



Universidad de Valladolid

Grado en Enfermería

Facultad de Enfermería de Valladolid



CURSO 2024-2025

Trabajo de Fin de Grado

**ANÁLISIS HISTORIOGRÁFICO DE
LA CORRESPONDENCIA
PERSONAL DE LOS INTERNOS
EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
DE VALLADOLID EN LA
SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX**

Julia Tomillo Iglesias

Tutora: María López Vallecillo

RESUMEN

Introducción: En la segunda mitad del siglo XIX, España vivió un crecimiento económico, pero también sufrió gran inestabilidad política. En lo sanitario, el país sufrió epidemias, pobreza y mortalidad elevada, lo que impulsó leyes como la de Beneficencia (1849) y la de Sanidad (1855), aunque la aplicación fue desigual. La atención psiquiátrica se llevó a cabo en manicomios con condiciones precarias y gran desigualdad. A pesar del traspaso de su gestión de la iglesia al Estado, la asistencia continuó siendo deficiente.

Objetivo: Analizar la correspondencia de las personas ingresadas en el Hospital Psiquiátrico de Valladolid entre 1850 y 1900.

Metodología: Estudio histórico y hermenéutico de carácter retrospectivo. Se consultaron las fuentes primarias referentes al Hospital Psiquiátrico de Valladolid durante el siglo XIX en los siguientes archivos: Archivo de la Diputación de Valladolid y Archivo Municipal de Valladolid.

Resultados: Se han analizado un total de 20 cajas que contenían correspondencia relacionada con las condiciones del manicomio. Para elaborar los resultados, se identificaron y consultaron 34 cartas. La información se clasifica en tres apartados; el primero describe la situación laboral del personal y las condiciones de vida de los pacientes; el segundo, el estado general de las instalaciones y el funcionamiento del centro; y el tercero, los principales incidentes ocurridos en el hospital.

Conclusiones: El Hospital Psiquiátrico de Valladolid brindaba una asistencia deficiente a las personas con trastornos mentales, quienes sufrían condiciones inadecuadas tanto en higiene como en alimentación, además de no recibir un trato digno. La escasez de personal, su inexperiencia y la falta de control y responsabilidad generaban un entorno de desatención e inseguridad.

Palabras clave: Hospital Psiquiátrico de Valladolid, pacientes, enfermos, salud mental y psiquiatría.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	4
1.1.Contexto histórico.	4
1.2.Contexto sociosanitario.....	6
1.3. Justificación	7
2.OBJETIVOS	10
2.1.Objetivo general	10
2.2. Objetivos específicos.....	10
3.METODOLOGÍA.....	11
3.1.Diseño de estudio	11
3.2.Búsqueda bibliográfica.....	11
3.3.Criterios de inclusión y exclusión	12
4. RESULTADOS	13
4.1. Antecedentes y contextualización:.....	13
4.2.Perfil de pacientes y protocolos de asistencia:	13
4.3.Correspondencia: principales hallazgos.	14
4.4.Situación laboral del personal y condiciones de vida de los pacientes.	14
4.5.Estado general de las condiciones del manicomio:	17
4.6.Incidentes y sucesos.	19
5.DISCUSIÓN	24
5.1. Limitaciones:	25
5.2. Aplicaciones para la práctica.....	25
6. CONCLUSIONES.....	27
7. ANEXOS	28
8. BIBLIOGRAFÍA:.....	29

1.INTRODUCCIÓN

1.1. Contexto histórico.

La segunda mitad del siglo XIX en España estuvo marcada por una cierta expansión económica impulsada por el avance de la industrialización. Este proceso fomentó el comercio y generó un notable progreso técnico, lo que, a su vez, favoreció el crecimiento demográfico, especialmente en las zonas urbanas. No obstante, este periodo también se caracterizó por una profunda inestabilidad política, agravada por guerras internas y conflictos externos, la pérdida del imperio, así como por el auge de movimientos sociales¹.

Entre los conflictos externos cabe destacar la Guerra de la Independencia Española, un conflicto armado que se llevó a cabo entre 1808 y 1814 en el que se enfrentaron dos bandos: los patriotas, defensores de la monarquía borbónica, y los afrancesados, partidarios del régimen napoleónico. La guerra se desencadenó tras el Motín de Aranjuez y las Abdicaciones de Bayona, cuando Napoleón impuso a su hermano José I Bonaparte como rey de España. Ante esta situación, el pueblo organizó su lucha para hacer frente a la ocupación mediante guerrillas. Con el apoyo del ejército británico liderado por Wellington, España logró expulsar a los franceses².

Tras la muerte de Fernando VII en 1833, su hija Isabel II fue proclamada reina. Sin embargo, esta decisión no fue aceptada por su tío, Carlos María Isidro. Esto dio lugar a una serie de conflictos que sucedieron en España a lo largo del siglo XIX en tres ocasiones distintas, conocidos como Guerras Carlistas. Estos conflictos enfrentaron a los carlistas, liderados por Carlos V, defensores del absolutismo y la monarquía tradicional y a los isabelinos, partidarios del liberalismo y la modernización de España. Los Carlistas nunca lograron hacerse con el trono a pesar del apoyo que recibieron en diferentes regiones, esto provocó el exilio de Carlos VII a Francia y la implantación del modelo liberal en España¹.

En el plano político, el reinado de Isabel II estuvo marcado por constantes conflictos entre liberales y conservadores, acompañados de frecuentes episodios de corrupción y crisis económicas. Entre 1844 y 1854, se desarrolló la llamada “década moderada”, caracterizada por el predominio del partido moderado

liderado por Narváez. Durante estos años, se llevó a cabo una política de centralización y uniformización del Estado. No obstante, la corrupción y la inestabilidad política desembocaron en el pronunciamiento militar conocido como "la Vicalvarada" en 1854, que marcó el comienzo del Bienio Progresista (1854-1856), liderado por Espartero y O'Donnell. Durante este periodo, se aprobaron leyes fundamentales para el desarrollo económico y político del país, como la Ley de Ferrocarriles y la Desamortización de Madoz².

Durante el reinado de Isabel II se produjeron dos importantes procesos de desamortización: la de Mendizábal en 1836 y la de Madoz en 1855. Esta última, fue llevada a cabo por Pascual Madoz, ministro de Hacienda del Bienio Progresista, las consecuencias fueron un agravamiento de la situación económica del campesinado y una ruptura de las relaciones con la iglesia debido a la expropiación y venta de bienes eclesiásticos y municipales¹.

En 1868, la inestabilidad política desembocó en la revolución conocida como "La Gloriosa", un pronunciamiento militar que derrocó a la reina Isabel II y marcó el inicio del Sexenio Democrático (1868-1874), un periodo que abarca tanto la monarquía de Amadeo I como la primera República Española. Tras el triunfo de esta revolución se estableció un gobierno provisional presidido por Serrano. Al año siguiente se aprobó la constitución de 1869, que establecía el sufragio universal masculino y una declaración de derechos, entre los que se encontraban la libertad de expresión, de educación y de culto, además de mantener la monarquía como forma de gobierno ^{1, 3}.

Esta etapa culminó con el restablecimiento de la monarquía borbónica. Tras el golpe de Estado del general Pavía se proclamó rey a Alfonso XII, que logró restaurar la monarquía y devolver la estabilidad política y social al país. El nuevo sistema político que acompañó al reinado de Alfonso XII fue ideado por Cánovas del Castillo y se basó en el liberalismo y el respeto a la monarquía. Este modelo quedó plasmado en la Constitución de 1876, la cual se mantuvo 47 años, gracias a su carácter flexible ³.

1.2.Contexto sociosanitario

El siglo XIX en España se caracterizó por una estructura sanitaria inexistente debido a los vaivenes políticos y legales, lo que, sumado a las grandes epidemias llegadas por el mar y la precariedad en las condiciones de vida y trabajo, generó un panorama de deficiencia en la salud pública. Las epidemias, especialmente de cólera, marcaron este periodo, y las tasas de mortalidad se mantuvieron elevadas debido a factores como la desnutrición, el agua contaminada y las condiciones insalubres en las ciudades, que se caracterizaron por el hacinamiento en viviendas y la falta de higiene ⁴. Paralelamente, en el ámbito de la asistencia hospitalaria, España experimentó una transición desde un modelo benéfico-religioso hacia una progresiva profesionalización y regulación sanitaria. Sin embargo, el sistema seguía siendo precario y con grandes desigualdades entre las zonas urbanas y rurales ³.

Este siglo es conocido como el de la higiene, durante este periodo se realizaron una serie de teorías con el objetivo de mejorar las condiciones higiénico-sanitarias. Los impulsores de este movimiento fueron los higienistas, que eran principalmente médicos, ingenieros y científicos que jugaron un papel crucial en la lucha contra las epidemias. Influenciados por las teorías europeas, empezaron a aplicar diversas medidas sanitarias, especialmente tras los brotes de cólera. Las que más destacaron fueron las reformas urbanas que mejoraron el alcantarillado y el abastecimiento de agua potable, además se promovieron campañas de vacunación contra la viruela y otras enfermedades. No obstante, su implementación fue desigual, limitada por las dificultades económicas y la falta de infraestructura adecuada, lo que limitó su eficacia ⁵.

En el ámbito legislativo, se promulgaron diversas leyes con el objetivo de mejorar la salud pública, prevenir epidemias y organizar la asistencia sanitaria. La Ley de Beneficencia de 1849 y su reglamento de 1852 regularon la asistencia hospitalaria y social para los más vulnerables, manteniendo un modelo benéfico y distinguiendo entre los establecimientos públicos y privados. Esta ley estableció la obligación de que cada provincia contara con un hospital para enfermos, una casa de misericordia, un refugio para huérfanos y desamparados, y un centro de maternidad y expósitos. Además, se impulsó la construcción de instituciones para el cuidado de enfermos mentales ⁶.

La Ley de Sanidad de 1855, junto con la Desamortización de Madoz, favorecieron el proceso de secularización de la asistencia, estableciendo que el cuidado de los enfermos pasara a ser responsabilidad del Estado liberal en lugar de la Iglesia. Considerada la primera gran legislación sanitaria en España, esta ley constituyó la Junta General de Sanidad, encargada de temas como el control de epidemias, la mejora de la higiene urbana y la asistencia sanitaria para pobres y necesitados⁷.

Dos años más tarde, la Ley de Instrucción Pública de 1857, conocida como Ley Moyano, reguló todas las profesiones sanitarias en España ⁴. Como resultado de esta normativa, en 1861 se publicó el reglamento para la formación de practicantes y matronas, esta legislación excluyó la profesión de enfermera, dejando sin reconocimiento oficial a quienes desempeñaban esta labor. Debido a esta omisión, las enfermeras carecieron de un marco legal que validara su trabajo. En consecuencia, su formación no contaba con regulación oficial, lo que dificultaba el acceso a conocimientos basados en la ciencia y la existencia de espacios adecuados para su aprendizaje y desarrollo profesional ⁸.

A nivel internacional, comenzaron a establecerse las bases de la enfermería científica gracias a las contribuciones de Florence Nightingale, quien puso en valor la importancia de la formación sanitaria para todas las personas encargadas del cuidado de los enfermos y sus estudios ayudaron a definir los conceptos de salud y enfermedad en el contexto de la práctica enfermera. Paralelamente, en España, Concepción Arenal denunció las deficientes condiciones asistenciales en los hospitales, poniendo de manifiesto la necesidad de mejorar la atención sanitaria ⁹.

Será a finales del siglo, en 1896, cuando Federico Rubio y Galí funde la primera Escuela de enfermeras en España, la de Santa Isabel de Hungría. Institución laica encargada de la formación de enfermeras en el instituto de Terapéutica Operatoria en el Hospital de La Princesa, que tenía como objetivo profesionalizar la enfermería y proporcionar una educación estructurada y de calidad ¹⁰.

1.3. Justificación

Durante el siglo XIX, la locura fue considerada una amenaza social, lo que llevó a la creación de espacios específicos de reclusión para los enfermos mentales,

los manicomios. Estos centros tenían una doble función, ya que no solo protegían a la sociedad de estas personas, sino también a estos de la enfermedad que padecían. A través del Real Decreto del 27 de junio y del 19 de diciembre de 1864, se ordenó a las diputaciones provinciales que establecieran centros adecuados para dar asistencia a los “dementes”, sin embargo, la gran afluencia de enfermos provocó rápidamente el colapso de estos espacios ¹¹.

Posteriormente, en 1885, se aprobaron nuevos Reales Decretos relacionados con el internamiento de las personas con enfermedades mentales. A pesar de estos avances legislativos, hasta la Segunda República, la asistencia psiquiátrica siguió basándose en el modelo manicomial ³.

Aunque se promulgaron leyes y se hicieron esfuerzos por regular la atención a los enfermos mentales, la asistencia psiquiátrica en las últimas décadas del siglo XIX en España siguió siendo precaria¹¹. Las personas con enfermedades mentales comenzaron a recibir un trato más humano, pero estas mejoras se limitaron fundamentalmente a la manutención y el alojamiento, ya que los avances terapéuticos eran mínimos. Los tratamientos más utilizados en las instituciones mentales incluían prácticas como las sangrías, purgas extremas y otras técnicas de eliminación de fluidos, los cuales se creía que eran necesarias para que estas personas superasen su enfermedad ¹².

Valladolid fue una de las ciudades que contó con un hospital psiquiátrico, en el que los pacientes eran clasificados según criterios como el sexo, estado mental, edad y nivel social. Los enfermos pobres solían ubicarse en los extremos del hospital, mientras que los pensionistas, que pagaban por su estancia, se situaban cerca de la entrada. En función de la clase social, (pobres y pensionistas), se hacían diferencias en la alimentación, vestido y en las camas. Los pobres recibían tres comidas diarias y los pensionistas de más alta categoría disponían de cinco. En cuanto a la vestimenta, el hospital proporcionaba ropa a los pacientes pobres, adaptada según la estación del año, sin embargo, la vestimenta de los pensionistas, tanto hombres como mujeres, era proporcionada por sus familiares. Las camas también reflejaban esta desigualdad, los pobres dormían en un catre de hierro con un jergón de paja, mientras que los pensionistas tenían jergones complementados con colchón ¹³.

Hasta el siglo XIX, la gestión del hospital estuvo a cargo de la Iglesia. Sin embargo, con la promulgación de la Ley de Beneficencia de 1849, que promovía la secularización de la asistencia benéfica, la administración pasó a manos del Estado¹³. No obstante, el fracaso de la asistencia pública condujo al auge del sector privado, en el que la Iglesia, y en especial las órdenes religiosas, continuaron desempeñando un papel fundamental en el cuidado de los enfermos³.

El perfil de los profesionales sanitarios que trabajaron en el centro fueron principalmente, Hijas de la Caridad, practicantes, médicos, enfermeras y enfermeros con funciones asistenciales diferenciadas. Las Hermanas de la Caridad, con cierta formación recibida en el marco de la congregación, asumieron un papel destacado en el hospital, en las salas de mujeres, donde eran las encargadas del cuidado de las pacientes, la ropa y la gestión de la cocina. Por su parte, el médico tenía la responsabilidad de visitar a los enfermos y prescribir los tratamientos necesarios ¹³.

El practicante asumía funciones clave dentro del hospital, como la supervisión de las enfermerías, la realización de intervenciones de cirugía menor y la administración de tratamientos médicos. En cuanto al personal de enfermería, los hombres se encargaban del departamento de enfermos, mientras que las enfermeras, junto con las Hijas de la Caridad, atendían a las mujeres. Los enfermeros y enfermeras desempeñaron tareas esenciales, como la limpieza de las instalaciones, el aseo de los enfermos, su vigilancia y su acompañamiento durante el día y la noche ¹³. Sin embargo, la enfermería psiquiátrica permaneció anclada en el modelo manicomial, centrada en la contención y custodia de los internos y limitada a la aplicación de tratamientos biológicos ¹¹.

No fue hasta finales del siglo XIX y comienzos del XX, cuando surgió una nueva tendencia enfocada a la creación y desarrollo de hospitales mentales y psiquiátricos. Fue en este contexto cuando nació la enfermería psiquiátrica. Un papel fundamental en esta evolución lo desempeñó Linda Richards, considerada la primera enfermera profesional de América, quien impulsó la formación en el cuidado de los enfermos mentales dentro de los hospitales. Richards defendía que estos pacientes debían recibir al menos, el mismo nivel de atención que aquellos que sufrían una enfermedad física, algo que podía lograrse mediante una mejor preparación del personal sanitario ¹⁴.

En este marco, cobra especial importancia las personas ingresadas en estos centros, cómo vivieron su proceso clínico y que supuso el internamiento psiquiátrico. Por eso se ha planteado analizar la correspondencia personal de los internos en el Hospital Psiquiátrico de Valladolid con el fin de comprender tanto sus experiencias subjetivas como el funcionamiento del manicomio.

2.OBJETIVOS

2.1.Objetivo general

Analizar la correspondencia personal de pacientes, familiares y trabajadores del Hospital Psiquiátrico de Valladolid entre 1850 y 1900.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar la situación laboral del personal y las condiciones de vida de los pacientes.
- Analizar el estado general de las instalaciones y funcionamiento del manicomio.
- Estudiar los incidentes y sucesos que tuvieron lugar en el hospital.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de estudio

Estudio histórico y hermenéutico de carácter retrospectivo sobre la documentación del archivo del Hospital Psiquiátrico de Valladolid en la segunda mitad del siglo XIX (1850-1900).

3.2. Búsqueda bibliográfica

El tiempo en el que se realizó la búsqueda y recogida de datos fue desde el 13/01/2025 hasta el 10/05/2025.

Para la localización de las fuentes primarias, se han consultado los siguientes archivos:

- Archivo de la Diputación de Valladolid: consultando un total de 20 cajas.

Como fuentes secundarias se consultaron:

- Revistas y artículos académicos sobre la historia de la psiquiatría en España.
- Los fondos de la biblioteca de Filosofía y Letras de la UVA, Biblioteca Edificio de Ciencias de la Salud de la Uva, Biblioteca del Archivo Municipal de Valladolid.
- Bases de datos online como Dialnet, Pubmed y Scielo.

Como fuentes historiográficas, indispensables para contextualizar la situación del hospital y su personal, cabe destacar la investigación llevada a cabo por María Jesús García Cantalapiedra, "Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid"¹³ y la memoria presentada por el director del Hospital de Dementes D. Lázaro Rodríguez¹⁶.

Para orientar la búsqueda se definieron las siguientes palabras clave: hospital psiquiátrico de Valladolid, pacientes, enfermos, salud mental y psiquiatría.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Documentos pertenecientes al periodo comprendido entre 1850 a 1900.
- Documentos que aportaban información relacionada con la estructura, las instalaciones, los enfermos, el personal, la gestión, la alimentación, la higiene y los sentimientos de los pacientes.

Se excluyeron los documentos que:

- No estaban dentro del marco temporal, antes de 1850 o después de 1900.
- Tenían una escritura ininteligible.
- Contenían información acerca de otros hospitales de Valladolid.

4. RESULTADOS

4.1. Antecedentes y contextualización:

El hospital psiquiátrico de Valladolid, originalmente llamado Hospital de Orates fue fundado por el médico Sancho Velázquez el 13 de febrero de 1489 ¹³.

Desde sus inicios, estuvo funcionando como manicomio, acogiendo a pacientes de ambos sexos. A lo largo de sus 500 años de historia, afrontó diversas adversidades como la inundación de 1734, que produjo grandes daños al edificio, más tarde sufrió los efectos de la ocupación francesa y un incendio ¹⁵. Durante el siglo XIX, creció mucho la demanda asistencial, lo que provocó que la Casa de Orates se quedara pequeña y que los enfermos apenas tuvieran espacio. Por ello, en el 1850 se les trasladó a otro edificio conocido como la Casa- Palacio del Cordón. En el año 1898, un incendio destruyó este manicomio, lo que obligó a trasladar a sus pacientes al Monasterio de Prado. El último traslado se realizó en el 1970, cuando se construyó el nuevo hospital psiquiátrico, que recibió el nombre de Doctor Villacián ¹³.

4.2. Perfil de pacientes y protocolos de asistencia:

En el primer mes del ingreso, los enfermos eran sometidos a un periodo de observación, una vez transcurrido este plazo, los médicos informaban del diagnóstico correspondiente al director del hospital, en caso de que la persona estuviera sana el director informaba a la junta para que tomarán la decisión que consideraran conveniente. En cambio, si el paciente presentaba alguna enfermedad, decidía a que departamento del hospital debía ser destinado¹³.

Durante el proceso de admisión, se llevaba un registro en el que se recogían datos identificativos del paciente, tales como el lugar de procedencia, la fecha del ingreso y señas particulares, de las que se incluían, la edad, el estado civil, oficio, pelo, ojos, cejas, color, nariz, barba, boca y estatura (ver anexo I)¹⁶.

La procedencia de los enfermos que ingresaban en el manicomio era variada, predominaban aquellos originarios de Valladolid y sus alrededores. No obstante, había pacientes procedentes de Álava, Ávila, Burgos, Cáceres, La coruña, León, Lugo, Madrid, Oviedo, Segovia y Palencia principalmente¹⁶.

El perfil habitual del paciente atendido correspondía a una persona joven, en su

mayoría hombres respecto a las mujeres, principalmente solteros, con profesiones comunes en el ámbito rural o artesanal, tales como labradores, jornaleros o carpintero. Las mujeres internas, por lo general no tenían ningún oficio. Entre las principales causas de sus procesamientos figuraban hurtos, amenazas y malos tratos, atentados contra la autoridad, homicidios, incendios e intentos de suicidio¹⁶.

Las enfermedades mentales diagnosticadas eran principalmente, psicosis maniacodepresiva, psicosis paranoides, psicosis alcohólica, esquizofrenia, demencia presenil, demencia política y locura epiléptica entre otras. Se registraba que ingresaban un mayor número de hombres en comparación con las mujeres, presentando no solo una tasa de curación más elevada, sino también un índice de mortalidad superior (ver anexo II)¹⁶.

4.3. Correspondencia: principales hallazgos.

Los resultados se estructuran en tres apartados: El primero describe la situación laboral del personal y las condiciones de vida de los pacientes, el segundo contiene información sobre el estado general de las instalaciones y funcionamiento del manicomio. El último explica los incidentes sucedidos en el hospital.

Para realizar los resultados se han identificado y consultado un total de 34 cartas:

- 13 fueron escritas por el personal del hospital.
- 10 por los familiares.
- 11 por los enfermos.

4.4. Situación laboral del personal y condiciones de vida de los pacientes.

4.4.1. Tipo de trabajo y situación laboral.

El personal del hospital desempeñaba un papel fundamental para el correcto funcionamiento del centro, aunque tanto su número como su organización no eran suficientes. Uno de los factores que afectaba a la organización era la joven edad del personal por lo que se planteó la posibilidad de abrir el límite de edad para prestar servicio como enfermero en el manicomio hasta los 55 años¹⁷.

El director del hospital señaló “son fundamentales las condiciones de moralidad y aptitud para los concursantes a plazas de enfermeros, la admisión de estos no se efectuará sin previo dictamen del médico-director respecto a las circunstancias de fortaleza física del aspirante”¹⁷.

El personal destinado a los servicios de custodia, limpieza de las salas, cocinas y otras tareas eran escasos, los trabajadores del centro lo describían como “cifra insuficiente para mantener el orden en el establecimiento, aunque en la conducta de la mayoría de nosotros se note espíritu de rectitud y laboriosidad”. Donde más se notó la escasez de personal era en los servicios de enfermería y de observación, lo que provocó una cierta inseguridad en el cuidado de los enfermos¹⁸. Los familiares reflejaron su descontento en numerosas correspondencias que fueron enviadas al hospital: “son constantes las malas contestaciones recibidas por el personal”¹⁹, “mi familiar cada vez que le veo tiene un aspecto más descuidado”²⁰. También ciertos trabajadores enfermeros del centro mostraron sus quejas: “la vigilancia es escasa por no decir inexistente”²¹.

El director del hospital reflejó en una carta los cuidados que debían prestarse:

“El jefe de la sección Médica se encarga de ordenar la aplicación y clase de medios coercitivos, es decir medios de contención o sujeción a los enfermos. El personal de la sección médica estará compuesto además de los médicos, practicantes, enfermeros y los vigilantes o Guarda-enfermos, quienes estarán a las inmediatas órdenes de los primeros y tendrán como atribuciones vigilar y cuidar a los enfermos y hacer la limpieza de éstos y del local correspondiente”²².

“Se ordena realizar frecuentes cacheos entre los enfermos. En el departamento de hombres, serán realizados por los vigilantes y enfermeros bajo la inspección de su jefe, y en la sección de mujeres, serán las Hermanas de la Caridad y las enfermeras las que se encargarán de registrar a las alineadas, especialmente cuando se muden de ropa interior”²³.

4.4.2. Departamento de mujeres:

La sección de mujeres funcionaba siguiendo el reglamento de 1883, considerada por el director como “un cantón aparte dentro del establecimiento, especialmente por su sexo”. En este departamento solo prestaban cuidados las Hijas de la Caridad y las criadas o auxiliares, bajo la autoridad de la superiora, quien daba

el parte de todas las novedades que ocurrían y se encargaba de la parte administrativa del hospital²⁴.

El médico encargado del departamento de mujeres reclama “muchas y múltiples son las necesidades que se presentan en el departamento de mujeres”²⁵.

La superiora manifestaba gran interés en la mejora del pabellón de mujeres, y pedía a la Diputación a través de una carta la dotación urgente de ²⁶:

- “Personal auxiliar para la vigilancia en las salas de alineadas agitadas”²⁶.
- “Reforma de los ventanales y puertas de seguridad en la sala de Observación”²⁶.
- “Suministro de ropas de abrigo adecuadas a la estación invernal”²⁶.
- “Solicito que se atienda con urgencia a la dotación de medicamentos psicotrópicos que permitan el tratamiento eficaz de los casos más graves”²⁶.

4.4.3. Visitas.

Las visitas estaban restringidas a dos días por semana y solo autorizadas para familiares, se necesitaba obtener previamente la licencia del director²⁷. Durante estos encuentros, los familiares no podían traer nada del exterior, solo se permitía alimentos cuando se trataba de enfermos que no padecieran enfermedades físicas. Una vez finalizada la visita los enfermeros, enfermeras, vigilantes e Hijas de la Caridad tenían la obligación de cachearles y asegurarse que no hubieran recibido elementos no autorizados²⁷.

Los familiares se quejaban del poco tiempo que tenían para las visitas y de las respuestas que obtenían por parte de los trabajadores. Denunciaban que ignoraban lo ocurrido con los enfermos¹⁹.

La madre de un interno relataba que recibía siempre contestaciones como: “yo no sé qué ha ocurrido, acabo de llegar aquí”, “yo estoy desde esta mañana”²⁸.

Algunas cartas reflejaban el no poder ver a sus seres queridos: “he ido a verte, pero no me han dejado pasar, espero que todo siga bien”²⁹.

4.4.4. Malos tratos.

Muchos familiares describían que los enfermos recibían malos tratos por parte de los trabajadores del hospital.

“Le han encerrado en la celda de castigo, no obstante, su enfermedad mental de la cabeza, viendo que no tiene defensa en los momentos y actos desgraciados que, por su falta de razón, lo perturban”³⁰.

“Se encuentra en una celda independiente, no tiene su camisa, ropa y todo lo necesario”³⁰.

A su vez, los pacientes se quejaban de los insultos y burlas que recibían por parte de otros enfermos:

“Había tres enfermos que se reían de mí, cada vez que pasaba por delante hablaban en voz baja”³¹.

Además de los malos tratos, muchos de los alineados manifestaban que había numerosos hurtos en el recinto y que habían sido víctimas de ellos:

“Me han robado unas batas y a Emilia también, tenía unos cartones en la habitación y después de la visita ya no estaban”³².

“Tenía en una cesta con huevos y al ir un día a dar una vuelta al cuarto notó que faltaban unos tres o cuatro, también se habían llevado casi todos los huevos y unos dulces y vinos”³³.

Otros presenciaron estos actos, un enfermo declaró: “he visto a un muchacho entrar en la cocina, e irse por el patio, no sé quién es”³⁴.

4.5. Estado general de las condiciones del manicomio:

Numerosas cartas e informes hacen referencia a las malas condiciones en las que se encontraba el manicomio. El edificio no reunía las condiciones adecuadas para albergar el número de enfermos que acogía, debido a su hacinamiento, lo cual constituía una de las principales causas de morbilidad. A este problema se sumaba la escasez de personal para la cantidad de asilados que había, esto hacía que la asistencia y vigilancia no fuera adecuada. Las áreas comunes como los patios, donde los internos pasaban varias horas al día, estaban a falta de limpieza, “llenos de estercoleros y sucios”³⁵. Los cuartos de baño también

presentaban un estado deficiente “Los retretes están en malas condiciones, no tienen agua y sin sanear”³⁶.

En el departamento de mujeres solicitaban urgentemente el cierre de la escalera, con el fin de prevenir accidentes²⁶. Asimismo, se consideraba necesaria la construcción de una tapia en el jardín, tanto para impedir fugar como para evitar la intromisión de objetos del exterior³⁷.

Muchos se quejaban de la alimentación, “la comida siempre es la misma y la calidad es deficiente”. Este tipo de enfermos no podían seguir una dieta común, era necesario crear una dieta especial que se adaptara a sus necesidades, pero esto no se daba³⁸.

En lo que respecta a la vestimenta, el instructor visitador refiere “los asilados están muy mal vestidos y calzados, dándose el caso de andar algunos descalzos por patios y pasillos”³⁹. Los enfermos manifestaban “La ropa de abrigo es insuficiente, pasamos mucho frío”, lo cual era un factor que favorecía la aparición de enfermedades diversas, entre ellas la tuberculosis³⁵.

Los enfermos tuberculosos eran numerosos, convivían estrechamente con el resto de los internos, lo que favorecía la propagación de la enfermedad. No se aplicaban medidas de aislamiento, porque el edificio carecía de pabellones específicos para el tratamiento de patologías infecciosas. A esta situación se sumaba la deficiente práctica de desinfección tanto de habitaciones, de la ropa como de enfermerías, debido a la ausencia de aparatos de desinfección adecuados para este fin. Además, el edificio no contaba con salas de estancia o recreo, que estuvieran dotadas de calefacción. Del mismo modo, se carecía de cuartos de cura, por lo que se tenían que hacer en salas comunes, pasillos o incluso en espacios donde estaban los pacientes³⁹.

Una de las condiciones más esenciales para garantizar la salubridad era que el agua fuera potable y pura. Sin embargo, gran parte del recorrido del agua se realizaba al descubierto, y el resto se transportaba a través de tuberías de barro en malas condiciones y colocadas de forma muy superficial. Esto provocaba frecuentes roturas, lo que facilitaba la contaminación del agua³⁹. Tras analizarla, se consideró por el director del laboratorio que se trataba de “agua insalubre que no debe utilizarse para la bebida”, ya que contenía exceso de sales de cal y

magnesio⁴⁰.

Una de las principales causas de que el manicomio recibiera varias inspecciones era el aumento de la morbilidad y mortalidad, principalmente padecían de trastornos intestinales³⁹. Exigieron una serie de medidas para reducir este problema. Entre las que destacan:

- “Dotar al establecimiento de aguas potables y establecer abundantes filtros para el agua de Duero”³⁹.
- “Atender a la limpieza de los patios, haciendo desaparecer de ellos los estercoleros y demás inmundicias”³⁹.
- “Sanear los retretes poniendo en ellos aparatos de descarga automática”³⁹.
- “Mejorar el vestuario y calzado de los asilados”³⁹.
- “Reducir el número de los asilados”³⁹.
- “Tener el suficiente personal subalterno, adecuado y educado”³⁹.
- “Adquirir el material de desinfección necesario para ropas y habitaciones”³⁹.

4.6. Incidentes y sucesos.

Uno de los acontecimientos adversos ocurridos en el hospital psiquiátrico de Valladolid fue la agresión a una Hija de la Caridad, Sor Aurora, a manos de una enferma, Dionisia, en el departamento de mujeres⁴¹.

Dionisia era considerada por el médico del hospital como “una paciente poco comunicativa, pasaba horas rezando, evitaba toda conversación, tiene un temperamento místico con ideas religiosas”⁴², también era considerada como “agresiva”⁴², pero solo solía “excitarse”⁴² cuando castigaban a otra interna llamada Natividad con quién, según escribían otros enfermos, mantenía “una amistad íntima”⁴³. Las observaciones trimestrales sobre su conducta hicieron pensar que padecía “un delirio religioso alucinatorio”⁴².

Según declaraciones de Natividad y otras hermanas, el ataque se produjo en el patio del hospital, después de que Sor Aurora reprendiera a Natividad por no

haber entrado en la iglesia. En ese momento, Dionisia se abalanzo sobre la hermana con una navajita, la cual la produjo una herida en el cuello, que le causó la muerte⁴¹.

Desconocían el origen del arma, aunque se sospecha que su hermano pudo habérsela entregado durante una visita realizada tres días antes, en la que también recibió unas naranjas. Aprovechando la poca vigilancia, escondió la navaja entre sus pertenencias⁴¹.

A pesar de la obligación que tenía el personal de realizar cacheos frecuentemente, una de las enfermeras que prestaba servicio en la misma sala donde se encontraba normalmente Dionisia afirmó que, “durante el tiempo en el que he estado de enfermera en el centro, no se ha registrado ni cacheado a las pacientes femeninas”⁴⁴. Esta falta de control fue asignada, en parte, a la juventud e inexperiencia del personal, cuyas edades estaban comprendidas entre los 16 y 43 años y no tenían la suficiente experiencia para desempeñar tareas de tanta responsabilidad⁴¹.

Las correspondencias del personal reflejaban numerosas quejas sobre el gran número de enfermos y el reducido número de personal e Hijas de la Caridad para la vigilancia y el cuidado de los alineados, y pensaban que estos factores podían haber contribuido a que se produjera este incidente^{41,43,44}.

El instructor del caso señaló, que “el hecho se podía haber evitado si el personal encargado de la vigilancia hubiese impedido que Dionisia recibiera alimentos sin autorización y le hubiesen realizado el cacheo adecuado después de las visitas”⁴¹. Por su parte, el director del hospital consideró que no tenía responsabilidad directa con el incidente, ya que él únicamente podía indicar a las responsables del departamento que realizaran los registros necesarios, si no se realizaban, no podía inspeccionarlos por no ser de su incumbencia ni menos presenciarlos, por razones de moral⁴⁵.

Finalmente, las consecuencias del suceso recayeron sobre la Hermana superiora, a quién prohibieron “la intervención administrativa, la técnica y la adopción de medidas preventivas en el departamento de mujeres”⁴¹.

Otro de los acontecimientos sucedidos en el hospital fue la fuga del enfermo Ricardo Rivero. El director del hospital comunicó el hecho mediante una carta en la que informaba de “la fuga de un alineado en las celdas de la planta baja, viéndose con una manta y demás ropas, saltando la tapia que da acceso a la carretera de zaratán, abandonando en la huida unos calcetines de sedad que han sido hallados en la parte exterior de referida tapia. Son responsables de la fuga por falta de vigilancia, José cuesta, Agustín alonso y fructuoso Sanz, sereno del establecimiento”⁴⁶.

Una hora después de que sucedieran los actos se produjo una inspección ocular en la celda donde se encontraba el enfermo. En ella se encontraron tejas rotas, tanto en el interior del recinto como en el suelo junto a la tapia que había utilizado para escapar. Además, cerca de la zona se hallaron unos calcetines marcados con la letra “R”, los cuales pertenecían al fugado⁴⁷.

Durante la investigación, se realizaron diversas interrogaciones, una de ellas al interno que albergaba en la celda contigua al fugado, en un primer momento, declaró no haber visto nada. Sin embargo, más tarde reconoció haber visto a Rivero “de pie sobre el lomo de la pared que separa ambas celdas, la del declarante y la del fugado”⁴⁸.

Por su parte, el enfermero José Cuesta, encargado de la vigilancia nocturna y cuyo dormitorio estaba enfrente de la celda del evadido, manifestó no haberse enterado de nada debido a que estaba dormido en el momento de los hechos. También fueron interrogadas Sor Fausta, quien hizo guardia la noche en la que se produjo la fuga, y Sor Felipa, encargada del departamento de observación y ropero del departamento de hombres, así como el sereno fructuoso Sanz y a los enfermeros Fernando herrero y Crispulo Pérez⁴⁷.

De las declaraciones, se dedujo, que la hermana Sor Felipa “ha tenido atenciones con Rivero impropias e injustas”⁴⁷, lo que generó el descontento de otros internos, ya que percibían un trato de favor hacia él.

Tras analizar las declaraciones, el instructor del caso dedujo varias conclusiones:

- “Que Rivero no pudo haber realizado su evasión solo, siendo evidente que alguien le proporcionó información sobre las costumbres de los empleados durante la noche y le indicase el recorrido que debía seguir

para salir por el único sitio posible y cuyo trayecto desconocía”⁴⁷.

- “Los empleados, José, Agustín y el sereno cometieron una falta grave en el cumplimiento de sus deberes, ya que su responsabilidad era mantener cerradas las puertas que comunicaban el departamento de celdas con el resto del edificio, cosa que no sucedió esa noche. Su función incluía vigilar constantemente lo que sucedía en las celdas, obligación que no cumplieron o decidieron ignorar. El sereno incumplió su deber al no cerrar la puerta ni revisar las celdas a través de las mirillas”⁴⁷.
- “La hermana sor Felipa no actuó de la manera adecuada la noche que se produjo la fuga, y la hermana superiora tampoco mostró suficiente firmeza para corregir su comportamiento en el momento que recibió las primeras quejas de la actitud de sor Felipa con el interno”⁴⁷.

Como consecuencia de estos hechos, el instructor tomó las siguientes medidas:

- En primer lugar, José cuesta, Agustín y el sereno Fructuoso, fueron expulsados de sus puestos de trabajo por incumplimiento de sus responsabilidades⁴⁶.
- El enfermero Fernando herrero, fue sancionado sin recibir 15 días su salario por su falta de deber e infidelidad⁴⁶.
- Sor Felipa no recibió ningún tipo de sanción, ya que era difícil averiguar si lo sucedido era real⁴⁷.
- Asimismo, el director del hospital recibió una advertencia, recomendándole que realizará de manera más activa labores de inspección o que, en su defecto, ordenará una vigilancia rigurosa a sus subalternos, con el fin de prevenir nuevos incidentes. Se le recordó que todas las puertas debían de permanecer cerradas y recalaba que “su misión no ha de ser solo directiva sino también inspectora”⁴⁷.

El director, por su parte, remitió una carta a la superiora del manicomio en la que solicitaba que sor Felipa debía de “modificar su calidad y compasión pues podía ser contraproducente por las malas interpretaciones”⁴⁹.

Finalmente, en su defensa ante el instructor, aseguró que realizaba frecuentes visitas de inspección a los departamentos y tenía ordenado al jefe de vigilantes

y demás empleados una estrecha vigilancia respecto a los reclusos. Alegó también que, “pese a las condiciones en las que se encuentra el edificio y la escasez de personal, es posible mantener un control adecuado”, y por tanto, “considero que estoy exento de la fuga de Rivero”⁵⁰.

5.DISCUSIÓN

La correspondencia analizada refleja una realidad preocupante en cuanto a las condiciones laborales del personal del Hospital Psiquiátrico de Valladolid. A lo largo de las décadas estudiadas, se puede observar una constante escasez de personal cualificado y una organización deficiente¹⁷. Los trabajadores, entre ellos enfermeros, enfermeras e hijas de la caridad, reflejan su impotencia ante la carga laboral, lo que se traduce en una desatención a los enfermos¹⁸. Esta situación sucedía en gran parte de los manicomios del siglo XIX, donde el cuidado se centraba más en la vigilancia que en una atención terapéutica real¹¹.

Además, las cartas revelan una profunda insatisfacción por parte de los familiares¹⁹ y, en menor medida, de los propios pacientes, respecto al trato recibido, algunos internos denunciaban el robo de pertenencias, burlas de otros pacientes e incluso la imposibilidad de poder verles³². Esta situación coincide con lo señalado por Pérez Fernández y Peñaranda Ortega, quienes evidencian que los manicomios del siglo XIX actuaban como lugares donde se excluían a los enfermos y tenían un control represivo sobre ellos¹².

El ingreso y el trato recibido en los hospitales psiquiátricos del siglo XIX estaba condicionado por factores socioeconómicos y de género. En muchos casos, eran ingresados no solo por su patología mental, sino también por su incapacidad de adaptarse a las normas de la sociedad. Las condiciones de vida variaban según la clase del paciente, los pacientes pobres eran alojados en peores condiciones que los pensionistas y tenían desigualdades tanto en la comida como en el vestido y en la cama¹³. Esta diferencia en el trato confirma que el sistema asistencial de la época estaba marcado por la división de clases sociales².

Los hospitales tenían unas condiciones higiénicas deficientes, la alimentación era escasa e inadecuada y las estructuras impedían el aislamiento de pacientes con enfermedades infecciosas, lo que favorecía la propagación de enfermedades como la tuberculosis³⁵. Estos hechos coinciden con lo denunciado por autores como Moreno Pimentel, que resalta la inexistencia de una infraestructura sanitaria adecuada en el siglo XIX⁵. A pesar de leyes como la de Sanidad de 1855, la aplicación fue desigual y deficiente, especialmente en hospitales que trataban a pacientes con enfermedades mentales⁶.

En cuanto a los cuidados prestados, estos estaban más centrados en el castigo que en la terapia, con cacheos obligatorios, uso de medios coercitivos y asilamientos²³. González Canalejo, describe que la psiquiatría española permaneció anclada en prácticas deshumanizantes durante gran parte del siglo⁷.

Los episodios de violencia y fuga evidencian fallos graves en la gestión del hospital así como una falta de seguridad^{41,46}. En otros estudios como los de Pons Prata se puede observar que estas situaciones eran comunes en los manicomios europeos y que se interpretaban como fracasos estructurales del modelo psiquiátrico¹¹.

A pesar de estas condiciones, hubo figuras claves que impulsaron una transformación en la atención psiquiátrica. Entre ellas destaca el doctor Benjamín Rush, considerado el padre de la psiquiatría, defendió que los pacientes con enfermedades mentales debían recibir un trato digno basándose en un tratamiento moral⁵¹. Al igual que Dorothea Dix, denunció las condiciones inhumanas en las que se encontraban los pacientes psiquiátricos⁵².

5.1. Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio ha sido el estado de conservación de algunas cartas, presentaban un deterioro debido al paso de los años. No ha sido fácil comprender el contenido de las correspondencias debido a caligrafía, la dificultad de comprensión ha ralentizado el proceso de transcripción de la información.

5.2. Aplicaciones para la práctica

Los resultados obtenidos tras realizar este estudio nos permiten comprender como se sentían los pacientes, los familiares y el personal con los cuidados prestados en el manicomio. Este análisis puede hacernos reflexionar sobre el trato que han recibido estos pacientes a lo largo de los años y que es importante priorizar una atención individualizada centrada en la persona y proporcionada por profesionales cualificados. Además, es fundamental garantizar un entorno seguro, higiénico y adaptado a las necesidades de los pacientes, así como ofrecer cuidados humanizados que respeten su dignidad y promuevan su bienestar integral.

5.3. Futuras líneas de investigación

Sería interesante analizar la correspondencia de otros hospitales psiquiátricos de España en la misma época y realizar una comparación sobre cómo eran las condiciones en las que se encontraba el manicomio, los cuidados que recibían los pacientes y el tipo de personal trabajaban en ellos. De esta manera se podría tener una visión más amplia de cómo era el sistema psiquiátrico español en el siglo XIX.

6. CONCLUSIONES

- El análisis de la correspondencia personal de pacientes, familiares y trabajadores del Hospital Psiquiátrico de Valladolid evidencia el funcionamiento del manicomio, las condiciones de vida, el trato recibido y las vivencias y percepciones de los pacientes, familiares y trabajadores del hospital.
- La situación laboral estaba marcada por la precariedad, la escasez de personal cualificado y la sobrecarga de trabajo. Las condiciones de vida de los pacientes eran deficientes.
- En cuanto al estado de las instalaciones y el funcionamiento del hospital, las cartas describen una infraestructura deteriorada y mal equipada para las necesidades asistenciales. Además, el hospital carecía de espacios esenciales como cuartos de cura adecuados, zonas de aislamiento o estancias con calefacción.
- Los diferentes acontecimientos reflejaban la falta de control, vigilancia y responsabilidad por parte del personal.

7. ANEXOS

ANEXO I: Hoja de ingreso de un paciente al hospital psiquiátrico de Valladolid en 1861.

SEÑAS. Edad — 50 años Estado — soltero Oficio — labrador Pelo — cano Ojos — grises Cejas — canas Color — blanquecino Nariz — regular Barba — cana Boca — regular Estatura — corta SEÑAS PARTICULARES.	HOSPITAL DE DEMENTES DE VALLADOLID. En el día 8. del mes de <i>Noviembre</i> del año de 1861. entra en este establecimiento el demente <i>Germánico González</i> natural de <i>Villa de San Carlos</i> provincia de <i>Leon</i> procedente de <i>Villa de San Carlos</i> provincia de <i>Leon</i>
--	--

Fuente: ADIPVA. Caja 570, expediente 6049.

ANEXO II: Registro de enfermedades de 1877

DIAGNÓSTICOS	ENTRADAS			SALIDAS									TOTAL	EXISTENCIA ACTUAL		
	H.	M.	Total	Curados o aliviados			No curados			Muertos				H.	M.	Total
				H.	M.	Total	H.	M.	Total	H.	M.	Total				
Psicosis maniaco-depresiva...	4	3	7	1	1	2	1	1	2	2	2	4	10	23	17	36
Psicosis postinfecciosa.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	3
Psicosis histérica.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
Psicosis alcohólica.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
Psicosis paranoides.....	4	3	7	1	1	2	1	1	2	1	1	2	5	23	25	122
Amencia.....	3	1	4	1	1	2	1	1	2	1	1	2	5	11	6	17
Esquizofrenia.....	6	7	13	1	1	2	1	1	2	1	1	2	15	111	116	362
Psicosis interpretativa.....	3	1	4	1	1	2	1	1	2	1	1	2	4	19	23	162
Psicosis obsesiva.....	1	2	3	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
Demencia senil.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
Demencia presenil.....	2	2	4	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	26	26	23
Demencia arterio-esclerótica..	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	19	17	23
Demencia terminal.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	19	17	23
Demencia parálitica.....	2	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	3	1	3
Demencia epiléptica.....	2	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	2	6	23	15	66
Locura epiléptica.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
Debilidad mental.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	16	10	53
Imbecilidad.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	16	10	27
Idiotia.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	12	12	12
Psicosis constitucional.....	2	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	2	4	16	12	64
Locura polineurítica.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2
Corea de Huntington.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
Enfermedad de Parkinson.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
Parálisis general infantil.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
Otras enfermedades.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
En observación.....	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
TOTALES.....	57	58	115	11	11	22	6	6	12	8	8	16	105	812	624	662

Fuente: ADIPVA. Caja 565, expediente 5777.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Tuñón de Lara, M. La España del siglo XIX. Madrid: Akal; 2000. Vol. 1, P.192-289.
2. Sánchez Montero, R. El siglo de las revoluciones en España. Madrid: Sílex; 2017.
3. Martín Carrasco, M. Benito Menni y la asistencia psiquiátrica en España en el siglo XIX. Pamplona: Monte Carmelo; 1994, P. 39-66.
4. Cruz Giráldez M. Enfermeras y enfermas en la sanidad española del siglo XIX (Imágenes literarias). Tabularium Ed. 2025;2(12):86-102.
5. Moreno Pimentel AG. Historia de la Enfermería del Trabajo en el S.XIX y 1ª mitad del S. XX. Rev Enferm Trab. 2014;4(1):14-9.
6. Anguita Osuna JE. Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: la "Ley de Beneficencia" de 1849 y su reglamento de ejecución de 1852. Rev Hist Contemp. 2019;34(99):89-121.
7. González Canalejo C. Historia de la enfermería psiquiátrica. Enferm Salud Ment. 2011;(33):1-13.
8. Domínguez Isabel P, Soto Fernández I, de Dios Aguado MM, Torres Alaminos MA, Moncunill Martínez ME, Ugarte Gurrutxaga MI. Una investigación cualitativa: La creación del título de Enfermería en España (1915). New Trends Qual Res. 2021;8:431-9.
9. Gómez-Cantarino S, de Dios-Aguado M, Peñalver AC, Dominguez-Isabel P, Montejano JR, Espina-Jerez B. Regulación de la Enfermería Española: incorporación a la profesión sanitaria (1850-1950). Esc Anna Nery. 2020;24(4).
10. Matesanz Santiago MA. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. Rev Adm Sanit Siglo XXI. 2009;7(2):243-60.
11. Pons Prata J, Galbany Estragués P. Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma. Rev Esp Enferm Salud Ment. 2017;(1):28-34.

12. Pérez Fernández F, Peñaranda Ortega M. El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: el caso de Nellie Bly. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2017 37(131):95-112.
13. García Cantalapiedra, MJ. Historia del hospital psiquiátrico de Valladolid (1489-1975). Valladolid: Diputación Provincial de Valladolid;1996. p. 113-214.
14. Galvis López MA. Teoría y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev cuid. 2015; 6 (2):1108-1120.
15. Vaquero Puerta, C. Hospitales de Valladolid: aspectos históricos. Valladolid: Procivas Solutions, S.L.N.E; 2024. p. 151.
16. Memoria del director D. Lázaro Rodríguez. 1866-1868.
17. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30524. Mayo de 1860.
18. ADIPVA. Caja 565, expediente 5777. Junio de 1880.
19. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30524. Junio de 1864.
20. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30524. Diciembre de 1867.
21. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30524. Octubre de 1864.
22. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30523. Enero de 1882.
23. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Febrero de 1890.
24. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Marzo de 1890.
25. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30523. Junio de 1882.
26. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30524. Abril de 1863.
27. ADIPVA. Caja 570, expediente 6042. Septiembre de 1875.
28. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30523. Octubre de 1868.
29. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30524. Diciembre de 1863.
30. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30524. Octubre de 1865.
31. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30524. Noviembre de 1865.
32. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30524. Agosto de 1865.
33. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30524. Febrero de 1865.
34. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30524. Enero de 1866.
35. ADIPVA. Caja 24450, expediente 30525. Junio de 1888.

36. ADIPVA. Caja 24450, expediente 30525. Julio de 1888.
37. ADIPVA. Caja 24450, expediente 30525. Marzo de 1889.
38. ADIPVA. Caja 24450, expediente 30525. Mayo de 1889.
39. ADIPVA. Caja 24450, expediente 30525. Octubre de 1889.
40. ADIPVA. Caja 24450, expediente 30525. Noviembre de 1889.
41. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Mayo de 1890.
42. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Mayo de 1890.
43. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Mayo de 1890.
44. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Mayo de 1890.
45. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Mayo de 1890.
46. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Enero de 1893.
47. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Enero de 1893.
48. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Enero de 1893.
49. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Enero de 1893.
50. ADIPVA. Caja 2450, expediente 30527. Enero de 1893.
51. Rush B. The autobiography of Benjamin Rush: his "Travels through life" together with his commonplace book for 1789–1813. Philadelphia: American Philosophical Society; 1948. (Memoirs of the American Philosophical Society; vol. 25).
52. Giménez Segura MC. Elizabeth Fry (1780-1845) y Dorothea Dix (1802-1887): dos pioneras del tratamiento moral. Rev Hist Psicol. 2008;29:85–91.