, O., (2003), The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900), *History of Psychiatry*, 14 (1), 3-23.

⁷ *Gaceta de Madrid* (15 de mayo de 1885), 135, 447-450.

⁸ Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares, códigos de referencia (8)25 44/02506, (8)25 44/02511, (8)25 44/02514 y (8)25 44/02515, nóminas correspondientes a diversos meses de 1935.

Carriche y tres médicos supernumerarios auxiliares residentes: Antonio Martín Vegué, José María Moreno Rubio y Enrique Fernández Méndez.

Enrique Fernández Sanz (1872-1950), que había comenzado a trabajar como médico en la institución en 1919, coincidiendo con José Salas y Vaca, ocupó el cargo de director facultativo desde 1928 durante todo el periodo de la Segunda República, abandonándolo tras estallar la guerra civil. Este prestigioso neuropsiquiatra, de formación francesa y alemana, trabajó desde sus comienzos en el ámbito de la beneficencia, donde ingresó por oposición. Además de su labor asistencial, Fernández Sanz fue un gran publicista siendo numerosos sus trabajos centrados en temas relacionados con la promoción de la Higiene Mental, la situación de los establecimientos manicomiales y la función del Estado en la organización de la asistencia a los alienados y en la profilaxis de la enfermedad mental⁹. Junto a éste, trabajó el «supernumerario residente», Aurelio Mendiguchía Carriche que, durante este primer período estuvo a cargo de las 125 pacientes del departamento de mujeres, agrupadas en dos secciones, una de pobres y otra de pensionistas. De los tres médicos «supernumerarios auxiliares residentes», Antonio Martín Vegué se ocupó de la sección de pensionistas del departamento de hombres y José María Moreno Rubio de la sección de pobres. Enrique Fernández Méndez, hijo de Fernández Sanz, estuvo encargado del laboratorio. Los sueldos de éstos oscilaron entre los 4500 ptas/año de Mendiguchía, 3500 ptas/año de Martín Vegué y 2500 ptas/año para Moreno y Fernández. Méndez. Al equipo médico había que añadir 3 practicantes, 25 mozos enfermeros externos, 10 criadas lavanderas de servicio, y otras 18 mujeres encargadas del régimen y servicio interno del Manicomio, así como 21 Hijas de la Caridad residentes en el Manicomio, quienes no se hallaban consignadas en las nóminas.

A los pocos días del inicio de la Guerra Civil, tras abandonar el manicomio Fernández Sanz, Aurelio Mendiguchía Carriche ocupó simultáneamente la dirección del manicomio y la alcaldía del pueblo de Leganés¹⁰. Esta doble condición de médico del establecimiento psiquiátrico y alcalde de la villa fue ostentada también por Moreno Rubio y Martín Vegué; Mendiguchía Carriche se mantuvo al frente del manicomio hasta la llegada de Manuel Peraíta (1908-1950), que accedió al cargo de jefe facultativo, en 1944, por oposición¹¹.

Sin duda, cuando Peraíta llegó a Leganés era ya un neurólogo de prestigio, que había firmado trabajos con Severo Ochoa (1905-1993) y con Francisco Grande Co-

⁹ Enrique Fernández Sanz participó activamente en la fundación de la Liga de Higiene Mental, que presidió tras Santiago Ramón y Cajal. Así mismo ejerció en el Cuerpo de Beneficencia, desde 1904, y en 1930 fue nombrado Inspector de los manicomios nacionales, ocupando, en 1931, la vicepresidencia del Consejo Superior Psiquiátrico. Véase VALENCIANO GAYÁ, L. (1977), *El Dr. Lafora y su época*, Madrid, Morata.

¹⁰ ALONSO RESALT, J., LOPEZ MUÑOZ, M. (1999), *Los Alcaldes de Leganés*, Madrid. Legacom comunicación s.a., pp. 76-84.

¹¹ CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007a), Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés, *Revista de la AEN*, 99 (1), p. 127.

vián (1908-1995). Su formación germánica junto a Otffrid Foerster en Breslau fue facilitada por una beca de la Junta de Ampliación de Estudios y, durante la guerra había colaborado en el Hospital de San Carlos con Juan José López Ibor (1906-1991). Su experiencia en la contienda le llevó a definir una pluralidad de síndromes de evidente origen carencial como el síndrome parestésico causálgico, que denominó «síndrome de Madrid»¹². Peraíta permaneció al frente del manicomio hasta 1949, pocos meses antes de su fallecimiento, trabajo que simultaneó con el ejercicio como profesor en el Hospital de la Princesa. Posteriormente Martín Vegué ocupó el cargo de director en 1949 permaneciendo hasta la década de los cincuenta, junto a Moreno Rubio, que también permaneció en el hospital psiquiátrico durante la posguerra. La plantilla en esta década estuvo compuesta por otros médicos como Manuel Rodríguez Mar, desde noviembre de 1949 a marzo de 1951, Enrique Cores Escandón, de agosto de 1948 a diciembre de 1951, Alfonso Turrientes Miguel, diciembre de 1941, Juan Ignacio Lizárraga Beloso, desde febrero de 1942, Ángel Fernández Sanz Méndez, desde 1943 y Luis Morales Noriega hasta principios de los cuarenta¹³.

Es difícil saber la influencia que cada uno de estos clínicos tuvieron en los diagnósticos de los asilados, ya que frecuentemente no firmaban en la primera recogida de datos; salvo en el caso de Manuel Peraíta cuya letra es fácilmente identificable.

LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL MANICOMIO NACIONAL

La información médica sobre las variables sociodemográficas y el diagnóstico de los pacientes ingresados entre 1931 y 1952 se ha obtenido consultando las historias clínicas, cuyos documentos han sido objeto de este análisis. El más frecuentemente hallado es la «Hoja de entrada y vicisitudes», en vigor durante todo el período de estudio, en el que recogían, al ingreso, datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes, así como los primeros registros evolutivos (figura 1). Este documento está presente en casi la totalidad de los pacientes que ingresaron antes y después de la guerra civil, pero su uso disminuye a medida que transcurre la contienda (tabla 1), lo que también sucede con otros documentos y es consustancial a las dificultades de funcionamiento y seguimiento de normativas en un periodo bélico. Así, durante el periodo bélico, no es extraño encontrar el contenido de las historias clínicas reducido a pequeñas cuartillas de papel con escuetos datos del paciente escritos a mano.

¹² Manuel Peraíta, de formación en neurología, es especialmente conocido por la descripción durante la guerra civil del «complejo sintomático de Madrid» (neuropatía carencial). PERAÍTA, M., (1946), Deficiency neuropathies observed in Madrid during the civil war (1936-1939), *The British Medical Journal*, 23, p. 784; PERAÍTA, M., (1947), El complejo sintomático de Madrid: síndrome parestésico-causálgico, *Revista clínica española*, XXVI, 4, pp. 225-234.

¹³ CONSEGLIERI, VILLASANTE (2007a), p. 124.

MUJERES Beneficencia

MANICOMIO NACIONAL DE SANTA ISABEL EN LEGANES

HOJA DE ENTRADA Y VICISITUDES DE D^{ña}. [Redacted]

En 25 de Julio de 1938, a las 4 de la tarde, y en virtud de orden de la D. Grel de R. de 11-6-38 entró D^{ña}. [Redacted], hija de D. Pedro y de D^{ña}. Mariana natural de Rincón del Soto, provincia de Logroño, de 53 años de edad, de estado soltera, vecino de Legaña, provincia de Madrid vive su oficio u ocupación Hija de la Caridad, sus señas personales

La orden de admisión ha sido expedida a instancia de D. del Gobernador Civil de esta provincia, que vive en

RECONOCIMIENTO DE ENTRADA

Exhaustivo de entrada. Compromiso pleno de interpretación. Continúa Paranoia.

EXTRACTO DE SU HISTORIA CLÍNICA Y VICISITUDES GENERALES

DIA	DESCRIPCIÓN
	<i>Antecedentes hereditarios - No usa</i>
	<i>Antecedentes personales - Sin anomalías en su desarrollo físico e intelectual, ni enfermedad grave. Buen comportamiento escolar. Supuso en el colegio a los 10 años y terminó a los 15 años aprobando la Maestría primera enseñanza. Buen carácter bondadoso y comunicativo. Profesión. Hermana de la Caridad. Menarquia a los 14 años. Menopausia a los 40. Estado de alcohol un año total</i>
	<i>Primer dato de su historia patológica. Hace algún tiempo empezó a sentirse fatigada después de un día en el</i>

Figura 1. Hoja de entrada y vicisitudes.

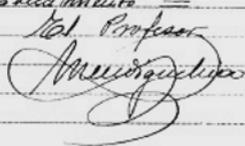
AÑO	MES	DÍA	
			<p>trabajo lo que obligó a su traslado a otro edificio ciudadano y estacionamiento al de Leguía. Esta cir- cunstancia en el desempeño de su cargo sugiere la idea de que sus superiores no la miraban bien y su trabajo cierto desprecio hacia ella sugiere dramático un síndrome de delirio de persecución que la hizo incompatible para poder con- vivir en el medio donde estaba.</p>
			<p>Estado actual: - Tipo de Dretschmer - Alucino Castillo viva, filomatosa tranquila, modesta en sus actitudes, simpática y amable para con su persona.</p>
			<p>Percepciones: Mentales patológicas. No tiene ni delirios ni alucinaciones.</p>
			<p>Memoria: Conservada tanto la de fijación como la de evocación.</p>
			<p>Actividad mental imaginativa: Pobre</p>
			<p>Atención: Normal (para los tests de Binet y Bourdon)</p>
			<p>Asociación: Asociación mental pobre El motivo del delirio es francamente persecutorio por parte de sus superiores y compañeros.</p>
			<p>Conciencia: Perfecta orientación - auto y alopsíquica. No tiene pérdida de la personalidad.</p>
			<p>Nada anormal en el mecanismo de los distintos órganos y aparatos de la economía.</p>
			<p>Alta el día cinco de Noviembre de 1936, prestando sus ser- vicios en la Comandancia del Establecimiento</p> <p style="text-align: right;"> Del Profesor  </p>

Figura 1. Hoja de entrada y vicisitudes.

Un interesante documento que aparece adjunto en las historias clínicas es un «cuestionario-interrogatorio» que ocupa dos folios a doble cara y normalmente era cumplimentado por un familiar del paciente. En éste se respondía a los antecedentes personales, no sólo en lo referente a cuestiones escolares, laborales o médicas sino también sobre el carácter (colérico, vengativo, sucio, derrochador..), las costumbres sobre el sueño, la alimentación o la sexualidad. Se definían, además, características del grupo familiar, de la relaciones entre los miembros y de la disciplina. La preocupación por aspectos higiénicos y de orden moral en este cuestionario, que se ha localizado por primera vez en una historia abierta en noviembre de 1932, podría leerse desde los planteamientos higiénico-morales coincidentes con el discurso higienista, en pleno desarrollo durante los años de la Segunda República (figura 2). La utilización de este cuestionario en las historias es bastante más irregular que el de la hoja de entrada y vicisitudes y, prácticamente, desaparece en el año 1946 (tabla 1).

Por otra parte, la entrada en vigor del Decreto de julio de 1931, que admitía tres tipos de ingresos —por propia voluntad, por indicación médica y por orden judicial— regulaba, además, los documentos administrativos necesarios. Probablemente el aspecto más novedoso de la Ley era el internamiento voluntario¹⁴, sólo utilizado en una ocasión a lo largo de las dos décadas del estudio. Si bien, en dicho caso se precisaba una declaración firmada por el propio enfermo donde indicara su deseo de ser tratado en dicho centro, ésta no ha sido hallada en la historia de aquél varón epiléptico de 30 años que ingresó voluntariamente en 1935¹⁵. La mayor parte de los pacientes ingresaban, de todos modos, por indicación médica precisando un certificado y una declaración firmada del familiar más cercano solicitando su ingreso al directo. En este caso, a las 24 horas, el director médico debía comunicar al gobernador de la provincia la admisión y remitir al juez de primera instancia de la última residencia del paciente un parte duplicado como notificación de ingreso, uno de los cuales debía ser devuelto el centro sellado. Después de esta notificación, era obligatorio seguir enviando partes semestrales al Juez sobre la situación clínica del paciente y la necesidad de continuar su permanencia en el establecimiento¹⁶. Las notificaciones de ingreso y certificados médicos de ingresos son más irregulares durante la Segunda República y escasos en la guerra civil (en el caso de los partes semestrales no aparece ninguno)(tabla 1), sin embargo aparecen de forma más constante en el periodo 1939-

¹⁴ 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., *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 336-338

¹⁵ La historia 1090 pertenece a un varón que ingresó el 2.12.1935.

¹⁶ *Gaceta de Madrid* (7 de julio de 1931), p. 189. El Decreto de 1931 contemplaban tres tipos de ingreso: por propia voluntad, por indicación médica, por orden gubernativa o Judicial. El decreto exigía que tanto el ingreso voluntario, el involuntario por indicación médica o gubernativa fuera acompañado de una certificación médica correspondiente.

1952. No obstante, no podemos asegurar que algunos de estos documentos que no aparecen en la historia clínica se hayan extraviado o archivado fuera de las mismas.

MANICOMIO DE SANTA ISABEL
QUESTIONARIO

Núm. _____ Fecha de inscripción: _____
Apellidos-Nombre: _____
Nacido el _____, edad, *25 años*; sexo, *femenino*
Domicilio: *en Valde-Santo-Domingo - Toledo.*

INTERROGATORIO

Conducido al Establecimiento por indicación de (¿Su familia?): *Si*. Porque presenta
por que se encuentra triste, llora y parece de-primida, ni quiere que la impida volver a su familia.

¿Vivió con sus padres desde su nacimiento? (Indíquense cambios de domicilio): *Si - en el pueblo de su ma como en to*

Informes dados por *su hija* al Manicomio *de iniciación del proceso de caracterización por creer que tiene tumor, cáncer en el estómago, cree que la persigue, quiere matarla; ha atentado contra su vida reduciéndola a su port.*

Apariencia: física, intelectual y moral: *Delgada, muy desmenuada y sucia, poca inteligencia, el moral.*

¿Educativo? _____ ¿Parece la madre ser abnegada? *No tiene*; Cooperadora? _____ ¿Inteligente? _____

Antecedentes familiares:
Padre: Edad: *No vive*; Salud: _____ Educación: _____ Inteligencia: _____
Costumbres: _____ Moralidad: _____
Carácter: _____ Humor: _____

Figura 2. cuestionario.

Madre: Edad: *No vive* Salud: _____ Educación: _____ Inteligencia: _____
 Costumbres: _____ Moralidad: _____
 Carácter: _____ Humor: _____

Hermanos: Edad y hechos importantes: *dos hermanos - Nada anormal*

¿Tienen o han tenido algún loco en la familia? *No* ¿Ha tenido alguno de sus familiares ideas delirantes? _____
 ¿Raras? _____ ¿Extravagancias en el carácter? _____ ¿Son muy retraídos en su trato? _____
 ¿Muy tristes? _____ ¿Excesivamente alegres? _____
 ¿Han padecido alcoholismo? *No* ¿Tuberculosis? *No* ¿Sífilis? *No* ¿Han sido aficionados a ponerse morfina? *No*
 ¿Ha existido algún suicidio? *No* ¿Algún intento criminal? *No*
 ¿Tienen algún parentesco los padres? *No*
 ¿Ha tenido abortos la madre del enfermo? *No*

Condiciones del hogar: Barrio: _____ (Moralidad: _____ ¿Fábricas? _____

Casa-habitación: *pequeña* (¿Taberna?) _____ Interior: _____ (Número de huecos): *cuatro*

Limpieza, orden: *Si* Mobiliario: *modesto* Comodidad: *relativa* Condiciones sanitarias: *medias*

Miembros de la familia: Ambiente familiar y relaciones: *en plena armonía con todos sus familiares*

Disciplina: _____
 Armonía entre hermanos, etc.: *Si*

Relación de la familia para con el enfermo: *normales*

Cambios en la familia: *No*

Relación del enfermo para con las personas que le rodean: *Normales*

Condiciones pecuniarias: *medias*

Figura 2. cuestionario.

¿Hay parados? _____ ¿Qué miembros de la familia están en estas condiciones? _____

¿Viven de la caridad privada o pública? _____

¿Cómo se conduce el enfermo ante el trabajo? _____

Clase de su profesión u oficio: _____

¿Puede procurarse trabajo? _____

¿Dónde? _____

¿Ha sido informado el lugar donde presta sus servicios el enfermo de su estado y condiciones? _____

¿Pueden informar en éstos acerca de algunas particularidades del caso, como irritabilidad, ataques, etcétera? _____

Trabajo u ocupación en familia: *sol de su vida.*

Antecedentes personales:

Historia personal.—¿Fue normal el parto? _____ ¿Qué anomalías sufrió durante su lactancia? *Desconocido*

¿A qué edad? { Primeros dientes: _____
 Andar: *Desconocido*
 Palabras: _____
 Frases: _____

Enfermedades.—¿Qué enfermedades graves ha padecido en su infancia y adolescencia? *colical he- pática* ¿Han tenido complicaciones cerebrales? *no*

¿Ha padecido en su infancia dolores de cabeza repetidos, vértigos, mareos, pérdidas completas de conocimiento, ataques con convulsiones, se orinaba de noche en el lecho? *dolor de cabeza con frecuencia* ¿Hasta qué edad? *hasta la actual*

¿Alucinaciones visuales? *Nunca*

Costumbres.—¿Cuánto duerme? *poco* Alimentación (¿caprichosa?): *no* ¿Bebidas? (café, vino): *no* Nerviosidad _____ ¿Succión del dedo pulgar? _____ ¿Se come las uñas? _____

¿Dificultad en el lenguaje? *no* ¿Orina? _____ ¿Masturbación? _____

Carácter y sus cambios, si los ha habido: { ¿A qué edad? *desde los 6-7 años*
 ¿Circunstancias? *se inicia el cambio al terminar su proceso de abstinencia intestinal apenas que no hizo subir la intervención quirúrgica.*

Inestabilidad: *si* Indisciplina: _____ Pereza: _____ Desobediencia: *si* ¿Es grosero? _____ ¿Es colérico? _____ ¿Revolto? *si* ¿Bruto? _____ ¿Le gustan los animales? _____ (Verros): _____ ¿Vengativo? _____ ¿Cariñoso o indiferente? _____ ¿Envidioso? _____ ¿Derrochador? _____ ¿Moralidad? _____ ¿Sucio? *si* ¿Mentiroso? _____

¿Hipócrita? _____ ¿Mitómano? _____ ¿Retraído? _____

Robos.—(Precisar bien en qué condiciones). (Cajas fuertes, por la noche, de día, etc.) _____

Figura 2. cuestionario.

Tabla 1: documentos administrativos en las historias clínicas por periodos.

Documentos Administrativos	REPUBLICA		GUERRA CIVIL		FRANQUISMO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hoja de entrada y vicisitudes	92	1	34	30	604	10
Cuestionario	49	44	13	51	49	565
Certificado médico de ingreso	20	73	14	50	574	40
Partes semestrales	55	38	0	64	490	124
Notificación de ingreso	17	76	7	57	298	316

DEL «DIAGNOSTICO DE ENTRADA» AL REGISTRO ESTADÍSTICO

Si bien durante la mayor parte del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX los diagnósticos se habían ajustado a la nosografía pineliana y esquiroliana, a partir de los años treinta se fue introduciendo la germánica. El abandono de la antigua terminología y la asimilación de la nueva fue un proceso lento, superponiéndose y coexistiendo, como veremos, ambas nosografías. Los diagnósticos asignados en el reconocimiento de entrada en la «hoja de entrada y vicisitudes» a los 771 pacientes que ingresaron durante el período de estudio son múltiples y ricos para la reflexión nosológica, ya que en algunos casos es casi una descripción de los síntomas como aquél de «personalidad querulante con desarrollo litigante». Sin embargo de cara al tratamiento estadístico de los diagnósticos, como estudiar su frecuencia y las posibles diferencias en función del sexo o edad se ha realizado una agrupación de estos diagnósticos literales en las categorías kraepelinianas. De hecho, en los gráficos 1 a 3 podemos apreciar los diagnósticos en cada uno de los tres periodos del estudio, agrupados según los XIV grupos de la clasificación de Kraepelin. Sin duda, el diagnóstico más frecuente es el de esquizofrenia, más del 40%, salvo en el periodo de la Guerra Civil. En algunos casos el diagnóstico de entrada iba acompañado de un segundo diagnóstico, o diagnóstico adicional (separado del mismo por un punto o situado debajo del primero); realizado en el mismo momento del ingreso. Estos segundos diagnósticos son especialmente significativos en número después de la guerra, por lo que han sido considerados en nuestro análisis.

Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés

AÑO DE 193/
31 Diciembre

RESUMEN ANUAL
(POR CONCEPTOS)

	Existencia anterior	Entradas	ALTAS					Existencia actual	
			Curación	Remisión	Traslado	Defunción	Total de altas		
I.-Clasificación administrativa	Hombres... Pensionistas.....	90 (1)	5						90
	Beneficencia.....	43	6						49
	Mujeres... Pensionistas.....	71 (2)	3						70
	Beneficencia.....	52	3						58
Total	296	17							294
II.-Clasificación técnica	Agitados.....	49							40
	Sucios.....	65							61
	Tranquilos.....	182	17						193
	Total	296	17						
III.-Clasificación nosológica	Oligofrenia.....	37	1						36
	Esquizofrenia.....	150	5						150
	Psicosis maníaco-depresiva.....	25	3						26
	Paranoia.....	20	3						29
	Psicopatía constitucional.....	15	3						16
	Demencia senil.....	6	1						7
	Pardisis general.....	5							4
	Psicosis epilépticas.....	14	1						13
	Psicosis alcohólicas.....	6							6
	Otras psicosis orgánicas y tóxicas.....	4	2						7
	Total	296	17						

Leganés, 31 de Diciembre de 193/

El Jefe facultativo.
[Firma]

(1) 2 con d.T.
(2) 3 con d.T.

Figura 3. Registro estadístico del Manicomio de Santa Isabel.

Además de estos diagnósticos de entrada resulta interesante el análisis de unas fichas conservadas en el Archivo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés que contienen un resumen mensual y anual de los enfermos ingresados. En estas fichas estadísticas aparecen tres tipos de clasificaciones: una administrativa, que dividía a los pacientes según el sexo y según fueran pensionistas o de beneficencia; otra técnica, que los clasificaba en agitados, sucios o tranquilos; y la nosológica, basada en criterios krepelinianos¹⁷. Fernández Sanz, ya desde las primeras décadas del siglo XX¹⁸, se había preocupado de la necesidad de una taxonomía psiquiátrica unificada y probablemente las fichas se realizaron con el fin de enviar las estadísticas generales a la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental que exigía la, ya citada, Orden del 28 de noviembre de 1931, a todos los establecimientos psiquiátricos. Sin embargo, los resúmenes hallados en Leganés no están perfectamente ajustados a las categorías kraepelinia-

¹⁷ 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., *De la «Edad de plata al exilio» construcción y Reconstrucción de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 107-128.

¹⁸ FERNÁNDEZ SANZ, E., (1907), Clasificación de las enfermedades mentales, *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, 17, 52-53. FERNÁNDEZ SANZ, E., (1930), Taxonomía psiquiátrica y asistencia a los alienados, *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 31, 29-32.

nas, existiendo una cierta discordancia entre las fichas halladas en el Archivo de la institución (Figura 3) y las estadísticas del Estado que se conservan en el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E) (figura 4) que respetan los XIV grupos diagnósticos de Kraepelin. En las estadísticas del Manicomio de Santa Isabel los diagnósticos se agrupan en diez categorías: oligofrenia, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, paranoia, psicosis constitucional, demencia senil, parálisis general, psicosis epilépticas, psicosis alcohólica y otras psicosis orgánicas y tóxicas. Por tanto no aparecen de los grupos originales de Kraepelin las «reacciones psicógenas» (XI) y los «casos oscuros» (XIV); y, por otra parte la categoría que en las fichas estadísticas consta como «otras psicosis orgánicas y tóxicas» incluye varios grupos de Kraepelin: «traumatismos cerebrales (I), «otros procesos orgánicos cerebrales (II), «psicosis por intoxicación exógena no alcohólica y endógena» (III.2, III.3, III.4, III.5) y «enfermedades infecciosas» (IV); y no se subdividen los grupos V y VI correspondientes a los procesos sifilíticos y a las demencias.

- Grupo I. Alteraciones mentales en los traumatismos cerebrales.
- Grupo II. Alteraciones mentales en otros procesos orgánicos cerebrales.
- Grupo III. Alteraciones mentales en intoxicaciones.
 - III.1. Alcohólico.
 - III.2. Morfinismo.
 - III.3. Otras intoxicaciones exógenas.
 - III.4. Intoxicaciones endógenas.
 - III.5. Enfermedades endocrinas.
- Grupo IV. Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas.
- Grupo V.
 - V.1. Sífilis cerebral
 - V.2. Parálisis progresiva.
- Grupo VI.
 - VI.1. Arteriosclerosis.
 - VI.2. Demencias seniles y preseniles.
- Grupo VII. Epilepsia.
- Grupo VIII. Esquizofrenia.
- Grupo IX.
 - IX.1. Disposición maniaco-depresiva.
 - IX.2. Psicosis maniaco-depresiva.
- Grupo X. Psicopatías.
- Grupo XI. Reacciones psicógenas.
- Grupo XII. Paranoia.
- Grupo XIII. Oligofrenia.
- Grupo XIV. Casos oscuros.

Figura 4. Grupos nosográficos kraepelinianos en las estadísticas del I.N.E.

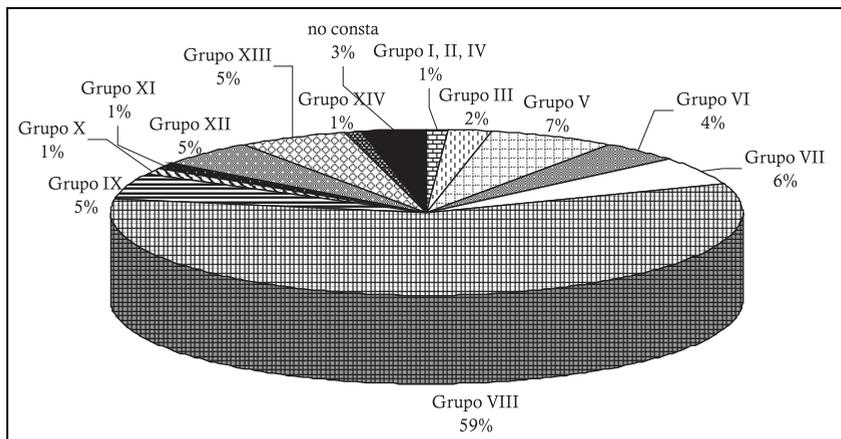


Figura 5. Diagnóstico según clasificación Kraepeliniana en la 2ª República.

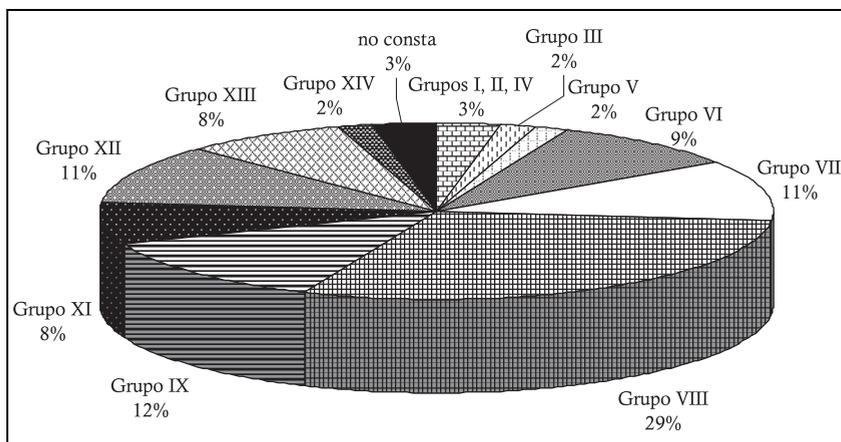


Figura 6. Diagnóstico según clasificación Kraepeliniana en la Guerra Civil.

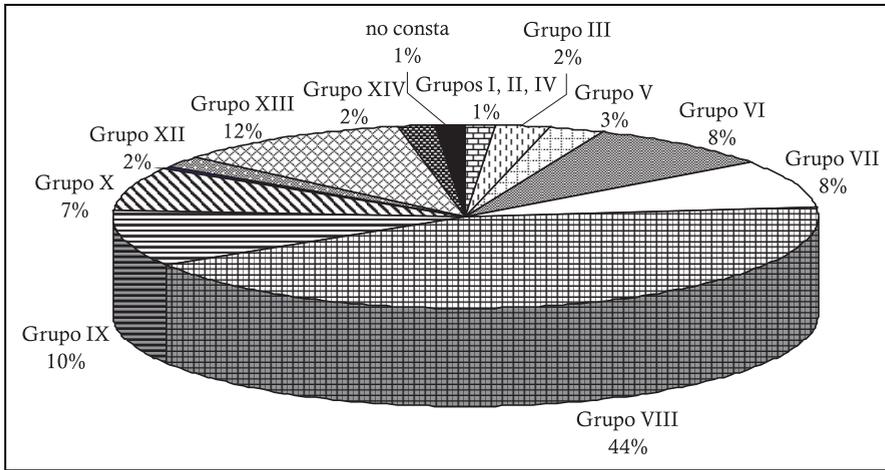


Figura 7. Diagnóstico según clasificación Kraepeliniana en el periodo 1939-1952.

EL DECLIVE DE LA PSIQUIATRÍA FRANCESA

El delirio de persecución, descrito por Ernest Charles Lasègue (1816-1883), en 1852¹⁹, aparece como diagnóstico en los pacientes de Leganés de manera un tanto tardía, en las primeras décadas del siglo XX²⁰. A partir de los años veinte entra en franco declive, de modo que, entre 1931 y 1936, en el Manicomio de Santa Isabel únicamente encontramos «un delirio de persecución» en un interno ingresado en 1931 y diagnosticado también de demencia senil. Es de notar que el responsable de dicho diagnóstico pudo ser Fernández Sanz que había publicado un artículo sobre el delirio persecutorio senil en 1906²¹, cuando todavía no estaba trabajando en el Manicomio. Ya en Leganés, se mostró, en varias ocasiones, firme partidario de la clasificación de Kraepelin ya que, a su modo de entender, aportaba simplificación taxonómica²².

A partir de 1936, la nomenclatura francesa reaparece en forma de delirios crónicos, cuando Fernández Sanz ya no estaba en la institución. Durante la Guerra Civil

¹⁹ Originalmente el delirio de persecución se definió en LASEGUE, C. E. (1852), Du délire de persecutions, *Archives Général Medecine*, 28, 129-150. Se puede consultar en COLINA, F., ÁLVAREZ, J. M. (1994), *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, DORSA, pp. 49-71.

²⁰ MOLLEJO (2001), pp. 432-437

²¹ FERNÁNDEZ SANZ, E., (1906), Delirio persecutorio senil, *Revista de Medicina y Cirugía Práctica*, 72, 441-450.

²² FERNÁNDEZ SANZ, E., (1929), Sobre las relaciones clínicas entre procesos esquizofrénicos y maniaco-depresivos, *Siglo médico*, 83, 73-75, p. 73.

encontramos un delirio de interpretación, cuadro descrito, en 1909, por Paul Sérieux y Joseph Capgras (1873-1950)²³. Se trataba de una Hija de la Caridad, internada el 25 de julio de 1936, junto a once religiosas más de la misma congregación y una laica, que ingresaron a la misma hora. El ingreso de esta religiosa una semana después del inicio de la guerra civil probablemente estuvo en relación con el asalto el 21 de Julio de 1936 de la Casa Central de las Hijas de la Caridad en la calle Jesús de Madrid en la que vivían 170 religiosas, obligándoles a abandonarla²⁴. Parece posible que algunas de estas religiosas enfermas fuesen trasladadas, previo paso por el Hospital de la Beneficencia para Mujeres Incurables, al Manicomio de Leganés. Si bien en la descripción clínica se hace referencia a un delirio de interpretación en una paciente religiosa, se ha barajado la hipótesis de la utilización del manicomio como refugio de «religiosas sanas», ya que fue dada de alta el 5 de noviembre de 1936. Esta religiosa pasó a prestar servicio en el manicomio, junto a otras dos religiosas más, sólo un día después de que el ejército franquista tomara Leganés.

«[...] Hace algún tiempo comenzó a sentirse fatigada apenas podía con el trabajo lo que obligó a su traslado a otro establecimiento y últimamente al de Leganés. Esta inferioridad en el desempeño de su cargo engendró la idea de que sus superiores no la miraban bien y sentían cierto desprecio hacia ella engendrando un síndrome de delirio de persecución que la hizo incompatible para poder convivir en el medio donde estaba. [...]»²⁵

También durante el período de la guerra se han detectado dos pacientes diagnosticados como delirio de persecución; el primero de ellos ingresó el 3 de diciembre de 1938, el segundo sólo unos días más tarde (7 de diciembre de 1936), si bien este último presentaba, además, esquizofrenia como primer diagnóstico.

²³ Pude consultarse el texto reeditado SERIEUX, P., CAPGRAS, J. (1909), *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, Paris, Félix Alcan éditeur y traducido por Ramón Esteban Arnáiz y publicado en Madrid (2007) en la colección de la biblioteca de los alienistas del Pisuerga.

²⁴ En las historias no se especifica la institución hospitalaria o residencial de la que procedían pero es probable que este traslado masivo estuviese en relación con el asalto a determinadas instituciones religiosas tras el estallido de la contienda. Ver 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., BLAS, L. V. (Coords.), *La locura y su gestión: conocimiento, prácticas y escenarios*, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha.

²⁵ Esta paciente fue dada de alta el 5 de noviembre de 1936 pasando a prestar servicio en el manicomio. En las historias de estas religiosas consta una exploración clínica detallada de sus síntomas psiquiátricos, por lo que, si bien pudiera pensarse la posibilidad de que el ingreso fuera como refugio de «religiosas sanas», es más probable que fuesen enfermas mentales cuidadas previamente en la Casa Central de Madrid. De todos modos, hay que señalar que tres de las religiosas fueran dadas de alta durante la guerra civil, después de que el ejército franquista tomara Leganés; el resto continuaron ingresadas en el manicomio después de la guerra, falleciendo la mayoría en el mismo.

En el periodo de posguerra nuevamente encontramos algunos delirios como diagnóstico principal; el primero de ellos fue un varón con «un delirio de interpretación en constitución mental paranoide», que ingresó el 28 de enero de 1943 y fue dado de alta sólo unos meses después²⁶. En los años siguientes se diagnosticó un delirio de celos en un varón que ingresó el 16 de enero de 1944 y otro de persecución (27 de abril de 1945).

Términos diagnósticos procedentes de la nosología francesa conviven con las novedades aportadas por la escuela alemana. Así, la «locura de doble forma» de Bailarguer o la «locura circular» de Falret, aparecen en el juicio diagnóstico de historias clínicas fechadas en la misma época que otras en las que la etiqueta puesta al paciente es la de psicosis maniaco-depresiva. En un caso, el diagnóstico de locura circular fue sustituido por el kraepeliniano de psicosis maniaco-depresiva. Todavía a primeros de los años cincuenta encontramos una «locura circular de doble forma», conjugando los dos términos utilizados por el alienismo francés.

No resulta fácil identificar estas tendencias diagnósticas con los clínicos que ejercían en Leganés, aunque sí parece plausible suponer que la formación germánica de Peraíta explicaría que en sus historias este tipo de cuadro psicopatológico se etiquetara siempre de psicosis maniaco-depresiva, mientras que las nomenclaturas procedentes de la escuela francesa fueran utilizadas por médicos como Martín Vegué o Mendiguchía Carriche.

LA INFLUENCIA DE LA CLÍNICA ALEMANA: LA NOSOGRAFÍA KRAEPELINIANA

Pero, si la utilización del término psicosis maniaco-depresiva puede situar a quien la utiliza en un marco teórico kraepeliniano, no cabe duda que el diagnóstico de demencia precoz primero, y de esquizofrenia más tarde, nos ubica igualmente en la más brillante tradición alemana.

A finales del siglo XIX Emil Kraepelin, a través de la aparición sucesiva de las ocho ediciones de su *Tratado de Psiquiatría*, revolucionaba la nosografía psiquiátrica en Europa clasificando las enfermedades mentales en función de criterios evolutivos y pronósticos. En la sexta edición de su tratado, de 1899, aparecía ya claramente definida y separada del resto de las enfermedades mentales la demencia precoz, que englobaba las formas hebefrénica, catatónica y paranoide²⁷. La evolución terminal hacia un estado de debilitamiento psíquico sería lo definitorio de esta patología. Si

²⁶ Historia clínica 1350. El paciente salió de alta de la institución el 31 de julio del mismo año, sin que se modificara el diagnóstico.

²⁷ POSTEL, J., QUÉTEL, C (2000), *Nueva historia de la psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 217-224; HUERTAS, R, (2004), *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia, pp. 123-133; GARRABÉ, J (1996), *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 42-51.

bien la nosología kraepeliniana ha influido hasta nuestros días, el término demencia precoz quedaría pronto sustituido por el de esquizofrenia que Eugen Bleuler (1857-1940) acuñó, en 1911, en su obra *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*.

En España, la incorporación del concepto de demencia precoz estuvo presente desde los primeros años del siglo XX²⁸. Posteriormente, el uso del nuevo término de esquizofrenia por los alienistas españoles no se hizo esperar y en la década de los años veinte era frecuente en las producciones de los clínicos españoles como J. M. Sacristán (1887-1957), G. Rodríguez Lafora (1886-1971) o E. Mira y López²⁹. De especial interés son los diversos artículos que Fernández Sanz publicó sobre la demencia precoz ya en la primera década del siglo XX³⁰, cuando todavía no trabajaba en Leganés. El neuropsiquiatra mantuvo interés por la esquizofrenia durante el resto de su carrera y, concretamente por una década más tarde publicó «La esquizofrenia en la infancia»³¹, si bien en los diagnósticos del manicomio no se hallado ningún niño esquizofrénico.

Aunque nuestro estudio arranca con la llegada de la segunda República en abril de 1931, por tanto veinte años después de la aparición del término de Bleuler, la uti-

²⁸ Ver: PLUMED, J., DUALDE, F., REY, A., (1997), El debate en torno a la demencia precoz a través de las revistas médicas españolas (1902-1928), *Actas de las II Jornadas de Historia de la Psiquiatría. La locura y sus instituciones*, Valencia, pp. 481-496. Algunos de los artículos sobre la demencia precoz en España: OTS Y ESQUERDO, V., (1902), Demencia precoz, *Revista de medicina y cirugía prácticas*, 55, 329-337. RODRÍGUEZ MORINI, A., (1903), Contribución al estudio de las llamadas psicopatías de la pubertad y especialmente de la demencia precoz, *Revista frenopática española*, 1, 129-137; 161-174. JUARROS Y ORTEGA, C., (1906), Concepto actual de la demencia precoz, *Revista de sanidad militar*, 20, 90-97.

²⁹ SACRISTÁN, J. M., (1920), Ataques epilépticos en la esquizofrenia, *Archivos de Neurobiología*, 1, pp. 17-22; SANCHÍS BANÚS, J., (1920), ¿Un caso de parafrenia expansiva? Acerca de la paranoia, la esquizofrenia paranoide y la parafrenia, *Archivos de Neurobiología*, 1, pp. 405-415. Más entrados los años veinte se publicarían entre otros: MIRA Y LÓPEZ, E., (1927), Estado actual del concepto de las esquizofrenias, *Revista médica de Barcelona*, 7, 507-525, 618. PRADOS SUCH, M., (1925), Anatomía patológica de las esquizofrenias, *Archivos de medicina, cirugía y especialidades*, 18, 392-407. RODRÍGUEZ ARIAS, B., (1925), Profilaxis social de las esquizofrenias, *Archivos de medicina, cirugía y especialidades*, 18, 422-432. RODRÍGUEZ LAFORA, G., (1925), Patogenia y tratamiento de las esquizofrenias, *Archivos de medicina, cirugía y especialidades*, 18, 368-391. VALLEJO NÁGERA, A., (1927), Indicaciones terapéuticas en los procesos esquizofrénicos, *Siglo médico*, 80, 341-349. Sobre la incorporación del término esquizofrenia en la literatura española ver: PLUMED, J., DUALDE, F., (2001), El concepto de esquizofrenia en las publicaciones psiquiátricas españolas, 1925-1975. En ANGOSTO, T., RODRÍGUEZ, A., SIMÓN, D., *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999)*, Ourense, Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría y Asociación Gallega de Saúde Mental, pp. 141-150.

³⁰ FERNANDEZ SANZ, E., (1907), Acromegalia y demencia precoz, *Revista ibero-americana de ciencias médicas*, 17, 223-234. FERNÁNDEZ SANZ, E., (1908), Un caso de demencia precoz catatónica, *Revista frenopática española*, 6, 235-242. FERNÁNDEZ SANZ, E., (1910), Demencia precoz y cerebropatía infantil, *Revista de medicina y cirugía prácticas*, 88, 129-138.

³¹ FERNÁNDEZ SANZ, E., (1933), La esquizofrenia en la infancia, *Archivos de Neurobiología*, 13(4), 737-742.

lización de la demencia precoz como diagnóstico en Santa Isabel perduró durante la década de los treinta (el último paciente con este diagnóstico es de septiembre de 1939), si bien en franca decadencia (figura 8). No obstante la sustitución progresiva de un término por otro había comenzado ya en la segunda década del siglo XX³².

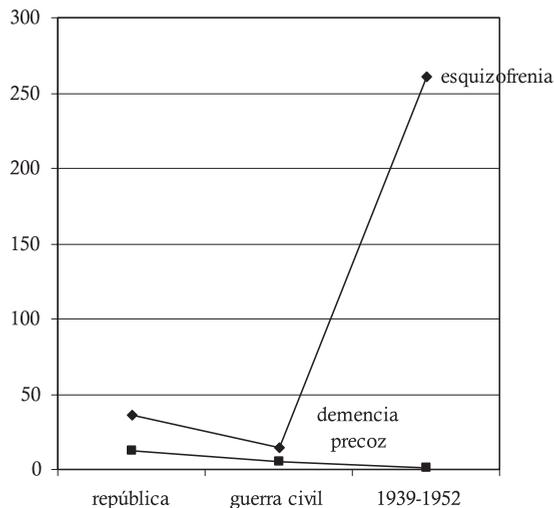


Figura 8. Demencia precoz versus esquizofrenia en los tres periodos.

Por otro lado la paranoia había quedado casi completamente engullida por la esquizofrenia, incluyendo los delirios crónicos, pilar de la clínica psiquiátrica francesa de la segunda mitad del XIX³³. Es interesante constatar como la inclusión de esta entidad en los diagnósticos de demencia precoz y posteriormente de esquizofrenia se puede apreciar en las historias de Leganés, observándose una disminución progresiva de este diagnóstico (grupo XII de Kraepelin) tras la guerra civil (ver gráficos 1 a 3).

³² MOLLEJO, E. (2001), *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1856-1936)*, Tesis doctoral, Salamanca, pp. 388 y 406.

³³ Para un análisis más profundo sobre la progresiva desaparición nosológica de la paranoia ha trabajado detalladamente sobre el tema José María Álvarez, ver entre otras referencias: ÁLVAREZ, J. M. (1999), *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Ediciones DOR, SL, pp. 95-175.; ÁLVAREZ, J. M. (1997), ¿Qué fue de la paranoia? En V.V.A.A., *La Salud Mental en los noventa. Clínica, prácticas, organización*, Valladolid, Asociación Castellano-Leonesa de salud mental, pp. 43-79; ÁLVAREZ, J. M., (1997), De nuevo la paranoia, en ÁLVAREZ, J. M., COLINA, F. (eds), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, pp. 37-80. Ver también: COLINA, ÁLVAREZ (1994), pp. 25-42. HUERTAS (2004), pp. 123-133.

Observamos además que la paranoia aparece más frecuentemente en mujeres solteras, lo que podría hacernos pensar en el delirio erótico de referencia de las solteras³⁴, de Ernst Kretschmer (1888-1964) o en la erotomanía definida por Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934).

Además de la paranoia, la nueva nosografía kraepeliniana incluyó dentro del grupo de la demencia precoz otras dos entidades que también habían estado previamente separadas: la catatonía, que Karl Kahlbaum (1828-1899) en su monografía de 1874 definió como entidad autónoma por su evolución clínica³⁵, y la hebefrenia, descrita por Ewald Hecker (1843-1909), alumno de Kahlbaum, en una brillante monografía de 1871³⁶. Posteriormente Kraepelin añadió otras formas de demencia precoz: la simple, depresiva, seudoperiódica y demencial.

En nuestro estudio encontramos diagnósticos de hebefrenia y catatonía como entidades clínicas independientes en todos los periodos, conviviendo con los diagnósticos de demencia precoz y de esquizofrenia en sus formas hebefrénica y catatónica; y también de la forma hebefreno-catatónica, de importante uso nosográfico en Europa como forma dentro de la esquizofrenia³⁷. En concreto tenemos un diagnóstico de hebefrenia en la República y otro en el periodo 1939-1952, en ambos casos como primer diagnóstico; y tres diagnósticos de catatonía en el periodo 1939-1952, tratándose en este caso de segundos diagnósticos. La forma hebefreno-catatónica de la esquizofrenia aparece en un diagnóstico de la República y en otro de 1943. Pero también encontramos un caso en el que el diagnóstico de demencia precoz: «demencia precoz extravagante», que no corresponde a ninguna de las formas descritas por Kraepelin.

Analizando la relación de diagnósticos por grupos de edades para el conjunto del periodo estudiado, 1931-1952 (figura 9), el pico de edad de pacientes con esquizofrenia corresponde a edades más precoces que para la psicosis maniaco-depresiva o la paranoia, lo que resulta coherente con las edades de inicio y desarrollo de estas patologías.

³⁴ KRETSCHMER, E., (2000) [1918], *El delirio sensitivo de referencia*, Madrid, Triacastela, pp. 89-143.

³⁵ KALHBAUM, L., (1987) [1874], La catatonie ou folie tonique, *Evolution Psychiatrique*, 52, 2, 367-439. Ver también: POSTEL, QUÉTEL (2000) y GARRABÉ (1996).

³⁶ HECKER, E., (1995) [1871], La Hebefrenia: contribución a la psiquiatría clínica (1871), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15 (53), 287-293. Ver POSTEL, QUÉTEL (2000); GARRABÉ, J (1996).

³⁷ POSTEL, QUÉTEL (2000), pp. 221-222.

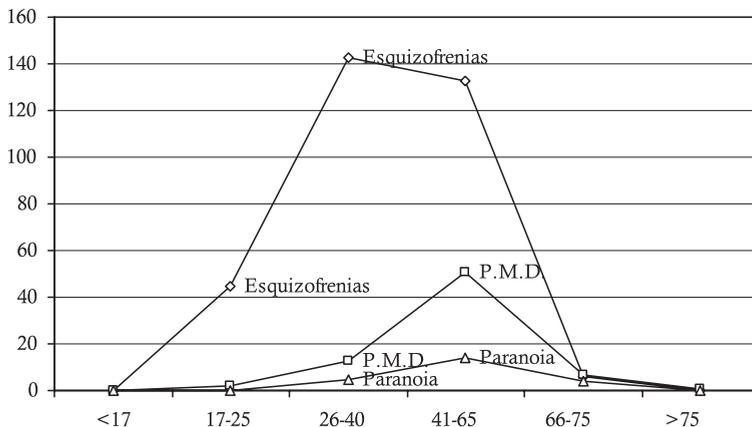


Figura 9. Esquizofrenia, Psicosis maniaco depresiva y paranoia, por grupos de edades para el periodo 1931-1952.

En el período 1931-1936 hay en Leganés cuatro diagnósticos de parafrenia, sin especificar forma, uno de parafrenia sistemática y otro de la forma expansiva. En el periodo 1939-1952 encontramos tres diagnósticos genéricos de parafrenia y otro de parafrenia expansiva³⁸. No encontramos diagnósticos de la forma confabulante ni de la fantástica en estos periodos.

Pero como vimos, estos términos se emplearon en los mismos periodos que lo hacían los delirios de la clínica francesa. Esta cohabitación de las ideas alienistas francesas y la nosografía kraepeliniana es un ejemplo de que los cambios de paradigma científico llevan su tiempo. Además, en este caso, influye que el liderazgo de la paranoia como forma dentro de la demencia precoz y de la parafrenia sobre los delirios de la clínica francesa no se hizo libre de cuestionamientos. También desde España, en las primeras décadas del siglo XX, varios autores de influencia francesa se posicionaron en contra de considerar a la demencia precoz como entidad independiente³⁹.

³⁸ Como se ha indicado, los diagnósticos son en muchos casos descripciones amplias de las patologías, incluyendo estadios, síntomas acompañantes etc., lo que no hemos tenido en cuenta, salvo en casos puntuales, ya que resultaría tremendamente complejo y escapa al objeto de este estudio. Sirva de ejemplo dentro de este grupo de las parafrenias algunos de los diagnósticos completos: parafrenia expansiva estado final y parafrenia expansiva en sintonía.

³⁹ HUERTAS (2004), pp. 129-130.

LA PATOLOGÍA DE GUERRA EN EL MANICOMIO NACIONAL

A raíz de la primera guerra mundial tuvo lugar una enorme producción científica en Europa sobre psicopatología de guerra, con escasa resonancia en España antes de la Guerra Civil⁴⁰. El estallido de la contienda hizo surgir artículos— y posteriormente libros— donde los psiquiatras españoles se ocuparon de esta cuestión. Los diagnósticos de psicosis y neurosis de guerra, puestos ya en entredicho durante la primera guerra mundial en Europa, fueron igualmente cuestionados durante la contienda española. Así, en la *Revista de Sanidad de Guerra*, en zona republicana, y su homóloga en el bando franquista, la *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, la práctica totalidad de los autores españoles coincidió en rechazar una patología específica de guerra y en la inamovilidad de las psicosis endógenas⁴¹.

Es difícil conocer la repercusión real de estos términos en la práctica de los manicomios de nuestro país ya que casi la totalidad de los trabajos historiográficos que utilizan como fuentes las historias clínicas concluyen al iniciarse la guerra. Durante la contienda tan solo Gonzalo Rodríguez Lafora y Dionisio Nieto (1908-1985) publicaron una estadística de los primeros meses de guerra del Hospital Provincial de Madrid, donde se ve un aumento de la patología reactiva que, posteriormente, se estabilizó⁴². Entre aquellos psiquiatras alineados en el bando nacional, tanto Antonio Vallejo Nágera (1889-1960) como Juan José López Ibor (1906- 1991) afirman que no hay aumento de cuadros reactivos en la zona ocupada por el ejército franquista, aunque no aportan datos o estadísticas, por lo que es imposible conocer si hubo diferen-

⁴⁰ VILLASANTE, O. (2007), La producción científica en torno a la neurosis de guerra en el marco de la guerra civil española, En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R., *De la «Edad de plata» al exilio. Construcción y «Reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, 179-199.

⁴¹ Emilio Mira fue el único que introdujo el término de psicorrexis como forma de ansiedad específica de la guerra, pero que abandona al poco de finalizar la contienda. Ver: MIRA, E. (1939), Psychiatric experience in the Spanish war, *British Medical Journal*, (June 17), 1217-1220; ESTALRICH CANET, V. (1996), Emilio Mira y la guerra civil española, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16 (59), 497-507; IRUELA, L. M (1994), *Dr. Emilio Mira y López. La vida y la obra*, Barcelona, Universitat de Barcelona. Para un análisis de la literatura psiquiátrica durante la guerra civil ver VÁZQUEZ DE LA TORRE, P., TIERNANO, R., (2007), La literatura psiquiátrica durante la guerra civil española (1936-1939): Archivos de Neurobiología, *Revista de Sanidad de Guerra* y *Revista Española de Medicina y Cirugía*. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (Edit.), *De la «Edad de plata» al exilio. Construcción y «Reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 239-258.

⁴² RODRIGUEZ LAFORA, G. (1937), La psiquiatría y neurología de guerra y de la revolución. Sus problemas y soluciones. *Revista de Sanidad de Guerra*, 4, 121- 128, p. 125; NIETO, D. (1937), Psiquiatría y neurología de guerra, *Revista de Sanidad de Guerra*, 5, 182-193, p. 185. La estadística de Lafora, también citada por el psiquiatra argentino Gregorio Bermann en el Boletín de la Asociación de Médicos Liberales, corresponde a una estadística de Bahamonde, médico de dicho hospital.

cias reales en ambos bandos en cuanto a ingresos y patologías⁴³. En cualquier caso los cuadros psicopatológicos de guerra, reconocidos como reactivos, tuvieron un peso importante en la psiquiatría y medicina durante la guerra civil, como lo demuestran tanto los artículos aparecidos durante la guerra como las producciones científicas después de la misma⁴⁴. Así mismo, durante la contienda, se crearon clínicas de neurosis de guerra en el bando republicano. Tenemos constancia de dos de esas clínicas, una que dirigió el psiquiatra argentino Gregorio Bermann (1894-1972) en el Hospital número 6 de Chamartín, y otra la que estuvo a cargo de José Miguel Sacristán en el Hospital Neurológico Militar de Godella (Valencia), que dirigió Gonzalo Rodríguez Lafora⁴⁵. Sin embargo, en un artículo publicado por Lafora durante la guerra civil, afirma que son tres los servicios de neurosis de guerra que se van a poner en marcha, situando el tercero en Murcia⁴⁶, del cual carecemos de datos.

Se debe tener en cuenta que en la nosografía kraepeliniana las neurosis de guerra estaban incluidas en el grupo XI de dicha nosografía— reacciones psicógenas—, en el mismo grupos que las reacciones histéricas.

En las historias clínicas del manicomio de Santa Isabel encontramos durante el periodo de la guerra civil dos diagnósticos de psicosis de situación (figura 10), pero sólo uno es como primer diagnóstico. No obstante se observa un aumento de los diagnósticos del grupo XI de Kraepelin en este periodo. El mayor porcentaje de estas reacciones psicógenas en la Guerra Civil corresponde al grupo de la histeria y reacciones histeriformes.

Como característica también del periodo de la guerra encontramos el ingreso de pacientes sin patología psiquiátrica. Así ingresa un paciente con un síndrome confusional con estupor, que fallece 5 días más tarde con un diagnóstico de septicemia, y un paciente afecto de congestión pulmonar que ingresó, por orden militar, siendo dado de alta a los pocos días tras confirmarse una tuberculosis. Transcribimos a continuación la clínica de este paciente como consta en su historia:

«[...] Ingresó en este establecimiento el día 22 de noviembre de 1936, por orden del Sr. Comandante militar de esta plaza [...], con carácter provisional y en vista de la urgencia del caso en la enfermería del establecimiento [...].

⁴³ VALLEJO NÁGERA, A (1938), Observaciones psiquiátricas de la guerra de España, *Revista Española de medicina y Cirugía de Guerra*, nº 1, (20-25). LOPEZ IBOR, J. J. (1939), Experiencias psiquiátricas de guerra, *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 5, 82-101.

⁴⁴ VAZQUEZ DE LA TORRE, TIerno (2007), pp. 239-258.

⁴⁵ Lafora se refiere a la clínica de Bermann y a la sección de neurosis de guerra del Hospital de Godella en su artículo: RODRIGUEZ LAFORA, G. (1937), La psiquiatría y neurología de guerra y de la revolución. Sus problemas y soluciones. *Revista de Sanidad de Guerra*, 4, 121- 128. Lamentablemente no hay datos recogidos sobre esas clínicas, tan sólo una carta de Lafora a Valenciano en septiembre de 1937 le dice que Sacristán ve escasas neurosis, pero en aquellas fechas el hospital acababa de ponerse en marcha.

⁴⁶ RODRIGUEZ LAFORA (1937), pp. 127-128.

Padece según dicha certificación una congestión pulmonar. Reconocido, y según la sintomatología clínica que presenta, encuadra en un síndrome de tipo tuberculoso pulmonar, indicando a los Sres. Médicos del reguete la imposibilidad de tenerlo en el Establecimiento dada la índole del proceso que padece, siendo trasladado al hospital de la plaza [...]»⁴⁷.

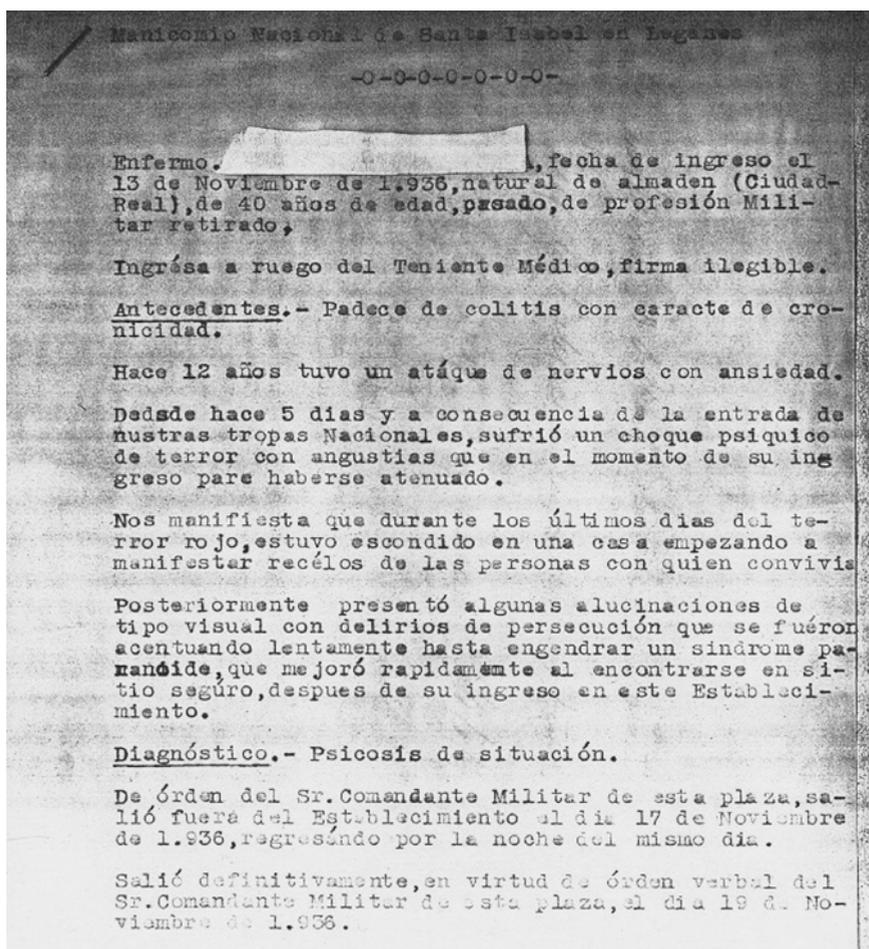


Figura 10. Historia clínica con diagnóstico de psicosis de situación.

⁴⁷ Historia número 1117.

Como vemos este tipo de casos parece obedecer a la situación de urgencia y desbordamiento de recursos propios de una guerra.

LAS PSICOPATÍAS COMO GRUPO DIAGNÓSTICO

En las historias de los asilados de Santa Isabel, vemos un aumento destacado en el grupo de las psicopatías durante el periodo posterior a la guerra; un total de 46 pacientes son diagnosticados dentro de este apartado como primer diagnóstico, siendo casi inexistente antes de este periodo (un solo paciente diagnosticado en la República y ninguno en la Guerra Civil). Este auge del diagnóstico de psicopatía corresponde al periodo en que dirige el manicomio Manuel Peraíta. De hecho 32 de los diagnósticos de psicopatía en el periodo 1939-1952 son bajo la dirección de Peraíta. En la Guerra Civil el único diagnóstico de psicopatía aparece aquí como segundo diagnóstico. De igual modo previo a nuestro periodo de estudio sólo ocho pacientes fueron diagnosticados de psicopatía desde la apertura del manicomio⁴⁸.

Uno de estos pacientes incluido en el grupo de las psicopatías tiene como diagnóstico de entrada el de degenerado moral, terminología prácticamente en desuso en dicha época⁴⁹. Transcribimos a continuación algunos fragmentos de la historia (el primero corresponde al momento del ingreso y el segundo a un evolutivo realizado por Peraíta)⁵⁰:

(5 de octubre de 1940) «Su conducta moral en estas épocas de su vida deja mucho que desear, pide dinero a las amistades de su padre, falta de casa y con compañías poco gratas pasa las ausencias del domicilio de su padre. Durante el periodo de la dominación roja en Madrid se oculta y al ser llamada su quinta pasa al Hospital, por padecer una afección mental (simulada según el enfermo). Es tratado por el Dr. Varela de Seijas, y según relata el enfermo no padecía enfermedad alguna simulándola. El Dr. Varela le diagnostica de esquizofrenia.»

(20 de mayo de 1944) «Nos explica todo lo que hizo durante su fuga del Manicomio. Habla con una cierta pedantería empleando giros algo recargados. Se manifiesta en contra de la madre. Dice que el ha venido aquí siempre del brazo de la madre pero que ya no lo volverá a hacer porque— dice— «esto ya es un toreó».

Reconoce que por (ininteligible) de sus padres ha hecho cosas reprobables y «lo extraño—dice— es que no haya hecho cosas peores».

⁴⁸ MOLLEJO (2001), p. 516.

⁴⁹ CAMPOS MARIN, MARTÍNEZ PÉREZ, HUERTAS GARCÍA-ALEJO (2000).

⁵⁰ Para un análisis sobre las historias clínicas del periodo 1939-1952 ver: CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007b), La actividad clínico- asistencial en el Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R., *De la «Edad de plata» al exilio. Construcción y «Reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 269-285.

Tiende a hacer responsable de su conducta, que él mismo reconoce anormal, a sus padres, al medio familiar en que se ha desenvuelto durante su infancia y primera juventud. Dice que el padre fue un egoísta que no tenía otro deseo que explotarlo. La madre—dice— es una madre rara «sin cariño hacia mí».

El relato es ordenado, no se comprueba incoherencias ni alteraciones ideofugativas. Nos explica con gran lujo de detalles como se fingió enfermo mental durante la guerra cuando ingresó en la Clínica Psiquiátrica del Hospital Provincial. Se jacta de haber engañado a todo el mundo incluso a los médicos del Hospital Provincial. Asegura que hizo el papel a la maravilla y que de esta manera consiguió ingresar en la Clínica Psiquiátrica y evadirse de persecuciones. Durante el interrogatorio se levanta para explicarnos con gesto como se finge trastornado. Evidentemente posee una cierta actitud para representar y fingir papeles falsos.»⁵¹

A MODO DE REMATE

En el manicomio de Santa Isabel de Leganés se cumplió, tal como establecía el Decreto del 3 de julio de 1931, con el envío de partes estadísticos, así como con la orden del 28 de noviembre del mismo año, donde los diagnósticos clínicos debían ajustarse a la clasificación kraepeliniana.

No obstante en las historias clínicas se siguieron utilizando categorías diagnósticas muy diversas, de modo que cohabitaron las ideas alienistas francesas y la nosografía kraepeliniana. En cualquier caso en la posguerra disminuyó la terminología francesa desapareciendo, prácticamente, los delirios crónicos y las psicopatías comienzan a surgir como grupo diagnóstico significativo. Sin duda, durante la época en la que Manuel Peraíta dirigió el Manicomio la terminología germana se impuso a la francesa.

Recibido: 29 junio 2007

Aceptado: 24 junio 2008

⁵¹ Historia número: 1242.