

LA CASA DE SALUD DE SANTA ISABEL: EL ORIGEN

Autores: Laura Sánchez López, Rocío Benito Delgado, Gloria Almudena Celorio Fries, Ainhoa Quijera Rebollo, Alicia Duro Sánchez, Juan Manuel Nuñez Rueda

INTRODUCCIÓN

A mediados del siglo XIX, Madrid carecía de un hospital para dementes, siendo éstos derivados a los manicomios de Zaragoza y Toledo, o ingresados en el Hospital General de Madrid, en la sala de enajenados. El director del Hospital General de Madrid, D. José Rodríguez Villargoitia, solicitó en numerosas ocasiones la apertura de otro centro para atender a dichos pacientes, llegando a escribir, incluso, sobre la sala de dementes de dicho hospital, lo siguiente: *“El local era mezquino, inextensible; los enfermos están aglomerados, confundidos; no se puede establecer distinciones ni grupos y resulta forzosos inevitablemente perjudicial el informe conjunto de las costumbres y caracteres más antipáticos, como de las enfermedades y estados que reclaman una conveniente recuperación”*.

Por el Decreto del 23 de enero de 1822, promulgado por ley por Fernando VII el 6 de febrero, nace el nuevo plan de Beneficencia Pública, siendo la primera normativa legal que establece los cánones de la hospitalización del enfermo mental. La ley pretendía erradicar la mendicidad y construir una red de establecimientos para la asistencia a los dementes. Sin embargo, la Ley de Beneficencia de 1822, promulgada en el trienio liberal (1820-1823), no entró en vigor, ya que durante la década absolutista (1823-1833) quedaron abolidas todas las leyes del período anterior⁽¹⁾.

No fue hasta el reinado de Isabel II (1843-1869) cuando las Diputaciones Provinciales se encargaron oficialmente de los alienados del territorio español. Durante este período isabelino, momento en el que se alcanzó mayor estabilidad política, ocurrieron una serie de cambios, que si bien no fueron equiparables a los ocurridos en los países colindantes con España supusieron, como afirma J. Espinosa: *“el comienzo de una transformación de la asistencia psiquiátrica”* ⁽²⁾.

Durante la década moderada del reinado de Isabel II, se promulga la ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849, constituyendo ésta, el punto de partida para la creación del Manicomio de Santa Isabel⁽¹⁾.

En el presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la creación del Manicomio de Leganés, concretamente, durante el período comprendido entre 1851

y 1900. Quedan descritas las primeras leyes que constituyeron la base de este proyecto, así como el personal que trabajó en dicha institución, los pacientes ingresados y la estructura física del manicomio, haciendo especial hincapié en los cuidados de enfermería llevados a cabo durante dicho período.

OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

Describir el origen del Manicomio Nacional de Leganés, así como las características de la asistencia psiquiátrica de 1851 hasta 1900, prestando especial atención a los cuidados de enfermería de la población manicomial llevados a cabo durante dicho período histórico.

- **Objetivos específicos:**

1. Conocer la organización interna del Manicomio de Leganés, las leyes y reglamentos que constituyeron la creación de la institución durante la época estudiada.
2. Describir el personal del Manicomio que trabajó durante ese período, así como las funciones que desempeñaron.
3. Describir la estructura y las primeras reformas que se llevaron a cabo en el Manicomio de Santa Isabel hasta el año 1900.
4. Describir el estilo de vida, así como las normas de higiene y convivencia que regían la vida en el Manicomio de Santa Isabel desde su inauguración hasta 1900.
5. Describir la población ingresada señalando las características sociodemográficas, tipos de ingreso, así como sus diagnósticos y tratamientos empleados en dicho período.
6. Describir el papel de la enfermería y los cuidados que se llevaron a cabo en el Manicomio de Leganés desde 1851 hasta 1900.

DESARROLLO

PROYECTO DE MANICOMIO MODELO

La Ley de Beneficencia del 20 de junio de 1849, cuyo Reglamento de Instrucción se publicó el 14 de mayo de 1852, establece la creación de seis casas para enfermos mentales en todo el territorio nacional. El Estado reconocía en una Real Orden de 27 de enero de 1885 que por las restricciones económicas sólo se había podido construir uno de los seis manicomios proyectados, que fue el de Santa Isabel de Leganés.

La creación del Manicomio de Leganés estuvo asociada a la idea de construir un manicomio modelo en la provincia de Madrid, de referencia para toda España. Se elige Leganés por estar cerca de Madrid, por los edificios nobiliarios que tenía, por las posibilidades de abastecer al hospital y por las condiciones de salubridad⁽¹⁾.

La Casa de Dementes de Santa Isabel en Leganés, que adopta dicho nombre en honor a Isabel II, fue inaugurado por Melchor Ordóñez en diciembre de 1851⁽³⁾. Tras su inauguración, se dieron lugar sucesivos proyectos para que fuera considerado “Casa modelo de enajenados”; proyectos que coincidieron con el planteamiento de un debate sobre las instituciones-modelo como la cárcel o el manicomio-Modelo que había surgido siguiendo la influencia europea⁽²⁾.

El debate sobre el Manicomio Modelo estuvo muy influenciado por el discurso de los higienistas, como Pedro Felipe Monlau, traductor de la obra del francés Brierre de Boismont. Este famoso higienista había traducido, en 1840, *la Memoria para el establecimiento de un hospital de locos* y, unos años más tarde, publicó *Elementos de Higiene Pública* en el que reconocía la importancia del debate en torno a la redacción del proyecto de construcción del “establecimiento-modelo” que se estaba llevado a cabo en aquellos años⁽²⁾. Esquirol, en *Des maladies mentales* (1838), consideraba que el manicomio debía ser un lugar agradable, fuera de la ciudad, construido en un edificio nuevo, con sendos departamentos para hombres y mujeres, separados según la enfermedad y evolución⁽¹⁾.

El Manicomio Modelo se quedó como un proyecto, y en su defecto se planificaron

diversas ampliaciones de la Casa de Santa Isabel, como el proyecto de reforma general encargado por Orden del 16 de abril de 1871 a Tomás Aranguren. Este proyecto de reforma no se llevaría a cabo, debido a la movilidad de la Administración pública y los apuros del Tesoro⁽²⁾.

Si comparamos el proyecto modelo con el Manicomio de Leganés, encontramos grandes diferencias ⁽²⁾:

- En primer lugar, la distancia de 12 km. a la capital del Reino, resultaba excesiva para la época, si tenemos en cuenta que, además, el tranvía no fue inaugurado hasta 1877, más de 20 años después de la fundación del Manicomio Nacional. Ya en 1859, R. Torres había señalado el escaso criterio de los gobernantes en la elección de la villa para construirse el hospital de Leganés: *“lejos de la capital donde por regla general, se abastece de varios artículos de primera necesidad, por carecer el pueblo donde se halla establecido hasta de las cosas más indispensables de la vida, y por tener en él todos los artículos de consumo, así comestibles como combustibles, incluso la leña, un precio tan subido al menos como en Madrid...en aquel pueblo no se cultivan más que algunas verduras, algunas legumbres y trigo. Las carnes, tocino, aceite, etc. ó se llevan de Madrid, ó se acarrean de otras partes...”*. Esta dificultad en los suministros anunciada por Torres puede observarse en la correspondencia de la época; así por ejemplo, en el año 1874, un “contratista de legumbres” dirige una carta al Ministerio de la Gobernación en la que refleja que no es posible adquirir en la villa el arroz y judías que se precisan para abastecer a la casa de Dementes⁽²⁾.

- El estado arquitectónico también fue objeto de continuas protestas. Menos de quince años después de su fundación, en 1866, se recoge en el Ministerio de la Gobernación un expediente general de obras y los presupuestos de los numerosos desperfectos que aparecen en varios de los departamentos de dicho establecimiento. En este expediente se describen grietas, desconchados, suciedad y deterioro general en los dormitorios aislados de hombres pensionistas, en el departamento de agitados y sucios, en los pasillos y dormitorios, en el dormitorio general de mujeres pobres, en los dormitorios de mujeres pensionistas, en el comedor de furiosas, en las piezas de sucias, en el de hombres pobres... Es fácil intuir como, a pesar de los arreglos realizados en los edificios y del

dinero empleado, resultaron prácticamente inútiles los intentos de reconversión de una construcción antigua que poco tenía que ver en su concepción original con un hospital psiquiátrico⁽²⁾.

- Por otra parte, casi desde la fundación, las condiciones de salubridad habían sido puestas en entredicho por ser un terreno árido, desprovisto de arbolado y sin agua para satisfacer primeras necesidades. La insalubridad del edificio llegó a un punto crítico en el año 1868, y fue puesta de manifiesto en una nota de prensa en la que aparece una descripción de las condiciones del alcantarillado: *“En la inmediata villa de Leganés existe el establecimiento de S. Isabel, que encierra dentro de sí un número bastante crecido de infelices que padecen enajenación mental. Al lado del indicado establecimiento hay una alcantarilla descubierta por donde continuamente corren las aguas inmundas del mismo, despidiendo sin cesar miásmas de tal naturaleza, que aún las personas que se hallan a muy larga distancia no pueden soportar el olor fétido que exhala con notable perjuicio de salud pública. Llamamos la atención del Municipio de aquella localidad, del Gobernador de la Provincia, de la Junta Provincial de Sanidad y del Visitador de la General del Reino, a fin de que se remedie cuanto antes el mal que denunciarnos, y que en la época presente pudiera traer perjuicios de consideración”*. Coincidiendo con esa fecha aparece un oficio del alcalde de Leganés relativo a la conveniencia de que se prolongue hasta el campo la alcantarilla general de aguas inmundas de dicho hospital que desemboca en la calle del sol, con objeto de sanear el barrio y prevenir a la población de una epidemia de cólera⁽²⁾.

-Por otro lado, el hospital de Leganés quedó pronto saturado de enfermos, dada su limitada capacidad. De hecho, en los primeros diez años recibió 434 ingresos, número que descendió a 282 en la siguiente década, dado el escaso número de altas. Esto hizo limitar la admisión de pacientes procedentes tanto del Hospital General, como de otras provincias. El Ministerio del Interior en correspondencia del 17 de julio de 1868 al Excmo. Gobernador Civil de la Provincia de Cuenca afirmó esta cuestión y remitió a un paciente de esta provincia para ingreso en otro hospital: *“... que no sólo no hay vacante en dicho asilo de Leganés sino v. en estos días hay 21 enfermos en el turno establecido para ir cubriendo las vacantes por rigurosa antigüedad, por lo que dicho Sr. Gobernador de*

Cuenca podrá dirigirse al de Zaragoza, Valladolid o Toledo por si alguno de los asilos para dementes...". Así pues, agotada la capacidad de un Asilo concebido originalmente como Manicomio Modelo de Carácter General para toda España, el Gobierno dispuso sucesivos decretos en los que traspasaba la tarea del cuidado y curación de los locos a las Diputaciones. A partir de las Reales Órdenes del 27 de junio y 19 de diciembre de 1864, se disponía que, mientras el Estado allegaba recursos para construir los proyectados manicomios, las provincias debían establecer locales en los hospitales para asistir a los dementes de ambos sexos o debían costear su sostenimiento trasladándolos a los Manicomios de Valladolid, Zaragoza y Toledo⁽²⁾.

Con el paso de los años siguió planteándose la necesidad de construir un manicomio modelo, ante la pobreza del servicio de alienados en España⁽¹⁾.

PERSONAL DEL MANICOMIO

El gobernador D. Melchor Ordóñez hizo los primeros nombramientos de todos los empleados del manicomio, administrativos, facultativos, así como la servidumbre (3).

El personal del manicomio en 1868 para atender a 218 pacientes era el siguiente:

- Personal administrativo: un director, un secretario-contador, un administrador, un comisario de entradas y un auxiliar de arquitecto
- Personal facultativo: un médico y dos practicantes
- Personal religioso-moral: un capellán y 16 Hijas de la Caridad
- Servidumbre: un celador, un portero, un ordenanza, un cochero, un hortelano, 12 criados y 8 criadas. En los primeros años se habían suprimido las plazas de practicante y boticario por falta de presupuesto(4, 11).

El personal en 1895:

- Personal administrativo: Un administrador depositario (Eduardo Viota y Soliva), un interventor y un escribiente auxiliar administrativo
- Personal sanitario: Un médico especialista, un jefe facultativo, un practicante y 12 mozos enfermeros.

- Personal religioso-moral: un capellán, un acólito y 22 Hijas de la Caridad
- Servidumbre: Un celador, un barbero, un cochero-carretero, un hortelano-jardinero, un guarda exterior, 8 lavanderas, un maquinista para el balneario, un ordenanza, un portero y un vaquero(3)

Las funciones del personal de manicomio estaban recogidas en el reglamento orgánico de 1858 y los que le sucedieron.(11). Según esto, sus funciones eran:

Director:

Durante el siglo XIX se debatió si el director del manicomio debía tener una función exclusivamente administrativa o reunir las funciones médica y administrativa. En el manicomio de Santa Isabel, la dirección fue desde el principio fundamentalmente de carácter administrativo e independiente de la jefatura facultativa ejercida por el médico (3).

Los tres primeros directores del manicomio se llamaron rectores, eran sacerdotes y ejercieron a la vez las funciones de capellán y director.

Al separarse ambos cargos, se les llamó directores desde 1853 a 1876. A partir de este último año empezaron a llamarse administradores depositarios, aunque conservaban las mismas funciones. El administrador depositario más famoso fue Eduardo Viota y Soliva. Gracias a él y a sus memorias se conoce gran parte de la historia y funcionamiento del manicomio modelo (3).

Durante el siglo XIX el manicomio tuvo los siguientes directores:

- José Mario Escudero de la Peña: Fue primero secretario-contador y en 1853 pasó a ser el primer director laico del manicomio.
- Juan González Romerosa.
- Manuel González Vidal, presbítero.
- Faustino Mesa: Fue comisario de entradas, firmaba las expulsiones de los criados.

Después fue secretario contador en 1858 y director del establecimiento entre

1859 y 1862.

- Manuel Rodríguez Villargoitia: dirigió el manicomio durante 12 años (1862-1874). Consiguió el aislamiento total del manicomio pidiendo el cierre de la calle que pasaba entre los dos pabellones de hombres y mujeres que los separaba, y el abastecimiento de agua potable.
- José Trevilla: Redactó el reglamento de 1873.
- Dionisio Sandoval (4).

El director era el responsable de cuanto ocurriera dentro del recinto del manicomio, pudiendo tomar en el acto las medidas urgentes que la situación reclamara. A él le estaban subordinados todos los empleados de la casa, todas las cuentas del hospital eran supervisadas por él y tenía la capacidad de proponer reformas; la adquisición de material mobiliario, facultativo, ropas y toda clase de repuestos según las necesidades del manicomio, poniéndolo en conocimiento de la Junta General para su aprobación; informaba a la autoridad correspondiente de la curación de un demente ingresado por disposición de los tribunales de justicia; demandaba al alcalde de Leganés la hoja de ruta para trasladar a un enfermo curado a su domicilio cuando después de habérselo comunicado a su familia, esta no acudía a recogerlo en el plazo de 90 días; ordenaba que se cumpliera todo lo dispuesto por el médico sobre el tratamiento físico-moral, la higiene y seguridad de los enfermos; determinaba las horas de apertura y cierre de las puertas del establecimiento y establecía un turno de vigilancia nocturna, teniendo en su poder las llaves o bien entregándolas a un empleado de su confianza; y repasaba todo lo concerniente a la parte económica y moral junto a la superiora de las Hijas de la Caridad (11).

Hijas de la Caridad de la Congregación de San Vicente de Paúl:

Las dos principales órdenes religiosas al cuidado de los enfermos mentales en esa época eran la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Estas últimas estuvieron presentes en el manicomio de Santa Isabel desde su fundación en 1852(11)

En sus inicios solo se admitieron al servicio de la casa ocho Hijas de la Caridad (3).

Gómez de la Serna, poco después de tomar posesión de su cargo como visitador, contrató dos más, y en 1854, cuando el manicomio fue invadido por el cólera, pidió otras cuatro temporeras más. En 1858 existían 12 religiosas al servicio del manicomio (3).

En los primeros años de la fundación del manicomio, llegaron a absorber toda la administración, gobierno y economía interior de la casa. El poder otorgado a los religiosos fue en detrimento de la función del médico, cuestión que iba a determinar, al menos en parte, el carácter benéfico-asilar y la escasa medicalización de la institución. (3)

El proyecto del reglamento de 1858, definía las atribuciones de las Hijas de la Caridad, poniendo bajo su cuidado las ropas del manicomio y de los enfermos, la dirección de la cocina, y las hacía responsables de todos los servicios del departamento de mujeres. Se encargaban de la asistencia y cuidado de los pacientes, realizando éstas labores únicamente a cambio de manutención. Realizaban una labor parecida a la enfermera llevando a cabo cuidados con el objetivo de cubrir las necesidades básicas y aplicar los remedios que la nueva medicina iba imponiendo (3,12).

El trabajo estaba estructurado en dos niveles:

- La Hermana Enfermera
- La Hermana Sirvienta o Superiora, debía ser la primera en poner en ejercicio aquello que iba a pedir al resto de sus compañeras (12).

La formación empezaba en el Hospital. Antes de ser admitidas pasaban unos meses en una Comunidad local, en la que aprendían los elementos esenciales para el servicio y después de un año de formación eran enviadas a una Comunidad (12).

La formación de las Hermanas enfermeras se desarrollaba en dos niveles: el servicio directo a los enfermos bajo la responsabilidad de una Hermana más experta y el estudio de los textos de formación. La experiencia, su preparación y trato con los médicos, su paso por las distintas enfermerías y hospitales, etc, les permitió adquirir unos conocimientos tanto teóricos como prácticos suficientes para el cuidado de estos enfermos (12).

Superioras de hijas de la caridad:

La superiora era la única que podía reprender al resto en caso de falta en la realización de sus deberes respectivos y también distribuía entre el resto de hermanas los diversos cargos y oficios que en la casa se debían desempeñar. Según la Orden orgánica de 1852: tenía el poder de determinar cuando los enfermos podían salir al jardín, controlaban el régimen interior de la casa y ningún empleado podía salir del establecimiento sin permiso del director y la superiora (3,12).

Sor Josefa Albusa fue la primera superiora, estuvo 28 años (de 1852 a 1880). La sustituyó Sor Teresa Viver y Candell (3,12).

Jefes facultativos/médicos:

En algunos manicomios durante el siglo XIX, la figura del médico estaba ausente, o bien ocupaba un papel secundario y supeditado al director administrativo del establecimiento.

La mayoría de los médicos que asistían a estos pacientes no tenían experiencia previa en este campo, recibiendo los conocimientos a partir de la experiencia y práctica diaria, dedicándose a la observación y cuidados de los enfermos (3).

Desde el momento de la fundación de la Casa de Dementes, el médico tenía unas funciones bien definidas en el proyecto de reglamento de 1858: Le correspondía todo lo referente a la higiene, costumbres, tratamiento del enfermo, así como la posibilidad de castigar, autorizar o negar visitas o recompensar; disponía todo lo relativo al régimen físico y moral de los enajenados; determinaba el grado de libertad interior y exterior que podían gozar, visitas, paseos, distracciones o trabajos (sus salidas al exterior se realizaban a petición de la familia o por indicación del médico como prescripción exploradora previa al alta definitiva del enfermo, o como tratamiento coadyuvante); certificaba la curación o no del paciente; tenía la obligación de realizar una visita diaria a todos los enfermos, rellenar las historias clínicas y efectuar la memoria clínica y estadística del establecimiento cada año. También le correspondía la redacción de los reglamentos internos del asilo, señalando las obligaciones que competían a cada uno

de los empleados en la asistencia de los enfermos (3,11).

Estas funciones, probablemente interferían con las ejercidas por la superiora de las Hermanas de la Caridad, a quienes, desde la fundación del establecimiento se les había otorgado mucho poder (3).

Médicos más conocidos de la Casa de Dementes durante el siglo XIX:

- José María Miranda de la Paz: 1852-1873
- Eduardo Gómez Navarrés: 1874-1877; 1879-1883
- Luís Simarro y Lacabra: 1877-1879
- Ignacio del Mazo y Almazán: 1873-1907(4).

José María Miranda de la Paz (1815-1874): Fue el primer médico del hospital, nombrado por el gobernador de Madrid, Melchor Ordóñez, el 23 de abril de 1852, otorgándole las plazas de médico titular de la villa de Leganés, y médico del hospital de dementes de Santa Isabel de Leganés, debiendo ejercer sus funciones de médico no sólo con los acogidos, sino también con los empleados del establecimiento(11). Según el reglamento de 1873, si el número de acogidos era inferior a 250, solo habría un médico encargado de la asistencia con unas funciones definidas. En el siglo XIX el número de acogidos nunca superó los 250 y solo hubo un médico en el hospital(11).

Durante los 22 años que José María Miranda ejerció de médico de la Casa de Dementes de Santa Isabel, se realizaron muchas de las importantes reformas y se establecieron las bases de la organización y el buen funcionamiento del manicomio(11).

En 1855, José María Miranda de la Paz redactó las Reglas Higiénicas, las primeras reglas para el cuidado y asistencia de enfermos mentales que se conocen en España. Estas Reglas estaban estructuradas en 16 artículos y organizaban la vida del enfermo desde el amanecer. En ellas hacía referencia a la limpieza de la casa y de los asilados, los horarios para levantarse (entre las 5 y las 6 de la mañana,

dependiendo de la estación del año y era obligatorio salvo prescripción facultativa en contra), los alimentos que debían tomar y el estado de estos; regulaba la frecuencia del afeitado, corte de pelo y uñas; recomendaba que todos los días por la mañana y por la tarde, el practicante y una de las Hermanas de la Caridad pasaran revista general e individual de los acogidos, para comprobar que estaban limpios y aseados, prestando atención por si observaban algún signo o síntoma distinto de su enfermedad, etc (3, 4,11).

José María Miranda realizó la primera memoria histórico-estadística de los tres primeros años del manicomio, aunque no se ha podido encontrar el original. En ella recogía la edad, estado civil y forma de enajenación de cada uno de los acogidos, analizaba su naturaleza, profesión y las presuntas causas por las que había desarrollado la enfermedad (3,11).

Transmitió sus discrepancias, apoyado por el director José Trevilla, en cuanto a la intención de la Junta General de disminuir el número de enfermeros y criadas alegando la importancia de su labor al haber aumentado la necesidad de vigilancia permanente y observación exquisita, y destacando la disposición de este personal a ayudar y corregir los comportamientos de los alienados. Consideraba a enfermeros y criados un grupo especialmente instruido, preparado y necesario, al que había que mantener en las mismas condiciones laborales para que siguieran realizando el trabajo esperado (11).

Al Dr. Miranda se debe el proyecto de reglamento en 1858 (junto con Pedro Gómez de la Serna), que sirvió de base para los posteriores reglamentos de 1873 (por el Ministro Francisco Pi i Margall durante la primera República) y el de 1885 (por el ministro Romero Robledo) (3,11.).

Según este proyecto, el manicomio acogía todas las formas de enfermedades nerviosas y mentales, incluidas la imbecilidad y la idiocia, pero debido a la limitada capacidad de la casa, se prefería a los maniacos, melancólicos y dementes que se estimaban como formas más curables (3).

Dividía a los acogidos en tres clases: pensionistas, medio pensionistas y pobres, haciendo constar que la diferencia entre unos y otros era la separación de departamentos, la mesa del comedor y un servicio más delicado, siendo igual el tratamiento médico y facultativo para todos ellos (3).

Luis Simarro Lacabra: En 1877 se le nombró como jefe facultativo sustituyendo a Eduardo Gómez Navarrés. Le obligaron a dimitir dos años después por sus posturas republicanas, lo que le enfrentó no solo con el administrador depositario, sino también con las autoridades eclesiásticas. Se cerró entonces una vía para la medicalización y la profesionalización de las asistencias a los alienados en el Manicomio de Leganés, que fue truncada por motivos político-religiosos (3).

Criados y enfermeros:

El Dr. Miranda educó y formó un cuerpo especial de enfermeros y criados para el cuidado de los alienados, y aunque no se han hallado las ordenanzas que para ellos dictó, si se han encontrado muchas referencias a ellas. El Dr. Miranda hacía referencia a la necesidad de tener un personal suficientemente preparado y bien remunerado para *“resistir las vociferaciones y tendencias agresivas de unos, las puerilidades de otros y saber llevar exacerbaciones maniacas y furiosas de otros”* (11).

El Art. 82 de la Instrucción General (1873), determina que en los hospitales haya un criado por cada diez acogidos. En 1873 había 203 asilados, correspondiéndose con los 12 criados y 8 criadas que había en ese momento en el manicomio de Santa Isabel (3). Había criados propios del establecimiento y criados particulares, pertenecientes a las familias. Las familias tenían que pedir por escrito el ingreso del criado, y una vez aceptado, pagaban tres reales diarios por la alimentación de éste (11).

Sus funciones eran acompañar y servir a los pacientes durante su estancia en el manicomio, cuidarlos y vigilarlos, lavar y planchar su ropa, limpiar el establecimiento y preparar la comida(11).

El médico y director de la casa de dementes podían denegar la entrada de los criados particulares si se pensaba que no se conseguía el deseado aislamiento de algún

paciente en concreto. Además no se tenía sobre estos criados la misma autoridad que con los propios del manicomio y eran un mal ejemplo para éstos, despertando envidias en los sirvientes de la casa que tenían que atender a mayor número de pacientes (11). Debido a estos inconvenientes, el director no volvió a aceptar la entrada de los mismos para el servicio y cuidado de los enfermos, manteniéndose este criterio en los años posteriores (11).

Capellán:

En la fundación del manicomio de Leganés, al personal religioso se le dio el papel de mayor representación tanto en la jerarquía como en las atribuciones de la nueva casa, siendo los primeros directores del hospital presbíteros (José María Canosa, Pedro Ramos y José Inclán), hasta que estas funciones se separaron en 1859.

Con Villargoitia de director, se suspendió a los capellanes el privilegio que venían disfrutando de tener domicilio y ración en la casa.

Sus funciones eran cooperar bajo la dirección del médico al éxito de los tratamientos morales de los alienados(3)

Visitadores de la Junta de Beneficencia:

El visitador general de Beneficencia debía ir una vez al mes a la Casa de Dementes a realizar la inspección del asilo, anotando en el registro las observaciones que creyese necesarias. Sus funciones eran las siguientes: vigilaba los temas administrativos, repasaba las cuentas, aprobaba los presupuestos, proponía los empleados, las obras y las reformas de la casa, e informaba de las necesidades del hospital. Además tenía la obligación de presentar cada año a la Junta General una memoria o informe donde se anotaban los abusos que debían corregirse, las mejoras que debían introducirse, las obras que se habrían de ejecutar y se notificaba la capacidad de cada uno de los empleados (3).

Los visitadores más conocidos fueron:

- **Pedro Gómez de la Serna** realizó numerosas reformas tanto en la organización y reglamento de la casa como en las obras que se llevaron a cabo. Lo primero que

hizo fue dotar al establecimiento de un personal administrativo. Su objetivo fue la disciplina interior de la casa. Proscribió los castigos duros que se daban a algunos enfermos y exigió responsabilidades por el mal trato a algunos acogidos. También creó un director administrativo y un secretario-contador, desposeyó al capellán de las funciones directivas y dejó la jefatura interior de la casa para siempre en manos del director administrativo (3).

Dictó unas reglas para evitar la fuga de los pacientes del manicomio en mayo de 1858 y para depurar responsabilidades en los responsables de su vigilancia.

Más importante que estas reglas para evitar fugas, fue el proyecto de reglamento que dejó redactado junto al Dr. Miranda en 1858 y cuyas acertadas disposiciones fueron la base de los reglamentos de 1873 y 1885, que posteriormente se pusieron en ejecución. Inició los trámites para resolver el conflicto de la falta de agua potable y el cierre de la Calle Velasco que atravesaba el manicomio, pero dimitió antes de haber solucionado estos problemas (3).

- **Pedro Felipe Monlau:** Fue un destacado representante en España de la Higiene Pública. Desempeñó el cargo de vocal-visitador y como tal debía visitar el asilo una vez al mes, inspeccionar la salubridad y la asistencia a los alienados, consignando en el registro las observaciones necesarias (3)

Personal administrativo:

Solo existía un administrador de la Junta General, cuyas funciones se reducían a la recaudación de las pensiones, rentas y asignación del hospital y al pago de sus obligaciones. Más adelante también se contrató un secretario-contador. También se concedió un dependiente subalterno a las órdenes del director para que le ayudase, así como a la superiora, en la formación de libros e inventarios y demás trabajos de oficina. Al final de cada mes se debía remitir a la superioridad para su aprobación el presupuesto para el siguiente mes, tanto de ingresos como de gastos (3).

En 1856 se abrieron los libros de contabilidad, se dio una instrucción especial, y se dispuso que la superiora de las Hijas de la Caridad rindiera las cuentas especiales de la despensa y ropa durante el tiempo en que estuvo a su cargo la administración interior

del establecimiento (3)

Vigilante:

Eran mozos cuyas funciones eran: cerciorarse por la noche de que en los departamentos no había novedad alguna previa a entrar los dementes, que las puertas y ventanas estaban perfectamente cerradas, que todos los alienados estaban en sus respectivos dormitorios y que en ellos no había objetos con los que se pudieran dañarse a sí mismos o a otros. En estas visitas le acompañaban el director o una de las Hijas de la Caridad. Si durante su servicio observaban algo, debían dar inmediatamente parte a la Superiora, para que ésta lo hiciera al director, á fin de que adoptara las disposiciones necesarias. Además, no se podían retirar hasta haber dado parte al director de que durante la noche no había ocurrido novedad, o la que hubiera ocurrido (3).

En el transcurso del día no debían faltar los mozos que se creyeran necesarios para la debida vigilancia, sin que por nada ni por nadie se les pudiera distraer de su función, para poder exigirles la responsabilidad de cualquier incidente que ocurriera. En los sitios de peligro debía haber un mozo constantemente. Si se fugaba un demente o le ocurría alguna desgracia y se probará que había sido por un descuido o falta de vigilancia del mozo correspondiente a su departamento, éste era inmediatamente despedido (3).

DESCRIPCIÓN DEL MANICOMIO

El edificio principal contaba con un magnífico pórtico, un gran vestíbulo y galerías de espaciosa salas, patios, jardín y huerta con agua propia. Se cree que allí anteriormente residió en el siglo XVII Diego Messía de Guzmán, marqués de Leganés⁽⁵⁾

Los edificios eran propiedad de un vecino rico de Leganés, Juan Gómez, al cual le fueron adquiridas por la Junta Provincial en diciembre de 1850⁽⁵⁾.

La bibliografía consultada refiere que la situación era excelente por sus “aires frescos y puros, templados por la proximidad de numerosos arbolados y huertas”⁽⁵⁾.

Se hicieron obras de reforma entre 1850 y 1852, incorporando algunos edificios contiguos,

como la llamada “Casa de la Magdalena”⁽⁵⁾.

Entre 1859 y 1861 se hicieron nuevas reformas para regularizar geométricamente el perímetro hospitalario. Cerrándose la antigua calle Velasco que separaba los dos edificios y abriendo una nueva (Calle Charco)⁽⁵⁾. Con el cierre de la calle Velasco se consiguió la unificación y aislamiento del manicomio⁽¹⁾.

El edificio tal como hoy lo conocemos está realizado por ladrillo visto al exterior en sus fachadas de estilo mudéjar⁽⁵⁾.

En el libro “Historia del Manicomio de Santa Isabel: el Manicomio de Santa Isabel en el siglo XIX” quedan expuestos varios datos estadísticos que recogió el arquitecto Fernández de los Ronderos. Este procedió a la medición total y por partes del manicomio. “La superficie total era de 15.766 metros con 56 centímetros cuadrados de extensión, sobre la que entonces había 2.463,41 metros de construcciones de planta baja y 11.024,48 de jardines, patio y huerta. El departamento de hombres se componía de sótano, planta baja, entresuelo y buhardilla, cuyas construcciones medían 295,28 metros en el sótano; 1.386,28 en el piso bajo; 62,61 en el entresuelo y 793,85 en la buhardilla. El departamento de mujeres no comprendía más que la planta baja en una extensión de 1.077,13 metros y la principal de 372,95”. “La capilla tenía 51,84 metros y la sacristía 11,40 metros. La dirección administrativa 14,40 metros; y las mismas dimensiones la sala de las consultas facultativas, la habitación de las Hijas de la Caridad con todas sus dependencias: 136,24 metros y su dormitorio 23 metros, el botiquín 46,80 metros y el billar 35,26 metros”⁽¹⁾.

“En uno de los ángulos de la huerta en la parte sudoeste se hallaban además un depósito de cadáveres y la sala para las autopsias” de las cuales se desconocen las medidas⁽¹⁾.

El manicomio estaba separado en dos secciones según el sexo, y dentro de cada una de ellas había: dormitorios, jardines y salas de recreo diferenciadas para pobres y pensionistas. Los pacientes agitados, furiosos y sucios estaban en salas o celdas aparte. Todos los dormitorios eran compartidos. Algunos empleados que vivían en la casa tenían sus propias dependencias. Igualmente el manicomio también disponía de: un departamento de baños para el tratamiento de hidroterapia, sala de autopsias,

botiquín, huerta, varios patios de recreo, cocina, lavadero, almacén, establo de vacas y cuadra de mulas, gallinero y pajar⁽¹⁾.

En el dossier “Orden y Norma en el Manicomio de Leganés entre los años 1851 y 1900: el discurrir diario del paciente decimonónico” escrito por Olga Villasante en el año 2008, queda recogida una magnífica y detallada descripción del complejo: “El edificio principal, destinado a los hombres, constaba de dos alas, unidas por un artesonado vestíbulo, a las que se accedía por anchas escaleras de piedra de varios peldaños, con un solo piso y buhardillas. Estas alas formaban un ángulo recto, que se completaba hasta formar un cuadrado con una huerta y un jardín. En el ala derecha, se hallaba un salón espacioso para dormitorio general, así como 7 dormitorios particulares que, vulgarmente, se denominaban jaulas. En uno de los ángulos de estas habitaciones de hallaba un sillón de hierro, que podía servir de descanso y de silla de comodidad, ya que estaba horadado en el centro y se había colocado un orinal. Además, en el ala izquierda se habían arreglado cuatro células destinadas a furiosos, que recibían luz de una galería que daba a la huerta —cuatro fanegas de tierra—, y en las puertas presentaban un postiguillo movable sólo desde fuera para vigilar al enfermo; pronto insuficientes. En las buhardillas de este palacio destinado a los varones, se alojaron los almacenes de ropa y los dependientes de la casa, en un dormitorio general y largo, y en otra que daba a un pequeño patio, se instaló el padre capellán. En 1855, se completó el alcantarillado para los dos edificios y se construyó un ropero para hombres; y por otra parte, en la salas de recreo de los pobres se construyó una estufa. En el departamento de distinguidos se arregló y decoró un comedor especial, ya que carecían de un refectorio separado, y se instaló una sala de juegos y dos mesas de billar⁽³⁾.

A los pocos años de la fundación comenzaron unas ampliaciones a cargo de la Junta General de Beneficencia para dar cabida a un incremento de la demanda de ingresos. A primeros de los 60, en el ala derecha había cuatro cuartos anchos cada uno con dos o tres camas, siete celdas pequeñas preparadas con butacas. Los pensionistas asilados en esta zona disfrutaban de un pequeño patio y jardín; el cual estaba

separado de otro más espacioso para los “indigentes tranquilos”⁽³⁾:

En la planta baja, estaba instalada una sala de baños con dos pilas de piedra, y el botiquín, que era surtido desde el Hospital General⁽³⁾.

El primer departamento de furiosos de sólo cuatro celdas pronto fue insuficiente y, si bien éste se mantuvo se construyó un nuevo departamento de agitados independiente con nueve celdas y, además, una acolchada para los suicidas, todos ellos vigilados⁽³⁾.

En el ala izquierda, junto a las habitaciones de las Hijas de la Caridad, había tres dormitorios generales de indigentes varones con sus correspondientes “excusados” uno capaz de albergar 42 camas y otros dos de 6 camas cada uno⁽³⁾.

La precariedad de la edificación destinada a las mujeres era mayor, de modo que sólo tres años después de la fundación fue preciso abrir ventanas en las celdas altas implantadas en oscuras y mal ventiladas buhardillas. En 1856, se poblaron de árboles los solares que habían quedado de la incorporación de las casas medianeras en el departamento de mujeres. Se habilitó una sala de labor para éstas y se amplió su dormitorio, debajo del cual se acondicionó y decoró un comedor para distinguidas, tal como se había hecho para los varones. En esta misma época se reconoció la necesidad de un departamento de agitadas. A principios de los sesenta, los dormitorios grandes se hallaban en la parte alta del edificio: un dormitorio amplio para 24 camas y otro para 18, cada uno de ellos con un cuarto para vigilancia. El departamento para agitadas se hallaba en la planta baja con nueve celdas, con camastros empotrados, una de ellas acolchada para suicidas. En el año 1861, el departamento de sucias sólo era un proyecto, a diferencia del de varones, ya existente si bien poco ventilado. En esta casa destinada a mujeres también se hallaban otros servicios como la cocina, la despensa, el fregadero, el lavadero, secadores, otra huerta y tres patios. Los pacientes podían acudir a la capilla a los oficios religiosos, pero se disponían separados; mientras que los hombres se situaban en una galería enrejada, las mujeres tenían reservado el suelo⁽³⁾.

En el año 1866 se recogía en el Ministerio de la Gobernación un expediente general de obras y presupuestos para los numerosos desperfectos⁽³⁾.

En las reformas que se llevaron a cabo posteriormente se cambiaron la disposición de los dormitorios, describiéndose en la bibliografía dormitorios más pequeños que contenían de seis a veinte camas. Asimismo se reformó la cocina⁽³⁾.

El abastecimiento de agua potable fue un problema sin resolver durante muchos años. En junio de 1862, el visitador Luis Manresa, suscribió una escritura pública con el ayuntamiento de Leganés, por la que este cedía 4 reales fontaneros (13 metros cúbicos) diarios de agua de los manantiales que disponía el pueblo. Sin embargo, en mayo de 1868, se produjo una reducción de 4 a 2 reales y al año siguiente se comunicó la supresión total debido a la sequía general existente⁽¹⁾.

En 1869 se autorizó al entonces director del manicomio para adquirir los útiles necesarios con que acarrear agua potable de los manantiales y caños públicos más cercanos al hospital. En 1870 la situación se agravó más aún ya que no se disponía de agua potable y el agua de los pozos el cual se destinaba para la limpieza, baños y riego estaba disminuyendo velozmente. Debido a esta alarmante situación varios particulares ofrecieron agua que tenían en pozos de su propiedad, mas esa agua se descubrió que no se podía beber⁽¹⁾.

Fue en 1892 cuando se construyó un depósito de agua potable, además del nuevo balneario⁽¹⁾.

En 1894 se realizó una ampliación de las cocinas⁽¹⁾.

En 1895 se construyó un kiosco para la bomba de los depósitos de aguas del departamento de mujeres y se hicieron pequeñas obras para el cerramiento del estanque de la huerta⁽¹⁾.

Llama la atención la heterogeneidad de las edificaciones, no se realizó un plano definitivo al que ajustarse debido a la movilidad de los arquitectos⁽¹⁾.

POBLACIÓN MANICOMIAL

Los primeros pacientes que ingresaron en la Casa de Dementes, fueron 22 mujeres derivadas del Hospital General de Madrid el 24 de abril de 1852. Al día siguiente ingresaron 22 varones, de la misma procedencia. Todos fueron valorados como incurables o de difícil curación ⁽³⁾.

Otros pacientes ingresaban procedentes de su domicilio, y en muchos casos debían superar un periodo de aislamiento antes de ser asignados a un departamento para convivir con pacientes con patologías y situación socioeconómica de características similares. Así, existían los departamentos de hombres o mujeres, pensionistas o beneficiarios, tranquilos, agitados o sucios. Si había riesgo de autolesiones, el paciente disponía de una celda acolchada para mitigar el dolor de sus acciones violentas.

Se desconoce si los menores de edad se alojaban junto a los adultos ⁽³⁾.

Los ingresos por orden judicial fueron en aumento durante finales del siglo XIX, sin tener un departamento especial. Esto llegó a desequilibrar las instituciones, y la Junta de Patronos del Hospital de Dementes Santa Isabel pidió que se prohibiera el ingreso de los declarados dementes por los Tribunales. Esta propuesta fue aceptada en Real Orden del Ministerio de la Gobernación del 17 de marzo de 1893, aun siendo contraria al Real Decreto del 12 de mayo de 1885 ⁽³⁾.

Al ingresar los pacientes en el manicomio se cumplimentaba una hoja de entrada y vicisitudes, en la que se recogían datos demográficos y clínicos, y se describía la evolución durante su estancia. A través de ellos se han podido estudiar las características de la población en el manicomio ⁽³⁾.

Características de población manicomial.

La población del manicomio creció rápidamente desde su fundación, siendo de una media de 40 ingresados en 1852 y creciendo hasta 160 en tan solo diez años, hasta alcanzar una media de 200 pacientes albergados durante el siglo XIX. (1)

El 62% de la población la formaban varones, y el 38% mujeres. La estancia media

de los pacientes fue de 8 años. El estado civil predominante era soltero, y las profesiones empleados, militares y estudiantes. La edad media de los pacientes ingresados durante este periodo fue de 37 años, teniendo el menor 8 años y el mayor 92. (1)

La media de ingresos anuales fue de 27 pacientes, siendo durante el año de la inauguración del Manicomio cuando más ingresos se produjeron (92). (1)

Clasificación al ingreso.

Al ingresar, se distribuían los pacientes en tres categorías: pensionistas, medio pensionistas y pobres o de beneficencia, en función de lo que pagaban durante su estancia en el manicomio. Los pensionistas de primera clase pagaban 12 reales (3 pesetas) al día, los de segunda clase 6 reales (1,5 pesetas) y los pobres se beneficiaban de la gratuidad de los servicios. Los pensionistas de ambas clases pagaban además 2,5 pesetas al mes por el planchado y lavado de la ropa⁽⁴⁾.

Esta clasificación de los enfermos se reflejaba en el tipo de comida recibida, el vestido y el régimen de alojamiento, pero no había diferencias en la asistencia médica.

El 53% de los pacientes ingresados eran pensionistas, a pesar de que el reglamento orgánico del hospital especificaba que estos no debían superar un tercio del total. Cuando la familia no podía seguir pagando la manutención del paciente, los pensionistas podían pasar a la condición de medio pensionistas o de pobres⁽¹⁾.

Motivos de ingreso

En cuanto al motivo de ingreso, el 68% se realizó a petición de la familia, y el resto por traslado desde otro centro, orden judicial, institución religiosa, militar o civil. En el 15% de las historias no consta el motivo de ingreso. (1)

Los diagnósticos más frecuentes entre los pacientes tratados fueron manía en diferentes formas clínicas, demencia y retraso mental (entonces llamado idiotismo o imbecilidad)⁽¹⁾.

Tratamientos

El tratamiento fue, en la mayoría de los casos, exclusivamente el internamiento

psiquiátrico. Sólo el 15% recibió algún tratamiento complementario, siendo los más empleados los fármacos y la hidroterapia (ducha fría, baños templados con ducha fría, baños de agua marina, sanguijuelas y sangrías). También se practicó el tratamiento moral de los alienistas franceses^(1, 4).

Alta

La principal causa de alta del manicomio fue el fallecimiento de los pacientes en el mismo, que se produjo en el 65% de los enfermos ingresados durante este periodo. Esto se explica por la escasa eficacia de los tratamientos, las precarias condiciones de vida y sociosanitarias de la época (brotes epidémicos como el cólera en 1854) y la larga estancia de los pacientes en el hospital debido a la creencia de la incurabilidad de la enfermedad mental⁽¹⁾.

El jefe clínico de la Salpêtrière, Ulysse Trélat, afirmaba que las curaciones son raras en los asilos de alienados, por lo que es preciso limitarse a aligerar sus grandes sufrimientos. (1)

En el 50% de los casos de pacientes dados de alta no existen registros de su situación en el momento de la misma. (1)

LA VIDA EN EL MANICOMIO

Manuel Mesa describió en La España Médica algunos aspectos de la vida de los pacientes internados en el Manicomio de Leganés en 1861. (1)

Higiene, vestido y alimentación de los internos.

Todos los pacientes internados disponían de una cama de hierro con jergón, sábanas, manta, almohada y colcha. Los furiosos tenían camastros empotrados. Se cuidaba con severidad la higiene de los pacientes y de las instalaciones, siendo las encargadas de ello las Hermanas de la Caridad. (1)

La alimentación era sana y abundante, a horas fijas, compartiendo un comedor todos los pacientes excepto aquellos que debían comer en sus habitaciones por prescripción facultativa. El menú variaba dependiendo de la condición de pensionista o

de beneficencia, teniendo los primeros mayores privilegios que los últimos.

El guardarropa de hombres y mujeres era surtido por la Beneficencia Pública y las donaciones de la nobleza. Los pacientes pobres debían llevar el traje de la casa, que variaba según la estación del año, mientras que los pensionistas vestían sus propias ropas y tenían trajes nuevos para los días festivos. Parece ser que las ropas se confeccionaban y reparaban en el Manicomio. (1)

El día a día del paciente en el manicomio.

El régimen de la casa era de silencio y orden, manteniendo los enfermos subordinación y disciplina. Cuando era necesaria la represión, debía hacerse con humildad y dulzura. Los métodos de castigo consistían en disminución de alimentos, privación de paseo y otras recreaciones, reclusión solitaria, camisa de fuerza, duchas y chorros fríos de agua. (1)

Los internos tenían tareas asignadas, tratando de evitar la inactividad, pues se creía que la ociosidad podía perturbarles más, fomentando vicios y malos hábitos. Las actividades de los hombres eran distintas que las de las mujeres, siendo los primeros los encargados del servicio doméstico de la casa, las obras que se realizaban y el cultivo de hortalizas, y las segundas de las labores de costura, cocina, lavado, limpieza y aseo de su departamento. Eran siempre acompañadas y dirigidas por las Hermanas de la Caridad. (1)

Todos los pacientes paseaban por las instalaciones del manicomio, y a veces salían del mismo a pie o en coche, con permiso concedido por el Director y la Supervisora. Se recreaban con juegos de mesa, bailes y deportes, y algunos tocaban instrumentos musicales para disfrute de los demás. (1)

La supervisora de las Hermanas de la Caridad era la encargada de la huerta y de tomar decisiones dentro y fuera de la Casa, estableciendo cuándo y quiénes podían salir de la misma o qué podían comprar. El dinero era gestionado por el Director, encargado de hacer los pagos. (4)

Don Melchor Ordóñez, gobernador de Madrid, estableció en 1852 unos principios reglamentarios en los que se describen las obligaciones de los internos y sus cuidadores. Entre ellos, se encontraba la prohibición de que los enfermos salieran a la calle bajo ningún pretexto, y los trabajadores del centro no podían ausentarse del pueblo sin consentimiento expreso del gobernador. (4)

Existía un horario de visitas de los familiares, un día a la semana, que se debía realizar en el patio. Se prohibía la entrada al centro de personas ajenas al mismo, para evitar así actos violentos y burlas hacia los pacientes y el personal. Estaban regulados los objetos que se podían introducir en el centro, a fin de evitar riesgos. Los pacientes podían realizar salidas temporales cuando así lo pidiese su tutor o pariente, no sobrepasando los dos meses de duración a fin de conservar su plaza. (4)

En algunos casos, de forma periódica, el Dr. Miranda realizaba salidas con los pacientes al campo, anotando los nombres de todos ellos en una libreta por orden del Director y asumiendo sobre sí la responsabilidad de estas salidas ⁽¹⁾.

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA

Históricamente, el enfermo mental ha sido considerado pobre, inocente, furioso, preso, delincuente, vago, etc., por lo que se ha llegado a equiparar el sistema sanitario con el penitenciario. Así, se tomaban medidas de represión contra ellos, especialmente si manifestaban conductas consideradas peligrosas. Era común el paso de manicomio-cárcel para estos pacientes. Durante mucho tiempo nadie se planteaba la necesidad de una profesión que se dedicara al cuidado psiquiátrico. La enfermería de Salud Mental tiene sus raíces en el ámbito religioso, aunque se realizaron intentos de implantar un sistema sanitario de ideales liberales con las leyes de Beneficencia de 1822 y 1849 y la ley de Sanidad de 1855. Durante el siglo XIX se humaniza el trato a los pacientes, dependiendo la custodia directa de órdenes religiosas (especialmente San Juan de Dios) ⁽⁶⁾.

“La discrepancia básica en torno a la Beneficencia consistía en si esta debía considerarse como un deber del Estado, y por lo tanto, como un derecho de todo

ciudadano, o sí, por el contrario, se seguía confiando en una asistencia basada en las instituciones caritativas”⁽⁷⁾.

Lo más relevante durante la Restauración (1875-1902), fue la incorporación de los elementos de la comunidad religiosa a la institución psiquiátrica, cumpliendo las labores de enfermería y asistenciales, en contacto directo con los pacientes. Concretamente, en el manicomio de Leganés las Hermanas de la Caridad comenzaron su actividad asistencial desde la apertura del establecimiento⁽⁷⁾.

La incorporación de estas comunidades supuso mejoras en el trato a los pacientes, aunque también hubo duras críticas en relación con la excesiva autoridad que las comunidades religiosas poseían⁽⁷⁾.

La Enfermería se ha ido desarrollando como ciencia y como profesión a lo largo del tiempo; sin embargo, hasta mediados del siglo XIX no se comienzan a sentar las bases de la Enfermería científica. Esto se produce con las aportaciones de Florence Nightingale, que define los conceptos de salud y enfermedad en relación a la Enfermería, el objetivo de los cuidados, la forma de actuar y el concepto mismo de Enfermería; de tal manera que modifica el modo de atender las necesidades de una sociedad cambiante. Para la posteridad quedó ese legado que es “Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es”, publicado por primera vez en diciembre de 1859.

F. Nightingale destacó la comunicación como eje central del cuidado en salud mental, diciendo: “él piensa cuán bueno sería que hubiera al menos una persona con quien pudiera hablar con sencillez y franqueza”⁽¹⁰⁾.

Durante el primer tercio del siglo XX, coincidiendo con la Segunda República, comienza el desarrollo de la enfermería mental de carácter laica y la profesionalización de los cuidados, con los primeros pasos para la especialización^(6, 8). A partir de la Orden ministerial del 16 de mayo de 1932, por la que se reconoce el “Diploma de enfermero psiquiátrico” se inicia la actividad formativa de los enfermeros

psiquiátricos, en un intento de mejora en la calidad de los cuidados ⁽⁸⁾.

Como máxima representante de la enfermería de psiquiatría tenemos a Peplau, la cual expuso que el objetivo de la enfermera consiste en: “el diagnóstico de las respuestas humanas de los clientes en relación con los problemas psicosociales y psiquiátricos que los apartan de la comunidad e impiden que lleven una vida sana en ella. Problemas que son tratados por las enfermeras durante el curso de las relaciones enfermera-paciente”.

El propósito de la enfermería que ella describió fue “hallar formas de llegar a conocer una persona como ser humano en dificultad y ayudar a esa persona a ampliar sus habilidades y a ejercitar sus capacidades innatas”. Este concepto lo ampliaría en 1969 favoreciendo la idea de que la enfermería podía reclamar un enfoque que ayudara a los pacientes a ganar competencias interpersonales e intelectuales más allá de las que tenían en el momento de caer enfermos y que dichas competencias podrían evolucionar por medio de la relación enfermera – paciente.

CONCLUSIONES

De lo estudiado se desprenden las siguientes conclusiones:

- El proyecto “Manicomio modelo” de Leganés, fracasó por varios motivos. En primer lugar, no pudieron llevarse a cabo las reformas que se habían planteado, dadas las dificultades económicas del Tesoro y la movilidad de la Administración pública. También fueron decisivamente influyentes la excesiva distancia entre el manicomio y la capital, con escasos medios de transporte para acceder desde la misma; el estado arquitectónico del centro, con múltiples obras que se llevarían a cabo sin gran éxito; las precarias condiciones de salubridad y la rápida saturación del manicomio, al tener una creciente demanda de pacientes que superaba su capacidad inicial.

- Destacar la importancia de la presencia de las Hijas de la Caridad en el manicomio desde su fundación y la influencia de éstas en los cuidados ofrecidos a los enfermos en el siglo XIX y posteriormente. Llevaban a cabo todas las funciones de asistencia y cuidado del enfermo que más tarde formarían parte de las competencias de la enfermera psiquiátrica. Administraban cuidados con el objetivo de cubrir las necesidades básicas y aplicar los remedios que la nueva medicina iba imponiendo.
También llegaron a absorber toda la administración, gobierno y economía del interior de la casa. Al otorgarles tanto poder la función del médico fue en detrimento, cuestión que iba a determinar, al menos en parte, el carácter benéfico-asilar y la escasa medicalización de la institución durante el siglo XIX.
Es a raíz del siglo XX cuando comenzó a desarrollarse la enfermería psiquiátrica como tal, basándose en estos cuidados ofrecidos por las religiosas a lo largo del tiempo.

- Es destacable el carácter asilar del manicomio durante sus inicios, siendo este

precisamente el tratamiento exclusivo que en muchas ocasiones recibían estos pacientes. Las tareas diarias que tenían asignadas los internos, recuerdan bastante a las que se siguen realizando en las Unidades de Rehabilitación en el presente, con la finalidad de evitar la ociosidad y mantener al paciente conectado a la realidad mediante actividades cotidianas.

A pesar del escaso éxito del “Manicomio Modelo”, este proyecto sentó las bases para los cuidados de los enfermos mentales que se realizarían en adelante. Las Reglas Higiénicas redactadas por José María Miranda de la Paz, constituyeron una base sólida y estructurada para el cuidado y asistencia de enfermos mentales en el siglo XIX, y establecieron una serie de normas en las que se basarían las posteriores instituciones psiquiátricas. Muchas de ellas, modificadas y adaptadas al momento actual, permanecen aún en nuestros días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mollejo E. Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936. Madrid: Colegio Oficial de Médicos de Madrid; 2011
2. Villasante O. Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado proyecto de Manicomio-Modelo. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria. 2002; 2(2): 139-162.
3. Villasante O. Dossier: El manicomio Nacional de Leganés: una aproximación histórica a partir de su archivo clínico. Orden y norma en el manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico. FRENIA. 2008; 8(1):33-68.
4. Desviat M. Del manicomio al área de salud: gráficos e imágenes de un proceso de reforma. Editorial Médica Internacional; 2002
5. Desviat M. De locos a enfermos: de la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria. Leganés: Ayuntamiento de Leganés / Legacom Comunicación S.A.; 2007
6. Siles J, Cibanal L, Vizcaya F, Solano C, García E, Gabaldón E. De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en Salud Mental. Cul Cuid. 2001; 5(9): 27-33.
7. Aztarain J. La asistencia psiquiátrica en España en los siglos XVIII y XIX. En: Viñes JJ, director. El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra, 1868-1954. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 2005. p.65-104.
8. Villasante O. La Polémica en torno a los manicomios, 1916. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en Internet]. 2011 Dic [acceso 2014 Mar 01] ; 31(4): 767-777. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000400013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000400013>
9. Vázquez de la Torre P. El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil Española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales

[tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (Historia de la Ciencia); 2012

10. Esguerra I. Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría. Avances en enfermería. 1991; IX(1): 27-34.

11. Mollejo E. La presencia de criados particulares en la Casa de Dementes de Santa Isabel. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en Internet] 2013; 33 (118): 425-441.

12. Hernández F. Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la enfermería. Cul Cuid. [revista en Internet] 2006; 10 (20): 39-49.