



Tesis Doctoral

Mujeres, locura y
psiquiatría:

La sala 20 del
Manicomio Provincial
de Málaga
(1909-1950).

Autora: Celia García Díaz
Directora: Isabel Jiménez Lucena



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA


2019





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Celia García Díaz

 <http://orcid.org/0000-0003-2132-9502>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es







Universidad de Málaga
Programa de doctorado de Ciencias de la Salud
Departamento de Anatomía Humana,
Medicina Legal e Historia de la Ciencia.
Área de Historia de la Ciencia
Facultad de Medicina

Tesis Doctoral

Mujeres, locura y psiquiatría:
La Sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950).

Autora: Celia García Díaz
Directora: Isabel Jiménez Lucena

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



Málaga, 2019.





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Historia de la Ciencia
Facultad de Medicina
Universidad de Málaga
29080 Málaga

Isabel Jiménez Lucena, Profesora Titular del área Historia de la Ciencia de la Universidad de Málaga, Departamento de Anatomía, Medicina Legal e Historia de la Ciencia

Hace constar que:

La tesis "Mujeres, locura y psiquiatría: La Sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)" que ha sido realizada por Celia García Díaz con mi dirección y supervisión, reúne todos los requisitos formales y de contenidos para proceder a su defensa.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente en Málaga a 12 de abril de 2019.

Fdo. Isabel Jiménez Lucena



A mi madre, por los sueños cumplidos.
A mi padre, *In memoriam*.



Agradecimientos

El proceso de elaboración de cualquier tesis suele ser largo y costoso. Afortunadamente, he contado con personas a mi alrededor que me han apoyado en los buenos y en los malos momentos. Sin ellas y ellos, este proyecto no hubiera sido posible.

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora de tesis y maestra, Isabel Jiménez, el haber confiado en mí desde el principio, por su apoyo incondicional y por haber respetado mis tiempos. Todo esto me ha hecho más libre para poder desarrollar las ideas plasmadas en las páginas que siguen.

Al personal del Archivo de la Diputación Provincial de Málaga, en especial a Carmen Gálvez, por su disponibilidad y por estos años compartidos entre documentos.

A Alfredo Valverde, por su cariñosa acogida en el Archivo de la Residencia de Estudiantes de Madrid, facilitando en todo momento el acceso a parte de las fuentes de mi investigación.

A María Jesús Pérez Ortiz, que me autorizó el acceso al fondo Pedro Ortiz Ramos, del Archivo Universitario de Granada. También por las conversaciones telefónicas en torno a la figura de su tío.

A Paloma Araoz Prados, por compartir conmigo historias familiares sobre su abuelo, Miguel Prados Such.

A María José Barreiro López de Gamarra, nieta de Juan López de Gamarra, por permitirme completar con su relato el papel de su abuelo en el Manicomio Provincial.

A Juan Luis Linares por la entrevista sobre la figura de su padre, Antonio Linares Maza y a Juan Luis Carrillo, por las conversaciones en torno a la organización del Hospital Civil.

A mis amigas Laura Salas, Laura López, Maite, Inés, Paloma y Cristina, por hacerme llegar su afecto en conversaciones telefónicas interminables a pesar de los muchos kilómetros que nos separan.

A mi familia, en especial, a Puri, Pepe y Pablo, que me han alentado siempre a seguir hacia adelante, concedores del esfuerzo que ha supuesto en mi trayectoria terminar este proyecto.

A mis hijos, Inocencio y Nicolás, por el sincero interés puesto en “la tesis de mamá”, por su cariño, y por las tardes de juego y estudio compartido en el mismo espacio físico.

Por último, a José Carlos, mi pareja, por apoyarme y acompañarme en estos dos últimos años del proceso, haciendo más corta la distancia entre Granada y Málaga.





“El supuesto padecimiento mental de Justina, sobre el cual en definitiva nada sabemos, no fue una entidad natural, ahistórica, que permaneció indemne a través de las épocas aguardando a ser descubierta por la medicina científica. Por el contrario, formó parte de construcciones intelectuales, culturales y políticas nacidas en un contexto social determinado. Algo semejante debe admitirse con respecto al manicomio. Sus características, funciones sociales y usos políticos formaron parte de complejas construcciones históricas y respondieron a singulares conflictos, imaginarios, representaciones colectivas, proyectos políticos e intervenciones públicas distantes de los que hoy en día reconocemos, aceptamos o rechazamos”.

La casa de las locas, Valeria Pita (2012, p. 14)

“Cuando uno corre contra el viento,
siempre encuentra aire”.

Elvira Sastre.



Índice de abreviaturas

A.D.P.M.: Archivo de la Diputación Provincial de Málaga.

A.M.M.: Archivo Municipal de Málaga.

A.R.E.M.: Archivo de la Residencia de Estudiantes de Madrid.

A.U.G.: Archivo Universitario de Granada.

B.M.M.: Biblioteca Municipal de Málaga.

I.N.E.: Instituto Nacional de Estadística.

J.A.E.: Junta de Ampliación de Estudios.

Lg.: Legajo.

P.G.P: Parálisis general progresiva

P.O.R: Pedro Ortiz Ramos.



Índice

Introducción	23
Capítulo 1. Problemas-preguntas y objetivos. Marco teórico y conceptual. Fuentes y herramientas metodológicas	31
1.1. Problemas-preguntas y objetivos	33
1.2. Marco teórico y conceptual	34
1.2.1. La doble subalternidad: mujeres y locas en la Historia	35
1.2.2. Problematizando la objetividad en Ciencia	40
1.2.3. El sexo, el género y la performatividad del discurso en la conformación de la subjetividad femenina	45
1.2.4. Genealogía de la subjetivación: el modelo de Nikolas Rose	52
1.3. Fuentes	54
1.3.1. Fuentes de archivo	54
1.3.2. Fuentes impresas	55
1.3.3. Fuentes orales	56
1.4. Metodología	56
Capítulo 2. El contexto disciplinar: la cuestión de género en la historia de la psiquiatría	61
2.1. De la ginecología a las hormonas: reforzando la feminización de la locura	65
2.2. El desarrollo de la psiquiatría y la enfermedad mental de las mujeres	70
2.3. La psiquiatría y la (re)construcción del ideal femenino a finales del siglo XIX y en la primera mitad del XX en España	77
Capítulo 3. La institución y los profesionales	89
3.1. El devenir de los dementes en Málaga: historia del Manicomio Provincial	92
3.2. El personal auxiliar del Manicomio Provincial de Málaga (1914-1940)	99

3.3. Los profesionales en el Manicomio Provincial de Málaga en la primera mitad del siglo XX	102
3.3.1. La etapa previa a la especialización psiquiátrica	103
3.3.2. Del laboratorio a la clínica: la especialización neuropsiquiátrica de Miguel Prados Such	104
3.3.3. Entre la beneficencia y la asistencia privada: Pedro Ortiz Ramos	114
3.3.4. Los últimos años de la década de los 40 en la institución: Antonio Linares Maza	120
3.4. Tensiones y asimilaciones en el Manicomio Provincial durante la Segunda República Española: el fracaso de una utopía asistencial	122

Capítulo 4. El manicomio para mujeres del Hospital Provincial de Málaga: la sala 20 a través de su material clínico **129**

4.1. El material clínico de la sala 20 (Santa Rita): historias y fichas clínicas	132
4.2. Perfil sociodemográfico de las pacientes	141
4.2.1. Edad	141
4.2.2. Estado Civil	144
4.2.3. Procedencia	145
4.2.4. Profesión	147
4.2.5. Lugar de nacimiento y lugar de residencia	148
4.2.6. Pensionistas	151
4.3. Variables clínicas en los ingresos en la sala 20	151
4.3.1. Demanda de ingreso	151
4.3.2. Motivo de alta	152
4.3.3. Reingresos	154
4.3.4. Tiempo de Estancia Media	155

Capítulo 5. “Etiquetando” a las mujeres: Diagnóstico y género en la sala 20 **159**

5.1. Histeria, psicosis puerperal y psicosis de la involución: la psiquiatrización del cuerpo de las mujeres	165
5.1.1. Histeria	165
5.1.2. Psicosis puerperal	169
5.1.3. Psicosis y melancolía de la involución	174
5.2. Esquizofrenia y Paranoia en las mujeres de la sala 20	175

5.2.1. Esquizofrenia	175
5.2.2. Paranoia	178
5.3. Los trastornos afectivos en la sala 20: psicosis manicodepresiva, Depresión y manía	179
5.3.1. Psicosis manicodepresiva	179
5.3.2. Depresión	180
5.3.3. Manía	183
5.4. La sala 20 como espacio de control social: psicópatas, alcohólicas y oligofrénicas	184
5.4.1. Psicopatía	184
5.4.2. Alcoholismo	186
5.4.3. Oligofrenia	187
5.5. La emotividad de las mujeres como síntoma: la psiconeurosis reactiva /de situación	188
5.6. Epilepsia, demencia, parálisis general progresiva y psicosis orgánicas	190
5.6.1. Epilepsia	190
5.6.2. Demencia	191
5.6.3. Parálisis General Progresiva	193
5.6.3.1. El test de Wassermann	195
5.6.4. Psicosis orgánicas	197

Capítulo 6. Los tratamientos en la sala 20: entre la terapéutica y la coerción **201**

6.1. Las piretoterapias en la sala 20	208
6.2. Laborterapia	213
6.3. Las terapias de choque: insulino-terapia, choque cardiazólico y electrochoque	216
6.3.1. La temprana recepción del electrochoque en la sala 20	227
6.3.2. El tratamiento de choque en las niñas ingresadas en la sala 20	231
6.4. Contención física y simbólica en la sala 20: entre la camisa de fuerza y la psicoterapia	234
6.5. Psicocirugía en la sala 20: las cartas entre Pedro Ortiz Ramos y Sixto Obrador Alcalde	239

Capítulo 7. En los límites de la cordura: procesos de subjetivación de las “mujeres-locas” de la sala 20	243
7.1. Problematizando la experiencia de las mujeres en la sala 20	249
7.2. La institución como dispositivo de control social: la tecnología de un panóptico en torno al discurso psiquiátrico	250
7.3. Las autoridades generadoras de “verdad” en torno a las vivencias de las pacientes	266
7.4. Teleologías: cuerpo, sexualidad y religión en las mujeres de la sala 20	286
7.5. El trabajo de las mujeres y la gestión del maltrato como estrategia de subjetivación manicomial	301
Conclusiones	321
Anexos	327
Bibliografía	401
Fuentes impresas	428







UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

*Mujeres, locura y psiquiatría:
la sala 20 del Manicomio
Provincial de Málaga
(1909-1950)*

Introducción



Desde hace varias décadas, tanto en el ámbito internacional como nacional, hay un creciente interés por la investigación de las instituciones psiquiátricas (tanto públicas como privadas) que ponen de manifiesto aspectos asistenciales y organizativos. En este sentido, en nuestro ámbito, contamos con las aportaciones sobre el estudio de instituciones como Conxo (González, 1977; Simón, González y Rodríguez, 2003), Ciempozuelos (López y Díaz, 1991; López y Díaz, 2000), San Boi (Antón, 1982), o los manicomios de Navarra (Azarain, 2005), Valencia (Heimann, 1994; Livianos, Ciscar, García, Heimann, Luengo y Troppé, 2006), Valladolid (García Cantalapiedra, 1992), Vizcaya (Martínez Azumendi, 2003; Martínez Azumendi, 2012), Sevilla (Giménez, 2008) y Jaén (Gutiérrez, 1978; Hernández, 2009), muchos de ellos basados en trabajos clásicos como los de Álvarez-Uría (1983), Josep Comelles (1988) y Jose Luis Peset (1995)¹.

Sin embargo, el abordaje de las instituciones psiquiátricas tomando como fuente primaria las historias clínicas de sus archivos no es tan frecuente. El trabajo con este tipo de fuentes ha sido impulsado en nuestro país por Rafael Huertas, enriqueciendo el panorama de la historiografía psiquiátrica (Huertas, 2001a). El estudio del archivo del manicomio de Conxo (Angosto, García y González, 1997) abrió nuevas vías de investigación en este sentido, aunque es el Manicomio de Santa Isabel de Leganés la institución más estudiada en nuestro ámbito desde esta perspectiva, con la realización de múltiples trabajos (Del Cura, 2003; Tierno, Villasante y Vázquez de la Torre, 2007a; Tierno, Villasante y Vázquez de la Torre, 2007b; Conseglieri, Villasante y del Cura, 2007; Conseglieri y Villasante, 2007a; Conseglieri y Villasante, 2007b; Tierno, 2008; Vázquez de la Torre, 2008; Villasante, Vázquez de la Torre y Tierno, 2008; Conseglieri, 2008; Vázquez de la Torre y Villasante, 2016; Candela y Villasante, 2018) y tres tesis doctorales que abarcan casi la totalidad de la primera mitad del siglo XX (Vázquez de la Torre, 2012; Conseglieri, 2013 y Candela, 2017). Entre sus aportaciones destacan los estudios de demografía en la población psiquiátrica y los aspectos organizativos asistenciales de la institución.

En los últimos años, instituciones andaluzas como el manicomio de Córdoba (Ruiz García, 2011), también han sido investigadas a través de sus historias clínicas, pero la investigación sobre los manicomios del sur del país continúa presentando carencias. En el caso de Málaga, la producción historiográfica sobre la asistencia a los dementes en la primera mitad del siglo XX es escasa (García-Díaz, 2018), por lo que esta tesis pretende contribuir a subsanar el vacío historiográfico

¹ En el ámbito internacional, el manicomio de La Castañeda en Méjico ha sido una institución ampliamente investigada (Sacristán, 2005; Sacristán, 2010; Ríos, 2008, Ríos, 2009a; Ríos, 2009b) también en Europa instituciones en Escocia e Inglaterra han sido objeto de estudio (Beveridge, 1995; Cherry, 2003; Allmond, 2017). Hay que destacar la línea de investigación que se vino desarrollando desde la década de los 90, en referencia al estudio de la psiquiatría colonial y algunas instituciones africanas a principios del siglo XX, inscritas en los estudios subalternos, como los trabajos de Sally Swartz, donde incluye el análisis de género y de raza (Swartz, 1995; Swartz, 1999; Louw y Swartz, 2001; Swartz, 2010). En esta misma línea, ver también Deacon (1996).

que existe en torno al Manicomio Provincial, que se construyó a finales del siglo XIX dentro del recinto del Hospital Provincial General². Por otro lado, los trabajos que se ocupan del análisis de las historias clínicas de los manicomios desde una perspectiva de género son también escasos en el ámbito nacional (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010); sin embargo, en latinoamérica, hay un aumento en los últimos años de trabajos centrados en el estudio de los contenidos de las historias clínicas de mujeres ingresadas en instituciones psiquiátricas desde una perspectiva de historia de las mujeres (Arreola, 2007; Navarlaz y Jardón, 2010; Navarlaz y Jardón, 2012; Pita, 2012; Carrizo, Gutiérrez y Tapia, 2013).

En algunos estudios de demografía psiquiátrica se han realizado análisis estadísticos de variables sociodemográficas y clínicas desagregando por sexos los resultados, lo que puede arrojar algo de luz desde esta perspectiva. Sin embargo, la crítica de género va más allá de la estricta separación de los datos por sexo. Se trata de interpretar las fuentes desde un marco epistemológico concreto, ver cómo las mujeres ingresadas en las instituciones pudieron asimilar o resistirse a las prácticas discursivas de los psiquiatras, y del resto del personal, donde no sólo eran mujeres, sino “mujeres-locas”. El manicomio como institución es presentado como encrucijada de diferentes discursos como el de las pacientes, las familias, los psiquiatras, los cuidadores y otras autoridades, que consigue anudarlos todos en un mismo documento: la historia clínica³.

Mi interés en abordar la historia de la asistencia a la locura en Málaga surgió hace más de diez años, coincidiendo con el hallazgo de los documentos del Manicomio Provincial que se encontraban en un sótano del Hospital Civil en penosas condiciones, y que fueron trasladados al Archivo de la Diputación Provincial para su conservación. Desde este traslado, he estado investigando la institución, los profesionales y, en concreto, las pacientes de la sala de mujeres, también llamada sala 20 o sala Santa Rita, a través de su material clínico.

A lo largo del proceso, comencé a centrarme en el estudio de esta sala no sólo desde aspectos organizativos o asistenciales: me propuse recuperar las voces de las mujeres que, durante casi 50 años, pasaron por la institución. Desde entonces, el proyecto de hacer una historia de la psiquiatría en Málaga “desde abajo” y desde una perspectiva de género me llevó a plantear que las mujeres ingresadas

2 Si bien existen diversos trabajos que han abordado la historia del Hospital Provincial de Málaga (también llamado Hospital Civil) desde diferentes ópticas, las aportaciones sobre la historia del Manicomio Provincial han sido escuetas y tratadas de forma tangencial. Tres tesis doctorales dirigidas desde la Universidad de Málaga han tenido al Hospital Civil como objeto de estudio desde diferentes abordajes: El trabajo de Olalla (1992) se centró en el ámbito de la ginecología; María Dolores Fernández (2004) abordó la cuestión de la arquitectura del Hospital Civil y Silva García Barrios (2011) realizó su tesis doctoral en torno al personal de enfermería del Hospital Civil.

3 El análisis de las historias clínicas permite el hallazgo de escritos y cartas de pacientes lo que ha favorecido la investigación sobre las experiencias de internamiento (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010; Villasante, Vázquez, Conseglieri y Huertas, 2016).

en la sala 20 eran doblemente subalternas, como “locas” y como mujeres. El análisis de los contenidos de las historias ha sido el objeto de mi investigación, tratando de dilucidar cómo y por qué ingresaban en la sala 20, quiénes las interrogaban y las trataban, bajo qué criterios, cómo eran las mujeres que estaban recluidas en el manicomio y cómo aceptaban las normas o como las rechazaban y en función a qué intereses establecían estrategias para sobrevivir dentro de los muros de la institución⁴. Desde esta perspectiva, la sala 20 fue un lugar de encrucijadas discursivas con varios niveles (familia, pacientes, profesionales, cuidadores) y la historia clínica, el documento donde quedó plasmada esta red de intereses, necesidades, anhelos y deseos, que fueron conformando la subjetividad de la “mujer-loca” en el Manicomio Provincial de Málaga.

La sala 20 ha sido abordada desde distintas ópticas dentro de este trabajo de investigación, respetando una estructura que va desde lo macrosocial a lo microsocia, desde los discursos hegemónicos de la psiquiatría hasta la experiencia de las mujeres durante su internamiento, ambos reflejados en el contenido de las historias clínicas.

En el capítulo 1 de mi tesis “Problemas-preguntas y objetivos. Marco teórico y conceptual. Fuentes y herramientas metodológicas” plantearé las cuestiones que problematizo y las preguntas a las que pretendo contestar relacionadas directamente con los objetivos de mi trabajo. Posteriormente, abordaré el marco teórico general desde las teorías de género, que han denunciado la producción científica androcéntrica. Plantearé mi punto de partida en el paradigma subalterno, problematizando la objetividad de la ciencia y señalando las aportaciones con que las teorías de género han enriquecido los estudios historiográficos en las últimas décadas. Por último, mostraré la descripción de las fuentes que he manejado, así como la metodología empleada para su análisis.

El capítulo 2 titulado: “El contexto disciplinar: La cuestión de género en la historia de la psiquiatría” trataré de clarificar por qué son necesarios los estudios de género dentro de la historiografía psiquiátrica, cómo la ideología y los simbolismos de género influyeron en la construcción de una “ciencia psiquiátrica” desde el siglo XIX, la tendencia a la patologización de conductas femeninas que transgredían roles sociales hegemónicos, cómo el discurso psiquiátrico propició clasificar a estas mujeres como locas según los contextos, y cómo la psiquiatría de la primera mitad del siglo XX se nutrió de otras especialidades para conformar un discurso psiquiátrico generizado, como en el caso de la endocrinología y la ginecología.

En el siguiente capítulo, el capítulo 3, “La institución y sus profesionales” me ocuparé de mostrar, brevemente, los antecedentes de la asistencia de la locura en

4 En cuanto al análisis de contenidos de las historias clínicas hay que destacar el trabajo que desarrolló Juan Luis Linares del Hospital de la Santa Creu (Linares, 1976).

la provincia de Málaga, para pasar a explicar cómo y cuándo se construyó el Manicomio Provincial de Málaga, y en concreto, la sala 20, o sala Santa Rita, destinada al internamiento de las mujeres a partir de 1909. A continuación, plantearé quiénes eran los profesionales encargados de la asistencia en la institución. A través de sus apuntes biográficos, quiero plasmar cómo las ideologías, los años de formación, los posicionamientos teóricos frente a la locura y los avatares sociopolíticos influyeron en el ejercicio de la “ciencia psiquiátrica”. Por último, analizaré cómo fueron recibidos esos intentos de cambio en la institución por parte del personal de cuidados de las salas y cuáles fueron las consecuencias en la dinámica diaria del establecimiento.

A continuación, en el capítulo 4 “El manicomio para mujeres del Hospital Provincial de Málaga: la sala 20 a través de su material clínico”, mostraré la estructura general de las historias y fichas clínicas, así como una aproximación a las características sociodemográficas de las ingresadas. Por otro lado, también abordaré variables de carácter clínico, para analizar las fechas de ingreso y alta, tiempos medios de estancia en la sala, así como el motivo de alta.

Los diagnósticos y los tratamientos analizados en las historias clínicas serán planteados en los capítulos 5 y 6 respectivamente. Por su importancia en el proceso de generar subjetividades muy concretas pasaré de describir los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo de las historias clínicas a plantear la ideología de género que subyacía en algunos diagnósticos aplicados a mujeres como los relacionados con el ciclo vital femenino (psicosis puerperales, patología involucional o climatérica).

En el capítulo 7, analizaré los contenidos de las historias clínicas de las mujeres de la sala 20, siguiendo el marco teórico de Nikolas Rose sobre los procesos de subjetivación desde una perspectiva de análisis crítico del discurso. Para redactar este capítulo, he trabajado tanto con material directo (cartas de las pacientes) como indirecto (anotaciones del personal en las historias clínicas y cartas de familiares, entre otros) que pueden arrojar luz sobre la conformación de esa nueva subjetividad de la “mujer-loca” dentro de la sala 20, y los procesos de asimilación o resistencia por parte de las internadas.





Capítulo 1

Problemas-preguntas y objetivos. Marco teórico y conceptual. Fuentes y herramientas metodológicas.



1.1. Problemas-preguntas y objetivos.

Trabajar los contenidos de las historias clínicas psiquiátricas desde la perspectiva de género obliga a una lectura en profundidad de cada registro clínico, desde una mirada crítica, teniendo en cuenta cómo influyeron los discursos de los psiquiatras que trabajaron en la institución, el contexto sociopolítico, y cómo las ideologías de género ayudaron a conformar la subjetividad de las “mujeres-locas”, mostrando elementos de resistencia dentro de la organización por parte de las mujeres internadas, o cómo asimilaban otras prácticas en un intento de sobrevivir a circunstancias hostiles, tanto dentro como fuera de los muros de la institución. Poner el foco en las “mujeres-locas” que fueron protagonistas de esas vivencias de internamiento, implica rastrear sus subjetividades para hacer una historia desde abajo, desde sus propias voces y experiencias. Como explicaré en el marco teórico de mi tesis, la idea es analizar el contenido de las historias clínicas de mujeres ingresadas en la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga, entre 1909-1950 para poder (re)construir la historia de ellas, de las locas, en el sentido de subjetividades que fueron producidas en un territorio fronterizo, entre la locura y la cordura, por un dispositivo de control, como la institución psiquiátrica que generaba discursos y prácticas, viéndolas no como víctimas o heroínas, sino como sujetos con capacidad de agencia para poder asimilar o resistir prácticas y discursos. He definido mi objeto de estudio como “mujeres-locas”, un constructo que usaré como categoría analítica de mi investigación y que lo conforman las mujeres que, por ingresar en la institución, eran consideradas locas. Estos ingresos imprimían en las subjetividades de las mujeres modificaciones relacionadas con la dinámica de la institución que favorecían la ruptura con el exterior y con una subjetividad previa, lo que obligaba a reconfigurarla. Sin embargo, el exterior, constituido por múltiples factores socioculturales, políticos y económicos, entre otros, también influyeron en la construcción de esta nueva subjetividad de las “mujeres-locas”.

Trato de dar respuestas a varias cuestiones que se configuran como objetivos principales de mi trabajo en torno a la sala 20: ¿qué ideología de género subyacía en el proceso asistencial, y cómo ésta intervino, a través del acto psiquiátrico, en la producción de sujetas-locas? ¿qué elementos relacionados con la ideología de género intervinieron en lo que fue asumido como sintomático y patológico en la “mujer-loca” desde el discurso científico? ¿cómo el ideal regulatorio sexual y de género conformaron la tipología social de la loca como sujeto identificable, y cómo intervino el discurso psiquiátrico en la (re)configuración de un sujeto femenino? ¿cómo se configuró el dispositivo de poder psiquiátrico en relación con los diseños globales de una ciencia psiquiátrica en una sociedad que experimentó profundos cambios políticos y sociales durante la primera mitad del siglo XX? El objetivo de mi tesis trata de dar respuestas a estas preguntas a través del estudio de los mecanismos de retroalimentación que se establecieron en la relación de las historias locales de las mujeres ingresadas en la institución y los diseños globales

de la una psiquiatría hegemónica. En esta relación, surgen prácticas discursivas y no discursivas de la hegemonía que generaban respuestas en las “mujeres-locas”, que podían reforzarlas o resistirlas⁵; y, por otro lado, estas respuestas también influían en la dinámica del establecimiento, pudiendo usar el manicomio en función de sus necesidades.

Para afrontar esta perspectiva relacional entre el diseño de una psiquiatría global y las prácticas locales en la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga, se hace necesario abordar objetivos parciales que permitan dar un marco explicativo con objeto de responder a las preguntas planteadas anteriormente. Para ello, desde la historia institucional, mostraré el recorrido de la asistencia a la locura en la institución malagueña, y analizaré si los cambios en el discurso de la psiquiatría hegemónica, que se produjeron durante la primera mitad del siglo XX, influyeron o no en la organización y la asistencia de la locura en la institución y en concreto en la sala 20. Por otro lado, otro objetivo parcial relacionado con el anterior es conocer a los profesionales de la neuropsiquiatría en la institución, para plantear desde qué marco interpretativo sobre la locura trabajaban y cómo influyó esto en la configuración de la asistencia de las mujeres de la sala 20. Además, con la idea de aproximarnos a este espacio de relación entre profesionales y pacientes, otro de los objetivos parciales será conocer las características sociodemográficas de las mujeres que ingresaban en la sala 20 en el periodo de estudio, así como los diagnósticos y los tratamientos que recibían dentro de la institución por parte de estos profesionales.

1.2. Marco teórico y conceptual:

El marco teórico desde el que parto para el análisis de los contenidos de las historias clínicas problematiza la cuestión de la mujer en la historia, y el papel de la “mujer-locas”, como agente activo dentro de los manicomios, vistos como dispositivos de control desde una perspectiva foucaultiana. La aproximación a estas fuentes desde las teorías de género requiere limitar un marco teórico de interpretación de los contenidos de las historias clínicas de las mujeres y trabajar con las fuentes de forma directa a través de escritos que ellas mismas producían dentro de la institución; o de forma indirecta, a través de escritos de los psiquiatras, médicos, personal de enfermería y monjas que constituían la red de vigilancia de las pacientes, como si de un panóptico foucaultiano se tratase. La especificidad de la mirada feminista sobre los contenidos de las historias puede mostrar nuevos enfoques de la experiencia de las mujeres durante el internamiento, así como las relaciones entre los discursos de los psiquiatras y las pacientes ingresadas, funda-

5 Gramsci elaboró la perspectiva relacional a partir de propuestas de la obra de Karl Marx, entendiendo los procesos sociales como resultado de las relaciones entre los sujetos, los grupos y las instituciones, a partir de los cuales se construyen estructuras y acciones (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010, p. 125)

mentales para la construcción de una historia de la locura “desde abajo”.

1.2.1. La doble subalternidad: mujeres y locas en la historia.

Virginia Woolf en *Una habitación propia* se preguntaba sobre la independencia de las mujeres, y apelaba a una Historia que no comprendiera sólo la perspectiva masculina. Reflexionó sobre el papel de la mujer en la literatura, comparando la extraordinaria presencia de las mujeres como musas de poetas y escritores, con la invisibilidad de las mujeres en la Historia (Woolf, 2002, p.63). Para ella, no era suficiente hablar de lo descriptivo, sólo figurar en los datos, en cuanto a donde vivían, cuántos hijos tenían y su lugar dentro de lo doméstico y lo privado. Había que preguntarse ampliamente por el silencio de miles de mujeres que durante años había quedado en el olvido de una Historia sesgada. Parto desde esa “deuda” con ellas, en el sentido de darles ese espacio, el protagonismo y la oportunidad de que sus silencios hablen y puedan ser punto de partida y protagonistas de su relato histórico. Esta ha sido la lucha de las investigadoras feministas que durante las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI, han logrado aumentar la producción científica de trabajos sobre historia de mujeres ostensiblemente. Como apuntan Amorós y De Miguel (2005, p. 15-16), la perspectiva feminista se sirve de una mirada que problematiza la obviedad que nadie se pregunta. En este sentido, “teoría” etimológicamente es “hacer ver”, y ese “hacer ver” de la teoría feminista tiene que ver con hacer perceptibles los mecanismos de dominación (Amorós y De Miguel, 2005, p.25). Cabe preguntarse entonces qué mecanismos han favorecido la invisibilización de las mujeres en los relatos historiográficos.

En torno a este tema han surgido grandes cuestiones de difícil respuesta: ¿es suficiente con visibilizar a las mujeres dentro de una historia que ejemplifica a los hombres y se sirve de ellos para narrar los acontecimientos históricos? ¿son las mujeres sujetos históricos pasivos, o queremos señalar su papel activo en una historia que las ha silenciado y las ha ignorado? ¿Cuál es la finalidad de este “ocultar” a lo femenino a nivel historiográfico?

Para dar respuestas han emergido diferentes propuestas como el paradigma de la “Historia de ellas” (*her-story*, en el mundo anglosajón, donde se hace un juego de palabras entre *her* (posesivo de ellas) y *story* como cuento o narración). Existen numerosos trabajos desde esta perspectiva, a destacar el de Liddington (1977) y Liddington y Norris (1978), donde se entrecruza el análisis de género con el de clase, sobre la participación de las mujeres obreras en el movimiento sufragista en Inglaterra, algo que históricamente ha sido obviado, ya que el movimiento feminista del siglo XIX suele ser comúnmente asociado a un movimiento de la burguesía. Las autoras hacen un recuento de un número muy importante de mujeres obreras que participaron en la lucha por el sufragio femenino. Esta cuestión es objeto de controversia ya que la lucha por el sufragio femenino fue

una cuestión secundaria en la lucha por derechos más fundamentales para las mujeres durante el proceso de industrialización, como mejorar las condiciones laborales, derechos de maternidad, cuidado de los hijos, y mejoras en los salarios de las trabajadoras para poder acceder a bienes básicos como vivienda y comida. En la misma línea, estudios sobre el Renacimiento, que ha sido elevado a la categoría de momento histórico de gran avance cultural, social y tecnológico, reconocen que para las mujeres no fue así, que la tecnología no supuso un paso hacia la libertad de las mujeres, ni en el lugar de trabajo ni en el ámbito de lo doméstico, que la aparición de la democracia no hizo más partícipes a las mujeres, es más las excluyó de la escena política, y que el surgir de la ciencia médica moderna privó a muchas mujeres de autonomía y del sentido de comunidad femenina (Scott, 2008, p.38). Estos avances supusieron una liberación para el hombre, sin embargo, la mujer pasó a ser “propiedad privada” bien de su marido, de la familia, o de los dueños de las fábricas. Como indica Cristina Molina en Amorós y De Miguel (2005, p.65): “sin la mujer privatizada, no podría darse el hombre público”. De hecho, en nuestro país, la lucha por los derechos de las mujeres se remonta al siglo XVIII, existiendo ya en el último tercio de este siglo una masa de mujeres con dos únicas salidas: o servir en las casas en régimen de semiesclavitud por un plato de comida; o trabajar como jornaleras en las mismas condiciones, con el agravante de un esfuerzo físico importante realizando los mismos trabajos que los hombres. Las mujeres como colectivo constituyeron “los rebaños de la misera” (Muiña, 2008, p.27). En este sentido, autoras como Celia Amorós y Ana de Miguel (2005, p. 27) hablan de tres olas feministas, la primera sería la de la Revolución Francesa, en el siglo XVIII; la segunda la de finales del siglo XIX y principios del XX y la tercera la gestada a partir de la primavera del 68⁶.

Lo que los estudios feministas han tratado de poner de manifiesto es la importancia para la historiografía de incluir como objeto de estudio la experiencia personal y subjetiva, otorgándole la misma importancia que a las actividades públicas y políticas, abriendo el espacio privado y doméstico como campo de investigación que ha sido ocupado históricamente por las mujeres, señalando que no son mundos distintos, sino que lo uno influye en el desarrollo de lo otro, y viceversa⁷. Desde esta perspectiva, Kate Millett (2017) en los 70 acuñó la frase “lo personal es político” en su libro *Sexual Politics* [Política sexual] editado por primera vez en 1970.

6 La diferenciación de estas tres olas feministas, es un debate teórico que plantean estas autoras, tomando el siglo XVIII como inicio del movimiento feminista. Sin embargo, si partimos de que el movimiento feminista es un movimiento social, como tal, surgió en el siglo XIX en el contexto de la industrialización, sin negar las valiosas aportaciones de mujeres y hombres que lucharon por los derechos de las mujeres durante la Ilustración.

7 El enfoque de “Historia de ellas” modifica criterios de significación histórica, cuando se plantea que la experiencia personal y subjetiva es tan importante como las actividades públicas y políticas, que ambas se influyen y se interrelacionan en un movimiento de retroalimentación constante (Scott, 2008, p.39).

Por otro lado, corremos el riesgo de caer en una Historia separada de hombres y de mujeres. Para evitarlo, pues se trata de visibilizar la experiencia de las mujeres dentro de la historia, la Historia Social ha facilitado herramientas⁸, perspectivas de estudio y un interés común sobre los grupos excluidos socialmente. En este sentido la historiografía feminista ha contribuido también a desarrollar nuevos planteamientos en la Historia Social, asumiendo el papel mediador del lenguaje en la construcción social, aportando nuevos enfoques sobre cómo los discursos conforman identidades (Bolufer, 2007, p. 637). Sin embargo, también hay limitaciones, como la tendencia a considerar a “la mujer” como una fuerza de trabajo más, susceptible de un análisis economicista, sin tener en cuenta las complejas relaciones entre los sexos⁹, lo que daría lugar a un análisis reduccionista.

La cuestión de las mujeres en la historia nos hace ampliar esta visión crítica, incorporando otras cuestiones relacionadas con los cambios en la idea de mujer a lo largo de la Historia, y cómo ha sido vista por la ciencia; si ha existido una feminidad hegemónica y cómo se ha construido en función a diversos factores sociopolíticos y cuáles han sido las reacciones de las mujeres en torno a este ideal. Las ideas y las estructuras políticas configuran y marcan los límites del discurso público, de los incluidos y de los excluidos de la participación política, y así se configura la esfera privada, siendo una creación pública: “Incluso quienes no figuran en las relaciones oficiales participan haciendo la historia; y quienes están silenciosos hablan con elocuencia de los significados de poder y de los usos de la autoridad política” (Scott, 2008, p.44).

Para entender la relación entre los diferentes espacios (público, privado e institucional, entre lo macro y lo microsociedad) me apoyo en el marco creado por Walter Dignolo desde la perspectiva de los estudios poscoloniales, que puede ser aplicado a la cuestión de género, en el sentido de señalar cómo los espacios se generan unos a los otros, en un movimiento bidireccional, donde lo institucional genera lo social, y lo social lo institucional (Dignolo, 2003). Desde esta perspectiva, la ciencia ha mantenido una posición de poder que genera cambios en las políticas y en las visiones diferenciadas de la masculinidad y la feminidad entendiendo la ciencia como un conjunto de teorías, prácticas, discursos, artefactos (en el caso de la tecnología) donde hay expertos y hay usuarios, donde se entretajan múlti-

8 La Historia Social surgió en los años 70 ante la necesidad de no hacer una historia basada en grandes personajes, sino en los movimientos sociales, y los diferentes colectivos, así como su relación con estructuras económicas, mercados de trabajo, raza, y sociedades concretas. El feminismo y la historia social mantienen una relación simbiótica, en el sentido de retroalimentarse de la idea de las mujeres como sujetos (no objetos) del devenir histórico, tomando como perspectiva analítica factores como la raza y la clase social (Ramos, 1995).

9 Parsons en 1951 desarrolló el concepto de rol que, a pesar de haber tenido críticas dentro de los estudios de género, ha sido usado como rol de género, para explicar que, tanto hombres como mujeres, partimos desde una posición social sobre las que se ciernen diferentes expectativas: en el caso de las mujeres, el rol asignado pivotaba sobre los cuidados, el trabajo doméstico, la esfera privada, y el trabajo emocional de apoyo al marido (Busfield, 1996, p. 39).

ples relaciones, pero todo ello insertado en un momento histórico-social concreto (Pérez-Sedeño, 1999, p.18). Desde los supuestos positivistas, el conocimiento científico se ha presentado como una acumulación progresiva de conocimientos objetivos, como si la producción científica no estuviera condicionada por las relaciones de poder e intereses económicos, políticos y sociales. A partir de los años 60 del siglo XX, las aportaciones de la escuela constructivista han tenido una remarkable importancia al poner en evidencia el carácter social de la producción científica, con lo que se han abierto nuevos campos de estudio (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999, p.81), mostrando las múltiples tensiones cognitivas, emocionales y sociales a las que se encuentra sometido el llamado “sistema género-ciencia”. La ciencia se ha ocupado de determinar lo que es masculino y lo que es femenino, fabricando un vínculo esencialista entre biología y organización social de los sexos, creando un sistema de simbolismos generizados que sostienen las relaciones sociales. Además, la idea de inalterabilidad de este sistema ha sido clave para la perpetuación de la situación de dominación (Sánchez, 2003, p.14). En cada momento histórico, el interés por determinar qué es ser hombre y que es ser mujer, desde lo biológico, ha marcado los roles sociales de los individuos y, por otra parte, la idea sobre la biología de los sexos ha sido modificada en función a los intereses del periodo concreto. Como indica Anne Fausto Sterling (2006), la inclusión/exclusión de sexualidades disidentes (homosexualidad, estadíos intersexuales, transexuales...) también ha estado determinada por el momento histórico, siendo más o menos permisivos dependiendo de las necesidades y los roles sociales de las mismas, creando simbolismos que funcionan socialmente como elementos que permiten/prohíben estas sexualidades (Cleminson, 2007; Vázquez García, 2015; Vázquez García, 2017; Molina, 2016). En el caso de las mujeres, estos simbolismos han evocado representaciones que han cristalizado en conceptos e ideas que se traducen posteriormente en prácticas asistenciales. En este sentido, el desarrollo moderno de las disciplinas médicas tendría componentes liberadores y componentes opresores para la vida de las mujeres (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1997)¹⁰.

La crítica feminista dentro de la historia de la ciencia propone que las mujeres pasen de ser consideradas un sujeto “ahistórico”, es decir, invariable a lo largo de la historia, a ser vistas como sujetos no sólo históricos, sino también

¹⁰ Los avances científicos en las diferentes disciplinas han influido en una mejora en la calidad de vida de las mujeres. En el caso del desarrollo de la ginecología la disminución de la mortalidad de las mujeres durante el embarazo y partos, la disminución de la mortalidad perinatal y, posteriormente, el desarrollo de técnicas anticonceptivas pueden ser tomados como elementos liberadores, aunque también encontramos elementos opresores, como el discurso desarrollado por la especialidad ginecológica sobre la configuración de un ideal de mujer ligado a la biología, usando discursos naturalizadores y esencializadores, influenciados por la ideología política, como ocurrió durante el Franquismo en nuestro país (Sánchez, 1999). El desarrollo de la ginecología en España a principios de siglo XX, también estuvo atravesado por la clase social, por lo que se gestó un doble discurso acerca de la utilidad del cuerpo femenino según la mujer fuera burguesa u obrera o pobre (Fajula, 2013).

sociales, políticos y estratégicos, sobre todo como agentes de cambio social (Sánchez, 2003). Teresa Ortiz sintetiza el interés de los estudios feministas dentro de la Historia de la Ciencia en tres puntos:

“Un interés político, porque la Ciencia genera un discurso desde una posición de poder, y, por tanto, genera cambio social; un interés desde la epistemología, donde la Ciencia conserva ese carácter utópico de llegar a un conocimiento profundo de los fenómenos naturales y en tercer lugar, un interés pragmático como herramienta de cambio social” (Ortiz, 1999, p.223).

Para ello es necesario el (re) conocimiento de las relaciones históricas género-ciencia. La ciencia moderna pasó a ser el motor social, tras la caída de la religión como base de regulación social. El discurso científico hegemónico se ha caracterizado por mantener un estatus de verdad, sin que su producción haya sido cuestionada, y no se hayan tenido en cuenta factores extraepistémicos que han operado en su construcción. La cuestión de género también estuvo sometida a este cambio, conformándose un discurso en torno al sexo y a su papel social basado en teorías científicas, ocupadas en ser transmisoras de un *statu quo* para las mujeres, con la intención de evitar los cambios sociales que el movimiento feminista exigía. En este proceso, la ciencia se constituyó como práctica que incidió directamente sobre segregación de las mujeres, construyendo argumentos para la inferioridad mental femenina y arraigando su papel de madre y esposa (Aresti, 2001).

Los estudios subalternos desde los estudios poscoloniales aportaron un nuevo giro en el estudio de las mujeres atravesadas no sólo por su sexo, sino también por otras variables sociales. Ranajit Guha (1989) definió lo subalterno como la subordinación atribuida a la población, en términos de clase, raza, género, casta, edad, desde una perspectiva de colonialidad. John Beverley (2004, p.23) señaló el reto de los estudios subalternos, ya que “el subalterno es subalterno en parte porque no puede ser representado adecuadamente por el saber académico (y por la teoría)”. Spivak (1988) estableció el concepto de “agency” como la capacidad de los/las subalternas para hablar, para poder generar discursos contrahegemónicos que supongan una forma de oposición al poder establecido, pudiendo cambiar estructuras y prácticas. Estudios posteriores revisaron relatos clínicos sobre pacientes ingresadas en instituciones psiquiátricas, desde una perspectiva de la subalternidad. En ellos se señaló la gran distancia que se abre entre lo que cuentan las pacientes, y el discurso de los médicos, realidades muy diferentes. Lo que contaba la paciente no era recogido como verdad, no se profundizaba en ello. Todas estas circunstancias atravesadas por clase y raza (Swartz, 2005) han subrayado la importancia de los silencios, y las ausencias de información sobre las pacientes, el estatus de verdad del discurso del experto, los elementos de persuasión y erotización recogidos en las historias y cómo producían prácticas asistenciales que

sujetaban a las subalternas en lo que de ellas se apuntaba en el relato clínico, o de lo que se omitía; de lo que se decía, o lo que no se decía sobre ellas; de lo que asimilaban de la institución y de lo que se resistían; de conductas que eran asociadas a la enfermedad y no eran entendidas como reacciones frente a la reclusión y la estigmatización (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010; García, 2016). Todos estos elementos constituyen las voces “menores” de la historia de las disciplinas “psi”. Desde la perspectiva colonial, los sistemas de conocimiento se han presentado como producciones ahistóricas, ateoréticas y universales, y estas ideas ejercen una dominación desde la distancia, desde la metrópolis, hasta la periferia. Los estudios de género han arrojado luz sobre la ideología androcéntrica de las disciplinas “psi”, descubriendo y haciendo visible muchos de los argumentos utilizados bajo la etiqueta de “científicos” que estaban basados en la ideología, los mitos, los sistemas de creencias, y las luchas de poder que, finalmente, cristalizaron en discursos y prácticas asistenciales centrados en patologizar la femineidad y en producir y reforzar una subjetividad femenina acorde con el modelo hegemónico (Chesler, 1972; Showalter, 1985; Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999; Carrillo, Bernal y Carrillo-Linares, 2010).

Las mujeres ingresadas en el Manicomio de Málaga eran doblemente subalternas: por un lado, por ser mujeres inscritas en un marco patriarcal de dominación arraigado en las estructuras sociofamiliares, y por otro lado, por ser locas (unas con enfermedades mentales, otras por transgredir lo socialmente aceptable y otras por ambas cuestiones) (García Díaz y Jiménez Lucena 2010; Jiménez Lucena, 2014a, Garcia, 2016).

1.2.2. Problematicando la objetividad científica.

Dentro de las diferentes especialidades médicas, quizás la psiquiatría es una de las más problemáticas a la hora de intentar objetivizar síntomas, signos y obtener datos para encuadrarse dentro de la corriente positivista. A principios de siglo XX, con el auge de la medicina de laboratorio, las disciplinas “psi” se esforzaron en acatar el método científico, mediante la elaboración de hipótesis, relaciones cuantitativas y su demostración experimental. La psicología se ocupó de cuantificar y medir cada comportamiento desarrollando diferentes pruebas y dando lugar a los orígenes de la psicometría (Fausto, 2006, p.214). En la misma línea, la psiquiatría trató de establecer relaciones causales entre la enfermedad mental y causas orgánicas, basándose en el paradigma de las ciencias experimentales, de las que el desarrollo en la investigación de enfermedades infecciosas fue el modelo de referencia¹¹. Este interés en la positivización de la ciencia hay que analizarlo

11 La piretoterapia fue desarrollada en las décadas de los años 20 y 30 basándose en la observación de que los estados de agitación de los pacientes cedían con la fiebre. A partir de esta idea, se provocaban accesos febriles por diferentes vías (inoculación de bacterias o sustancias tóxicas para el organismo). Se llegó a crear un método piretoterápico específico para el tratamiento de la

en un contexto donde el auge del movimiento feminista y de las teorías freudianas hicieron cada vez más patente la necesidad de diferenciar la feminidad hegemónica de la marginal. Es aquí, precisamente, donde las teorías feministas vienen planteando cuestiones como la construcción social de la enfermedad mental y el uso de la psiquiatría como herramienta para el control social (Tomes, 1994).

Este tipo de objetividad científica ha sido problematizada por los estudios feministas en varios puntos en tanto que se expone el carácter cambiante de la ciencia natural como actividad social, que no está separada del momento histórico en el que se produce, ni del resto de prácticas y circunstancias sociales que influyen en su producción (Harding, 1996). Aunque la ciencia ha tratado de librarse de las condiciones socioculturales para llegar a una objetividad esta es una quimera, debido al enraizamiento de los factores culturales y sociales de la biología (Hirshbein, 2010). Queda, sin embargo, con esta estrategia, invisibilizado el sesgo ideológico introducido bajo la objetividad y la supuesta neutralidad científica, negándose así la participación de mitos, prejuicios y simbolismos que juegan un papel fundamental en la construcción de las teorías que explican las diferencias en la conformación del psiquismo entre sexos (Levinton, 2010, p.17). Por otro lado, diversos autores (Laqueur, 1994; Fausto, 2006) mantienen la tesis de la construcción social de la sexualidad, es decir, que el decidir qué es ser hombre o qué es ser mujer en nuestro contexto tiene que ver con la ideología, y con lo social, que impregna la ciencia. Sandra Harding (1996, p.21) se pregunta si es posible aislar un núcleo independiente de valores frente a los usos de la ciencia y sus tecnologías. En este sentido, es importante señalar el carácter de la ciencia como producto cultural¹², como el arte, la literatura, las ideas políticas y la religión, como T. Kuhn (1997) señaló en *La estructura de las revoluciones científicas*.

Otra cuestión relevante es la problematización sobre la selección y definición de los problemas en ciencia, que está en clara concordancia con lo que a los grupos dominantes y hegemónicos se les torna desconcertante (Fox, 1982, p.591). Desde esta perspectiva, adquiere más importancia el desarrollo de la ginecología durante el siglo XIX, que tomaba el cuerpo femenino como incógnita, como lo desconocido, “lo otro” que no es un hombre, y que hace falta describir, descubrir, y aprehender para controlarlo. Profundizaré más en esta cuestión en el capítulo “La cuestión del género en la historia de la psiquiatría”; sin embargo, considero

parálisis general progresiva, la malarioterapia, lo que le valió el premio nobel a Wagner- Jauregg (Villasante, 2003).

12 Desde la perspectiva de la aculturación feminista, Marcela Lagarde plantea que la cultura no es sólo folklore, sino que cultura es la manera misma como entendemos el mundo que nos rodea, los significados que compartimos, o el lenguaje con el que dotamos al mundo de significado. La cultura no son solo conocimientos, valores o creencias, sino prácticas. No sólo abarca ideas y conceptos, sino sentimientos y emociones. Esta idea de cultura supone un desafío para la naturalización del significado de las cosas (Lagarde, 1998). Es por ello que, al asaltar el texto, abordamos otra de las trincheras del poder, se trata del poder textual, cuyas ramificaciones simbólicas son muy poderosas y su forma de actuación muy sutil (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999).

importante señalar aquí la relación entre los temas que se decide investigar en la ciencia en un momento histórico con los avatares políticos de la sociedad donde está inmersa y los acontecimientos sociales que la rodean. De ahí la importancia de conocer dónde se produce el conocimiento, lo que Donna Haraway (1988) llamó "el conocimiento situado". Por ello, allí donde los límites políticos del sistema sexo/género se han visto amenazados, la ciencia ha abordado las diferencias sexuales para proporcionar los materiales adecuados de control social y también para perpetuar la hegemonía de los grupos dominantes (Laqueur, 1994, p.272). Algunas autoras han señalado que todo un corpus discursivo científico centrado en la patologización de la mujer desde lo biológico y lo psicológico, surgió como respuesta al movimiento feminista del siglo XIX. Ante tal amenaza, se inició todo un proceso de patologización de las mujeres que transgredían los roles sociales marcados por la hegemonía, utilizando el poder del discurso científico con el fin de mantener la mujer como objeto de la ciencia, no sujeto activo en el proceso científico¹³ (Castellanos, Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1990; Tomes, 1994; Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1997).

El hecho de que las normas del método científico solo se apliquen en el contexto de justificación (demostración de hipótesis) y no en el contexto de descubrimiento - por lo que una parte fundamental del proceso queda fuera del método científico vigente- ha centrado la crítica de las teóricas feministas de la ciencia (Harding, 1996, p. 24). Gran parte de los sesgos de género en investigación se producen desde el contexto de descubrimiento, no desde la justificación. Si concretamos en el ámbito de la medicina y la salud, es precisamente en la identificación de los problemas de salud y sanitarios, en la re-definición de lo que se considera síntoma o síndrome "sin causa orgánica" y la priorización de otros objetos de investigación (como participación de las mujeres en el poder, o en la toma de decisiones sobre la propia salud) donde la metodología investigadora prescinde de la perspectiva de género (Fox, 1982; Ruiz Cantero, 2006).

En la visión positivista la objetividad es conceptualizada como la ausencia de valores e intereses en el proceso de investigación, pero desde las propuestas epistemológicas feministas debería ser reformulada como la ausencia de valores regresivos científicamente. El introducir nociones como el antisexismo, el antirracismo y el anticlasismo, aumentan la objetividad del estudio (Harding, 1995). En este sentido la objetividad existe, cuando más complejo y heterogéneo es el punto

13 Obras de un marcado sesgo misógino como *La inferioridad mental de la mujer* de Julius Moebius (1904) fueron publicadas a principios del siglo XX. En nuestro país, Roberto Novoa Santos fue un médico gallego que se adscribió a la tesis de Moebius, elaborando argumentos biológicos para demostrar la incapacidad de la mujer para desarrollar tareas que quedaban fuera del estereotipo de mujer de la época, como acceder a estudios superiores, o la investigación. Escribió dos ensayos relacionados con esta cuestión: *La Indigencia espiritual del sexo femenino. Las pruebas anatómicas, fisiológicas y psicológicas de la pobreza mental de la mujer. Su explicación biológica* (1908) y *La mujer, nuestro sexto sentido y otros esbozos* (1929).

de vista sobre el que se trabaja. Dejar fuera variables de análisis de la realidad, sólo afecta a la parcialidad de los estudios. Desde este punto de vista, incluir la perspectiva de género, problematizar sobre la cuestión del sexo-género, tomar variables sociales (clase, raza) como variables que influyen en la construcción de las subjetividades y las realidades científicas, se hacen imprescindibles para aumentar la objetividad del trabajo.

¿Por qué la ciencia positivista deja fuera estos aspectos? ¿Qué factores están asociados a la objetividad de los estudios y con qué fin? Según Harding, la transformación del proceso investigador se inició desde el cambio del trabajo artesanal por la diferenciación entre conceptuadores y ejecutores¹⁴, a partir del desarrollo de la burguesía, cuando comenzó a controlar los símbolos y los conceptos dentro del trabajo, sin contar con las opiniones de los ejecutores. Esto distorsiona el proceso de producción de la ciencia misma, ya que los primeros deciden los temas a investigar y los segundos ejecutan sin posibilidad de réplica (Harding, 1996, p.162). Por esta razón, las investigaciones feministas más interesantes han aparecido precisamente en aquellas áreas de la investigación que siguen organizadas de forma artesanal (Harding, 1996, p.124).

Dentro del estudio de las Ciencias Humanas, ha sido un caballo de batalla la separación entre la objetividad y la subjetividad, la dificultad que existe para deslindar al sujeto del objeto del conocimiento, y hacer diferencias igualmente entre los juicios de hecho y los juicios de valor. Por otro lado, la idea de polarizar entre objetividad como resultado de la investigación de hombres y subjetividad en relación a las mujeres, es también un error; la superación de esta dicotomía puede estar en encontrar un punto medio, redefiniendo la objetividad como proceso dialéctico y complejo y distinguiendo entre el esfuerzo objetivo y la ilusión de objetividad (Fox, 1982, p.593). Por ello, en este tipo de investigaciones, como apunta Rafael Huertas (2001a):

“(..) pretender hacer una historia desideologizada es una ingenuidad o una falacia[...]. Una fuente histórica puede tener muchas lecturas, probablemente todas lícitas, pero es necesario, tal como aconseja Otto Marx, hacer explícitos los objetivos de cada investigación, y tener la honestidad, en el caso de que las hipótesis previas no se confirmen, de explicarlo de la mejor manera posible” (p.19).

La producción científica está ligada a un orden simbólico que tiene que ver con lo social, entendiéndolo como el conjunto de ideas, símbolos culturalmente disponibles, imágenes y representaciones referidas a las mujeres que se confor-

14 En Estados Unidos son las grandes corporaciones las que tienen el capital para invertir en investigación y desarrollo, por lo que sólo invierten en cuestiones que tengan una doble función: la función de control social y la de ganar dinero (Harding, 1996, pp. 63-64).

man dentro de una sociedad y que, a la vez, la conforma a ella. El movimiento feminista trata de producir representaciones que puedan modificar o cambiar el orden social, transformando las categorías mediante las cuales es percibido. Lucía Gómez (2004, p.3) señala la importancia del orden simbólico como determinante de los límites dentro de los cuales es posible percibir y pensar en una sociedad determinando, por tanto, lo visible y lo pensable. Así, permite que el orden social, sin tener que ser justificado ni legitimado, se reproduzca porque se presenta como natural, obvio, evidente. Sin embargo, ese orden simbólico que estructuramos no es neutro, sino que favorece a unos grupos sobre otros. Tanto Foucault como Deleuze (2001) hablaban de minorías y Bourdieu (2000) de posiciones dominadas. Este orden simbólico transforma lo cultural en natural, legitima unas posiciones y deslegitima otras. Por ello, las mujeres incorporan a lo largo de la Historia una imagen desvalorizadas de sí mismas¹⁵. Desde la teoría feminista, es de vital importancia que las mujeres lleguen a deslegitimar un sistema que se ha levantado sobre el axioma de su inferioridad y su subordinación a los varones, tanto fuera como dentro de ellas mismas (Amorós y De Miguel, 2005, p. 61).

El esfuerzo de las pensadoras feministas ha tenido y tiene el objetivo de cuestionar el dato natural, de cómo la ciencia, la medicina en concreto y sus disciplinas, han contribuido a la construcción de un sistema sexo-género donde la diferencia biológica determina roles sociales. Aunque el estudio de la subordinación histórica de la mujer es el objeto de estudio central de las teorías feministas, hay numerosos marcos interpretativos de los que se toman diferentes conceptos que suelen ser usados simultáneamente en un mismo escrito (Potter, 2001). El concepto género también ha sido problematizado, ya que esas diferencias entre sexos atribuidas a la biología, con claras consecuencias sociales y que han participado del diseño de dispositivos de control en el sentido foucaultiano, no son una casualidad sino que tienen esta finalidad relacionada con el control y la adecuación a las normas del pensamiento hegemónico.

Partiendo de las teorías feministas relacionadas con la diferencia sexual, donde lo importante es “sexualizar las relaciones sociales”, se materializa el esfuerzo de muchas pensadoras para aunar pensamiento feminista de la diferencia, con la búsqueda de una identidad política y social de las mujeres, construída desde abajo, huyendo de la participación macropolítica, organizadas y estructuradas por el poder hegemónico androcéntrico. Se persigue la formación de asociaciones de mujeres, desde donde se puedan construir discursos plenos; y hablar de discursos “desde abajo” es hablar también de la posición subalterna, y en el caso concreto que me ocupa, de la doble subalternidad: por ser mujeres y por estar

15 Desde la crítica feminista al psicoanálisis hay propuestas muy interesantes que problematizan la cuestión del superyo femenino, cómo los mandatos de género influyen en la configuración de un superyo en las mujeres sujeto a múltiples tensiones que emergen desde lo social (Levinton, 2010).

locas.

La Historia estará incompleta mientras las mujeres no puedan estructurar y mostrar su versión sobre los acontecimientos¹⁶. Un conjunto de datos no habla por sí mismo: estos datos, si no van interpretados sobre un conocimiento construido, no adquieren un significado (Fausto, 2006, p.171). Y es en este punto, donde la teoría feminista tiene mucho que decir.

1.2.3. El sexo, el género y la performatividad del discurso en la conformación de la subjetividad femenina.

Tanto el sistema sexo-género como la cultura son ejes vertebradores del comportamiento humano, y ambos contribuyen a la reflexividad y complejidad del sujeto psicológico. La experiencia subjetiva del dimorfismo sexual construido socialmente hace que, en cada cultura, se dote de un significado diferente a los géneros, incidiendo no solo en la conformación del sujeto, a nivel individual, sino en la colectividad, en lo social, en el desarrollo del lenguaje, en el autoconcepto, las emociones, y la percepción de las emociones de los otros. Para Fox Keller (1985) el género es una construcción psicosocial de naturaleza relacional que tiene que ver con el nacer sexuado, y con lo que socialmente se construye sobre esa idea, e incidiendo en la asimetría de los sexos, ya que las relaciones de poder se dan inscritas en un espacio normativo masculino (Martínez y Bonilla, 2000, p.10). Posteriormente, cada cultura aportará especificidades para las representaciones de individuos masculinos, femeninos e intersexos.

Ese sistema de creencias aportado por la cultura (discurso, lenguaje, familia, arte, representaciones, metáforas) incide en la construcción del psiquismo, y moldea nuestra subjetividad. Desde el construccionismo social se analizan las relaciones sociales y de poder entre los sexos, para poder trascender los estereotipos. Los efectos de esta categorización del género son muy duraderos, porque se transmiten por la educación y el entorno familiar, y se perpetúan los códigos y mensajes con los que funciona un sujeto, incidiendo en la vida cotidiana¹⁷. Desde la teoría constructivista, podemos inferir las experiencias subjetivas a través de los discursos. Para ello, tenemos que deconstruir el lugar de las mujeres en la his-

16 En el documental *Las sinsombrero*, sobre la residencia de señoritas del Madrid de los años 20-30, se muestra cómo a pesar de que las mujeres que allí estudiaban tenían una gran calidad como artistas, poetisas, políticas o científicas, no eran incluidas en las antologías que los compañeros de la Residencia de estudiantes editaban, volviendo sobre una estrategia de invisibilización (Gómez Blesa, 2015).

17 Como mostraré en el capítulo 7 que aborda los contenidos de las historias clínicas, este sistema de creencias tuvo gran peso en la delimitación de la cordura-locura femenina. Ideas sobre el cuerpo femenino, las limitaciones de las mujeres cuando menstruaban, durante el embarazo y parto, ideología sobre relaciones sexuales aceptadas y sospechas de homosexualidad, entre otras muchas, participaron en la configuración del sujeto-locas, protagonistas del relato clínico de las historias del Manicomio Provincial de Málaga.

toria, y reordenar las posiciones, siendo definidas desde la mismidad, como plantea Lagarde (1998) en Martínez y Bonilla (2000, p. 25). La subjetividad es, por tanto, el producto de una síntesis biopsicosociocultural del cuerpo vivido, que considera los afectos, y los recursos intelectuales del individuo, y por eso, se manifiesta en todos los ámbitos del sujeto: orden simbólico, lenguaje, gestos, plano verbal, estético-imaginario, deseos de estar y actuar en el mundo (Martínez y Bonilla, 2000, p.26).

La definición de género desde la que parto se nutre desde varias perspectivas, entre ellas los conceptos planteados por autoras clásicas como Joan W. Scott (2008), Sandra Harding (1996) y Ludmilla Jordanova (1989), incorporando otras perspectivas como la teoría de la performatividad de Judith Butler (1990, 1997). Así, entiendo el género como la organización social de las relaciones entre sexos, aunque teniendo en cuenta el sexo no sólo como determinante biológico, sino como constructo cultural. Como indica Tomas Laqueur (1994):

“El sexo, como el ser humano, es contextual. Los intentos de aislarlo de su medio discursivo, socialmente determinado, están tan condenados al fracaso como la búsqueda por parte del filósofo de un niño totalmente salvaje o los esfuerzos del antropólogo moderno por filtrar lo cultural para obtener un residuo de humanidad esencial” (p. 42).

Abordar lo que se cierne sobre el sexo biológico incluye desvelar cómo la dicotomía sexual ha influido en la división del trabajo, qué simbolismos ha creado la ciencia entorno a estas diferencias basadas en lo biológico así como las superestructuras sociales que se han construido en torno esta cuestión. En este sentido, es importante señalar cómo se organiza el género individual desde lo biológico, y desvelar las relaciones de dependencia entre estos diferentes niveles, que van desde lo macrosocial, hasta lo microsociales, pasando por lo identitario y lo biológico. En esta línea, Fausto Sterling (2006) determina que los estudios de género deben basarse en el análisis de diferentes estamentos: el binomio naturaleza/crianza, los organismos humanos como seres cambiantes, activos, blancos móviles desde la concepción hasta la muerte, y, por último, pensar que ninguna disciplina académica por sí sola nos va a dar la clave sobre la forma de entender la sexualidad humana. Como Fausto (2006) señala: “Las intuiciones de muchos, desde las pensadoras feministas hasta los biólogos moleculares, son esenciales para la comprensión de la naturaleza social de la función biológica” (p.281).

Desde esta perspectiva, sería imposible separar el género de las intersecciones políticas y culturales en las que se produce y se mantiene constantemente. Los términos “sexual”, “masculino” o “femenino” no deben ser tomados como términos esencialistas ni naturales, hay una construcción social detrás de ellos, y el trabajo de los historiadores debe ser hacer visibles los factores que los han ido

conformando (Jornadova, 1989). Tanto la orientación sexual como la identidad sexual y la expresión de género son el resultado de una construcción-producción social, histórica y cultural por lo que no existen roles de género que estén biológicamente inscritos en la naturaleza humana (Duque, 2010). Los estudios sobre género tratan de desenmascarar estrategias androcéntricas que han desembocado en una asimetría entre los géneros. El hecho de incluir el género como categoría de análisis histórico nos lleva a otra forma de hacer historia de la ciencia, teniendo en cuenta elementos subjetivos, como los símbolos culturalmente disponibles; conceptos normativos que son interpretaciones de los significados de los símbolos, con la consiguiente limitación de las metáforas; nociones políticas y referencias a instituciones y organizaciones sociales, así como la investigación en la conformación de las subjetividades. Así, es fundamental centrarse en el estudio de las experiencias personales que, por la metodología actual de la historia de la ciencia positivista, androcéntrica y hegemónica, no sólo no se tienen en cuenta, sino que, en muchas ocasiones, son silenciadas. De hecho, aunque existen estudios de alto nivel en relación con la historia de las mujeres, en los libros de texto, en los planes de estudio y los trabajos monográficos suelen ocupar una posición marginal (Scott, 1986).

Parto de la idea del feminismo como teoría crítica, como explica Seyla Benhabib en *El otro generalizado y el otro concreto*, donde explica las premisas constitutivas de esta teoría: la primera, es el sistema género-sexo, entendiéndolo como la constitución simbólica y la interpretación sociohistórica de las diferencias anatómicas entre los sexos, pero añade que estos sistemas han sido históricamente colaboradores esenciales en la reproducción de la opresión y explotación de las mujeres; por tanto, el cometido de la crítica feminista tiene que ver con la necesidad de visibilizar estas dinámicas, creando una teoría más reflexiva y emancipatoria (Amorós y De Miguel, 2005, p. 41). El género interviene en el intercambio dialéctico entre las relaciones sociales y lo que nos rodea, se construye en constante intercambio con nuestras actividades diarias, como el ámbito laboral, el familiar, el social, es un concepto dinámico y en formación. La construcción de la subjetividad de las mujeres (personas) ponen la estabilidad del término siempre en juego, en cuanto a que entra en conflicto con las estructuras sociales en forma de resistencia a normas, comportamientos, y discursos que (re)definen constantemente la feminidad hegemónica, a lo largo de la historia. Lo que resulta de ese enfrentamiento es la identidad, como resultado de estas tensiones entre fuerzas sociales determinadas, controlando lo que es aceptado, lo que es deseable, lo que es normal y lo que es femenino (Sánchez, 1999, p.18). Sin embargo, las relaciones de género han sido y son argumentos utilizados por el pensamiento hegemónico para crear situaciones de desigualdad, y han cristalizado en discursos de poder generizados. Este poder, en el sentido foucaultiano, como biopoder¹⁸, como tec-

18 Entendiendo el discurso científico como herramienta del poder, o del biopoder como definió Foucault, poder como "entramado" que hunde sus raíces en la estructura social, no poder

nología, produce un discurso¹⁹ que actúa y cambia realidades, genera instituciones y dispositivos, que nos conforman como sujetos, que es capaz de incorporarse al cuerpo de las mujeres a través de deseos, sentimientos, comportamientos, que tratan de sujetar a las mujeres al patriarcado (Gómez, 2004, p.23). En este sentido, las historias clínicas son documentos producidos en un contexto sociohistórico concreto, donde queda reflejo de este entramado de prácticas discursivas, lo que se inscribe dentro del desarrollo de los procesos de subjetivación.

Desde la performatividad, estos discursos generan subjetividades, mediante los procesos de subjetivación. De hecho, tanto el discurso hegemónico de la psiquiatría como el discurso de las pacientes están diseñados por las relaciones de poder; y es por eso por lo que ambos discursos deben ser analizados atendiendo a los efectos y las funciones de los mismos, a su capacidad performativa y constructora de subjetividad (Gómez, 2004, p.5). El "sujeto-loca" se conforma debido a los procesos de subjetivación, que, a su vez, son constituídos por los diferentes discursos; este dato introduce un elemento de cambio, de no esencialismo en la conformación de los sujetos: si podemos cambiar un discurso, cambiaremos también la subjetividad de los sujetos. Foucault planteó igualmente que la posibilidad de relación con uno mismo se puede constituir como núcleo de resistencia frente a poderes y saberes establecidos, lo que denominó "tecnologías del yo"²⁰ (Gómez, 2004, p.8). Veremos más adelante cómo las mujeres ingresadas en el manicomio seguían teniendo elementos de resistencia a pesar de estar sumergidas en una institución totalitaria e inmersas en un discurso psiquiátrico hegemónico de las que muchas se consideraban rehenes.

La subjetivación es un proceso de unificación, de estabilización relativa de prácticas heterogéneas siempre relativa a un momento histórico determinado, en el que se agregan elementos heterogéneos como cuerpos, vocabularios, inscripciones, prácticas, juicios, técnicas, objetos, que nos acompañan y determinan. La subjetivación no se refiere tanto al lenguaje y a sus propiedades internas como a un agenciamiento o disposición de enunciación donde las relaciones entre signos siempre están agenciadas, conectadas, ensambladas en otras relaciones y con prácticas no únicamente discursivas. Y las prácticas están localizadas en lugares

como algo unitario, monopolar y aislado, "sólo hay poder si hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases" (Foucault, 2005, p. 17).

19 El discurso para Foucault no sólo es una práctica social que se torna inteligible en el contexto histórico que se gesta, sino que es parte de ese contexto, y que genera ese contexto (Gómez, 2004, p. 5).

20 Tanto las tecnologías de poder como las tecnologías del yo fueron propuestas por Foucault junto a las tecnologías de producción y de los sistemas de signos, en lo que englobó como tecnologías de gobierno. En este sentido, las tecnologías del yo se referían a operaciones que los individuos realizamos sobre nuestros cuerpos, pensamientos y prácticas para alcanzar un estado de mejora según los códigos morales de nuestra época. Papalini (2013) propone que estas tecnologías pueden ir en dos direcciones, no sólo hacia mayor autonomía, sino que puede ir en la dirección contraria, hacia una mayor sujeción de culturas terapéuticas que están al servicio de las prácticas neoliberales, para contener, sujetar y controlar a los sujetos (p. 5).

determinados y siguen procedimientos particulares (Gómez, 2004, p.10).

El hecho de definir el género como la “consecuencia social” de lo asignado al sexo biológico, parece señalar que el género es lo social, lo construido, y el sexo es el dato natural, lo biológico. Diferentes autoras señalan la importancia de destacar que el sexo, el dato natural y biológico, también es culturalmente construido (Butler, 1990; Harding, 1996; Hubbard, 1996; Gómez, 2004; Scott, 2008). Judith Butler (1990) habla de la performatividad como lo que da forma, tanto al género como al sexo, entendiéndola como la anticipación de una revelación fidedigna del significado, a través de la cual se instala la autoridad:

“La anticipación conjura su objeto (...) la performatividad no es un acto único, sino una repetición y un ritual que consigue su efecto a través de la naturalización en el contexto de un cuerpo, entendido hasta cierto punto, como una duración temporal sostenida culturalmente” (p.17).

Para que el acto performativo (que es elemento del lenguaje que crea realidades en el momento en el que se enuncia) sea efectivo tiene que tener dos características: la primera es la autoridad, entendida también como la autoridad de un discurso hegemónico sobre la disciplina médica, que goza de una posición de poder determinada²¹ por ser considerado científico, y por eso tiene que venir pronunciado por alguien con autoridad sobre otros, sobre una desigualdad. La performatividad alude en el mismo sentido al poder del discurso para realizar (producir) aquello que enuncia²², y, por tanto, permite reflexionar acerca de cómo el poder hegemónico heterocentrado actúa como discurso creador de realidades socioculturales. En este sentido, la performatividad del lenguaje puede entenderse como una tecnología, como un dispositivo de poder social y político (Duque, 2010, p.29). La segunda característica es la repetición: los enunciados performativos son repetidos en el tiempo, hasta que terminan conformando el objeto final que les da el carácter de “verdad” de “realidad” (Russell y Cohn, 2012). Foucault afirmaba que cuando se emiten enunciados constatativos también se está realizando un acto performativo consistente en la validación o revalidación de un juego de verdad, de diferentes objetos y sujetos (Gómez, 2004, p.10). Sin embargo, a

21 Hay que señalar la importancia de las ideas, ya que dan lugar a discursos y éstos a prácticas que generan políticas de género, es decir, a la aplicación de estas como proceso separado, en determinadas situaciones sociales (por ejemplo, la capacidad intelectual inferior de las mujeres negras, y todo lo que supuso para ellas). Véase Jordanova, (1989, p. 16).

22 En relación con lo que se enuncia, es relevante todo lo referente a la importancia de los símbolos culturalmente disponibles, así como los mitos y metáforas, todos ellos conformando las representaciones. Según Jordanova, las representaciones deben convertirse en un instrumento central para los historiadores con el fin de incorporar lo simbólico en el análisis del desarrollo del discurso científico. Por otro lado, es fundamental no disociar el estudio de los discursos del estudio de los textos, ya que es crucial el uso del lenguaje en el que se expresa. Por último, la autora señala la importancia del estudio de las imágenes, de la estética mostrada por la ciencia y en concreto, por la medicina, haciéndose necesaria la lectura no sólo desde lo ornamental, sino también como lo que constituye el conocimiento. Véase Jordanova (1989).

la vez que la performatividad impone unas normas en las que se gestan nuestras subjetividades, también es el instrumento para resistir a esas normas, debido a la rigidez de estas y el proceso repetitivo que las hace funcionar (Burgos, 2013, p. 52).

Las aportaciones de Butler plantean la problemática de la constitución subjetiva del “yo” en el marco de una matriz normativa histórica que precede a la persona²³ y que definen el grado en que un sujeto será legible culturalmente por su mayor o menor incorporación de estas y por la posición ontológica que esas normas le asignan. Sin embargo, al tiempo que limitan las posibilidades originarias de “ser”, este régimen de verdad foucaultiano habilita las condiciones para una reflexividad “propia”, capaz de deconstruir sus bases fundacionales. El discurso desde una perspectiva foucaultiana tiene que ver con lo político, es un instrumento del poder a través del cual se transmite y orienta; el discurso aparece como resultado y como instrumento de enfrentamientos y luchas. Por eso, en los discursos se debe buscar la relación de poder y no la relación de sentido: el discurso surge en contra de algo, a favor de algo, o en respuesta a algo (Gómez, 2004, p.5). Para Butler el género es performativo porque es el efecto de un régimen de verdad instaurado que clasifica y jerarquiza los géneros. Hay unas normas, reglas sociales, tabúes, prohibiciones, y amenazas punitivas que actúan a través de la repetición ritualizada de las normas. Es este espacio el lugar de actuación, donde se puede desestabilizar las categorías fijas y someterlas a un análisis dinámico y específico, entendiendo la identidad como algo que se construye, alejándose de los esencialismos, y creando un espacio de posibilidad de resignificación (Pérez, 2004, p.154). En suma, entendido también como práctica social da cuenta de la fuerza con que se materializan las normas, y con que se excluye a lo desviado.

El discurso es entonces instancia de subjetivación²⁴ y sujeción del individuo a una serie de normas que regulan su “ser en sociedad”, su vida misma, al tiempo que lo producen y lo dotan de agencia, para reconocerse y registrarse, examinando su propia identidad. Por otro lado, el discurso es una práctica que incorpora los presupuestos ideológicos sobre los que el poder va a sostenerse en una sociedad. Aparecen entonces varias características que justifican y ponen en evidencia las relaciones entre discurso y poder: no todos los discursos que se producen desde determinadas posiciones tienen la misma credibilidad o autoridad. Si hablamos del discurso médico, éste goza de una autoridad a nivel social, de forma que el cuestionamiento de sus tesis es bastante inusual. Lo que se ha llamado la “epistemología de la sospecha” parte de asumir como ciertos determinados discursos, y

23 Para Butler, el género también es el medio discursivo /cultural a través del cual la naturaleza sexuada, o “un sexo natural” se forma y se establece como “pre-discursivo”, anterior a la cultura, una superficie políticamente neutral sobre la cual actúa la cultura (Butler, 1997).

24 Las regulaciones de la subjetividad se basan en ideologías de control, negando al individuo su libertad y la capacidad de resistirse. Sin embargo, Goffman habla de la resistencia aún en quien no tiene poder (Busfield, 1996, p.74).

tratar de desenmascarar la ideología que subyace en ellos.

Todos los discursos, incluido el discurso científico, participan de los valores de una sociedad determinada donde se gestan, por tanto, se impregnan y vehiculizan valores morales, sociales y religiosos, a la vez que también los configuran (Bolufer, 2007, pp. 637-638). El discurso médico ha ocupado (y ocupa) un lugar de prestigio: crea un estatus de verdad natural, y desde ahí, es altamente difundido, y se transforma en acción social, ya que trata de explicar y demostrar una visión del mundo y de la realidad, que es aceptada, y sobre la que se construye todo lo demás. Configura, por tanto, instituciones, formas de trabajo, diagnósticos e incluso formas de tratamiento, acordes con esa visión del mundo, incluyendo cómo el discurso influye en la construcción de la cosmovisión familiar sobre la enfermedad mental (Sánchez, 1999, p.165-166). El discurso científico produce un conocimiento sobre el que se gestan conceptos acerca de la feminidad aceptable y cuyo reconocimiento social tiene que ver con la repetición de esos patrones deseables en la vida cotidiana de las mujeres²⁵. En este sentido, hay que señalar la importancia de cómo el discurso interioriza lo que el lenguaje no llega a contener, representando un exterior constitutivo, casi necesario para que las funciones del discurso no se vean alteradas (Allevi, 2012a). Desde aquí, los discursos juegan un papel fundamental en la construcción de la inteligibilidad sociocultural de lo microsociedad, permitiendo, por un lado, la inscripción del poder que vuelve al individuo sujeto y lo dota de agencia, y por otro, su posicionamiento en contra de esos mismos discursos (Allevi, 2012b).

Este marco interdisciplinar donde la perspectiva de género se imbrica con la teoría de la ciencia mediante el análisis crítico del discurso, nos ofrece herramientas de análisis desde la teoría de la performatividad de Butler, el conocimiento situado de Haraway, las dinámicas globales-locales de Mignolo y la teoría sobre las doblemente subalternas, por locas y por mujeres. No se trata de analizar la intersección de variables (raza, clase y género) solo, sino de reconocerlas como constitutivas de la propia crítica feminista, sin olvidar la relación del movimiento feminista de los siglos XIX y XX con el abolicionismo, y las conexiones con el socialismo utópico y el marxismo. También hay que señalar la relación del feminismo de los años 70 con el desarrollo del movimiento pro-derechos civiles de los afroamericanos. Se trataba de señalar que la cuestión de las mujeres en estas corrientes críticas no debía ocupar un lugar secundario, sino que tenía que constituirse como corriente de pensamiento en sí (Amorós y De Miguel, 2005, p.33). Se trata de trabajar con la idea de especificidad, encontrar lo particular, los factores que han influido en ese papel secundario de la mujer en la historiografía.

25 Anne Fausto Sterling señala el carácter censor de la ciencia durante el siglo XIX, cuando muchas mujeres quisieron hablar en público y exigieron las mismas oportunidades en educación y derechos, como el derecho a votar. Sin embargo, algunos médicos señalaron que, si la mujer acudía a la Universidad, esto provocaría esterilidad y la degeneración de la raza (Fausto, 2006, p.58).

Desde esta perspectiva, se ha considerado que las subjetividades conforman sociedades de la misma forma que las sociedades conforman subjetividades, siendo la piedra angular sobre la que se sustenta, en el ámbito occidental contemporáneo, el control social. Por ello, se toman como objeto de estudio y son problematizadas. Según Allevi (2012b, p. 34), las prácticas de ingresos en los manicomios, las implicaciones familiares y sus consecuencias, forman parte de un proceso de asimilación de la performatividad del discurso psiquiátrico, que sostiene el proceso medicalizador²⁶, donde el discurso de las mujeres queda solapado por el discurso médico. Sin embargo, la historia clínica es una fuente valiosa para encontrar elementos de la subjetividad de las mujeres.

1.2.4. Genealogía de la subjetivación: el modelo de Nikolas Rose.

Nikolas Rose (1996) en su libro *Inventing ourselves* desarrolló una genealogía de los procesos de subjetivación, analizando los procesos y prácticas que nos constituyen como sujetos, incluyendo las prácticas como dispositivos de producción de sentido (modo de visualización, vocabularios, normas y sistemas de juicio) que producen experiencia. Quedó plasmado en su modelo la interacción de varios ejes, que se separan de forma analítica y explicativa pero que están indisolublemente unidos en la realidad.

El eje de las problematizaciones hace referencia a las distintas formas por las que los sujetos se piensan a sí mismos en función de ciertas condiciones históricas. En este sentido, la problematización sobre la cuestión de las “mujeres-locas” ingresadas en la institución me hace preguntar ¿qué elementos de la psiquiatría hegemónica contribuyeron a la subjetivación de estas mujeres como locas? ¿qué comportamientos, roles, y situaciones fueron construidos como síntomas en las mujeres, y con qué finalidad? ¿qué elementos de resistencia y agencia desarrollaron estas mujeres dentro de la institución?

Las luchas simbólicas por el significado no tendrían objeto si los distintos agentes aceptaran como la verdad de su condición las clasificaciones y los discursos que el orden simbólico les proporciona. Sólo cuando podemos agrietar determinadas evidencias, es posible el cambio. Así, en el nuevo discurso de la inadecuación, es la extrañeza aquello que funda una identidad colectiva de mujeres. Se toma el malestar de las mujeres como indicador. La aproximación de la medicina al malestar de las mujeres ha sido desde esta extrañeza, que hace más cercana la experiencia subjetiva de las mujeres a la frontera con la locura. Múltiples estudios

26 La medicalización para Allevi tiene dos vertientes: por un lado, la interiorización de las patologías que el cuerpo experimenta, y la asimilación de normas que regulan las conductas. Según Foucault, no se entiende la medicalización de la sociedad sin la medicalización del poder, en el inicio del capitalismo, cuando la medicina colectiva pasó a otra que priorizó la socialización de lo privado, del cuerpo, en definitiva, por su papel en el proceso de producción. “El poder, por lo tanto, comienza a ser ejercido en términos biopolíticos” (Allevi, 2012b, p. 34).

han demostrado que las mujeres han sido objeto de prácticas médicas coercitivas y mutilantes, si bien hay investigadores que minimizan la importancia de esto aludiendo al desconocimiento sobre el cuerpo femenino y su psique: otra lectura con especificidad feminista, sobre la idea de controlar lo desconocido para que no se derrumbe lo ya establecido, el orden aparentemente “natural” que no debía ser desafiado. El malestar de las mujeres es algo extraño, ajeno, porque no participa de la forma en la que el patriarcado entiende el malestar, o el sufrimiento. Al no haber un espacio de entendimiento, al ser algo desconocido y que se torna extraño, se medicaliza, se buscan respuestas en los discursos y las prácticas médicas, que tienen estatus de poder, y que generan verdad sobre lo que le ocurre a las mujeres. A partir de ahí, las respuestas ante el malestar femenino son variadas: ingresos en centros psiquiátricos, negación del sufrimiento, medicalización del malestar mediante aplicación de diferentes tratamientos, entre otros. Todos estos elementos se van a ver reflejados en los contenidos de las historias clínicas que son objeto de mi investigación. Además, las experiencias de las mujeres han sido invisibles ya que no han trascendido socialmente, por estar relegadas al ámbito de lo privado. La experiencia femenina encuentra dificultades para ser entendida en una matriz cuyo lenguaje es masculino, porque expresa en forma de valor y de fuerza los elementos que corresponden a la experiencia masculina, mientras que expresa en forma de desvalorización y debilidad los elementos de la experiencia femenina (Gómez, 2004, pp. 108-109). Sin embargo, las experiencias de las mujeres se van a dejar oír a través de los contenidos de las historias clínicas.

El eje de las tecnologías señala el conjunto de prácticas estructuradas para conseguir un determinado objetivo, más o menos consciente, de regulación social. Dichas prácticas pretenden conformar, normalizar, guiar, instrumentalizar, modelar las ambiciones, aspiraciones, pensamientos y acciones de los sujetos a efectos de lograr fines que se consideran deseables. Partiendo del concepto de gubernamentalidad²⁷ de Foucault se puede abordar la relación entre las tecnologías y las racionalidades en el sentido de señalar los discursos y prácticas (tecnologías) que, a través de la acción y de forma organizada sobre las actividades y relaciones de los individuos, buscan la consecución de fines sociales y políticos (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010). Foucault introdujo las tecnologías del sí mismo, tecnologías del yo, mecanismos de autoorientación por los cuales los individuos se vivencian, comprenden, juzgan, y se conducen. Prácticas voluntarias por las que los sujetos se fijan reglas de conducta con el fin de transformarse a sí mismos en función de determinados valores y criterios.

El eje de las autoridades hace referencia a la reflexión acerca de quién o a

27 Este concepto alude a un tipo de economía de poder, donde el poder es descentralizado, se distribuye en diferentes estamentos, y donde los propios sujetos, desde dentro, participan en su regulación. Así, la sociedad tiene diferentes dispositivos desde donde controlar (escuela, familia, manicomios, cárceles) y cada esfera tiene su propio conocimiento sobre los sujetos.

quienes se les concede – o quienes reivindican- la capacidad de hablar de forma verdadera sobre los sujetos, sobre su naturaleza y sus problemas. Desde mi trabajo, analizaré quién y quienes tenían la autoridad para hablar de la locura en las mujeres, de sus causas y sus problemas. En nuestras sociedades son las “verdades científicas” las que tiene legitimidad para desvelar la verdad de nosotros mismos. Nos constituimos a base de discursos de verdad unidos a resortes de poder. En las luchas simbólicas por el conocimiento y el reconocimiento es frecuente recurrir a la legitimación científica porque los criterios llamados “objetivos” son utilizados como armas: designan los rasgos en que se puede fundar la acción simbólica para producir la unidad o la creencia en la unidad del grupo que, al final, y a través de las acciones de imposición y de inculcación de identidad legítima, tiende a engendrar unidad real.

El eje de las teleologías trata de identificar los ideales o finalidades que prometen o posibilitan las prácticas que se ejercen sobre los sujetos y que ellos ejercen sobre sí mismos. La psiquiatría hegemónica desarrolla un discurso con una intención positivista, favoreciendo la visión paradójica, utópica, que naturaliza lo social, que tiende objetivar los significados y que se interesa por reducir a la mujer a la locura cuando no participa de este ideal determinado (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010).

Por último, el eje de las estrategias aborda el carácter político de la subjetividad. La relación que tenemos con nosotros mismos y con los otros tiene la forma que tiene en nombre de ciertos objetivos necesarios para un determinado orden social. Podríamos incluir en este eje los intentos por parte de las mujeres de cortocircuitar determinadas prácticas que producen subjetividades femeninas de acuerdo con un orden social que denuncian como androcéntrico.

1.3. Fuentes.

1.3.1. Fuentes de archivo.

La fuente principal de este trabajo la constituyen las historias clínicas de la sala 20 que se conservan en el Archivo de la Diputación Provincial de Málaga y las fichas clínicas encontradas en el Fondo Pedro Ortiz Ramos en el Archivo Universitario de Granada.

Las historias clínicas no están ordenadas ni clasificadas cronológicamente en el Archivo de la Diputación, por lo que se apunta en cada una de ellas el legajo o caja donde se encuentran. Esta cuestión ha dificultado el trabajo de análisis, ya que no se ha podido contar con material que describiera el total de ingresos y altas producidos en la institución. Por otro lado, investigando en el fondo Pedro Ortiz Ramos del Archivo Universitario de Granada, correspondiente a su archivo

personal, fueron encontradas fichas clínicas que correspondían a mujeres ingresadas en la sala 20. Algunas de estas fichas pertenecían a mujeres que también tenían historia clínica en el Archivo Provincial. Ante la duplicidad de información de estos casos, se ha optado por mantener los datos de la historia clínica.

El material analizado son 732 historias clínicas de mujeres obtenidas del Archivo de la Diputación Provincial de Málaga (ADPM en adelante) y 81 fichas del Fondo Pedro Ortiz Ramos del Archivo Universitario de Granada, de las cuales 2 ya tenían historia clínica con información duplicada, por lo que han sido incluidas en el análisis 79 (n=811). La horquilla cronológica de las historias que se conservan comprende desde 1909 hasta 1950, para poder estudiar el desarrollo y los cambios en la asistencia psiquiátrica a las pacientes durante casi 50 años.

Dentro de las fuentes primarias, encontramos un material directo conformado por escritos de las propias pacientes, de familiares, cartas de otros médicos que ordenan el ingreso, u otras instituciones; y por otro lado, el material indirecto, que nos aporta información de los procesos de institucionalización a través de los contenidos de la historia clínica: apuntes que reflejaban conductas, situaciones familiares, expresiones recogidas entrecorrido de las propias pacientes y anotaciones del resto del personal.

Además, se ha obtenido información de otros archivos y bibliotecas:

- Archivo Municipal de Málaga.
- Archivo Díaz de Escovar (Málaga).
- Archivo de la Residencia de Estudiantes de Madrid. Expediente Junta Ampliación de Estudios Miguel Prados Such. Fondo Emilio Prados Such.
- Biblioteca Municipal de Málaga.
- Hemeroteca Biblioteca Municipal de Málaga.
- Hemeroteca Periódico ABC (1936).
- Biblioteca Fundación Castilla del Pino, Universidad de Córdoba.
- Biblioteca P.T.S (Parque tecnológico de la salud) Universidad de Granada.
- Biblioteca General Universitaria de Málaga.
- Biblioteca Universidad Autónoma de Barcelona.
- Fondo Documental del Instituto Nacional Estadístico. Anuarios estadísticos 1915-1930, 1932-1933 y 1944-1951.
- Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado. Colección histórica.

1.3.2. Fuentes impresas:

Se han usado fuentes impresas para la interpretación de las fuentes de archivo, como artículos publicados en revistas como *Archivos de Neurobiología*, *Ser*, *Revista Médica de Málaga*, *Actualidad Médica*. Ha sido necesario recurrir a tratados

y escritos sobre enfermedades mentales como la tesis doctoral de Bas (1914) y el *Tratado de las Enfermedades Mentales* de Bumke. Por último, han sido consultados periódicos de la ciudad como *Amanecer* y *La Unión Mercantil*, que publicaron noticias sobre el manicomio provincial y sus pacientes.

1.3.3. Fuentes orales.

Para completar el relato de la institución y los profesionales ha sido necesario recurrir a fuentes orales. Se han realizado tres entrevistas: la primera, vía telefónica, con Paloma Araoz Prados, nieta de Miguel Prados Such, fechada en septiembre de 2018. La segunda entrevista, también vía telefónica, a María José Barreiro López de Gamarra, nieta de Juan López de Gamarra, realizada en octubre de 2018. Por último, en noviembre de 2018, entrevisté a Juan Luis Linares, hijo de Antonio Linares Maza.

1.4. Metodología.

Se ha usado una doble metodología (cuantitativa-cualitativa) para el análisis de las historias clínicas. El análisis cuantitativo de variables sociodemográficas y clínicas ha sido realizado a partir de la hoja de entrada del documento clínico. Se ha elaborado una base de datos con la información extraída y ha sido analizada por paquete estadístico SPSS-22²⁸ con el objetivo de obtener datos que nos permitan, por un lado, analizar variables sociodemográficas como edad, procedencia, profesión, estado civil, lugar de nacimiento, comarca de nacimiento, lugar de residencia; y, por otro lado, variables clínicas como quién demandaba el ingreso, fechas de ingreso y alta, pruebas diagnósticas, diagnósticos y tratamientos. En cuanto a la metodología estadística empleada ha sido:

- Tablas de frecuencias y porcentajes para variables categóricas.
- Descriptivos habituales para variables cuantitativas: media, mediana y desviación estándar con Test de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste al modelo de la curva normal de Gauss.
- Tablas de contingencia con test Chi², para el cruce de dos variables categóricas en grupos independientes.
- Test de diferencia de promedios en variables cuantitativas: H Kruskal-Wallis.

El nivel de significación fijado es el habitual 5% (significativo si $p < .05$) excepto en el test KS de bondad de ajuste, donde se consideran significativos solo los desvíos graves del modelo, es decir al 1% ($p < .01$).

El análisis estadístico se ha estructurado en 2 partes:

Una primera donde se procede a realizar una aproximación descriptiva de la población de estudio, en todas las variables que se han recogido. En esta parte, las variables categóricas se describen en la forma habitual: frecuencia y porcentaje; en los casos donde se pensó que era interesante se estimó el intervalo de confianza al 95% de la incidencia de las categorías de la variable. Por su parte, las variables de tipo cuantitativo se describen con: rango (mínimo/máximo), media (con IC al 95%) mediana y desviación típica. Así mismo, se ha utilizado con ellas el Test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de la distribución de estas variables (se considera desvío significativo solo si $p < .01$) junto a sus índices descriptivos de asimetría y curtosis (altura).

En la segunda parte se ha procedido a realizar un estudio inferencial bivariado cruzando las variables anteriores en función del periodo histórico en que se han recogido los datos. Las historias clínicas han sido clasificadas según el año del primer ingreso que consta en la hoja de entrada según el periodo histórico al que pertenecían: Restauración borbónica (1874 al 13 de abril de 1931), Segunda República (14 de abril de 1931 al 16 de julio de 1936), Guerra Civil (17 de julio de 1936 al 1 de abril de 1939) y primera década del Franquismo (2 de abril 1939 hasta final de 1950)²⁹, con la finalidad de poder establecer comparaciones de algunas variables con los resultados de otros trabajos sobre instituciones psiquiátricas de nuestro país. El 80% de las historias y fichas que se han conservado en el Archivo de la Diputación Provincial de Málaga y el fondo Pedro Ortiz Ramos son de la época de la Dictadura Franquista y el resto se reparte entre las de la Guerra Civil (10.4%) y los periodos anteriores (Fig. 1).

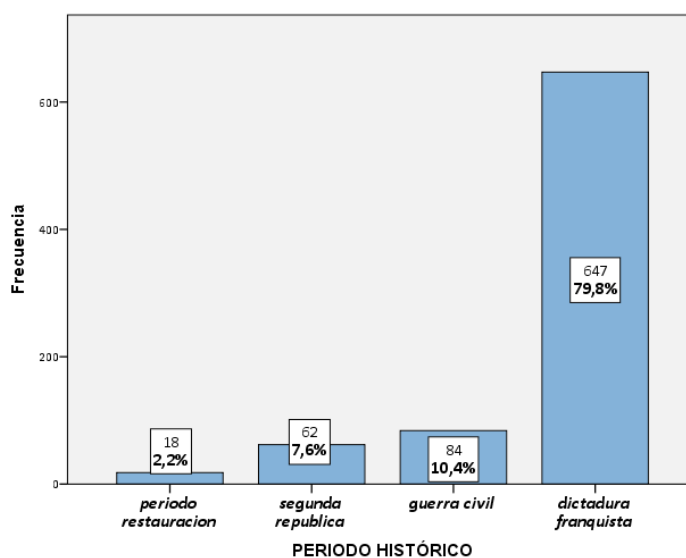


Fig. 1. Número y porcentaje de material clínico por periodo histórico.

29 Se denomina primer Franquismo a la etapa comprendida entre el final de la Guerra Civil y 1959 caracterizada por el predominio de un sistema autárquico.

Estadísticamente el número de casos del periodo de la Restauración (18; 2.2%) es muy bajo y por ello de reducida utilidad para el análisis por sí solos. Por este motivo y con la intención de incrementar la fiabilidad dentro de los test de contraste que se van a emplear en la parte comparativa entre periodos históricos, se ha optado por unirlos a los del siguiente periodo (62 casos; 7.6%). De esta manera el factor de comparación que se ha utilizado en esta segunda parte del análisis estadístico viene redefinido en tres categorías: Restauración y Segunda República (80), Guerra civil (84) y Dictadura franquista (647).

Para ello, y puesto que la mayoría de las variables recogidas son de tipo categórico, se ha recurrido al conocido Test Chi-cuadrado de independencia, que si bien es cierto que se trata de una prueba estadística para determinar la existencia/ausencia de relación entre dos variables categóricas, de la existencia de la misma se puede inferir la existencia de diferencias significativas en la variable de respuesta entre las categorías del factor (en este caso el periodo histórico) a partir de los valores de los residuos estandarizados corregidos que son valores similares a las Z de la normal (se considera indicativo de significación cuando estos residuos son ≥ 2). En las pocas variables de tipo cuantitativo de las que se dispone, y dada la falta de normalidad de las mismas se ha empleado un procedimiento de tipo no-paramétrico, en concreto el Test H de Kruskal-Wallis. En todas estas pruebas estadísticas inferenciales, se considera significación cuando $p < .05$ (n.c. 5% habitual) y alta significación cuando $p < .01$ (n.c. 1%).

El análisis cualitativo de los contenidos de las historias clínicas ha precisado otras herramientas metodológicas que provienen de la historia institucional, la historia social, las teorías de género y el paradigma de la subalternidad. Estos contenidos han sido abordados desde el análisis crítico del discurso, para poder distinguir los diferentes grupos que influían en la experiencia de internamiento de las mujeres, plasmada en los documentos clínicos. En su análisis, puedan dar respuesta al tipo de asistencia psiquiátrica, para abordar las especificidades desde la perspectiva feminista, que pudieron existir en esta encrucijada discursiva. Para el análisis de la construcción de la subjetividad de la sujeto-loca he usado el marco conceptual de Nikolas Rose, agrupando los contenidos en varios niveles: problematización, nivel de las tecnologías, autoridades, teleologías y estrategias (Rose, 1996). Por último, también se han utilizado herramientas de trabajo clásicas en archivística como la heurística y la hermenéutica.





Capítulo 2

El contexto disciplinar: La cuestión de género en la historia de la psiquiatría.



La tradición historiográfica que hasta mediados del siglo XX se ha ocupado de recoger la historia de la psiquiatría ha sido definida, posteriormente, como historia Whig, término utilizado por Herbert Butterfield (Huertas, 2001b, p. 12). Se trata de una historia que describe los acontecimientos y el conocimiento científico del pasado como consecuencia derivada de paradigmas actuales. Uno de los pilares fundamentales para mantener este tipo de historiografías, es prescindir de todas aquellas variables que no sean ajustadas al método y paradigma del conocimiento científico positivista; todo aquello que pueda apuntar hacia construcciones de otra índole y consideren factores socioculturales, económicos, así como de clase y raza, quedan fuera del contexto. También hay una negación de la perspectiva de género como categoría de análisis, una invisibilización de todo lo referente a la construcción generizada de la diversidad biológica, con lo que se contribuye a reafirmar las creencias androcéntricas de la cultura occidental. En esta tendencia historiográfica, las mujeres suelen aparecer en dos cuestiones: las brujas como enfermas mentales y el psicoanálisis freudiano que basa su estructura psicodinámica en la diferencia sexual (Tomes, 1994, p. 349).

Sin embargo, a partir del movimiento feminista de los años 60 y 70 del siglo XX, surgió un interés por todo lo relacionado con la psiquiatría y la psicología, partiendo de la visión de estos conocimientos como discursos que han sido aceptados como científicos a lo largo del nacimiento de las disciplinas “psi”, y que han servido para justificar muchos de los argumentos que han conformado la asimetría en la construcción social de los géneros, desde un punto de vista puramente naturalista y esencialista.

Crece en dicho periodo el interés por el estudio del género en el ámbito de la historiografía (Scott, 1986; Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999), contextualizado en un clima político y social muy determinado, donde no era casual el aumento del número de mujeres que comenzaban a acceder a estudios superiores, luchas por derechos civiles y movimientos antisistema en EE. UU. y Europa³⁰ (Tomes, 1994, p.352). Así, el género se conformó como un medio para volver a reflexionar acerca de los factores que determinan las relaciones entre los sexos. Era importante entonces separar la biología de la cultura, y justificar ese cambio como un aspecto de la historia. Obras como *Histoire de la folie à l'âge classique* [Historia de la locura en la época clásica] (1961) e *Histoire de la sexualité* [Historia de la Sexualidad] (1984) de Michel Foucault favorecieron que esa masa crítica viera la locura desde otro prisma. Tanto Simone de Beauvoir como Betty Friedan, en sus respectivas obras *Le Deuxième Sexe* [El segundo sexo] (1949) y *The Feminine mystique* [La mística de la feminidad] (1963), dedicaron un espacio a la crítica de ambas disciplinas, ya que el reconocimiento, tanto de la comunidad científica como de

30 Los movimientos pacifistas, en contra de la guerra de Vietnam, las protestas universitarias en París, y el movimiento por los derechos civiles de los afroamericanos en Estados Unidos formaron parte de este contexto sociopolítico.

la misma sociedad, conllevó a asumir una serie de afirmaciones desde una visión muy generizada. Afirmaciones como la naturaleza más débil de la mujer, la predisposición de su carácter a la sugestionabilidad, sus atributos más tendentes a lo sensible y lo emocionable escondían un destino para las mujeres que se pretendía determinado biológicamente: el cuidado del hogar, de los hijos y la reducción de su vida al ámbito doméstico y privado.

Tanto la separación entre la emoción y la razón como la construcción dicotómica de la diferencia sexual sobre esta separación, asociando a los hombres a la razón y a las mujeres a la emoción, han sido la base de las ideas/culturas occidentales. La emoción se dice análoga a la sinrazón o a la confusión del buen juicio, argumento que ha soportado históricamente la “naturalización” de la patología psiquiátrica en las mujeres. Tanto en hombres como en mujeres, el diagnóstico de la enfermedad mental se ha efectuado bajo esas representaciones hegemónicas de lo femenino y lo masculino en la narrativa occidental que, evidentemente, han permeado también, y especialmente, el ámbito médico. Durante el siglo XIX y principios del XX, las enfermedades asociadas fundamentalmente a mujeres³¹ eran definidas por enunciados esencialistas que tenían que ver con la emocionalidad, la maternidad, la configuración genital, la sexualidad, entre otros, considerados determinantes del origen y las causas de la locura, así como de los rangos taxonómicos de ésta (Ospina, 2006, p.306). El movimiento antipsiquiátrico de los años 60 y 70 influyó notablemente en la gestación de una mirada diferente sobre la locura. Autores como Thomas Szasz, Erving Goffman, R.D. Laing, y Thomas Scheff afirmaban que la enfermedad mental no debía entenderse como un hecho natural³² sino como un constructo cultural sustentado por una red de prácticas administrativas y clínico asistenciales (Busfield, 1996; Porter, 2002). Esta perspectiva sentó las bases para preguntarse sobre las diferencias que, históricamente, se han mantenido entre hombres y mujeres, y cuestionarse los diferentes roles atribuidos al hombre y a la mujer, así como para abordar los significados atribuidos cambiantes según la época histórica y el lugar, las normas reguladoras de la conducta sexual, las cuestiones del poder y los derechos imbricados con la masculinidad y la feminidad, las relaciones entre las estructuras simbólicas y la vida de la gente común y la construcción de las identidades sexuales desde el interior y en contra de las prescripciones sociales.

31 El caso de enfermedades como la clorosis, fundamentalmente diagnosticada en mujeres, es un ejemplo de cómo se construyen culturalmente los diagnósticos, sobre quién o cuando son aplicados, con qué finalidad u objetivo, y cómo finalmente, desaparecen por cambios paradigmáticos (Carrillo, Bernal y Carrillo-Linares, 2010).

32 Se planteaba también en qué momento la locura deja de ser locura para transformarse en enfermedad mental, como indica Andrés Ríos, tomando la enfermedad mental como el trastorno en sí, y la locura como lo que se construye a su alrededor (Ríos, 2008) aunque esta división puede estar distorsionada, pudiéndonos preguntar si en la aparición de los síntomas psiquiátricos no hay también una construcción ¿por qué se separan ambos conceptos? Estos argumentos no vienen más que a señalar el carácter natural de la enfermedad mental, que, si bien puede tenerlo, lo que se pretende analizar es lo que se construye alrededor de una conducta, idea, o acción que se aleja de la norma hegemónica.

El objetivo era (y es) llevar a las mujeres desde la marginalidad al centro de la historia, y, de esta forma, transformar el cómo se había escrito la Historia (Scott 2008). Es, por tanto, la cuestión de las mujeres en la historia de la psiquiatría una cuestión de compromiso para profundizar en el significado de la palabra “experiencia”, desenmascarando los procesos complejos y cambiantes por los que, según la época, se aceptan o se rehúsan identidades, y para plantear por qué estos procesos han pasado inadvertidos (Fausto, 2006, p.26). En esta creación/destrucción de identidades, la ciencia ha tenido un papel central, por lo que hay que comenzar por deconstruir el concepto de las ciencias neurobiológicas como objetivas y precisas, ya que no se tiene en cuenta que este tipo de estudios han estado relacionados con la legitimación y el mantenimiento “de clichés y sesgos que se manejan de forma no reflexiva” (Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena, 2003, p.8) creando estructuras y compartimentos rígidos donde clasificar los comportamientos de las mujeres desde una lógica de contrarios.

2.1. De la ginecología a las hormonas: reforzando la feminización de la locura.

La ginecología fue uno de los primeros focos de estudio de las investigadoras feministas, ya que se asociaba la reproducción con algo natural e inherente a “la mujer”. Hablar de mujeres es hablar de sus cuerpos, ya que la reproducción ha constituido (y constituye) uno de los principales argumentos para la asimetría social de los sexos. La historiografía anglosajona produjo numerosos trabajos que ponían en evidencia las relaciones que se habían establecido entre el estudio del cuerpo femenino, la consolidación de la ginecología como especialidad médica y la relación de ambas con la tendencia a desarrollar desórdenes mentales en las mujeres, así como la variedad de extirpaciones de órganos sexuales femeninos para tratar afecciones nerviosas (Jordanova, 1989; Lupton, 1994; Tomes, 1994; Laqueur, 1994). Todos estos estudios ponían de manifiesto que la nueva y joven especialidad que era la psiquiatría a principios del siglo XX tenía a las mujeres como objeto de estudio.

Según Wendy Churchill (2012), a partir de casos clínicos de la Edad Moderna, tres eran los diagnósticos psicológicos más utilizados: histeria, melancolía e hipocondría. La histeria³³ era más diagnosticada en mujeres jóvenes en edad de crianza (casadas y con hijos) mientras que la melancolía se asociaba más a un perfil de mujer más mayor, menopáusica. La histeria era también conocida por otros nombres como “fits of the mother” (rabieta de la madre), “suffocation of the mother”, “strangulation of the mother” y, generalmente, asociaban su etiología a largos periodos de abstinencia sexual, desarreglos o desaparición de la menstrua-

33 La histeria ha sido objeto de investigación de los historiadores desde diferentes ópticas. Mark S. Micale ha publicado varios trabajos en torno a la historiografía de la histeria bajo la perspectiva de género (1989; 1990a; 1993). También son interesantes sus trabajos acerca de la histeria masculina (1990b; 2008).

ción y dificultades en la lactancia, por lo que las mujeres solteras, viudas o vírgenes eran más vulnerables a esta enfermedad (Churchill, 2012, p.184).

La plasticidad en la sintomatología de la histeria y las ambivalencias entre factores de riesgo y protectores, donde la maternidad era incluida, nos da cuenta del uso del cuerpo femenino según intereses sociales determinados, vehiculizados a través del discurso científico. Cualquier mujer podía ajustarse a un diagnóstico tan plástico, al fin y al cabo. Se comenzó entonces a asociar el útero con las enfermedades mentales consideradas esencialmente femeninas, como la histeria, donde la causa, descrita desde la teoría de los humores, es el “útero errante”, que viajaba por el cuerpo femenino provocando estos flujos de calor y malestar. A partir del siglo XVII comenzó a cuestionarse la teoría de los humores, por lo que se produjo un cambio interesante en la visión de la histeria, siendo por algunos interpretada como enfermedad producida desde el útero, a otros que apuntaban su origen nervioso (Churchill, 2012, pp. 199-200), para, finalmente, abandonar la teoría del “útero errante” y asociarse al modelo de la epilepsia, si bien coexistían con etiologías mágicas y paranormales. Fue entonces cuando dejó de haber inconvenientes para que un hombre pudiera padecer histeria. Sin embargo, era el temperamento típicamente femenino, asociado al estereotipo de mujer de la época, lo que la hacía más proclive a padecer histeria: las mujeres eran consideradas más vulnerables, más débiles, con un temperamento frío y húmedo, más propensas a los cambios repentinos de emociones (Churchill, 2012, pp.188-189). Lo más destacable del trabajo de esta autora es que puso de manifiesto la brecha que se abrió entre las nuevas teorías neurocéntricas de los trastornos psicológicos, posibilitando la aplicación de dichos diagnósticos a hombres. A pesar de esto, este tipo de diagnósticos seguían utilizándose en la clínica mayoritariamente con las mujeres, no sólo la histeria, sino también la melancolía e incluso la hipocondría (Churchill, 2012, pp.200-212). Bajo esta justificación, el cuerpo femenino emergía como frontera, donde la ciencia irrumpía con violencia, desarrollando técnicas invasivas y mutilantes como ablaciones, mutilaciones genitales, episotomías, extirpación de útero y anejos, como tratamiento eficaz de las enfermedades mentales.

En un artículo publicado en el *American Journal of Insanity* por Morton (1892), un cirujano interesado en la extirpación de órganos sexuales en las mujeres como forma de tratamiento de la locura, el autor planteaba que este tipo de tratamientos evitaba excitaciones eróticas que podían llevar a las mujeres a la locura, por tanto, quedaban justificadas estas prácticas desde lo preventivo (como se cita en Hirshbein, 2010); sin embargo, no había base empírica alguna donde sustentar dicha hipótesis. Hirshbein sostiene que, si esto se hubiese planteado y llevado a cabo en el caso de los hombres, el resultado hubiera sido denuncias y persecución de esta praxis (p.157). De hecho, está planteado como algo hipotético, ya que no hay datos sobre extirpaciones de testículos para mitigar las enfermedades mentales en hombres, si bien hay algunos estudios sobre los testículos y su relación

con posibles alteraciones mentales. Aunque los planteamientos hegemónicos de una especialidad emergente fueron los mismos para ambos sexos, la puesta en práctica de estas teorías estaba relacionada con los simbolismos de género y la cuestión de la asimetría: la mujer tenía que acatar lo que la ciencia opinaba sobre sus ovarios. En los hombres, era muy cuestionable. Y no solo con técnicas sobre mutilación genital se pueden observar estas diferencias, sino también con la distribución de tratamientos como administración de drogas, tóxicos y otros medicamentos (Tomes, 1994, p.356) así como de otras prácticas como la laborterapia, la malarioterapia, y la insulino-terapia. Es interesante apuntar que coinciden cronológicamente el auge del psicoanálisis y el desarrollo de terapias más organicistas³⁴, más biológicas, como el tratamiento con hormonas (insulino-terapia), basándose en las teorías sobre la relación entre “ductless glands” y las hormonas (Hirshbein, 2010, p.163). Autores como Steinach describieron la “erotización del sistema nervioso central” como consecuencia de la influencia de las hormonas en el sistema nervioso (Fausto, 2006, p. 193).

El estudio de las hormonas se desarrolló a principios de siglo XX, en un intento de aislar sustancias químicas que dieran forma a los cuerpos y determinaran su sexualidad. En los primeros estudios, la testosterona fue asimilada como hormona masculina, y el estrógeno femenino. Tuvieron que pasar años, y muchos estudios hasta desmitificar esto, señalando que tanto hombres como mujeres tenían ambas hormonas, y que su papel en la fisiología no tenía que ver con la diferenciación sexual, sino que también contribuían al normal desarrollo de otros órganos, como los pulmones o los huesos. Sin embargo, esa relación entre hormonas y sexualidad no ha sido deconstruida en su totalidad, y ha aportado un marco científico para el estudio de las sexualidades, desde diferentes prismas como la eugenesia, el feminismo y el movimiento obrero (Fausto, 2006, p.181).

La producción científica sobre la biología hormonal ha estado ligada a las políticas de género, sólo pudiendo entenderse contemplando el contexto político y social, que ha posibilitado la creación de un sistema de ideas conjunto. Estos estudios fueron cruciales para dibujar una feminidad y masculinidad que reflejaran roles sociales y económicos hegemónicos en el siglo XX; en concreto, parecía que las hormonas sexuales tenían mucho que ver con el desarrollo de enfermedades mentales³⁵. Como veremos más adelante, esta relación fue objeto de numerosas

34 La organoterapia consistía en inocular extractos de órganos a los pacientes (Fausto, 2006, p.183). Esta terapia propuesta por Emil Kraepelin en pacientes con demencia precoz estaba basada en la similitud que observó entre la demencia precoz y el mixedema hipotiroideo, centrado en la idea del mecanismo de autointoxicación como causante de la enfermedad. Tras haber inculado preparados de órganos tiroideos, testículos, ovarios, entre otros, a pacientes de demencia precoz, en 1919 reconoció no haber obtenido ningún resultado (Noll, 2007, p. 311).

35 Esta idea caló en los investigadores españoles que salieron a otros países becados por la JAE. En este sentido, en el capítulo 3 de la tesis, abordaré el interés que manifestó Miguel Prados Such, uno de los psiquiatras del Manicomio Provincial de Málaga, por la relación entre hormonas masculinas y demencia precoz en hombres durante su estancia en Londres en 1920.

publicaciones durante las décadas de 1920 y 1930. En 1920 en Nueva York, Charles Gibbs observó que la edad a la que comenzaban los síntomas de la demencia precoz coincidía con el inicio del desarrollo de caracteres sexuales y fue relacionado también con el desarrollo de las preferencias sexuales. En el caso de la mujer, la relación era obvia: la mayoría de los casos de enfermedad mental sucedían en la menarquia, menopausia o alrededor de los partos. En este periodo, los psiquiatras se volvieron muy entusiastas con el diagnóstico de melancolía involucional o, depresión involucional, a pesar de que el mismo Kraepelin que fue quien la describió, a finales del siglo XIX, finalmente la eliminó de su nosología a principios del siglo XX, porque consideró que no era específicamente una enfermedad (Hirschbein, 2010, p. 165).

En España, hay que resaltar el auge de artículos publicados sobre ginecología a finales del siglo XIX, donde el aparato genital femenino fue considerado causante de la enfermedad en la mujer, y se pretendía mantener el orden social desde la perpetuación del orden natural (Castellanos, Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1990). A principios de siglo XX las publicaciones en la *Revista Frenopática Española* establecían un debate entre los defensores de la curabilidad de los trastornos mentales en las mujeres gracias a las intervenciones quirúrgicas mutiladoras y, por otro lado, los que comenzaban a sentirse recelosos de estas prácticas. En otros lugares de Europa, estas prácticas llegaron a ser denunciadas a finales del siglo XIX como simples mutilaciones. Así, mujeres que eran juzgadas por familiares, o por los médicos como “insanas, histéricas, infelices, difíciles de controlar por sus maridos o reacias a ejercer de amas de casa” eran subsidiarias de estos tratamientos mutilantes (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1997, pp. 278-280). Contextualizado en los estudios del análisis del discurso, y más en concreto dentro del discurso científico de la ginecología Dolores Sánchez nos hace reparar en la cercanía cronológica de estos argumentos y en la persistencia de estos en la práctica docente reciente³⁶.

A partir del análisis crítico del discurso científico en ginecología se ha comenzado a evidenciar estas “trampas ideológicas” y la forma en que se ha relacionado en la mujer órganos sexuales y enfermedad mental. La importancia de esto radica en que la psiquiatría encontró aquí la justificación científica positivista tan ansiada, la legitimación como ciencia objetiva, que, al igual que en otras especialidades médicas, la llevaba a obtener el poder y el respeto de sus propios colegas.

36 La autora explica cómo en uno de los tratados de ginecología más usados en las facultades de medicina, encontramos argumentos del discurso científico hegemónico que contribuye a la confección del modelo de mujer según el nivel hormonal: así, el predominio de una hormona en la mujer la hace sexualmente activa y atractiva; sin embargo, el predominio de otra hormona hace que la mujer sea menos atractiva pero ideal como madre y cuidadora del hogar. El autor analizado por Sánchez, José Botella, sostenía que encontrar una mujer que equilibre ambas sustancias, es realmente difícil, y concluía afirmando que “la mayoría de las mujeres son, pues, un poco desequilibradas, en un sentido endocrino”. Estas afirmaciones se hacían en 1970 (Sánchez, 1999, p.171).

Sin embargo, como ya he apuntado, estas teorías que se gestaron en las décadas de los años 20 y 30 del siglo pasado, han tenido repercusiones posteriores, dejando un hilo conductor donde rastrear las conexiones entre feminidad, órganos sexuales y hormonas que serían determinantes para la configuración de las subjetividades que sustentan los roles sociales, hegemónicos y contrahegemónicos. Durante la Segunda República Española surgieron propuestas reformistas sobre anticoncepción, eugenesia y maternidad consciente, desarrolladas por Hildegart Rodríguez (Huertas, 2008, pp. 251-254, Huertas y Novella, 2013). Estas propuestas fueron reprimidas con el régimen franquista, con la finalidad de reforzar el estereotipo de mujer como fuerza reproductora al servicio de la patria y con un fuerte componente religioso, prohibiendo el aborto y la contracepción, y negándose el acceso a información o educación sexual, como indica Jiménez Lucena (1998): “en los medios médico sociales también se hicieron propuestas como la reclusión de las mujeres solteras embarazadas en `penitenciarios´ con objeto de estimular en ellas `a través de una conducta religiosa el cariño al futuro hijo, inculcando un espíritu cristiano´” (p.123). Uno de los objetivos de estas políticas reproductivas fue fomentar la natalidad, con el objetivo de mitigar la caída demográfica producida por la Guerra Civil (Jiménez Lucena, 1998, p.124).

Una de las causas de la utilización del cuerpo femenino como sustrato etio-patológico de la locura en la mujer fue, precisamente, la falta o la incapacidad para dar a conocer en la psiquiatría un objeto de estudio claro, cuantificable y medible o explorable desde los paradigmas de ciencia positivista del siglo XIX. En este sentido, la psiquiatría ha necesitado de argumentos científicos de otras especialidades como la ginecología y la endocrinología para validarse como especialidad médica y encontrar, así, un lugar de prestigio, donde además poder cuestionar el papel de la mujer como fuerza reproductora, por ejemplo, el interés sobre patologías como la psicosis puerperal y su relación con las dificultades de muchas mujeres para compatibilizar la crianza de sus hijos y la vida de trabajadoras e incluso apuntando al componente de frigidez sexual que podían desarrollar. En este sentido, el psicoanalista Gregory Zilboorg en su artículo de 1929 titulado “The dynamics of schizophrenic reactions related to pregnancy and childbirth” publicado en el *American Journal of Psychiatry* (como se cita en Hirshbein 2010) expuso:

“[...] the woman living unconsciously as a male and wanting to be male, submit to social demands to be a woman and gets married. She makes relative peace with herself in that she accepts one child, but this is what she does: the child is born. She usually gives the child to a housekeeper or to a nurse. For some reason or another, she has no milk, and she begins to play the part of the man, contributes to the support of the family. She doesn't conceive, sometimes, for a year, 2 years, 5 years, and 10 years. Then she conceives accidentally and gives birth to a child and breaks into a schizophrenic reaction” (p. 162).

A partir de esta relación, creció el interés y la necesidad de estudiar la historia de la psiquiatría, la psicología y la ginecología introduciendo el género como categoría analítica con la hipótesis de que estas disciplinas han jugado un rol histórico fundamental proporcionando una justificación intelectual a prácticas y políticas de subordinación femenina (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999)³⁷.

2.2. El desarrollo de la psiquiatría y la enfermedad mental en las mujeres.

Castilla del Pino en su artículo “La psiquiatría española (1939-1975)” señaló que la psiquiatría, como ciencia médica a caballo entre las ciencias naturales y las ciencias humanas, depende claramente de la ideología (Castilla del Pino, 2011, p.201). En su artículo, el autor se refería a los cambios que sufrió la psiquiatría española a partir de la Guerra Civil. La relación psiquiatría-ideología puede ser planteada también desde la ideología de género. En este sentido, la ideología de género ha construido diagnósticos aplicados según los sexos y ha generado discursos y prácticas basándose en supuestas diferencias biológicas, dando lugar a subjetividades objeto de clasificación, delimitando lo normal y lo anormal y generando así políticas de exclusión e inclusión de determinadas formas de estar en el mundo de mujeres y hombres.

La psiquiatría se constituyó como especialidad médica desde los asilos por médicos que no estaban especializados, aunque sí interesados en este tipo de afecciones. Hubo un especial interés en remarcar las diferencias según la distribución de la enfermedad mental por sexos, que prevaleció sobre otro tipo de diferencias como la raza y la clase, concluyendo con la mayor emotividad de las mujeres frente a los hombres, y conectando éstas características directamente con la mayor prevalencia de alteraciones mentales. Además, tras señalar estas diferencias, no hubo un gran interés en investigar el porqué de estas en patologías como la esquizofrenia o la paranoia; sin embargo, sí que se diferenció a las mujeres con melancolía de la involución, otorgándole un papel fundamental a las hormonas en la menopausia. Numerosos trabajos señalan la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX como el periodo histórico en el que se produjo un cambio en la visión generizada de la locura (Chesler, 1972; Showalter, 1985; Tomes, 1994; Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999; García Díaz y Jiménez Lucena 2010; Hirshbein 2010). Coincidiendo con el desarrollo de la teoría psicoanalítica, se popularizó la tendencia a tratar a mujeres de clase media y alta de afecciones nerviosas llamadas “menores”. Las diferencias de género en este ámbito fueron muy importantes, lo que favoreció que la psiquiatría se erigiera como capaz de

37 Para profundizar en los tipos de terapéuticas que tenían lugar a principio del siglo XX en los manicomios, y como estas terapéuticas eran radicalmente diferentes según la esfera pública o privada del ejercicio de la psiquiatría. Véase García, López y Gutiérrez (2013). Recogidos dentro de los tratamientos del psiquiátrico privado estudiado en este trabajo, la cauterización vulvar seguía siendo una práctica habitual en el tratamiento de desórdenes mentales.

articular el control social sobre las mujeres desde una perspectiva científica, es decir, desde un estatus de verdad³⁸ (Busfield, 1996, p.132).

En este sentido, Elaine Showalter publicó en 1985 *The Female Malady* señalando el proceso que llevó desde la Ilustración hasta finales del siglo XIX a que la locura fuera representada con atributos femeninos, condicionando esto las respuestas que dieron los médicos (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 2003). Según la autora, mientras que en el siglo XVIII la locura estaba representada desde la masculinidad, como la representación del lunático que era como una bestia salvaje, durante el siglo XIX las imágenes y los símbolos que representaban a la locura se fueron domesticando y se asociaban más a lo femenino, como por ejemplo, la imagen romántica de Ophelia; la mujer era asociada a la representación simbólica de la irracionalidad, silencio, naturalismo y cuerpo, mientras que el hombre era lo racional, discursivo culto y predominaba el pensamiento. Esta clasificación de la racionalidad por sexos, donde la mujer era considerada biológica y psicológicamente inferior al hombre, hizo que se consideraran más emocionales, volátiles, e irracionales que ellos, y, por tanto, las hacía más susceptibles de sufrir por el ritmo estresante diario y más tendentes a la enfermedad mental (Showalter, 1985). En la primera década del siglo XIX los anatomistas se centraron en el estudio del esqueleto óseo, detectando que los cráneos de las mujeres eran menores que los de los hombres, aferrándose a la idea de que los cerebros de las mujeres eran más pequeños y esto justificaba su menor inteligencia. Hoy se prefiere hablar sobre la funcionalidad de cerebro como fuente principal de la diferencia sexual (Fausto, 2006, p.146).

A principios de siglo XX se usó el estudio de la morfología cerebral para explicar las diferencias raciales y justificar la inferioridad de la raza negra, lo que vuelve a unir de alguna manera, la lucha por los derechos de las mujeres con el movimiento abolicionista:

“Que la porción posterior del cerebro de los negros fuera grande y la anterior pequeña parecía explicar la certeza autoevidente de que los negros tenían *un potencial y un gusto artístico subdesarrollados...una inestabilidad de carácter* que se traduce en una carencia de autocontrol, especialmente en conexión con la relación sexual. Esto contrastaba con los caucásicos, que eran claramente *dominantes [...] y dotados primariamente de determinación, voluntad, autocontrol, autogobierno*

38 Laura Hirshbein (2010, p. 159) estudió artículos de principios de siglo XX en Estados Unidos donde se desarrollaron ideas sobre la incapacidad del sexo femenino para asumir decisiones como el voto, debido al exceso de emotividad que presentaban. La mayor emotividad femenina también sirvió de argumento a la hora de tratar de no problematizar la emocionalidad en los hombres. Esta idea sirvió de cortina de humo ante las bajas que se produjeron en hombres en el frente, con neurosis de guerra, sin poner en tela de juicio su masculinidad. La neurastenia desapareció como diagnóstico no sólo porque cambiaron las nosologías, que también lo hicieron, sino que, en su desaparición, también influyó el cambio cultural en la definición de la masculinidad.

[...] y un elevado desarrollo de las facultades éticas y estéticas” (Fausto, 2006, p.151).

Libros como *Sexo y carácter* de Otto Weininger (1903), apoyaron la tesis de la inferioridad femenina usando argumentos ideológicos que eran tomados como científicos. En este sentido, según el autor, el anhelo de muchas feministas de acceder a las mismas oportunidades que los hombres, emanaba de los elementos masculinos de sus cuerpos. Aun así, los elementos femeninos seguían siendo mayoritarios, por esto, la mujer solo podía acceder a una masculinidad parcial. Según James Weir “Virtualmente, todas las feministas son viragos (mujeres dominantes, agresivas y psicológicamente anormales). Son engendros evolutivos” (citado en Fausto, 2006, p. 188).

Durante la década de los años 30 del siglo XX se hacía necesaria alguna herramienta diseñada por parte de la psiquiatría para discernir y poder evaluar la adherencia de cada persona hacia los estereotipos femenino y masculino. Para ello, en Estados Unidos dos psicólogos (Louis Terman y Catherine Miles) desarrollaron una escala, “the M-F test” (test masculino-femenino). Dicha prueba fue utilizada teniendo en cuenta que era un continuo que abarcaba desde la posición más masculina que se atribuía a los atletas universitarios hasta la posición más femenina, que tenía que ver con las trabajadoras domésticas. Estaba escrita con valores numéricos que iban del 100 + para lo más masculino hasta el 100 - lo más femenino. Es interesante señalar que los policías y los bomberos sólo puntuaban 40+. Dos psiquiatras de Illinois (Beulah Bosselman y Bernard Skorodin) usaron la escala en pacientes psiquiátricos, encontrando que los psicóticos varones se desviaban de los criterios de masculinidad siendo más pasivos y las psicóticas se desviaban de lo femenino teniendo un carácter más agresivo. En los años 1940 la conducta normal de un hombre tenía que ver con la asertividad y el poder mientras que la mujer normal tenía que ver con la dulzura y la flexibilidad con los otros. Por tanto, el no ajustarse a estos estereotipos influía también en el desarrollo de la enfermedad mental (Hirschbein, 2010, p.162). También hubo una distribución irregular de las terapias más agresivas, asegurándose que las mujeres fueron más tratadas con electrochoques y lobotomías que los hombres (Tomes 1994, p. 364).

Phyllis Chesler publicó en 1972 *Women and Madness*, uno de los trabajos más ampliamente leídos y citados por las historiadoras de la psiquiatría con perspectiva de género, relacionado también con el movimiento antipsiquiátrico que cuestionaba la etiología de la enfermedad mental y subrayaba la importancia de los factores sociales en el desarrollo de alteraciones mentales. Mediante el estudio de varias biografías de mujeres ingresadas, sostenía que el ingreso en las instituciones psiquiátricas se podía dar sin ninguna justificación clínica, sólo con la trasgresión de los roles generizados esperados. No sólo ponía de manifiesto en su estudio que las mujeres estaban sobrerrepresentadas como enfermas mentales, sino que también el género influía en la forma en que las mujeres eran tratadas

por los psiquiatras y las profesionales de la salud mental; relataba así que los psiquiatras, en su mayoría hombres, trataban a las pacientes como esposas o hijas más que como personas; eran tratadas como algo diferentes a personas adultas e independientes, con paternalismo, y sabiendo qué era mejor para ellas. La inseguridad de las pacientes y la supuesta tendencia a la enfermedad mental, eran argumentos utilizados por los médicos para afianzar su conocimiento como expertos, en nombre de lo científico, frente a otras formas de tratamientos tradicionales como la curandería, por ejemplo (Busfield, 1996, p.2). Además, Chesler, en su libro, dedica un capítulo, titulado “Sex between patient and therapist”, a explicar casos sobre abusos realizados a mujeres vulnerables e incluso señala cómo algunos terapeutas consideraban encuentros sexuales con las pacientes como parte de lo terapéutico (Chesler, 1972). Varios autores como Usher y Masson (como se cita en Busfield, 1996, p.3) han señalado también la evidencia de que algunos de los médicos terapeutas usaban su posición de poder para mantener algún tipo de relación sexualizada con las pacientes.

El concepto de “doble estándar” elaborado por Chesler explica que las mujeres eran más propensas a ser etiquetadas con algún trastorno mental, en referencia a lo que se consideraba en el siglo XIX y principios del XX una “personalidad sana”. Esta personalidad sana tenía que ver con la capacidad de independencia, autonomía y objetividad; sin embargo, una personalidad sana en la mujer tenía otras características, como la dependencia, la sumisión y el predominio de lo emocional. Así, si asumía las características de independencia y autonomía, se alejaba de lo que debía ser “una mujer normal” y era más frecuente ser diagnosticada como psicópata o criminal, y si acataba el rol femenino tradicional también estaba predispuesta a poder ser etiquetada usando otras patologías. Chesler reclama necesario el análisis de fuentes como cartas o escritos que puedan aportar nuevas visiones sobre las pacientes (Tomes, 1994)³⁹.

Frente a Showalter y Chesler, que se encuadran dentro del marco interpretativo de la asimetría, donde el lugar de la enfermedad mental se construye desigualmente desde posiciones generizadas, se ha criticado ampliamente el paradigma de feminización de la locura, con la idea de que los hombres también eran diagnosticados con patologías “femeninas”; sin embargo, este no deja de ser un argumento más a favor de la feminización, ya que estos hombres, etiquetados con enfermedades femeninas, se alejaban del estereotipo masculino hegemónico de la época. En este sentido, es interesante ver el ejemplo de la clorosis⁴⁰, patología

39 En esta línea, Wendy Churchill explica en su trabajo sobre la edad moderna que tanto la falta como el exceso de emociones (miedo, rabia, amor) provocaban un desequilibrio en los humores, en la sangre, y daba lugar a la enfermedad psicológica contribuyendo a la visión de la feminización de la locura (Churchill, 2012, p.191).

40 Si bien la clorosis era una enfermedad somática, caracterizada por una anemia importante, lo que daba un color de piel amarillo-verdoso a quien la padecía, participaba del estereotipo de género, usándose el femenino genérico en los casos redactados, se definía con una flojedad

que apareció en el siglo XIX, que siempre fue considerada una enfermedad femenina, y cuando se presentaba en hombres éstos participaban de los estereotipos de género: “eran hombres jóvenes, débiles, delicados, es decir, afeminados” (Carrillo, Bernal y Carrillo-Linares, 2010, pp. 92-93). Otros autores reivindicaron que se producía en hombres que desempeñaban “ocupaciones femeninas” (Carrillo, Bernal y Carrillo-Linares, 2010, pp. 92-93). Igualmente, Charcot comenzó a principios del XX a describir casos de histeria en hombres aunque él mismo consideraba los ovarios la zona más histerógena; por tanto, se seguían relacionando directamente determinadas enfermedades nerviosas con mujeres. Existía además un uso del femenino genérico en los relatos clínicos de la época (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999, pp. 192-193). También la elaboración de patologías típicamente masculinas, o lo que se denominó “masculinización de la locura”, como ocurrió a partir de la primera Guerra Mundial con la neurastenia y las neurosis de guerra, se pueden considerar una opción para varones con alteraciones nerviosas, sin que estas supusieran la pérdida de su masculinidad (Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena, 2003, p.11). El trabajo de Marijke Gijswijt-Hofstra y Roy Porter en *Culture of Neurasthenia from Beard to the first World War* (2001) plantea la hipótesis de la construcción del diagnóstico de neurastenia en hombres para no perder su virilidad a pesar de ser diagnosticados de enfermedades nerviosas, para no ser diagnosticados de histeria. Al inicio de su uso, se asociaba a una vida “ajetreada” y solía asociarse a hombres que vivían en grandes ciudades: generaba síntomas de todo tipo y su terapéutica iba orientada hacia curas de reposo y estancias en balnearios. Como señalan los autores, la neurastenia era entendida, sin embargo, de forma muy diferente según el lugar geográfico: en América del Norte se diagnosticaba más a la clase trabajadora y su causa era generalmente un exceso de trabajo y de estrés, mientras que en Inglaterra era más frecuente en la clase burguesa, donde las causas eran la lujuria y la ociosidad. Si bien, tanto para hombres como para mujeres, el ser diagnosticado suponía el alejarse de los estereotipos sociales esperados, en la mujer tenía otro matiz, y es que se convertía en la expresión de las características básicas y necesarias para cumplir el rol esperado, y aun así se constituyó en problema mental (Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena, 2003). Por tanto, en el s. XX, los hombres podían ser diagnosticados de neurastenia, neurosis de guerra, o etiquetados con diagnósticos relacionados con la ingesta de tóxicos como el alcohol y otras drogas, pero menos diagnosticados de trastornos que tuvieran que ver con lo afectivo. También eran más detectados en hombres diagnósticos como la pedofilia, el travestismo o trastornos de la personalidad como el psicopático y el antisocial, con las implicaciones a nivel jurídico, sobre responsabilidad o no en los actos delictivos que podían llegar a cometer, como el abuso infantil y la violencia doméstica (Busfield, 1996, p.19). De esta forma, podemos concluir que, si bien es cierto que las disciplinas médicas han contribuido a la elaboración de patologías

física, y moral, los médicos se debatían entre la relación con la histeria o no de la clorosis. Para ver más sobre clorosis y neurastenia consultar Bernabeu-Maestre, Cid, Esplugues y Galiana-Sanchez (2008).

tanto típicamente masculinas como femeninas, se podría afirmar que la feminidad se construye social y culturalmente desde posiciones de desigualdad (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999), con un papel protagonista del discurso científico; en concreto, la psiquiatría y la psicología hegemónicas han justificado la subordinación femenina (Tomes, p.352).

En este sentido, tanto estudios feministas como no feministas reconocen que la histeria moderna irrumpió en un contexto sociopolítico muy determinado, cuando comenzó el movimiento sufragista en la época victoriana, donde las mujeres tenían un rol social muy marcado, siendo el psicoanálisis también otra teoría que vino a reforzar aún más los estereotipos de género, marcando claramente su base en la biología y la diferencia de los sexos, por tanto, en el determinismo biológico⁴¹. Lo que es innegable es que durante el siglo XVIII y XIX la histeria fue un diagnóstico paradigmático que afectaba a gran parte de la población femenina. Incluso el final del XIX ha sido llamado la “edad de oro de la histeria”⁴², periodo en el que fue ampliamente diagnosticada en Europa y Estados Unidos. Durante principios del siglo XX también fue usado, aunque comenzó a ser desplazado por el diagnóstico de esquizofrenia y posteriormente, el de depresión, a partir de los años 40 y 50.

Erving Goffman en su trabajo *Asylum* (1961) sostuvo que las enfermedades mentales formaban parte de los tipos de conducta que él llamaba “incorrecciones situacionales”. En su artículo “The insanity of Place” afirmó que esas conductas se constituirían en evidencia de que el individuo no está preparado para “mantenerse en su lugar”. De esta forma, lo más perturbador que una persona puede hacer es no permanecer en el lugar que otros piensan que le es propio, no poder contenerse en las esferas y territorios que se les ha asignado. Así, el no mantenerse en su lugar en el sistema de relaciones socialmente establecido es clave para ser considerado enfermo/a psiquiátrico. Los síntomas mentales están muy relacionados con las obligaciones sociales, de ahí que los significados de los síntomas mentales expresen: alienación, rebeldía, insolencia, desconfianza, hostilidad, apatía, imperitencia, intrusismo (Jiménez Lucena, 2014a). Desde esta perspectiva, cobran sen-

41 Para ver cómo la teoría psicoanalítica influyó en los estereotipos de género, ver el ejemplo de la homosexualidad, como desviación del normal desarrollo psicosexual que hasta los años 60 ha sido sostenido en los manuales diagnósticos (Hirshbein, 2010, p.161).

42 Según Smith- Rosenberg la histeria irrumpió como vía inconsciente de malestar e incomodidad de la mujer, devolviendo a los médicos su incompetencia a la hora de tratarlas, llegando a confundir la conversión con la simulación en numerosos casos (Tomes, 1994, p.358). Feministas lacanianas estudiaron el caso Dora, donde los síntomas histéricos eran una forma de protesta y subversión frente al discurso patriarcal, llegándola a denominar “admirable histeria”. Las críticas de estas feministas se basan en que los síntomas de Anna O y Dora son profundamente ahistóricos, llegando incluso a afirmar que estas mujeres podrían haber sido co-autoras de la teoría psicoanalítica (Tomes, 1994, p. 364). Aparece entonces la enfermedad como escape a una situación estresante, pero ¿acaso no sirve esto para reforzar aún más el papel de la mujer como enferma, perpetuando así su victimización?

tido artículos como los publicados por Walter Heape⁴³ a principios del siglo XX, donde señalaba los papeles diferentes de hombres y mujeres en la sociedad determinados biológicamente; el movimiento sufragista, el movimiento obrero, las mujeres negras, y amas de casas inmigrantes que reivindicaban la emancipación y el derecho al voto, eran vistas como una amenaza contra el sistema económico liberal, y el *statu quo* del patriarcado y aseguraba “que, si las mujeres vivían conforme a su organización fisiológica atendiendo a sus hogares y dejando los asuntos públicos a los varones, podrían evitar los trastornos mentales, la soltería, y su masculinidad implicada, y la mala salud general” (Citado en Fausto, 2006, p.191).

También a principios del siglo XX, el ginecólogo británico, William Blair Bell diferenciaba dos tipos de mujeres: las más cercanas a la naturaleza “eran mujeres que disfrutaban del acto sexual, y quizá fueran un tanto promiscuas pero con instintos maternales fuertes” (Citado en Fausto, 2006, p.192). Se estableció una gradación de las mujeres afectadas por esas ideas nuevas sobre su papel en la sociedad, desde las que rechazaban el deseo sexual, pero querían ser madres, hasta las que disfrutaban del sexo pero no querían ser madres, y las que no querían ni una cosa ni la otra. La cuestión era mantenerlas clasificadas, mostrando una gran preocupación por parte de la comunidad científica ante esas mujeres que demandaban un espacio en la esfera pública.

En respuesta a la ciencia positivista, durante el siglo XX surgieron teorías críticas, que llegaban desde varios campos como la fenomenología, el feminismo y el psicoanálisis. Estas pusieron de manifiesto los reduccionismos del positivismo, que perpetuaban un régimen de verdad, y que estuvo al servicio de los totalitarismos tras la Segunda Guerra Mundial, con la idea de mantener el estatus de poder, el capitalismo y el androcentrismo (Martínez y Bonilla, 2000, p.21). En este sentido, el caso del psicoanálisis ha sido una corriente confusa con respecto a las mujeres: aunque por un lado, se constituyó como corriente crítica con el positivismo abriendo espacios para el análisis de la subjetividad y la construcción de narraciones, por otro lado, favoreció la estigmatización de las mujeres que se resistían a asumir el estereotipo de la época, etiquetándolas de neuróticas y desajustadas, y enviándolas a las consultas de análisis (Martínez y Bonilla, 2000, p. 22). La teoría psicoanalítica fue producto de una época que veía en la liberación de la mujer un rasgo aberrante y antinatural, y por eso, dentro de la misma, podemos encontrar reflexiones en este sentido⁴⁴. Podríamos decir que el psicoanálisis se apropió del

43 Walter Heape (1885-1929) fue un zoólogo inglés con diferentes líneas de investigación, entre las cuales destacó el estudio del ciclo reproductivo en los mamíferos. Los resultados obtenidos en animales fueron aplicados a humanos, desde la corriente de las ciencias comparativas, por lo que escribió acerca del papel de la biología en los cometidos sociales de ambos sexos, reforzando los estereotipos de la época.

44 Freud mantenía el ideal de mujer de su época, que exponía abiertamente en una de sus cartas a Martha Bernays (1883), antes de contraer matrimonio con ella, donde se oponía a la tesis de John Stuar Mill: “Es posible que la educación distinta pudiera suprimir todas las delicadas cualidades femeninas -tan necesitadas de protección y al mismo tiempo tan poderosas- con el resulta-

espacio privado y doméstico, a través de los gabinetes y las terapias, propiciando un encuentro entre las mujeres y el médico de características especiales. El discurso psicoanalítico redefinió la cuestión de la dominación en las mujeres, usándolas como objeto de estudio y como pacientes de los gabinetes privados, donde se patologizó y se psiquiatrizó su malestar, tomando a las mujeres rebeldes como casos clínicos (Benjamin, 1996).

Los gabinetes de psicoanálisis fueron un lugar privilegiado para poder adentrarse en la dimensión más privada de las pacientes, explorando estos límites conductuales, los deseos, los pensamientos y las emociones desencadenadas por frustraciones, anhelos, resistencias y negaciones a seguir ocupando el lugar asignado socialmente para ellas. El discurso científico vino, a través de la histeria, a homologar un tratamiento que favoreció todo esto. Por ejemplo, Babinski en 1909 redefinió la entidad nosológica de la histeria (llegando a cambiar su nombre a Pitiatismo), afirmando que el factor etiológico de la misma era una predisposición morbosa preexistente en la mujer, constitucional o hereditaria, cuyo atributo fundamental era una alta sugestionabilidad (González Duro, 1999 p. 429). Cuando se generalizó la teoría psicógena para el tratamiento de la histeria las consultas se transformaron en lugar de confesiones íntimas de las pacientes, quienes debían contarle al médico todo, y éste les aportaría lecciones morales, criticando sus errores y haciendo un trabajo de visibilizar sus decisiones como falsedades de su mente, procurando la vuelta a un modelo de feminidad hegemónico y transformando la consulta en un lugar de control de las conductas de las mujeres así como un lugar de acceso a sus deseos y aspiraciones (González Duro, 1999, p. 429).

2.3. La psiquiatría y la (re)construcción del ideal femenino a finales del siglo XIX y primera mitad del XX en España.

En la conformación de las ideas sobre la feminidad hegemónica a finales del siglo XIX en España se unieron varios aspectos cruciales: por un lado, la moral católica del país, por otro lado la introducción del positivismo científico, así como el deseo de perpetuar un orden social y el agotamiento del Krausismo⁴⁵.

do de que podría ganarse la vida como cualquier hombre. Mas quizás en este caso no existiría justificación para la melancolía originada por la desaparición de la cosa más hermosa que el mundo puede ofrecernos: nuestro ideal femenino. Estimo, en cualquier caso, que toda posible reforma, que toda legislación y educación se estrellarán contra el hecho de que, mucho antes de la edad en que pudiera ejercerse en nuestra sociedad una profesión. La naturaleza habrá designado ya a la mujer por su belleza, encanto y bondad para otra clase de empresa" (citado en Levinton, 2010, p. 43).

⁴⁵ El Krausismo tenía varias características, entre ellas destaca la importancia que le otorgó a la educación, señalando lo fundamental que era educar a las mujeres, en gran parte analfabetas, y participando en la creación de la Institución libre de Enseñanza. En algunos pensadores de la época como Rodríguez Solís se puede encontrar esta influencia ya que aseguraba que las diferencias entre hombres y mujeres no iban más allá de la educación (Aresti, 2001, p.71). El fin del Krausismo se asocia al final de la Guerra Civil, y el exilio de los últimos pensadores krausistas como Fernando

Tanto científicos progresistas, que se unieron al positivismo más radical, como científicos más conservadores desde la moral católica, presentaron reticencias en cuanto a la aceptación del feminismo como movimiento social emergente. Ambos grupos tuvieron grandes dificultades para asumir que las mujeres podían tener los mismos derechos que los hombres. Se participó en la construcción de un sistema científico basado en la diferencia sexual, que ya tenía sus antecedentes en obras como las de Moebius, psiquiatra alemán que desarrolló sus teorías durante el siglo XIX y primeros años del XX. Su obra *La deficiencia mental fisiológica de la mujer*⁴⁶ fue un ejemplo claro de cómo el discurso científico intentó demostrar la inferioridad femenina, desde un discurso hegemónico.

Obras como *El ángel del hogar* (1881) de Pilar Sinués de Marco y *La mujer* (1858) de Severo Catalina, profundizaron en un concepto de mujer tradicional, dentro del pensamiento católico, señalando el papel fundamental de la mujer en el orden de su casa y, por tanto, en el orden social, como cuidadora, en el ámbito de lo doméstico, enalteciendo la maternidad. Además, la mujer tuvo otro cometido: transmitir las ideas religiosas al resto de la familia. Al final del siglo XIX, el argumento religioso sobre la supremacía del hombre comenzó a ser sustituido por argumentos “objetivos” que la ciencia desarrolló, sobretodo, desprestigiando las capacidades intelectuales de las mujeres, en clara dependencia del aparato reproductor, como he indicado en el apartado “De la ginecología a las hormonas”. La diferencia sexual emergió como justificación para mantener alejadas a las mujeres de posiciones de poder, ya que sentían la liberación de la mujer como una verdadera amenaza (Aresti, 2001, p.40). Roberto Novoa Santos explicó que la mujer tenía más desarrollados los órganos de los sentidos, y que eso demostraba su “pobreza mental”, a pesar de que Lombroso contradecía este argumento (Aresti, 2001, p.57). Desde la craneología, y la frenología, el estudio comparativo de los cerebros masculino y femenino fue la base en la que se apoyaron para elaborar estas teorías científicas. Por ejemplo, el menor peso del cerebro femenino fue reconvertido y teorizado como una menor actividad cerebral, proclamando teorías como la menor variabilidad del cerebro femenino, en el sentido de que los hombres eran más versátiles a la hora de trabajar que las mujeres, cuyos cerebros, a partir de la adolescencia, quedaban relegados por el ambiente hormonal, a tareas reproductivas.

Como expone Aresti (2008):

“[a]l comparar las capacidades intelectuales masculinas y femeninas, los

de los Ríos y Rafael Altamira, entre otros.

⁴⁶ La traducción de esta obra al español fue llevada a cabo por Carmen de Burgos. Esta periodista y escritora almeriense, a pesar de ser conocida por sus ideales feministas, no consiguió plasmar la importancia del discurso científico como legitimador de la diferencia social de los sexos, lo que prueba la estrecha relación entre traductor y contexto histórico-cultural (Sánchez, 2011).

hombres mostraban un espectro más amplio, desde niveles de extrema estupididad hasta la excelsitud. Las mujeres, más determinadas por una constitución orgánica conservadora, no llegaban a ninguno de los dos extremos, siendo la mediocridad su cualidad más característica. Si alguna mujer atravesaba el umbral del talento a la genialidad, era considerada un caso patológico de intelectualidad masculina” (p.60).

Teorías como las de la recapitulación y las teorías de la degeneración fueron cruciales a la hora de mantener como cierta esta inferioridad; de hecho, hablar de las feministas como degeneradas, fue uno de los argumentos más utilizados para contrarrestar la insurrección. Max Nordau⁴⁷ hacía referencia a un preciso diagnóstico donde el 80% de las mujeres intelectuales debían ser consideradas casos patológicos. En España, Novoa Santos apostillaba aumentando el porcentaje:

“En lo fundamental, estas ideas están en perfecto acuerdo con los hechos, pero lo que no comprendo es por qué de cien mujeres originales, la morbilidad sólo ha de hacerse extensiva a ochenta [...] Las cosas me parecen bastante claras a este respecto. Resulta, pues, que de cien mujeres originales, las cien son degeneradas, sujetos que caen dentro del terreno de la psico-patología” (Citado en Aresti, 2008, p. 61).

Lo masculino se atribuyó a lo genéricamente humano, es decir, hay una apropiación por parte del varón de la diferencia entre lo humano y lo animal, mientras que las mujeres quedaban aún enmarcadas en lo instintivo, sin que ese paso a ser “racional” pudiera darse tan fácilmente (Amorós y De Miguel 2005, pp.39-40).

Este tipo de afirmaciones no tenían base empírica ninguna, ni estaban apoyadas en ningún estudio. Fue una encrucijada de saberes y discursos que se enunciaban en nombre de la Ciencia, desde una posición de privilegio y poder (desde el biopoder, en un sentido foucaultiano), con la finalidad de controlar el papel de la mujer, sobre la que se construyó esta ideología de género que fundamentó el antifeminismo en nuestro país.

La secularización del saber científico a partir de la segunda mitad del s. XIX y el abandono del Krausismo dibujaron un entorno muy desfavorable para el feminismo. Tres factores fueron cruciales para que incluso librepensadores y mujeres progresistas asumieran las diferencias sexuales por el mero hecho de provenir de un lugar de “supuesto saber”: los prejuicios sexistas de los científicos; el temor masculino a una inestabilidad del orden preestablecido, a un desorden sexual; y, por último, la propia lógica interna del discurso positivista que dejó fuera de

47 Escritor, publicista y médico húngaro que nació en 1849 y falleció en 1923. Publicó una obra titulada *La degeneración* (1895).

cualquier etiología las causas sociales y ambientales de la enfermedad. La instrumentalización de la ciencia, muestras, microscopios y laboratorios favorecieron un entorno aséptico donde el cuerpo de la mujer se transformaba en objeto. Esto permitió el desarrollo del biopoder, la ciencia como productora de cuerpos disciplinados, generando así dinámicas de inclusión-exclusión y el límite entre lo sano y lo patológico (Sánchez, 2003, p.174). Estos tres factores se potenciaron unos a otros, favoreciendo la construcción de un discurso que tuvo como objetivo seguir manteniendo el mismo *statu quo* de las relaciones entre los sexos.

El hecho de que muchas mujeres tuvieran que ocupar puestos de trabajo durante la Primera Guerra Mundial en los países en conflicto⁴⁸, comenzó a dejar en evidencia los argumentos de la inferioridad mental y física de las mujeres⁴⁹. En este sentido, numerosos estudios de feministas sobre la cuestión de la implicación de las mujeres en la contienda, ponen en evidencia cómo al principio, las mujeres quisieron tener un papel más activo en el conflicto, pero fueron relegadas a una vuelta al papel tradicional de cuidadoras para, entre otras cosas, mantener la moral de los hombres en el frente; a pesar de esto, se produjo la incorporación de mujeres en cargos de responsabilidad en numerosos trabajos de tradición masculina (Thébaud, 2003, pp. 54-55). Podríamos hablar de la ambivalencia del conflicto, donde la mujer fue usada en función a las necesidades del mercado laboral, jugando con los simbolismos de género según el objetivo. Sin embargo, durante la posguerra el fantasma del feminismo asustó a los científicos que creían que podían ser desplazados de sus lugares privilegiados: se acrecentó el miedo a la ambigüedad sexual, al hominismo de las mujeres. Estas comenzaron a cortarse el pelo a lo garcón, vestían faldas más cortas y algunas, pantalones, fumaban en público, empezaban a tener más relevancia social y adquirían mayor formación (Sohn, 2003, pp. 127-185). Todo esto hizo necesario una renegociación de las bases sobre las que se regulaban las relaciones entre los sexos y, de hecho, estas mujeres fueron asociadas a un estereotipo basado en lo antinatural y lo inmoral; algunos de los que opinaron sobre ellas decían no poder amarlas porque “no eran invertidos sexuales” (Aresti, 2001, p.144).

El auge del interés científico en la cuestión de la locura y el desarrollo del alienismo que se produjo a partir de la segunda mitad del siglo XIX⁵⁰, quedó refle-

48 En referencia a la incorporación de las mujeres al mercado laboral en el contexto de la Primera Guerra Mundial véase Duby y Perrot (2003).

49 Comenzaban a despuntar las primeras científicas como María Curie, que ganó popularidad durante los años 20, la aviadora Ruth Elder o el éxito de dos mujeres que atravesaron a nado el Canal de la Mancha (Aresti, N. 2001, p. 95).

50 En la ley de beneficencia de 1849 se regulaba la cuestión de los alienados, subrayando la necesidad de una red de establecimientos públicos, que pasarían a depender de las Diputaciones frente a la imposibilidad del Estado de hacer frente a estas competencias. En estas instituciones, el papel de los profesionales era secundario, estando organizados y gestionados por la iglesia. Esta situación favoreció la creación de una red privada paralela de establecimientos psiquiátricos. Anteriormente, durante el trienio liberal (1820-1823) el decreto sobre el modelo de beneficencia pública tocaba tangencialmente la cuestión de los alienados, señalando la necesidad de una red de

jado en la puesta en marcha de publicaciones especializadas en el ámbito español: en 1876, Giné y Partagás publicaba su *Tratado de Frenopatología* y, posteriormente, en 1881, fundó la *Revista Frenopática Barcelonesa*. Los discípulos de Giné, Antonio Rodríguez Morini (1863-1937) y Arturo Galcerán y Granés (1850-1919), fundarían la *Revista Frenopática Española* en 1903⁵¹ (Candela, 2017, p. 54). Isabel Jiménez y María José Ruiz (1997), en su análisis de artículos de esta revista, señalaron las cuestiones relacionadas con una crítica de género, en sus contenidos. Las autoras pusieron de manifiesto la idea de que los sexos se sostenían en dualidades, a partir de conceptos opuestos, sobre las que pivotaban las ideologías de género (mayor o menor afectividad, emotividad, inestabilidad, sugestibilidad, impresionabilidad, capacidad de simulación, exterior e interior (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1997 p. 271). Según Jiménez y Ruiz (1999) también la atribución de las etiologías de las enfermedades mentales estaba sujeta a diferencias generizadas: mientras en los hombres, las enfermedades psiquiátricas eran asociadas a elementos externos (como la neurastenia tabáquica, donde la exposición al tóxico estaba en relación con una vida ajetreada y un exceso de trabajo; o la neurastenia tropical, debido al exceso de sol, que facilitaría síntomas como el extrañamiento del país, cansancio, inacción mental; y por último, la histeria en el hombre, relacionada con el trauma físico, toxinas diftéricas o excesos sexuales), en el caso de las mujeres, eran frecuentes las etiologías infecciosas pero del aparato genital, como las infecciones puerperales ligadas a la primera causa de manía femenina. El resto eran etiologías intrínsecas, como la menstruación en casos de neurastenia, epilepsia, histeria, estados degenerativos, y fobias; el embarazo y el puerperio en casos de cleptomanía, infantilismo, epilepsia, psicosis melancólica (infanticidio) y psicosis maníaca; y la menopausia en casos de melancolía. Por tanto, procesos fisiológicos de la mujer, eran identificados por los frenópatas como la primera fuente de enfermedad⁵². Por último, en cuanto al origen psicológico de la enfermedad mental en la mujer, estaban los rasgos atribuidos a la propia feminidad como imaginación excesiva, contrariedades amorosas, que cristalizaban en transgresiones del papel de la mujer en la época, lo que justificaba la intervención de los médicos en estos procesos (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999, p. 194). Así, se incorporaban los argumentos de la división de los espacios masculinos y femeninos de las políticas de género hegemónicas. En función de rasgos de carácter y de temperamento, hombres y mujeres estaban preparados para fines distintos: los unos, se dedicarían a la esfera de lo público, lo social y lo externo, las otras a lo doméstico, lo interno y el espacio privado⁵³.

establecimientos públicos en el país, la supresión de los malos tratos en las instituciones y citando la necesidad de ocupación de los dementes en trabajos manuales (Candela, 2017, p. 51)

51 Un año después, en 1904, fundaron la revista *Archivos de terapéutica de las enfermedades nerviosas y mentales*.

52 Estas ideas sobre la debilidad de la mujer serán posteriormente utilizadas para crear y organizar a las mujeres como "grupos de riesgo", junto con los niños y los obreros, y fácilmente asociables a patologías concretas, lo que conlleva una carga de valoraciones negativas dentro del discurso de la medicina social durante el primer Franquismo (Jiménez Lucena, 1998).

53 En España, desde ámbitos como la higiene, fue importante la transmisión de esa dico-

Este discurso sobre las mujeres generó unas prácticas que padecieron en gran medida las subalternas, las clases desfavorecidas, las mujeres obreras y analfabetas, que ingresaron en instituciones psiquiátricas de la beneficencia. Ya partían de condiciones paupérrimas, sufriendo además el envite de las “modernas” prácticas asistenciales.

En la década de los años 20, Gregorio Marañón gozaba ya de un gran prestigio como médico y divulgador científico en nuestro país. Aunque no llegó a escribir ningún tratado sobre eugenesia, el compendio de sus trabajos publicados constituye para algunos historiadores, una “auténtica doctrina eugénica” (Ferrándiz y Lafuente, 1999, p. 136). En 1920, publicó su artículo “Biología y feminismo” en *El Siglo Médico*. Aquí, se desvinculó por completo de la obra de Moebius, pero dió un protagonismo absoluto al sexo, en el sentido de que el sexo organiza todo lo biológico y nos hace diferentes. Basándose en argumentos endocrinos, Marañón reforzó claramente los estereotipos sexualizados, afirmando que no quedaba duda que biológicamente la mujer estaba preparada para la maternidad y el hombre para el trabajo (Aresti, 2001). En *Tres ensayos sobre la vida sexual* (Sexo, trabajo y deporte; Maternidad y feminismo; y Educación sexual y diferenciación social) publicado por primera vez en 1926, Marañón se posicionó desde la teoría de la intersexualidad⁵⁴. Construyó su discurso en torno a los caracteres secundarios de cada sexo, repleto de comportamientos, actitudes, rasgos sociales que podían hacer señalar a cualquiera como “invertido” si no respondía a estos elementos tan clarificados. Basado también en elementos evolucionistas, aseguraba que los invertidos irían desapareciendo de la especie humana con el tiempo, en una especie de selección natural (Aresti, 2001, p. 128). Para Marañón la feminista era una mujer “virilizada” que se alejaba de la femineidad pura y absoluta. El debate ya no era justificar lo injustificable sobre la inferioridad de la mujer, ya que quedó claro que las mujeres podían desempeñar tareas igual que los hombres. Ahora había que cuestionarse si el que una mujer desarrollara este tipo de tareas era beneficioso para ella y para el resto de la especie; entonces lo fundamental fue crear modelos sociales en los que estar incluidos o excluidos y construir una visión del trabajo claramente generizada, donde la maternidad fuera el eje central del trabajo femenino, a pesar de que la mujer rural trabajaba en el campo y desempeñaba tareas atribuidas culturalmente a los hombres.

Sin embargo, por otro lado, como he apuntado anteriormente, hay que

tomía en publicaciones de carácter divulgativo, como la obra titulada *La higiene del bello sexo* de Hernández Poggio, publicada en 1847 (Bernal Borrego y Calero Delgado, 2013, pp. 6-7), donde se señalaba que las mujeres que asistían al teatro, salones de reuniones, las que tenían interés por la música o cuidaban en exceso su cabello y su estética, se alejaban de las medidas higiénicas para evitar enfermedades; detrás de toda ésta argumentación, había un interés para seguir manteniendo a la mujer dentro del espacio privado y doméstico.

54 Esta teoría fue desarrollada a principios del siglo XX por Magnns Hirschfeld (1868-1935), sexólogo alemán, que entendía al hombre y a la mujer ideal en ambos extremos de un continuum donde se situarían la masculinidad y la femineidad real (Llorca, 1996, p. 62).

destacar el papel de las mujeres que protagonizaron luchas desde el siglo XIX en nuestro país, y que se resistieron a ese ideal hegemónico sobre la mujer, en general, y la mujer trabajadora en particular que perduró hasta la Guerra Civil (Ramos, 2003a). En este sentido, anarquistas y sindicalistas trataron la cuestión de la desigualdad entre mujeres y hombres. Dentro del anarquismo español, a principios del siglo XX, existían dos corrientes con respecto a la cuestión de las mujeres: los escritos de Proudhon, que señalaba que el papel fundamental de la mujer en la sociedad era la función reproductora; y las ideas de Bakunin, que defendía la igualdad entre hombres y mujeres. De hecho, la clave estaba en la incorporación de las mujeres obreras al trabajo asalariado, y que formaran parte de los sindicatos. Era necesario trabajar por la alfabetización de las mujeres, que sus derechos como trabajadoras fueran reconocidos igual que en los hombres, y que pudieran tener control sobre su cuerpo, a través de medidas de contracepción (Sánchez Blanco, 2007). Hildegart Rodríguez, cuya obra fue muy relevante y difundida ya entrada la Segunda República, difundió la cuestión de la contracepción como elemento básico para la independencia de las mujeres. Aunque Marañón criticaba a las mujeres feministas, contó con Hildegart en la Liga para la Reforma Sexual sobre Bases Científicas en 1932, siendo el científico el primer presidente e Hildegart la secretaria. Fue una mujer muy activa, colaboró en campañas para la abolición de la prostitución con César Juarros y fue autora de numerosos artículos, como *Educación Sexual* (1931), también de monografías como *La rebeldía sexual de la juventud* (1931), *Malthusianismo y neomalthusianismo*, *El control de la natalidad* (1932). Hildegart y su obra fue reconocida por un amplio círculo de científicos, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras llegando a mantener correspondencia con Havellock-Ellis. Su intervención en las Primeras jornadas Eugénicas Españolas de 1933 sobre maternidad consciente⁵⁵, fue una de las más importantes, abordando temas como los métodos anticonceptivos desde un punto de vista científico. Sus ideas sobre la libertad sexual fueron transgresoras para la época: reconocía como natural tanto la heterosexualidad como la homosexualidad, la poligamia, y luchaba fervientemente contra la prostitución por dos motivos: degradaba a la mujer y perpetuaba la doble moral burguesa. Hildegart fue un claro ejemplo de feminista que luchó contra los estereotipos, defendió los derechos de las mujeres desde lo más esencial, el propio control de su cuerpo y de la función reproductora.

En este contexto sociopolítico, el pensamiento psiquiátrico en los años 20 y 30 en nuestro país tuvo que resignificarse buscando ser legitimado como ciencia. Para ello fue transformado por el nuevo discurso sobre la locura que provenía fundamentalmente de la adscripción al movimiento de Higiene Mental. Nuevas

55 Para Hildegart, la maternidad no deseada oprimía la libertad de la mujer, defendía la participación del Estado en estas cuestiones, defendiendo la necesidad de instituciones para el cuidado de los hijos y la importancia del seguro de maternidad (Huertas, 2008). Las ambivalencias de la sociedad cambiante de este momento histórico hicieron que algunas mujeres trabajadoras se resistieran a aceptarlo, bien por no poder pagar las cuotas, o por considerarlo deshonoroso (Jiménez Lucena, 1995).

legislaciones, asociaciones de expertos como la Asociación Española de Neuropsiquiatría y el contacto con otros centros extranjeros dieron lugar a un nuevo orden psiquiátrico durante el primer tercio del siglo XX, incluyendo cambios asistenciales e institucionales que se consolidaron con la llegada de la Segunda República.

Los cambios legislativos acometidos durante la Segunda República en torno a la cuestión de la asistencia a los dementes han sido ampliamente estudiados (Espino, 1980; Campos y Huertas, 1998). Si bien la dictadura de Primo de Rivera supuso un freno a los deseos de cambios asistenciales en torno a la locura (Campos y Huertas, 1998, p. 106), durante la Segunda República se produjeron cambios significativos en cuanto a la asistencia manicomial, tanto en la elaboración de nuevos decretos, como en la organización de instituciones que dependían del estado. Estos cambios introducidos recogían los anhelos de unas tareas profilácticas y una asistencia a los dementes dignificada, elementos que estuvieron presentes desde principios del siglo XX.

El decreto del 3 de julio de 1931 fue una de las modificaciones clave en este proceso. El decreto regulaba los ingresos de los pacientes, para hacerlos más ágiles y más dependientes del criterio médico. Así, se reconocían varios tipos de ingresos, como el voluntario, por indicación médica o por orden gubernativa. Por otro lado, se planteó el carácter mixto de la asistencia, así como la existencia de servicios abiertos y cerrados, granjas agrícolas, y dispensarios de higiene mental, desde donde se llevaría a cabo una labor profiláctica. Además, dependientes de la Dirección General de Sanidad, se crearon dos instituciones: el Consejo Superior Psiquiátrico, ocupado de tareas de asesoramiento e inspección de los establecimientos, elaboración de estadísticas y creación de nuevos establecimientos (Vázquez de la Torre, 2012, p. 29) y la Sección Central de Psiquiatría e Higiene Mental con labores de dirección y ejecución directas⁵⁶ (Campos y Huertas, 1998, p. 107-108). Sin embargo, las mujeres siguieron siendo un “otro” para la psiquiatría, desconocido y poco inteligible, depositarias de reacciones emocionales que no eran clasificadas como “normales”; las mujeres se constituyeron como objeto de estudio para esta nueva generación de psiquiatras, y se introdujeron ciertos cambios como el interés de algunos neuropsiquiatras por la cuestión de la feminidad, la prostitución y el divorcio⁵⁷.

56 Esta sección dio lugar al Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional, en el que se diferenciaban tres situaciones diferentes de los enfermos mentales: ambulatorios, ingresados en hospitales psiquiátricos y los crónicos en tratamiento en las granjas agrícolas (Campos y Huertas, 1998, p. 108).

57 Psiquiatras como Sanchís Banús y César Juarros participaron del discurso sobre la feminidad durante los años 20 y 30: Sanchís Banús había trabajado como perito en un pleito canónico de nulidad matrimonial, argumentando que el marido, con la práctica del coitus interruptus había provocado en la mujer una libido insatisfecha (Huertas y Novella, 2013). Por otro lado, César Juarros se interesó por la cuestión abolicionista de la prostitución, y pronunció una conferencia en la Residencia de Señoritas de Madrid sobre “La higiene mental y la vida del matrimonio” junto con Prados Such el 10 de junio de 1932 (Vázquez Ramil, 2015, p. 331).

La problemática de las mujeres dentro de sindicatos y organizaciones anarquistas no fue fácil de integrar, ya que lo que era defendido en la teoría, encontraba dificultades en la práctica. En el congreso de Zaragoza de mayo de 1936 de la Conferencia Nacional de Trabajadores, se planteó en torno a esta cuestión:

“Como la primera medida de la revolución libertaria consiste en asegurar la independencia económica de todos los seres, sin distinción de sexos, la interdependencia creada, por razones de inferioridad económica, en el régimen capitalista entre el hombre y la mujer desaparecerá con él. Se entiende, por lo tanto, que los dos sexos serán iguales, tanto en derechos como en deberes” (citado en Sánchez Blanco, 2007, p. 230).

Parte de las mujeres anarquistas, que no encontraron el apoyo de los compañeros que esperaban, decidieron, en mayo de 1936, fundar la revista *Mujeres Libres*⁵⁸ y comenzaron a reunirse en la Federación Local de Sindicatos de Madrid⁵⁹. En 1934, existía ya en Barcelona otra agrupación, el Grupo Cultural Femenino, cuyo objetivo era lidiar con la misma problemática. La revista *Mujeres Libres* señalaba que la mujer era una esclava del trabajo, la ignorancia y de su condición sexual, por tanto, sus objetivos fueron acercar una educación básica a las mujeres obreras, formación para poder desarrollar trabajos remunerados y la liberación sexual. Desde el anarcofeminismo, el matrimonio era considerado una institución que perpetuaba la dominación de la mujer en la familia, por lo que se abogaba por el amor libre y la poligamia, la concienciación de los hombres en cuanto a esta cuestión, y el control de la natalidad (Sánchez Blanco, 2007, p. 233).

Como se ha planteado, los cambios en el ideal de mujer se introdujeron con dificultad en la sociedad de los años 20 y 30. Este proceso fue yugulado por la irrupción de la Guerra Civil⁶⁰, dando lugar al Franquismo, que jugó a favor de una vuelta a los valores más tradicionales con respecto al papel de la mujer en la familia y en lo doméstico. A partir de la instauración del régimen franquista al término de la Guerra Civil, la Falange española se encargó de generar discursos de carácter social, y uno de los centros de este discurso fue la asistencia sanitaria. Para ellos la

58 Esta revista fue fundada por Mercedes Comaposada, Lucía Sánchez Saornil y Amparo Poch y Gascón (Sánchez Blanco, 2007, p. 232).

59 Otras mujeres, como Federica Montseny, seguía pensando que la lucha por la defensa de la igualdad debía ser llevada a cabo por hombres y mujeres.

60 Como indica Vázquez de la Torre (2012), la psiquiatría durante la Guerra Civil dejó en un segundo plano la asistencia de la población no combatiente, priorizando las necesidades de los hombres que luchaban en el frente (p. 29-30). Emilio Mira fue nombrado en febrero de 1938 jefe de los Servicios Psiquiátricos de la Inspección de Sanidad de Ejército, en el bando republicano. Seleccionó 32 psiquiatras que distribuyó en cinco frentes (Madrid, Extremadura, Sur, Levante y Este). En el bando nacional, Vallejo Nágera ocupó el cargo de jefe del equipo psiquiátrico encargado de las poblaciones ocupadas, en noviembre de 1936. En febrero de 1937, con la ocupación de Madrid, se encargó de la dirección de Ciempozuelos, y en agosto de 1938 fue nombrado Jefe del Gabinete de Investigación Psicológica de la Inspección de Campos de concentración de Prisioneros de Guerra (Vázquez de la Torre, pp. 31-36).

sanidad era entendida como algo más que problemas de salud pública como los brotes de tuberculosis o el alcoholismo; hubo una estrategia de adoctrinamiento vehiculizada por el cuidado y la salud, argumentando la unión cuerpo-mente y la educación moral. Por todo esto, como explica Jiménez Lucena (1998), se elaboraron programas de actuación enmarcados dentro de la medicina social, como el de higiene prenatal, en la que existía una íntima relación entre la gestante y la comadrona, de forma que pudiera “vigilar atentamente a todas las productoras y clases menesterosas embarazadas, y educar el espíritu de la futura madre” (p.113); las enfermeras visitadoras tendrían también un papel de captación de familias, por lo que no solo tenían que tener una formación teórica determinada, sino una “formación moral muy meticulosa” (p.113).

También “la mujer”, como los niños, eran asimiladas por el sistema fascista como los trabajadores del campo, como los obreros, por lo que la idea de cuidar su salud tenía que ver más con la producción como fuerza de trabajo, que con la Salud Pública.

De esta forma, hubo un uso de lo sanitario por parte del nuevo régimen, una politización de lo sanitario, que tuvo que ver con la cuestión de la higiene mental que desarrolló Vallejo Nágera, donde lo moral, desde la perspectiva franquista, actuaba como método preventivo, en el sentido de alejar todo aquel comportamiento o idea que se diferenciara del ideario fascista. Se definieron también los grupos de riesgo de mayor debilidad, como las mujeres, los niños y los obreros, y se les atribuyó un peligro de degeneración colectiva (tuberculosos, sifilíticos, alcohólicos), lo que facilitó organizar una nueva jerarquización social. El discurso médico social del momento también influyó en la consecución de objetivos claros como recluir a las mujeres en su hogar, ya que trataban de trasladar lo pernicioso que era para las mujeres desarrollar oficios ocupados por hombres, donde el contacto con el alcohol y el tabaco influirían negativamente en todo lo que tenía que ver con la maternidad, y, por tanto, con el proyecto de la “nueva raza” (Jiménez Lucena, 1998).

Como apunta Matilde Peinado (2012), el discurso sobre la mujer en el Franquismo se constituyó en estrategia, no sólo ideológica, sino económica: tras la guerra, se hizo necesario iniciar un proyecto basado en la generación de una “nueva raza”, que participara de la “Nueva España”. Necesitaban que las mujeres se ocuparan más que nunca de lo doméstico, que aumentara la natalidad y que educaran a sus hijos en la moral del régimen. Para ello, recuperaron la idea de femineidad decimonónica, basada en una asimetría de género clara, como indicaba Pilar Sinués en *El Ángel del Hogar*:

“La mujer es un espíritu débil, creo que toda la fuerza de mi sexo consiste en la bondad, en la virtud y en el amor; creo que la mujer necesita constantemente el amparo de un padre, un esposo, un hermano, un hijo, pero creo que también ella puede ser a su vez el apoyo moral de los suyos, el consuelo, y la alegría de los que la aman” (citado en Peinado, 2012, p.59).

En la primera etapa del Franquismo, la mística de la maternidad impregnó el discurso del régimen sacralizando a la mujer desde lo religioso, resaltando su recato y su pureza. Cuando las mujeres sabían conservar “su honra” no sólo ellas reconducían su vida hacia la idea hegemónica de “mujer” que el régimen requería, sino que salvaguardaban también la honra de toda la familia (Peinado, 2012, p. 60).

Si bien los actos y las conductas de las mujeres podían entenderse como atributos individuales, no podemos olvidar la influencia de lo social, la familia y la comunidad, así como los factores culturales y mentales. Por eso, estos actos eran juzgados desde esa dimensión social, que objetivizaba, cuantificaba y servían para cosificar lo femenino (Peinado, 2012, p. 60). Los principales atributos de una mujer debían ser: honradez, honestidad, sumisión y religiosidad, elementos que, como veremos en el análisis de las historias clínicas, aparecen deslavazados en los contenidos, descritos por el psiquiatra o por las monjas que tutelaban a las pacientes.



Capítulo 3 La institución y sus profesionales.



En este capítulo analizaré la creación del espacio manicomial en Málaga, con la idea de contextualizar cómo se gestó en la provincia la atención a los dementes. La construcción del establecimiento psiquiátrico en la ciudad estuvo sujeta a múltiples tensiones de índole económica que tuvieron que ser subsanados, en gran parte, por donaciones de familias burguesas. Estas dificultades influirían tanto en la asistencia como en la organización de la atención a los dementes. Por otro lado, para problematizar las complejas relaciones discursivas entre mujeres pacientes y profesionales, se hace necesario conocer breves relatos biográficos sobre los neuropsiquiatras encargados de su asistencia, así como su papel dentro del desarrollo de la institución, desde una perspectiva diacrónica.

El contexto local en el que se inició el desarrollo de la asistencia manicomial se caracterizó por el rápido proceso de industrialización de la ciudad, y el consecuente auge de una clase burguesa formado en gran parte por familias del norte del país y extranjeras⁶¹. Esta nueva reorganización social generó una brecha entre ellos y una gran masa de trabajadores de las fábricas, que vivían en situaciones de extrema pobreza. Además, las infraestructuras de alcantarillado y abastecimiento de aguas eran deficientes, lo que dio lugar a numerosas epidemias en la ciudad (tifus exantemático, cólera, paludismo, triquinosis, viruela, tuberculosis, gripe) que debilitaron aún más a la población. De hecho, el río Guadalmedina, que divide la ciudad, también era la línea divisoria de dos clases sociales muy marcadas: a un lado estaba la zona burguesa, y al otro lado, los barrios populares, llenos de corralones, donde las familias se hacían en habitaciones pequeñas con condiciones de ventilación y de higiene muy deficientes (García Montoro, 2007).

A finales del siglo XIX, la ciudad necesitó la modernización de la asistencia hospitalaria de forma que no sólo dependiera de una orden religiosa, coincidiendo con el proceso de secularización de la medicina, sino que pudiera ser financiada por la Diputación Provincial. Tras la desamortización, el hospital⁶² pasó a depender de La Junta Municipal de Beneficencia (1840) y tras la ley de 1859, al ser declarado provincial, lo hizo de la Junta Provincial de Beneficencia (1850-4), hasta que lo absorbió la Diputación en 1860 al suprimirse las juntas. Como veremos más adelante, la falta de fondo públicos para sufragar las obras hospitalarias dio pie a donaciones privadas para terminarlas, y para dotar de ajuar y camas varios

61 Las familias Heredia, Larios, Loring y Crooke, entre otros, están asociadas en la historia económica de Málaga a una gran cantidad de negocios industriales durante el siglo XIX y principios del XX (tanto en la siderurgia, como en la alimentación, con el desarrollo de la caña de azúcar en la parte oriental de la provincia, y en la industria textil). Mediante una política de matrimonios conveniados, establecieron alianzas económicas muy importantes, con gran influencia en la vida política y económica de la provincia (Morales, 1999).

62 El primer hospital de Málaga fue construido en el siglo XVI en 1514, en una calle cercana a la catedral de la ciudad. En un principio, fue entregado a la Hermandad Santa Catalina Mártir. Posteriormente, en 1679, y en el contexto de una epidemia de peste que asolaba a la ciudad, fueron los Hermanos de San Juan de Dios los encargados de su organización. En 1834 salieron los Hermanos de San Juan de Dios, por el proceso de desamortización (Fernández, 2004).

establecimientos. Otro factor fue el puramente urbanístico: la ubicación del antiguo hospital en pleno centro de la ciudad impedía obras de ampliación y, a su vez, hacía muy atractiva su venta, por lo que se trasladó a las afueras de la ciudad, una zona conocida como la Haza de Martiricos (Fernández, 2004, p. 362).



Fig. 1. Fachada principal del Hospital Provincial (Hospital Civil en adelante).

3.1. El devenir de los dementes en Málaga: historia del Manicomio Provincial.

El Hospital Real de Granada⁶³ fue el lugar de reclusión definitiva para los dementes de la provincia de Málaga hasta 1864, fecha en la que se inauguró el “Departamento de observación de dementes” del lazareto de los Ángeles⁶⁴ (Delange, 2003, p. 226).

NÚMERO 4. HOSPITAL DE DEMENTES DE NUESTRA SEÑORA DE LOS ANGELES

ESTADO del movimiento ocurrido en este Establecimiento durante los meses desde 1.º de Octubre de 1876 á 28 de Febrero de 1877, número de estancias causadas, plazas socorridas en cada uno de ellos y precio medio á que ha salido en el mismo, á saber:

	Existencia en el mes anterior.		ENTRADAS.				SALIDAS.				Existencia en el mes actual.			Estancias causadas.			Coste medio diario.			Total de camas ocupadas.	Precio medio de cada estancia.				
	Hombres.	Mujeres.	Hombres.		Mujeres.		Mujeres.		Total.	Hombres.	Mujeres.	Total.	Hombres.	Mujeres.	Total.	Hombres.	Mujeres.	Total.							
			Entradas.	Salidas.	Entradas.	Salidas.																			
Octubre.	21	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Noviembre.	20	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Diciembre.	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Enero.	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Febrero.	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Total.	80	11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Fig. 2. Movimientos y gastos de dementes en el departamento de observación de dementes del lazareto de los Ángeles. ADPM, Memoria Diputación Provincial (1877).

Las obras del pabellón manicomial se iniciaron en 1864, en el contexto de las obras del Hospital Civil, pero se vieron interrumpidas en numerosas ocasiones

63 Archivo Municipal de Málaga (AMM en adelante). Caja 900, 465/22; caja 900 465/24.

64 Este departamento fue habilitado en un convento que había sido transformado en lazareto de observación en 1821, llamado Asilo de los Ángeles.



por falta de fondos. En la Orden de la Regencia 27 de Julio de 1870 se dispuso que las diputaciones provinciales organizaran en los hospitales departamentos para dementes o que los trasladaran a manicomios al norte del país que tuviesen acuerdos con la Beneficencia. De hecho, ante los retrasos en la realización de las obras del Manicomio Provincial de Málaga, en 1877 esperaban traslado a San Baudilio de Llobregat⁶⁵ veintidós enfermos del departamento de observación de dementes del Asilo de los Ángeles. Sin embargo, el presidente de la diputación malagueña, en la memoria de 1877, expresó su deseo de que los pacientes pudiesen ser atendidos en la misma ciudad, sin tener que ser separados de sus familias:

“Este establecimiento pudiera convertirse en un Hospital Provincial de Dementes, evitando así el envío de los enajenados a dicho Manicomio [San Baudilio] con remarcable beneficio para la humanidad, toda vez que pueda señalarse como caso raro que haya vuelto algún enfermo curado de aquel establecimiento, falleciendo no solo separado de sus familias, sino privados tal vez en su asistencia de la eficacia, que pudiera proporcionarles, la inmediata vigilancia de la corporación”⁶⁶.

En 1885, los dementes ingresados en el departamento de dementes del Asilo de los Ángeles tuvieron que ser evacuados urgentemente por el peligro de contagio en la epidemia de cólera que asolaba la ciudad, como quedó recogido en la memoria sobre el Hospital Civil fechada en 1901:

“¡El Manicomio! ¡Cuán grande y meritoria ha sido este nuevo donativo de la casa de Larios! Recordemos que en el año 1885 y ante la necesidad de improvisar un Lazareto por temor al cólera, se resolvió llevar al nuevo Hospital Civil dos centenarios de locos que en el antiguo convento de los Ángeles se albergaban; y como ya pasaban de 300 los enfermos entonces existentes en el dicho Hospital, subió el número total de los asilados hasta el máximo previsto en los planos de la edificación, es decir, hasta 500. Tal aglomeración no podía menos de ofrecer gravísimos inconvenientes. Por una parte la intranquilidad propia de los dementes era causa de frecuentes molestias para los enfermos y por otra el servicio general se perturbaba y dificultaba constantemente. Para poner remedio á estos males D. Sebastián Pérez Souvirón, utilizando la buena amistad que con toda la familia Larios le une, sugirió á ésta la idea de que sin acordarse de lo mucho que ya la dicha casa había dado al Hospital, costeara un edificio, aparte pero dentro de la cer-

65 ADPM, Memoria de la Diputación Provincial 1877, p. 17-18. El 6 de junio de 1854 se inauguró el Manicomio de San Baudilio de Llobregat, sobre un convento abandonado que fue habilitado para el tratamiento de dementes a pocos kilómetros de Barcelona. Esta institución mantuvo convenios con diferentes diputaciones españolas y se convirtió en la primera institución privada del país (Rey, 1984). También en Santa Isabel de Legánes se enviaron pacientes a San Baudilio en las últimas décadas del siglo XIX (Villasante, 2002).

66 ADPM, Memoria Diputación Provincial 1877, p. 17-18.

ca del mismo Hospital, para dar albergue á los locos. Esta pretensión fue ampliamente atendida y los Sres. D. Enrique Crooke y Larios y D. José Aurelio Larios tercer Marqués de este título quisieron perpetuar la memoria de su digno tío, el también generoso bienhechos del Hospital D. Carlos Larios Marqués de Guadiaro, edificando al efecto un edificio extenso y apropiado que dotaron de camas y de todo el ajuar necesario de la mejor calidad".⁶⁷

Como quedó plasmado en la memoria de 1901, todos los dementes fueron trasladados al nuevo Hospital Civil, a una parte de la enfermería llamada San Antonio⁶⁸, donde la asistencia y las medidas de seguridad no eran adecuadas (Fernández, 2004, p. 389). El 31 de diciembre de 1898, el manicomio, llamado San Carlos, terminó de construirse, pero los pacientes no ingresaron allí hasta el 20 de marzo de 1899.



Fig. 3. Placa conmemorativa de las donaciones de las familias burguesas para la construcción del Hospital Civil (AMM. Signatura 1º - C - 7 - 962).

El edificio, fue descrito así en *La Unión Mercantil*, un periódico de la capital (citado en Fernández, 2004):

“La entrada del edificio es por la puerta principal del Hospital, y desde éste, arranca a la derecha un camino que conduce a aquel. Dentro del terreno adquirido y a cuarenta metros del muro de cerca aparece la fachada principal del manicomio [...]. El cuerpo central, común a los dos departamentos y destinado para la dirección médica y la portería, da acceso al interior, por medio de un gran vestíbulo en el que desembocan a izquierda y derecha, dos espaciosas galerías que sirven de paso a las distintas dependencias de ambos hospitales o departamentos, el de mujeres y el de hombres. Éstos se subdividen en uno para convalecientes; uno para los llamados sucios;

67 Memoria del Hospital Civil 1901 (BMM, 24/57).

68 La sala San Antonio del Hospital Civil pertenecía a la especialidad de obstetricia y cirugía ginecológica. En la enfermería asociada a esta sala permanecieron los dementes hasta que se construyó el pabellón manicomial. En 1869 los trabajadores de esta sala pidieron a la corporación que se construyera un muro entre los pacientes psiquiátricos y ellos (ADPM, lg. 208:38).

uno para los agitados y otro dividido en estancias individuales para los furiosos. La dependencia de cada pabellón comprende un amplio dormitorio, ropería, vigilancia, sala de recreo, cuarto de baños, lavabos y retretes con su correspondiente patio. A espaldas del edificio y a unos 50 metros de éste hay un pabellón con todas las dependencias necesarias para solaz y recreo de los dementes, y en cuanto al edificio principal, es un verdadero modelo en su clase y no pasará mucho tiempo sin que la extensa superficie de los alrededores esté convertida en una hermosa huerta" (p. 390).

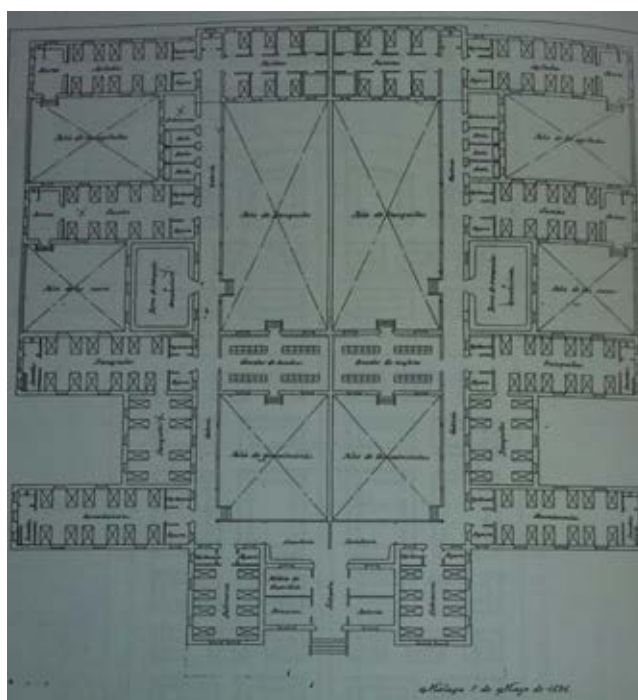


Fig. 4. Planta del manicomio de San Carlos, (7-5-1896). ADPM, p.5:35.

Debido al aumento en el número de pacientes ingresados, en 1909 se terminó la construcción de una sala destinada a las mujeres dementes, la sala 20 o sala Santa Rita, integrada dentro del mismo Hospital General, al noroeste del edificio, rompiendo la simetría del hospital. En el expediente de la diputación titulado "Obras manicomio departamento hembras", sin fechar, se recoge que esta obra fue aceptada en la comisión provincial del 3 de octubre de 1908⁶⁹. En la documentación adjunta en el expediente, no hay alusiones a una fecha concreta de inauguración (siendo la última anotada el 10 de mayo de 1909), pero sí se anotó el presupuesto de la obra: la Diputación Provincial aportó un total de 8214, 98 pesetas, y el resto del presupuesto, hasta las 11260, 84 pesetas que costó la construcción del dormitorio de mujeres, fue posible por donaciones particulares. Una parte de las donaciones fueron en metálico, de las que 1708, 06 pesetas fueron donadas por Enrique Ramos Rodríguez y 111,30 pesetas por "señores médicos del Hospital". Otra parte, fueron las donaciones en materiales: El director de Ferrocarriles Andaluces, donó maderas para los "huecos humbralados" y el diputado visitador

69 ADPM, lg. 1060:12.

donó arena, herraje para la armadura, rejas de hierro y una cruz⁷⁰ (Anexo 1).

Sin embargo, las diferentes salas del manicomio necesitaron numerosas reformas en los años posteriores. En 1918 se subastó la obra para construir 8 celdas de aislamiento en San Carlos⁷¹ y en septiembre de 1923 se aprobó un presupuesto para acondicionar dos celdas en el departamento de dementes varones del Hospital Civil con destino a pacientes sujetos a procesos judiciales. Finalmente fueron alojados en las celdas para furiosos, con las modificaciones que propuso la Diputación Provincial “con la condición de colocar en cada una de ellas una segunda reja de seguridad y, además, forrar las puertas con chapa de hierro, colocando un cerrojo fuerte con llave en cada celda”⁷². La instalación de una bomba de agua para llevar agua a las salas de dementes fue acometida en 1925⁷³.

Varias fueron las notificaciones que el arquitecto de la corporación realizó durante la década de los años 20, exponiendo el mal estado en el que se encontraba San Carlos. En 1924, la cubierta del pabellón de varones agitados amenazaba ruina por lo que se procedió a aprobar su reparación de forma urgente. Sin embargo, tres años más tarde, en junio de 1927, estas obras seguían sin acometerse, aumentando el riesgo para los pacientes ingresados⁷⁴. En junio de 1926, el arquitecto solicitó nuevas actuaciones en los pabellones de dementes:

“Se requiere con urgencia la compostura del pabellón de furiosos, aislamiento del departamento de mujeres dementes construyendo una pequeña consulta, así como la instalación de un departamento de duchas en el de tranquilos y por último reparaciones generales de cubiertas, solerías...”⁷⁵.

Según el acta de la comisión provincial del 10 de octubre de 1929, ese año se presentó una propuesta para la construcción de un pabellón para dementes sucios varones y otro para niños, contando con el asesoramiento del Dr. Prados Such (Fernández, 2004, p.391), aunque finalizaron las obras cuatro años más tarde, en 1933. Durante los primeros años de la Segunda República se llevaron a cabo obras como la reparación de la red de abastecimiento de aguas y los baños, entre junio y agosto de 1932; también se construyó un nuevo dormitorio en San Carlos, aprovechando el espacio de antiguas celdas de aislamiento, en febrero de 1933; y entre mayo y octubre del mismo año, se procedió a la instalación de un

70 Ibídem.

71 ADPM, lg. 268:14.

72 ADPM, lg. 674:35.

73 ADMP, lg. 632:4.

74 “He observado que la cubierta del pabellón de agitados presenta grandes deformaciones denunciando un estado de ruina de la armadura del referido pabellón, y de no acudir pronto a efectuar las obras de consolidación necesarias podría acarrear perjuicios para los asilados, no solo ya del pabellón indicado, sino que podría extenderse hasta las que se albergan en el patio próximo”. ADPM, lg. 679:26.

75 ADPM, lg. 679:24.

taller de esparto⁷⁶. Según el Reglamento de 1934 del Hospital Civil, existían dos pabellones para hombres: el antiguo (San Carlos), con una sección para sucios y otra para agitados y epilépticos, y el nuevo pabellón destinado a pacientes tranquilos, con una sección para menores de 10 años⁷⁷. Una consulta externa de psiquiatría o dispensario psiquiátrico comenzó a funcionar en 1931 para el tratamiento ambulatorio de los enfermos⁷⁸, en la línea de los dispensarios creados a partir de los cambios legislativos en la Segunda República Española (Huertas, 1998)⁷⁹.

La sala de mujeres precisó ampliación y reformas importantes en 1927, que fueron pagadas, en parte, con los beneficios obtenidos de una corrida de toros benéfica organizada en la ciudad⁸⁰. Posteriormente, se realizaron nuevas modificaciones desde diciembre de 1931 a agosto de 1932, habilitándose un sótano bajo la sala 14 del hospital general, que fue usado como ampliación de la sala 20⁸¹. Pedro Ortiz Ramos, psiquiatra encargado de la sala de mujeres del manicomio, apuntaba:

“Antes del 1 de mayo de 1931 existían sólo 90 camas para 130 enfermas. Se ha habilitado un sótano amplísimo capaz para 50 camas y esta instalación se ha hecho en excelentes condiciones [...] otra mejora ha consistido en sustituir unas arcaicas escaleras de caracol, que conducían al dormitorio del piso alto, por una buena escalera de mármol que da acceso a una amplia galería, antes descubierta y hoy techada, en la que pensamos instalar talleres para la ocupación de las enfermas”⁸².

76 ADPM, Memoria Hospital Civil 1931-1934, lg 4820 p. 47.

77 BMM 22/6.

78 ADPM, Memoria Hospital Civil 1931-1934, lg. 4820, p.53.

79 Este dispensario se creó siguiendo el modelo expuesto en el Decreto de 1931, que dio lugar a la Reforma Psiquiátrica de la Segunda República. El Decreto otorgaba a los jefes facultativos de los establecimientos la potestad de dar el alta o no a los internos en función de su “peligrosidad”; por otro lado, si bien el trabajo en el dispensario de higiene mental implicaba el seguimiento poscura de los pacientes dados de alta, dicho concepto de peligrosidad prevaleció en el discurso y las prácticas psiquiátricas. Esta circunstancia permite entender por qué el Decreto de 1931 se mantuvo durante todo el Franquismo (Campos Marín, 1997a; Huertas, 2017a).

80 ADPM, lg.893:62.

81 ADPM, Memoria Hospital Civil, 1931-1934, lg 4820 p. 36.

82 *Ibíd.*, p. 50.



Fig. 5. Imagen del corredor de la sala 20 (ADPM, Memoria Hospital Civil 1931-1934, lg. 4820).



Fig. 6. Imagen de la ampliación de la sala 20 (ADPM, Memoria Hospital Civil 1931-1934, lg. 4820).

Sin embargo, en la misma memoria, Pedro Ortiz Ramos insistía en la sobrecarga de pacientes del pabellón de hombres, que provocaba el hacinamiento de los mismos, y proponía la creación de un pabellón de sucios en el lugar de la leprosería⁸³, ya que estaba previsto que los pacientes de lepra fuesen trasladados a la Leprosería Nacional de Fontilles, con el deseo de que “una vez ello, se habrán convertido en realidad nuestras aspiraciones de que los dementes ten-

⁸³ El funcionamiento del Manicomio Provincial de Málaga, tanto en la admisión como en el cuidado de los enfermos, era independiente de la organización general del hospital, de igual forma que el servicio de leprosos, lo que nos puede hacer pensar en el grado de estigmatización de ambos grupos de pacientes. Los pabellones de infecciosos y leprosos y el manicomio quedaban alejados del edificio principal, separados por muros que los aislaban del resto de la estructura hospitalaria (Jose Luis Carrillo, comunicación personal, 10 de octubre de 2018). No es extraño entonces pensar en que los espacios de leprosos y dementes fueran intercambiables en la nueva distribución de los espacios del manicomio malagueño.

gan alojamiento adecuado, cada uno en su cama, en iguales condiciones que los demás hospitalizados en el Establecimiento”⁸⁴. La situación descrita por Ortiz fue reconocida por la Diputación como el resultado de un aumento progresivo de los ingresos en los últimos años⁸⁵; pero no la relacionaba con la falta de aceptación por parte de la corporación de ciertos cambios y reformas propuestos por Miguel Prados Such, que tenían la intención de mejorar el manicomio y dar una asistencia más humana a los dementes, cuestión esta que analizaremos más adelante (García-Díaz, 2018).

3.2. El personal auxiliar del Manicomio Provincial de Málaga (1914-1940).

Como se ha señalado, el periodo de estudio del Manicomio Provincial de Málaga que me ocupa se caracterizó por profundos cambios a nivel del discurso de la ciencia psiquiátrica que influyeron decisivamente en cuestiones organizativas, y que se vieron completadas por modificaciones legislativas durante la Segunda República.

Estos cambios afectaron directamente a la organización del personal de cuidadores de los establecimientos psiquiátricos, cuestión que ha sido ampliamente abordada en diversos trabajos en los últimos años en nuestro país (Siles y García, 1996; Villasante, 2013; Villasante, 2015a; Villasante, 2015b; Duro y Villasante, 2016).

En el artículo 263 del Reglamento de 1917 del Manicomio Provincial (Anexo 2) quedó regulado el personal que debía asistir a los dementes:

“El personal asignado al Departamento de que se trata, lo constituirán: Un médico primero, otro ídem supernumerario, una Hermana de la Caridad, un Practicante, un Portero y un enfermero por cada diez dementes. Entre éstos habrá un Superior que vigile el servicio de los demás, y haga cumplir las órdenes que le sean comunicadas por el Profesor y Hermana de la Caridad”.

Practicantes y enfermeros del manicomio tenían reguladas sus ocupaciones dentro de la organización del establecimiento en los artículos 274 y 275 de este Reglamento. El practicante se ocuparía de pasar la visita [sic] “con los Médicos, escribiendo los resúmenes para las curas que sean necesarias, en la forma y hora que los médicos designen, y auxiliará á éstos en los trabajos de inscripción, para llevar el libro histórico”⁸⁶.

84 ADPM, Memoria Hospital Civil 1931-1934, lg 4820, p. 48.

85 Ibídem, p.44.

86 Ibídem.

El papel de los enfermeros estaba más directamente relacionado con los dementes, con su cuidado y vigilancia dentro de la sala, e incluso se puntualizaba cómo debían dirigirse a los enfermos:

“Estos dependientes son los encargados de la asistencia inmediata de los enfermos, en cuyo servicio emplearán la mayor consideración y sin usar de formas bruscas y agresivas”⁸⁷.

Además, debían ocuparse de la limpieza de las salas, de los dormitorios, y de asear a los enfermos que lo necesitaran. Se insiste en que los enfermeros:

“No podrán imponer correcciones, camisas ni cinturones, ni reducir en los cuartos de fuerzas, interin no lo manden los Médicos y en su ausencia, las Hermanas de la Caridad”⁸⁸.

Según el artículo 276, el enfermero mayor debía cumplimentar un diario de anotaciones, donde quedarían reflejadas cualquier novedad que ocurriera tanto en los dormitorios, como en los patios o las zonas de recreo, en las horas que los médicos no estuvieran en el Establecimiento [sic]:

“Si dichas novedades son de las que exigen auxilio inmediato, las comunicarán á la Hermana inmediatamente, y si no fueren de esa índole, quedarán anotadas y serán manifestadas en la visita médica”⁸⁹.

El enfermero mayor tenía la obligación de estar presente durante los baños y debía anotar cualquier incidencia que ocurriera. Igualmente tenía el cometido de “hacer cumplir” a los demás enfermeros su labor de cuidado en las salas y denunciar las faltas que cualquier otro enfermero pudiera cometer.

El resto del personal ocupado del cuidado de los dementes estaba compuesto por las monjas⁹⁰, que ejercían cuidados morales y se ocupaban de valorar la religiosidad de las pacientes. En el artículo 273 del Reglamento de 1917 queda reflejada la actividad que debían desarrollar las Hermanas de la Caridad, ocupándose de la administración de los medicamentos a los enfermos, repartiendo la comida y presenciando cómo comen los dementes. También debían revisar la ropa y los zapatos de los dementes, así como la ropa de cama. Pero, además de estas

87 Ibídem.

88 Ibídem.

89 Ibídem.

90 Las Hermanas de la Caridad fue la orden religiosa que se ocupó del cuidado de los pacientes psiquiátricos desde 1857 hasta las reformas de la sanidad y servicios sociales en la década de los 80 del siglo XX. Su papel dentro de los servicios sanitarios está regulado en los Reglamentos de 1917, 1934 y 1940. También atendían otros servicios del hospital, como la lavandería, la ropería o la despensa. Como veremos más adelante, parte de las mujeres ingresadas en la sala 20 trabajarían dentro de la institución en estos servicios (García-Díaz, 2018)

tareas de cuidados, parte del trabajo de las monjas en el Manicomio Provincial de Málaga tenía que ver con aspectos de custodia, vigilancia y registro de los enfermos: "Cuidará de que dos veces al día se registre a los enfermos, para evitar la ocultación de armas u objetos que puedan producir daños"⁹¹.

Por último, entre sus obligaciones, debían presenciar las sujeciones con correas y camisas de fuerza de los agitados.

Con los cambios legislativos en materia de asistencia psiquiátrica de la Segunda República, la organización asistencial de los hospitales psiquiátricos aumentó su personal y apareció una nueva figura, el auxiliar de psiquiatría⁹². En un documento encontrado en el Archivo de la Diputación Provincial de Málaga (Fig. 7) se mostraba el personal del cuidado del manicomio entre 1930 y 1934. Este personal, desde 1930 a 1933 estuvo constituido por dos enfermeros mayores, once enfermos y seis enfermeras hasta 1934, donde se anotó la incorporación de seis sirvientas veladoras y un auxiliar de psiquiatría, sin especificar su distribución en las diferentes salas y con el consiguiente aumento de los gastos de la corporación que vió cómo casi se duplicó el gasto en personal de cuidados en 1934.

Manicomio Provincial - Enfermeros y sirvientes que prestan servicios en el mismo.

Años -	1930		1931		1932		1933		1934	
Cargos -	Plant	Saldo anual (Pesetas)	Plant	Saldo anual (Pesetas)	Plant	Saldo anual (Pesetas)	Plant	Saldo anual (Pesetas)	Plant	Saldo anual (Pesetas)
Enfermeros Mayores	2	700	2	1400	2	1400	2	1750	2	1750
Enfermeros	11	810	11	1100	11	1320	11	1500	11	1500
Enfermeras	6	650	6	1200	6	900	6	1000	6	1000
Sirvientas Veladoras	.	.	.	.	.	.	.	.	6	500
Auxiliar Psiquiátrico	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1000
Botella anual	.	-14500	.	-25396	.	-23868	.	-26000	.	-41300

Fig. 7. Personal de cuidados del Manicomio Provincial (1930-1934). ADPM, lg. 1112:16

Los enfermeros que se ocupaban hasta entonces de los dementes carecían de la formación necesaria para el tratamiento de los enfermos, ya que estaban habituados a ejercer medidas coercitivas y represivas con los pacientes. En palabras del psiquiatra Antonio Linares Maza: "ese personal auxiliar carecía de toda formación sanitaria, siendo en general licenciados del Ejército, por pensar que la disciplina en éste aprendida era lo único necesario para tratar con los locos" (Linares, 1983, p.59). La cuestión de la formación del personal auxiliar quedó plasmada en

91 Reglamento del Hospital Civil de la Caridad, 1917. BMM 22/27, p. 56.

92 En artículo 113 del Reglamento del Hospital Civil de 1934 se recogía que el personal del Manicomio eran tres profesores (uno para la sala de mujeres y dos para la de hombres) y que se "auxiliarán de practicantes y enfermeros especializados", sin especificar el número por enfermos ni la distribución por los dos servicios. Los auxiliares de psiquiatría eran practicantes o enfermeros que estaban formándose para obtener el diploma de Enfermero Psiquiátrico. Esta nueva titulación fue regulada por la Orden Ministerial de mayo de 1932 (Duro y Villasante, 2016).



el artículo 117 del Reglamento de 1934 (Anexo 3):

“El personal de practicantes, enfermeros y sirvientes al servicio de los alienados deberá ser especializado, rigiéndose por las vigentes disposiciones sobre la materia y de los tres profesores indicados en el art. 113 uno de ellos tendrá el carácter de director de estos departamentos, estando obligado a presentar una memoria en fin de cada año, con estadística del movimiento de enfermos, diagnóstico, causa de las defunciones, fugas, etc... proponiendo las modificaciones o innovaciones que estimara oportunas”⁹³.

Durante los años 30 en el Manicomio de Málaga, como veremos más adelante, se produjeron tensiones dentro de la organización de la institución entre este personal y uno de los psiquiatras, Miguel Prados Such, con clara intención reformista quien quiso cambiar la atención a los dementes, siendo uno de sus objetivos formar en las nuevas teorías neuropsiquiátricas al personal de enfermería y auxiliares, y que contó con el apoyo de los aspirantes al título de auxiliar de psiquiatría.

En el Reglamento del Hospital Provincial de San Juan de Dios de 1940 (Anexo 4), ya instaurado el régimen franquista, hay pocas modificaciones en cuanto a la regulación de los enfermeros del hospital, si bien se explicitaba en el Capítulo XIX “De los sirvientes varones” como requisito “ser afectos a la Causa Nacional extremo que justificarán con certificados de carácter oficial”⁹⁴. No quedó recogido en el apartado sobre la organización del servicio de psiquiatría ninguna regulación sobre los enfermeros y enfermeras psiquiátricos, tan sólo se señalaba en el artículo 186: “El personal de practicantes, enfermeros y sirvientes al servicio de los alienados deberá ser especializado, rigiéndose por las disposiciones vigentes sobre la materia”⁹⁵.

3.3.- Los profesionales en el Manicomio Provincial de Málaga en la primera mitad del s. XX.

En general, como se señala en el marco teórico, el conocimiento científico es conocimiento situado; en particular, la psiquiatría es una especialidad muy relacionada con la dimensión social y cultural, por ello, no se entiende el estudio de esta sin un estudio en profundidad de ambos contextos. Desde esta perspectiva, como apunta Rafael Huertas, se hace necesaria la conexión entre biografías y aportaciones a la disciplina. La familia de origen, los años de formación, desti-

93 Los enfermeros que hasta entonces trabajaban en los manicomios no pertenecían al cuerpo de la Beneficencia y sus puestos estaban protegidos por la ley militar. Consideraban entonces que su puesto no peligraba y podían desacatar las normas impuestas por los médicos de los manicomios (Duro y Villasante, 2016, p. 54).

94 BMM 22/16, p. 14.

95 Ibídem.

nos laborales, becas, intercambios, conexiones con otros compañeros, la posición ideológica y la sensibilidad social aportan una información valiosa y vienen a explicar el porqué de determinadas propuestas, así como su aceptación o rechazo por parte de la comunidad científica (Huertas, 2002, p. 15).

3.3.1. La etapa previa a la especialización psiquiátrica.

A finales del siglo XIX y principios del XX, los médicos que se encargaban de los dementes no tenían formación específica y se ocupaban más de las comorbilidades orgánicas que de la atención a la locura, por lo que habría que esperar hasta la década de los años 20 para que comenzara el proceso de especialización en neuropsiquiatría en nuestro país (Campos y Huertas, 1998, p.99)⁹⁶. Según los datos recogidos de los libros de personal, tres médicos figuraban como encargados de las salas de dementes del Hospital Provincial en aquel periodo: Emilio Sánchez Alcoba, José Collantes Delgado y Francisco Linares Enríquez.

Francisco Linares Enríquez trabajó adscrito a la sala de dementes desde el 22 de septiembre de 1889 hasta el 27 de febrero de 1919⁹⁷. Fue uno de los primeros médicos en Málaga en dedicarse a las “enfermedades nerviosas”, aunque la especialidad de psiquiatría no estaba conformada como tal. Llegó a inaugurar una de las primeras consultas privadas para enfermedades nerviosas de la ciudad⁹⁸. Emilio Sánchez Alcoba ocupó su puesto como médico de la beneficencia desde el 19 de agosto de 1900 hasta el 15 de marzo de 1926⁹⁹. También José Collantes Delgado aparece en los libros de personal como adscrito a la sala de dementes, desarrollando su actividad entre el 17 de julio de 1889 hasta el 20 de octubre de 1919¹⁰⁰.

96 Linares Maza relataba la situación de los manicomios provinciales antes de la asistencia por parte de los neuropsiquiatras: “los manicomios estaban encomendados a médicos de las beneficencias respectivas que, enteramente a su gusto, hacían alguna visita esporádica o más o menos regular a esos enfermos y se limitaban a tratar, en lo posible, las afecciones orgánicas que presentaran o que los cuidadores les comunicaban” (Linares, 1983, p.59).

97 Libro de personal, ADPM, lg. 4856, p. 63.

98 La familia Linares ha sido una familia ligada al desarrollo de la psiquiatría privada en Málaga desde finales del siglo XIX. Francisco Linares Enríquez fue hermano de Antonio Linares Enríquez, quien ocupó lugares de gran prestigio tanto en la Sociedad Malagueña de Ciencias como en el Colegio de Médicos, del que fue fundador y presidente. Además de trabajar en la beneficencia, Francisco Linares Enríquez ayudó a la instalación de los Hermanos de San Juan de Dios en Málaga, que fundaron en los años 20 el Sanatorio San José; también las Hermanas Hospitalarias con el Sanatorio de mujeres situado en la calle Casabermeja. Posteriormente, su hijo Antonio de Linares Pezzi dirigió este sanatorio privado, además del Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís fundado en 1935 (Vázquez, A. 2012).

99 Según se recoge en el libro de personal, Emilio Sánchez Alcoba, en su primer nombramiento en 1900, fue anotado como adscrito al servicio de dementes. Posteriormente, a partir de los nombramientos de 1919 ya no se especifica a qué sala está adscrito, sólo figura como “Médico supernumerario de la Beneficencia Provincial” hasta su cese por fallecimiento, en marzo de 1926 (ADPM, lg. 4856, p.238).

100 ADPM lg. 4856, pg. 62.

3.3.2. Del laboratorio a la clínica: la especialización neuropsiquiátrica del Miguel Prados Such.

Miguel Prados nació en Málaga el 8 de octubre de 1894, en el seno de una familia burguesa: su padre Miguel Prados Naveros, natural de Alhama de Granada, trabajaba como comerciante, y llegó a ser propietario de una fábrica de muebles que vendía a la casa real; su madre, Josefa Such y Martin, nacida en Málaga, pertenecía a una familia adinerada de la ciudad. Hermano del famoso poeta Emilio Prados, estudió medicina en Madrid obteniendo su graduado en 1920 (Anexo 5), fue alumno en la residencia de estudiantes de esa ciudad, donde se relacionó con poetas y científicos de la llamada generación del 27, como Juan Ramón Jiménez, Rafael Alberti, Salvador Dalí, Luis Buñuel, Federico García Lorca, y Modesto Laza (botánico malagueño), entre otros muchos.



Fig. 8. Miguel Prados en la Residencia de Estudiantes de Madrid, 1917.



Fig. 9. Grupo de residentes, antiguos residentes y miembros del Comité directivo de la Residencia de Estudiantes en el jardín de la sede de la calle Fortuny 14, tras un almuerzo de fin de curso, 18 de mayo de 1913. De izquierda a derecha: abajo, Francisco Barnés, Alberto Jiménez Fraud y Miguel Prados; arriba, José Moreno Villa, José Ortega y Gasset y Antonio García Solalinde; en el centro, sentado, Ramón Menéndez Pidal.

La residencia de estudiantes fue el epicentro de la educación de una élite intelectual, con carácter liberal, donde personalidades como Cocteau, Einstein, Ortega y Gasset y Unamuno, pasaron para formar a los alumnos¹⁰¹. Miguel Prados hablaba y leía inglés, alemán y francés, por lo que pudo acceder de forma temprana a las obras de Freud cuando aún no estaban traducidas al castellano¹⁰². En 1916, Miguel prestó a su hermano *La psychanalyse des neuroses et des psychoses* (Régis y Hernard, 1914) y comenzaron a utilizar el autoanálisis. La influencia psicoanalítica en la poesía de Emilio Prados es clara, por ello se le atribuye a Miguel Prados la difusión de las ideas psicoanalíticas dentro de la generación del 27 durante su estancia en la residencia de estudiantes entre 1910 y 1920 (Aguinaga, 1960, p.6; Lázaro, 2010, p. 27-29). Entre 1918 y 1920 colaboró con Ramón y Cajal y Gonzalo Rodríguez Lafora en el laboratorio de fisiología cerebral que dependía de la Junta de Ampliación de Estudios (a partir de ahora, JAE) (Linares, 1983, p. 62), participando en las investigaciones sobre líquido cefalorraquídeo que fueron los primeros trabajos en fisiología de Rodríguez Lafora (Rodríguez Lafora y Prados, 1918; Rodríguez Lafora y Prados, 1920). Junto a Rodríguez Lafora también trabajó en el laboratorio de la Residencia de Estudiantes, realizando es-

101 Para conocer más a cerca de los residentes y las actividades culturales que se organizaban en la institución ver Ribagorda (2011), Sáenz (2011) y Pérez-Villanueva (2011).

102 La traducción de las Obras completas de Freud al castellano fue realizada por Ballesteros en 1922. Sin embargo, antes de esta publicación, el primer artículo en una revista médica escrito en castellano, pero sin autoría, en torno al psicoanálisis, data de febrero-marzo de 1893 en la *Gaceta Médica de Granada*, y casi, simultáneamente, en la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, sólo un mes después de la comunicación preliminar de Breuer y Freud en la revista *Neurologische Centralblätt* (Carles, Muñoz, Llor y Marset, 2000, pp.17-18).

tudios sobre fisiología y patología del cuerpo caloso, trabajos originales tanto por la temática, como por la metodología que utilizaron. Al mismo tiempo colaboraba en el laboratorio de histopatología de Pío del Río Hortega (Río-Hortega, 2013, p. 182). Tanto Rodríguez Lafora como Prados Such se mostraron muy interesados en dotar a la psiquiatría de una dimensión experimental que se tradujera en el trabajo en laboratorio (López, 2012). En abril de 1920, Miguel Prados obtuvo una beca para viajar a Oxford y Londres con objeto de continuar su formación. Fue en diciembre de 1920 cuando se recibió en la JAE la primera carta de su estancia en Inglaterra. En julio de 1921, según carta remitida desde Londres (Anexo 6) se encontraba ya en el Maudsley Hospital de Londres realizando estudios comparativos sobre las glándulas de secreción interna entre los pacientes con demencia precoz y los pacientes con parálisis general progresiva (PGP), bajo la dirección de Frederick Mott (Mott y Prados, 1922)¹⁰³. No sólo se interesó Prados Such por la investigación, sino que otro motivo de interés para salir de nuestro país lo constituyó el conocimiento de la organización de la asistencia a los alienados, como él mismo reconocía en una de sus cartas remitidas a la Junta de Ampliación de Estudios: “También he visitado los manicomios públicos del London County Council y pienso redactar una pequeña información sobre su organización que creo pudiera ser de alguna utilidad en España, donde es casi desconocida la asistencia de los alienados en este país”¹⁰⁴.

En febrero de 1922 viajó a Múnich para una estancia en el Forschung-Ansult für Psychiatrie. Su primera idea fue renovar su beca en Inglaterra, pero, finalmente, decidió trasladarse a Alemania. Allí colaboró en el laboratorio del profesor Spielmeyer y asistió a las conferencias de Kraepelin, según él mismo relataba en una carta¹⁰⁵, ampliando su formación en la histopatología de enfermedades mentales como la psicosis; y sobre el LCR con Plaut. También se interesó en histopatología y patogenia del idiotismo infantil amaurotótico y fisiología del cuerpo estriado. Un año más tarde, el 8 de marzo de 1923, Miguel Prados escribió una carta desde Múnich renunciando a los dos meses de beca que le quedaban, para aceptar el puesto de director del Sanatorio Psiquiátrico de San José en Málaga.

El 19 de marzo de 1923 se inauguró el Sanatorio Psiquiátrico San José de Málaga y Miguel Prados fue su primer director (Morales, 2012, p. 502). El 24 agosto de 1925, fue nombrado, por la Junta Provincial de la Diputación, profesor supernumerario por oposición del Cuerpo Médico de la Beneficencia¹⁰⁶, percibiendo un sueldo de 3000 pesetas. En principio se encargó de la asistencia de todos los enfer-

103 En Inglaterra, durante los años 20 y 30, la investigación de Mott y su equipo estuvo centrada en la relación entre las glándulas de secreción interna y la enfermedad mental (Evans y Jones, 2012).

104 Expediente JAE Miguel Prados Such, Archivo Residencia de Estudiantes de Madrid (AREM en adelante), Madrid. Carta 21 de julio de 1921.

105 Expediente JAE Miguel Prados Such, AREM. Carta febrero de 1922.

106 ADPM. Ig. 4857.

mos mentales, tanto hombres como mujeres, pero con la llegada de Pedro Ortiz Ramos¹⁰⁷, otro psiquiatra clave en la historia del manicomio, segregaron la asistencia psiquiátrica por sexos: Prados Such se adscribió a la sala 21 para hombres y Ortiz Ramos a la sala 20 para mujeres.

Miguel Prados compatibilizó su trabajo asistencial con una activa participación en la fundación de la Asociación de Neuropsiquiatría y con salidas al extranjero para ampliar sus estudios. En las Actas de la reunión nacional de neuropsiquiatras de 1924 (Barcelona, 29-30 diciembre), a la que acudió Emil Kraepelin como invitado y ponente, quedó reflejado que Prados Such se incorporó a la asociación como vocal¹⁰⁸, aunque no acudió físicamente al encuentro y delegó su voto en Rodríguez Arias. En esa reunión denominada “reunión fundacional”, se decidió la formación de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, así como el lugar de la primera reunión. En abril de 1926 Miguel Prados solicitó un permiso de un mes a la Diputación Provincial de Málaga para ampliar estudios en Italia¹⁰⁹, aunque volvió a Málaga antes de lo previsto¹¹⁰. Posteriormente, en junio de ese mismo año, acudió a la primera Reunión de la Asociación de Neuropsiquiatras en Barcelona (Lázaro, 2000), participando con una intervención titulada “Plan de organización de los trabajos colectivos que puedan presentarse al Congreso de Washington”, de la que eran coautores Rodríguez Lafora y Sanchís Banús¹¹¹, siendo invitado formalmente por Saforcada como presidente y Rodríguez Arias como secretario (Anexo 7).

A su regreso a Málaga tras esta reunión, Miguel Prados entregó una memoria sobre los contenidos de la reunión a la Diputación Provincial, reseñando los aspectos más destacados y de más interés para la corporación de beneficencia en torno a la asistencia a los dementes, fechada el 27 de junio de 1926 (Anexo 8). Es interesante desde la perspectiva de génesis de toda una corriente ideológica de nuevos neuropsiquiatras que tenían la intención de cambiar la asistencia psiquiátrica, ya que los enfermos mentales se encontraban en unas condiciones deplorables, y siendo tratados por personal no cualificado. Bajo el título: “La reunión. Sus orígenes”, Prados denunciaba la situación en la que se encontraban los pacientes y la necesidad de una agrupación de especialistas que pudieran cambiar el desti-

107 Pedro Ortiz Ramos fue nombrado profesor de la clase de terceros del cuerpo Médico de la Beneficencia provincial, con fecha de 17 de febrero de 1927 (ADPM, lg. 4857).

108 ADPM, lg. 718:24. En este sentido, las sociedades han constituido un vehículo de “culturas profesionales” generando discursos concretos, y a su vez, prácticas (Huertas, 2017b, p. 26).

109 ADPM, lg. 796:18.

110 En ocasiones, sus viajes al extranjero estuvieron condicionados por el estado de salud de su hermano Emilio, muy enfermizo desde pequeño, y con frecuentes recaídas.

111 El Congreso Internacional de Higiene Mental se aplazó y tuvieron una nueva oportunidad para presentar el trabajo. Sin embargo, por la falta de acuerdo, en la Reunión de 1927 de la AEN en Madrid, presentaron ponencias separadas. Se publicaron (por separado) en *Archivos de Neurobiología* en 1928. Finalmente, el famoso congreso se celebró en 1930, pero la delegación española estuvo compuesta por Sacristán, Germain y Rodríguez Arias (ninguno de los que habían hecho las ponencias preparatorias) (García-Díaz, 2018).

no de los enfermos:

“Hasta ahora, tan sólo se habían oído en nuestro país las voces aisladas de especialistas, que conscientes de su responsabilidad y conocedores del verdadero estado de las cosas, habían ido señalando el estado arcaico y la dejadez absoluta en que se encontraban los enfermos de la mente. No han faltado campañas hechas tanto en la prensa profesional como en la política. No han faltado tampoco conferencias de divulgación ni aún menos, la gestión privada cerca de los poderes públicos de personas altruistas, pero las cosas no se remediaban ni intentaban remediarse. Las voces aisladas caían en el vacío y el entusiasmo desfallecía hasta desaparecer”¹¹².

Continuaba, en un segundo epígrafe titulado “La reunión. Asistentes y marcha general de la Asamblea”, explicando los asistentes a la misma:

“La situación poco estratégica de Barcelona, ciudad elegida para la primera reunión por ser el domicilio social de la asociación, ha sido el motivo de que hayan faltado representaciones de toda España. No obstante esto y si se tiene en cuenta el poco interés que hasta ahora tienen en España las cuestiones psiquiátricas hay que considerar como un éxito el que enviaran delegaciones las ciudades siguientes: Madrid, Barcelona, Valencia, Zaragoza, Bilbao, Tarragona, Gerona, Palma de Mallorca y Málaga. De todo el resto de España se han recibido adhesiones. Sería demasiado prolijo el enumerarlas. Basta decir que todas las capitales españolas han respondido en este sentido y hagamos notar entre las más entusiastas las de Canarias y Galicia”¹¹³.

Prados señaló con especial interés dos ponencias en su memoria: la relacionada con la constitución de la Liga de Higiene Mental y la referente a la Asistencia de los Alienados. Sobre la Liga Española de Higiene Mental, Prados sostenía:

“Su constitución fue aprobada por aclamación y entusiasmo por todos los asambleístas. Hubiera sido esta la única conclusión práctica de toda la reunión y ya hubiera sido bastante para poder estar satisfechos de la tarea [...] si tenemos en cuenta el extraordinario interés que la Dirección General de Sanidad ha demostrado hasta ahora por la creación de la Liga, es muy posible esperar que las cosas marchen con más rapidez de lo que hasta ahora estamos acostumbrados en materia psiquiátrica. En este sentido sería motivo de orgullo para esa Exma. Corporación el comenzar a trabajar intensamente y sin desmayos en la dirección ya marcada en otra ocasión por el que suscribe con motivo de una Memoria que se le encargó presentase acerca del estado actual de nuestro Manicomio Provincial y en conversa-

112 ADPM, lg. 718:24.

113 Ibídem.

ciones privadas que en diversas ocasiones ha tenido lugar de entablar con distinguidos miembros de la misma”¹¹⁴.

En cuanto a lo que se habló en la reunión en torno a la asistencia a los alienados, Miguel Prados apuntó a la necesidad de sustituir la palabra “manicomio” por “hospital psiquiátrico”. Él consideraba que esta palabra conllevaba implícita la idea de “incurabilidad” y de reclusión, ambas ideas fieles a la realidad de los establecimientos psiquiátricos de la época. Refería en torno a esta cuestión: “Como hay muchas enfermedades mentales curables, hay que luchar por desterrar esta idea del vulgo. Si se logra que los enfermos sean enviados tan pronto se inicien los primeros síntomas de la enfermedad, se tendrá mucho más adelantado en el sentido de la curabilidad”¹¹⁵.

Planteaba también la necesidad de reformar el servicio, para que existiese un servicio “abierto” para los enfermos. Reconocía que algunos dementes podían sufrir reacciones antisociales, pero que “privar a un hombre de su libertad es un sufrimiento que produce sobre el espíritu una serie de reacciones emotivas que hay que evitar a toda costa en el individuo enfermo si hemos de intentar curarle”¹¹⁶. En su escrito, trataba de resumir la necesidad que la Asociación Española de Neuropsiquiatría veía en cambiar la forma de atender a los dementes, tratando de alejarse de las prácticas coercitivas y carcelarias que eran usadas con más frecuencia de lo deseable. En este sentido, Miguel Prados fue muy enérgico en su escrito al puntualizar:

“El que trata con enfermos recluídos observa constantemente, sobretodo en los primeros días de la reclusión, como el enfermo, atormentado por sus ideas delirantes, pregunta al verse internado en una de las clásicas celdas ¿qué delito he cometido para que me traigan a la cárcel? Y en muchos casos la observación clínica se haya dificultada ante la creencia del enfermo de encontrarse ante el que le explora, no de un médico, sino de un juez, lo que ve por otra parte confirmado, al recibir por los brutales enfermeros el trato carcelario y desconsiderado de presidio”¹¹⁷.

Otro de los puntos donde incidía Miguel Prados en su memoria, fue en la crítica hacia la situación legal de los ingresos de los dementes, basada en un proceso burocrático farragoso y lento, y con poca apertura a la hora de tener en cuenta las decisiones de los profesionales y los procesos clínicos de los enfermos. Así, él mismo señaló:

114 Ibídem.
115 Ibídem.
116 Ibídem.
117 Ibídem.

“Mientras el RD de 1885 no se derogue y persista en nuestro país una ley tan absurda y primitiva, dictada para favorecer al sano más que para cuidar al enfermo, la existencia de un servicio abierto, adonde el enfermo pueda ser llevado ‘mientras se le hace su expediente’ será una necesidad de urgencia. Algo ha comprendido ya Barcelona en este sentido, y mantenido por el municipio existe el llamado ‘Asilo del parque’ a donde es llevado provisionalmente todo enfermo mental agudo mientras tanto se les incoa el expediente necesario. Por otra parte, puede suceder y de hecho sucede veces que el enfermo mejora rápidamente o desaparecen sus reacciones antisociales y el enfermo puede ser reintegrado a su familia tras pocas semanas de hospitalización”¹¹⁸.

El documento también sirvió como lugar de denuncia de la situación en la que se encontraba el Manicomio Provincial. Por ejemplo, Miguel Prados destacó que el servicio de baños era insuficiente para poder administrar el tratamiento con hidroterapia a los pacientes: “[...] existen tan sólo tres bañeras y el número de reclusos asciende a más de diez veces de lo que ese número de bañeras puede suministrar. Es necesario que, por lo menos, cada sala tenga un par de baños, a fin de que se puedan utilizar para el aseo de los enfermos además del tratamiento”¹¹⁹.

Otras cuestiones fueron tratadas en la memoria de Prados Such como la necesidad de un laboratorio anatomopatológico en el servicio de psiquiatría, la construcción de una granja agrícola, el número total de pacientes que debían estar a cargo por cada profesor, así como la urgencia en la formación del personal auxiliar (ver Anexo 8).

Durante el tiempo que ejerció como psiquiatra en el Manicomio Provincial de Málaga, se interesó por la asociación entre lepra y psicosis (Prados, 1928) donde estudió en primer lugar el problema de las alteraciones de aspecto neurótico, depresivo o eufórico de los leprosos: llegó a describir el caso de una paciente afectada por una lepra generalizada, que falleció por un cuadro de agitación catatoniforme y contribuyó así a un debate sobre la existencia o no del bacilo leproso en el sistema nervioso central de algunos enfermos. Al año siguiente, publicó un trabajo sobre la pelagra intramanicomial (Prados, 1929) concluyendo que era consecuencia de déficit de aminoácidos y vitaminas. Basándose en datos recogidos de los pacientes de la institución, denunció las deficiencias en alimentación de los enfermos en el psiquiátrico provincial de Málaga. Según Linares Maza, estas publicaciones provocaban “fuerte reacción de desagrado en la Diputación Provincial, pero determinan, al mismo tiempo, que el presupuesto del manicomio se aumente sustancialmente y con ello que se mejore la alimentación de los enfermos

118 Ibídem.

119 Ibídem.

y desaparezca la pelagra, que es lo que el Dr. Prados se proponía” (Linares, 1983, p. 62). Realizó otras investigaciones como “La azotemia en el curso de la malarización terapéutica”¹²⁰ que fue publicada en 1933 y “El cociente hemorraquideo del calcio en la epilepsia esencial” (Valenciano, 1969, p. 456).

Además del trabajo en la institución de la Beneficencia, y de su participación en la Asociación Española de Neuropsiquiatras, contribuyó a la organización de instituciones en Málaga con la colaboración de Antonio Linares Maza: en 1929 se crearon el Instituto Provincial de Psicología Aplicada y la Escuela de Niños Anormales siéndole encargadas las direcciones de ambas instituciones¹²¹. En la IV reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en 1929, en la que desarrolló una ponencia titulada “Sobre el concepto de demencia”, fue nombrado junto a Rodríguez Lafora, Mira, y Rodríguez Arias para representar a la Asociación en la reunión anual de la “Royal Medico- Psychological Association”, a invitación de ésta. En ese mismo año fue a Berna, también como representante de la Asociación, en el Primer Congreso Internacional de Neurología, con Ramón y Cajal, Tello, Rodríguez Lafora, Fernández Sanz y Sacristán (Linares, 1983, p. 62). Trabajó y residió en Málaga hasta enero de 1933, año en el que opositó a la primera cátedra de Psiquiatría de la Universidad Central de Madrid¹²² aunque no consiguió ganarla. Rodríguez Lafora (1969) quien lo apoyó en esa oposición, décadas más tarde dedicaba un artículo a la memoria de Miguel Prados Such en los siguientes términos:

“Posteriormente, con su individualidad propia, se hizo uno de los mejores concedores de la Psicopatología de Jaspers, antes de que ésta fuese traducida del alemán al francés, y lució estos conocimientos en sus excelentes oposiciones a la Cátedra de Psiquiatría de Madrid, primera de las que se fundaron en España; oposiciones que, por dispersión de los votos del tribunal entre varios opositores, quedó desierta” (p.473).

En enero de 1933, Miguel Prados solicitó una excedencia voluntaria en el Manicomio Provincial de Málaga¹²³ para continuar sus investigaciones en el Instituto Ramón y Cajal. Sin duda, sus problemas con la institución malagueña y el personal de asistencia psiquiátrica, que abordaremos más adelante, no fueron ajenos a esta decisión de Prados Such. En el expediente de la Junta de Ampliación

120 Determinó cifras de uremia en malarizados, que podían provocar efectos secundarios como la diarrea, que, en algunos casos, llevaba a la muerte del paciente.

121 Fruto del interés que comenzaba a mostrar en la psicotecnia, publicó junto a Antonio Linares Maza dos trabajos: “Contribución al estudio de los estados paranoides” (1932) y “Psicodiagnóstico de Rorschach y CI en el curso de la parálisis progresiva” (1932).

122 Si bien la primera cátedra de psiquiatría de la Universidad Central se creó el 7 de julio de 1933, quedó desierta hasta pasada la Guerra Civil; entre 1933 y 1936 Mira y López se encargó de la primera cátedra de psiquiatría en la Universidad Autónoma de Barcelona. Por tanto, aunque la primera en creación fue la de Madrid, la primera que se ocupó fue la de Barcelona.

123 ADPM, lg. 4857.

de estudios, Castillejo¹²⁴ remitió esta carta a Miguel Prados en septiembre de 1932 (Anexo 9):

“La razón de escribirle a usted después de hablar con Lafora, que deseaba tener a usted a su lado, es que lo mismo él que yo, comprendemos la gravedad de la resolución de usted, de dejar la posición que ahí tiene y de embarcarse en esta aventura. Y, por tanto, me alegraría que usted, después de haberlo meditado unos meses, me transmitiera su resolución definitiva”¹²⁵.

Miguel Prados no volvería a ejercer como psiquiatra en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Málaga ya que durante la depuración franquista de funcionarios quedó registrado su cese del cargo, con fecha de 30 de noviembre de 1937, mientras se encontraba en excedencia voluntaria¹²⁶.

A los pocos meses de llegar a Madrid, participó junto con Sacristán, en el peritaje psiquiátrico de Aurora Rodríguez, la madre de Hildegart Rodríguez¹²⁷. En 1935 presentó un trabajo relacionado con el Adisson en el II Congreso Internacional de Neurólogos de Londres en 1935¹²⁸.

Con el inicio de la Guerra Civil, su trayectoria como investigador fue paralizada, como la de tantos intelectuales de nuestro país. Según la noticia del ABC del 25 de noviembre de 1936 (Febus, 1936), Miguel Prados Such fue trasladado en autobús el día anterior, junto con un grupo de científicos, escritores e intelectuales, hacia Valencia, escoltados por el ejército republicano¹²⁹. Permaneció en Valencia

124 José Castillejo era catedrático de Derecho Romano, y secretario de la JAE. Gestionaba las ayudas de los estudiantes en el extranjero (Ruiz Berrio, 2000, p. 234). Durante las estancias de Miguel Prados en países europeos, José Castillejo y él mantuvieron correspondencia en torno a la cuestión económica (expediente JAE, Miguel Prados Such, AREM).

125 Expediente JAE Miguel Prados Such, AREM, Madrid. 27a, 27b (septiembre 1932).

126 ADPM, libros de personal, lg. 4857 (Zamora, 2009, p. 26).

127 Aurora Rodríguez, fue la autora confesa del asesinato de su hija, Hildegart Rodríguez, el 9 de junio de 1933. En 1989 Guillermo Rendueles Olmedo publicó un libro titulado *El manuscrito encontrado en Ciempozuelos*, donde se recoge el informe elaborado por ambos psiquiatras de la época. Tras una rica exploración, el uso del Rorschach, y un estudio minucioso sobre los antecedentes familiares, ambos profesionales concluyeron que Aurora Rodríguez padecía un estado paranoide. En contraposición, Vallejo y Piga elaboraron otro informe que apuntaba a la responsabilidad de Aurora y la ausencia de enfermedad mental alguna. El proceso judicial dictaminó la imputabilidad de Aurora, sin tener en cuenta el informe realizado por Prados y Sacristán, por lo que ingresó en prisión. Años más tarde, ingresó en el manicomio de Ciempozuelos (Rendueles, 1989).

128 A propósito de un caso clínico de una paciente ingresada en el Hospital Provincial de Madrid Rodríguez Lafora planteó un correlato histológico y clínico muy interesante donde diferenció los síntomas mentales del curso con los del periodo final. Así, describía como los síntomas del curso, podían ser variados como retraimiento, tendencia a la soledad, y en el periodo final, describía sobretodo síndromes de reacción exógena, llegando incluso a un delirio paranoide de matiz parafrénico. También aportó datos sobre las alteraciones en el encéfalo en pacientes con supresión adrenal (Valenciano, 1969, p. 458-459).

129 Su investigación sobre otras psicosis producidas por enfermedades somáticas, como en “Lesiones cerebrales en la enfermedad de Addison” fue publicado en la revista *Archivos de Neuro-*

y luego estuvo en Barcelona donde ocupó una plaza como profesor de histología en la Universidad de esta ciudad. Finalmente, debido a sus principios democráticos, abandonó el país, llegando a Francia. Allí, fue separado de las mujeres de su familia y permanecieron en un campo de refugiados francés hasta que pudieron reunirse en París (Paloma Araoz Prados, comunicación personal, septiembre 2018). Posteriormente, viajó a Canadá para retomar su carrera e ingresó como Carnegie fellow en el Instituto Neurológico de Montreal en 1942, donde publicó interesantes estudios sobre edema cerebral y su relación con el ambiente hormonal. Un año antes, en marzo de 1941, escribió una carta a su hermano Emilio¹³⁰ donde le comunicaba la posibilidad de comenzar a trabajar como profesor de psiquiatría en la Universidad de McGill:

“Bueno Emilillo: ya sabes. Anímate y no te dejes llevar por las circunstancias. Las “Circunstancias” ya lo dice la palabra, son “accidentes” situaciones pasajeras, transitorias. Tu situación de ahora no es permanente. De ellas saldrás, pero tienes que desprenderte de pesimismo y lanzarte a la acción. En los momentos de mayor apuros míos, son en los que yo he encontrado el mejor acicate para seguir adelante. Y para el porvenir, no te preocupes. Verás como se arregla todo, mucho mejor de lo que te supones. Dentro de poco tiempo yo tendré aquí ya una posición segura y permanente. Creo que no ha de tardar mucho en que empiece a recoger el fruto de mi trabajo tenaz. He tenido hace unos días una conversación con el Decano de la Facultad de Medicina de McGill y cuentan conmigo para la reorganización de la Clínica y la enseñanza de la Psiquiatría en la Universidad. Esto me supondrá una situación segura, no la inestable y precaria que tengo ahora. Y entonces ya verás como todo cambia. No te apures. Trabaja, trabaja. Trata de salir como sea de la situación presente”¹³¹.

En 1944, formó parte de la plantilla del Allan Memorial Institute como profesor asistente, y posteriormente como profesor asociado. Aquí desarrolló su interés por las terapias grupales, centrado fundamentalmente en el estudio del psicoanálisis¹³². En 1944 fundó el Club de Psicoanálisis en Montreal, que, bajo el

biología durante la Guerra Civil en la zona de levante, pero no llegó a ser muy distribuido (Valenciano, 1969, p. 459).

130 Tras la salida de España, Emilio se exilió a Méjico, desde donde mantuvieron correspondencia ambos hermanos. En los contenidos de las cartas, se explicitaba la difícil situación económica de Emilio. Miguel solía intentar aportar soluciones, usando contactos de conocidos en Méjico para ayudarlo. También le enviaba dinero y enseres que podía necesitar.

131 Fondo Emilio Prados, AREM. Carta de Miguel Prados desde Montreal a su hermano, marzo 1941 (2a, 2b). Sólo un mes más tarde, en abril de 1941, Miguel Prados remitió otra carta a su hermano, trabajando ya en el departamento de neurología y neurocirugía de la Universidad de McGill (Anexo 10). Para profundizar en su papel en el desarrollo de este departamento ver Cleghorn (1984).

132 Durante la década de los años 40, comenzó a publicar artículos sobre arte, la relación entre el cine y la psicoterapia, y fundamentalmente, sobre psicoanálisis. Su obra póstuma, en torno a la figura de Vicent Van Gogh, donde abordaba la infancia y adolescencia del artista desde una pers-

liderazgo de William Clifford Scott, pasó a ser la Asociación Psicoanalítica Canadiense (Allodi, 2012).

Tras su muerte, en 1969, R. A. Cleghorn publicó un obituario en el que relata que Miguel Prados Such participó como ponente en el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría en 1950 que tuvo lugar en París llegando a ser considerado no solo por su bagaje profesional sino por ser el psicoanalista más renombrado de Canadá. Gracias a sus esfuerzos, finalmente creó en 1953 la Asociación Psicoanalítica Canadiense que posteriormente se convertiría en el Instituto Psicoanalítico de Montreal. También fue experto de la OMS, realizando trabajos en Cuba, Uruguay y Bélgica. En Montreal fue profesor de Psicología en la Universidad de Notre Dame. Se jubiló de su puesto como profesor en la Universidad McGill en 1957, pero continuó su práctica durante muchos años, incluso en las largas temporadas que pasaba en Madrid. Cuando comenzó con la enfermedad, volvió a Montreal para ser tratado por sus médicos, donde falleció el 17 de enero de 1969 (Cleghorn, 1969).

Prados Such contribuyó con una vasta producción científica en el campo de la psiquiatría desde sus primeras investigaciones en el laboratorio hasta el interés que mostró en el desarrollo del psicoanálisis tras exiliarse a Canadá. Según Valenciano Gayá (1969):

“Prados es sin lugar a duda uno de los más destacados constructores de nuestra psiquiatría. Cuando ésta deja de estar constituida por una serie de egregias personalidades aisladas en Madrid y Barcelona y otras provincias, y se forman los primeros grupos o escuelas, Prados es uno de los eslabones fundamentales de la cadena que ha de engarzar sucesivas generaciones” (p. 453).

3.3.3. Entre la Beneficencia y la asistencia privada: Pedro Ortiz Ramos.

Pedro Ortiz Ramos nació en Alhama de Granada el 8 de Julio de 1903, en el seno de una familia burguesa y liberal¹³³. Estudió medicina en la Universidad de Granada obteniendo la licenciatura en 1926. El 18 de febrero de 1927 fue nombrado profesor de la clase de terceros del cuerpo médico de la Beneficencia Provincial con destino a la atención de dementes del Hospital Provincial de Málaga, del que Miguel Prados Such era entonces director; ambos psiquiatras trabajaron conjuntamente en la institución entre 1928 y 1933¹³⁴. Además de su trabajo en

pectiva psicoanalítica, fue publicada en 1967 (Linares, 1983, p. 64).

133 El padre, trabajaba como Secretario General del Ayuntamiento de Alhama de Granada. Posteriormente, tras su jubilación y durante la Segunda República, desempeñó el cargo de delegado del Gobierno en Ceuta en 1933 (Pérez Ortiz, 2010, p. 51).

134 La primera vivienda que ocupó Pedro Ortiz en Málaga pertenecía a Miguel Prados Such (María Jesús Pérez Ortiz, comunicación personal, abril 2017).

el Hospital Provincial tuvo un gran interés en la vida científica y cultural de la ciudad, ocupando cargos importantes en diferentes instituciones. Desde 1928 formó parte del Ateneo de las Ciencias Médicas¹³⁵ de Málaga y fue elegido presidente en 1934, tras ocupar distintos puestos como secretario y bibliotecario.

Fue representante de la institución provincial en las asambleas que la Liga de Higiene Mental celebró en Zaragoza¹³⁶ y Granada, ambas en 1930. En la reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras de 1930¹³⁷ de Zaragoza conoció a Egas Moniz, lo que le permitió viajar a Lisboa a finales de 1935, concretamente al Hospital de Santa Marta, donde acudió a diversas conferencias y tuvo la oportunidad de conocer a otros psiquiatras interesados en la encefalografía cerebral y la lobotomía (Pérez Ortiz, 2010). El 10 de agosto de 1931 fue nombrado adscrito al departamento de alienados del Hospital Provincial en la sala de mujeres¹³⁸. Durante el periodo republicano de la Guerra Civil en Málaga, Pedro Ortiz, como otros tantos médicos del Hospital Provincial, se trasladó a vivir a las instalaciones del hospital, continuando así su trabajo hasta que, en marzo de 1937, pidió licencia temporal y marchó al frente como alférez del bando franquista; allí fue herido y tuvo que ser dado de baja por este motivo (Pérez Ortiz, 2010, p.139). Sin embargo, la dictadura franquista le abrió expediente de depuración, con el resultado de sanción de dos años sin empleo ni sueldo, que fue recurrido por él en marzo de 1938. Ortiz reconoció que perteneció a la Agrupación al Servicio de la República. Pero su indefinición política provocó que, entre las declaraciones recogidas para su expediente, algunos trabajadores del hospital lo asociasen al bando republicano y otros al bando nacional. En el mismo escrito donde él trató de defender su adhesión al régimen franquista, con fecha de marzo de 1937, señalaba:

“Varios refugiados derechistas de pueblos estuvieron en calidad de supuestos locos, en el Manicomio Provincial, ellos, a la entrada de nuestro glorioso ejército, me abrazaron con efusión. Sus nombres constan en mi archivo y están a la disposición de usted”¹³⁹.

Finalmente fue restituido en su cargo el 25 de octubre de 1938, aunque suspendido de sueldo por dos años (Zamora, 2009, p.28). En 1941, estuvo pensionado en la Nervem Clinic de Múnich, donde recibió formación sobre el coma

135 La sesión inaugural del citado Ateneo en 1931 corrió a cargo de Roberto Novoa Santos.

136 ADPM, lg. 774:30.

137 Egas Moniz fue nombrado miembro extranjero de la asociación en 1929 y al año siguiente, invitado a la quinta reunión de la asociación. Realizó una conferencia sobre encefalografía cerebral, técnica con la que consiguió en 1949 el Premio Nobel (Lázaro, 2000, p. 427).

138 Pedro Ortiz mostró interés sobre el tratamiento de la locura en mujeres antes de su ingreso en el Hospital Provincial de la beneficencia, y antes de hacerse cargo de la sala 20. De hecho, en su archivo personal se hallaba un artículo publicado por Sacristán (1929) sobre el diagnóstico diferencial entre la psicosis maniaco-depresiva y la esquizofrenia en el sanatorio de Ciempozuelos en el que todos los casos clínicos son de mujeres.

139 ADPM. Expediente de depuración franquista Pedro Ortiz Ramos, lg. 9286:1,9.

insulínico; y en 1945 asistió al Instituto Julio Matos donde, junto al profesor Barahona Fernandes, estudió especialmente los resultados de la leucotomía (Pérez Ortiz, 2010, p.115)¹⁴⁰. Sin embargo, Ortiz también manejaba otros supuestos, pues en el Congreso Mundial de Psiquiatría de París de 1950 expuso un trabajo sobre la psicoterapia psicoanalítica (Anexo 11) (Jordà, Rey y Angosto, 2007; Miguelez, Piñero, Louzao y Angosto, 2016). Las referencias a tratamientos psicoterapéuticos en las historias clínicas de mujeres de la Beneficencia son escasas. Posiblemente, ese tipo de terapéuticas las destinara a sus pacientes privados y tanto la malarioterapia en los años 30 como el coma insulínico y el electrochoque fueron los tratamientos de elección para las pacientes pobres ingresadas en la Beneficencia durante las décadas de los años 30 y 40 (García, López y Gutiérrez, 2013). Ya a mediados de los años 50, ingresó en la Real Academia de Medicina de Granada, y en su discurso titulado “Reflexiones sobre la leucotomía” (Anexo 12), quedó clara su oposición a la realización de éstas técnicas, por las graves secuelas en la personalidad que ocasionaban a los pacientes (Pérez Ortiz, 2010, pp.183-205).



Fig. 10. Foto memoria Hospital San José 25 aniversario, 1948 (BMM 24/8).

Su actividad asistencial no sólo se limitó al ámbito de la beneficencia en el Manicomio Provincial de Málaga. Casi desde el inicio, compatibilizó esta ocupación con su consulta privada y la posterior inauguración en junio de 1939 de la Clínica de Reposo Los Ángeles (Pérez Ortiz, 2010, p. 148) (Fig. 11 y 12). La Clínica estuvo planteada desde el principio como un espacio terapéutico privado de élite, sólo para mujeres, que además estuvieran aquejadas de patologías muy concretas, no pudiendo ingresar las mujeres con trastornos mentales ya que podían hacer empeorar a las ingresadas:

140 En la biografía escrita por su sobrina destaca otros centros visitados como clínicas psiquiátricas en Freiburg, Guttingan, Colonia y múltiples clínicas universitarias en Suiza, Francia, Italia, E.E.U.U. y Japón, si bien no se ha localizado en el archivo documentación que acredite estos permisos.

“En la clínica reposo se asisten enfermedades nerviosas no complicadas con alteraciones mentales, a saber: psiconeurosis, neurosis vegetativas, Neurastenia, Surmenage, endocrinopatías asociadas con síntomas nerviosos (especialmente destacan por su frecuencia las alteraciones de la pubertad y de la menopausia), convalecencias, intoxicaciones, morfinomanías y otras toxicomanías, ciertas formas de Parálisis General, enfermedades neurológicas.... (...) Como las enfermas nerviosas están dotadas en general de una extraordinaria sensibilidad y se empeoran, retrasándose su curación, cuando conviven con enfermas mentales, que con frecuencia presentan una conducta desordenada y ruidosa acompañada de intensas alteraciones del carácter, por ésta razón, LA CLÍNICA REPOSO NO ADMITE ENFERMAS MENTALES”¹⁴¹.

Pedro Ortiz Ramos contó con la colaboración de Galvez Ginachero¹⁴², un ginecólogo de gran prestigio en Málaga, argumentando que: “Dada la frecuente asociación de las ginecopatías en las afecciones nerviosas, la clínica cuenta con la colaboración del sabio ginecólogo Dr. Galvez Ginachero. LA CLÍNICA SE DESTINA SÓLO A SEÑORAS Y SEÑORITAS”¹⁴³.

Pedro Ortiz Ramos fue el director y único psiquiatra de la Casa Reposo, y las monjas de la orden del Sagrado Corazón fueron las encargadas de la asistencia de cuidados de estas mujeres, desarrollando labores de enfermería y auxiliares. Pedro Ortiz Ramos mantenía una muy buena relación con Vallejo Nágera, cuando éste era el director de la Clínica de Ciempozuelos. A finales de 1939, a penas unos meses después de inaugurar la Clínica Reposo Los Ángeles, Pedro Ortiz Ramos se desplazó a Madrid para visitar a Vallejo Nágera, y hablar con la Superiora General de la congregación de las Hermanas Hospitalarias, quien, en noviembre de 1939, le remitió la siguiente carta a Pedro Ortiz Ramos:

“Muy respetable y apreciado Doctor: por su cartita del 12 del actual veo el poco movimiento que hay todavía en la bella “Clínica de Reposo” y la preocupación de usted que considero muy natural y con el mayor gusto por complacer a Ud. voy a darle mi pobre parecer, basado en lo que ocurre en nuestros Establecimientos.

Debido a las pérdidas que las familias pudientes han sufrido en sus fortu-

141 Folleto publicitario de la Casa Reposo Los Ángeles, septiembre 1939. AUG. Fondo Pedro Ortiz Ramos, ORT01/002; OR 10 110 (las mayúsculas son del texto original).

142 Gálvez Ginachero fue también una figura destacada en la vida política de Málaga. Oriundo de la Rioja, su padre, José Ginachero, llegó a Málaga como otras tantas familias burguesas españolas. Además de su trabajo como ginecólogo, director del Hospital Civil y fundador de la primera escuela de enfermería de Málaga, ocupó la alcaldía de la ciudad durante la dictadura de Primo de Rivera (González Castillejo, 2002, p. 496).

143 Folleto publicitario de la Casa Reposo Los Ángeles, septiembre 1939. AUG. Fondo Pedro Ortiz Ramos, ORT01/002 OR 10 110 (las mayúsculas son del texto original).

nas, se han dado casos, y se presentan todavía el poner, a personas que estaban pensionadas en primera clase en tercera, y muchas en la de pobres, porque no les da otra solución sus mermadas bolsas.

Pues bien, por ahí ocurrirá lo propio que por aquí, y me parece que, por ahora, rebajando algo las pensiones tendrían más facilidades los familiares de las enfermas y después, cuando los ingresos sean en número suficiente y éstos no falten, podría Ud. nuevamente ir poniendo los precios que le conviniera. Esto es lo que me parece más acertado, para ver la manera de que adquiriera nombre esa hermosísima Clínica, cuyo desarrollo todo lo merece y que tan interesadas estamos nosotras en ello.

Me alegro que encuentre Ud de su gusto a la Madre Piora que nuevamente le hemos señalado, y Dios haga que, con su experiencia, lleve adelante sus proyectos.

Cariñosos recuerdos para sus familiares sobre todo M^a Angustias y usted, mi buen doctor, ya sabe que puede contar con el interés y sincero afecto de esta pobre religiosa que se reitera una vez s.s. en Jesucristo.

La Superiora General, Sor Silvestra Ros"¹⁴⁴

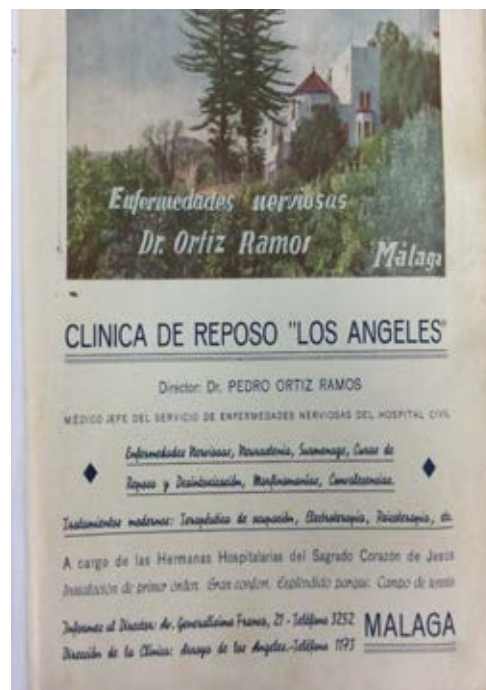


Fig. 11. Folleto publicitario de la Clínica Reposo Los Ángeles (Fondo Pedro Ortiz Ramos, AUG, ORT01/002).

144 Carta transcrita en la biografía de Pedro Ortiz Ramos (Pérez Ortiz, 2010, pp. 153-154).

Esta institución privada estaba planteada desde las bases del ambientalismo, en las ventajas que el clima de Málaga podía aportar a la recuperación de las alteraciones nerviosas de las señoras y señoritas que ingresaban. En este sentido, en el folleto publicitario de la Casa Reposo, se planteaba:

“Conociendo la inmensa fuerza curativa que un ambiente adecuado tiene sobre determinados trastornos del espíritu se comprende perfectamente que las sensaciones de paz se irán infiltrando en las almas delicadas a las que los sufrimientos morales han colocado en trance de enfermedad”¹⁴⁵.

En la publicidad, no sólo se señalaba el clima como factor curativo de las enfermedades nerviosas en las mujeres, sino que aseguraba que en su institución: “Todo respira paz y tranquilidad en aquel lugar de ensueño en donde lo que puede conturbar y estremecer el espíritu está rigurosamente eliminado y solo se perciben sensaciones de bienestar y calma”¹⁴⁶.

También se señalaba en la publicidad las instalaciones de la casa reposo, asegurando que se trataba de un edificio “higiénico y bello”, con “abundante agua potable de los manantiales de Torremolinos”¹⁴⁷, con calefacción central, teléfonos supletorios, y que las habitaciones gozaban de una orientación “con vistas magníficas”. Igualmente, contaban con capilla y oratorio, un “elegante hall”, el despacho del director, sala de tratamiento, varios cuartos de baño, “una lujosa sala de estar y de visitas”, comedor y biblioteca¹⁴⁸.



145 Folleto publicitario de la Clínica Reposo Los Ángeles. AUG.Fondo Pedro Ortiz Ramos, ORT01/002.

146 Ibídem.

147 Ibídem.

148 Ibídem.



Fig.12 Fotografías de las habitaciones, baños y sala de tratamiento de la Casa Reposo
(Fondo Pedro Ortiz Ramos, AUG, ORT01/002).

El folleto publicitario describía los tratamientos con los que contaban en la Casa Reposo, incidiendo en la importancia de la psicoterapia:

“El tratamiento de las enfermas asistidas en la Clínica está condicionado a la calidad de sus alteraciones nerviosas. Además del ambiente favorable, cuyos beneficiosos estímulos ya se han mencionado, la psicoterapia, que en un ambiente adecuado constituye el arma más poderosa en la corrección de los trastornos psiconeuróticos, la electroterapia, la balneación, la terapéutica de ocupación (ergoterapia y ludoterapia)”¹⁴⁹.

Por último, se reflejaba también la existencia de medidas dietéticas para las mujeres que padecieran trastornos endocrinos.

Además de trabajar en el Manicomio Provincial, su consulta privada y la Casa Reposo Los Ángeles, durante la década de los 50 y parte de los 60, desarrolló labores asistenciales en Gibraltar¹⁵⁰. Compatibilizó sus años de intensa actividad clínica con la publicación de numerosos trabajos tanto en revistas locales como de ámbito nacional. En 1965 fue nombrado presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría. En 1974 se jubiló como director del Manicomio Provincial (Pérez Ortiz, 2010, p. 441), pero continuó su trabajo como director de la Casa Reposo Los Ángeles. Su final fue trágico: el 26 de mayo de 1977, se suicidó en su domicilio de un disparo.

3.3.4. Los últimos años de la década de los 40 en la institución: Antonio Linares Maza.

Linares Maza nació en Granada en 1908, cursando los estudios de medicina en la misma ciudad. Terminó su licenciatura en mayo de 1929, cuando tenía 19

149 Ibídem.

150 AUG, Fondo Pedro Ortiz Ramos, ORT05/002, OR A 150.

años¹⁵¹. Frecuentó los círculos artísticos granadinos por lo que conoció a Federico García Lorca. Durante sus años de formación, gracias a su facilidad para los idiomas y su inclinación hacia la psicología¹⁵², comenzó a interesarse por el ejercicio de la neuropsiquiatría.



Fig. 13. Fotografía tomada de la Memoria del Hospital San José 25 aniversario (BMM, 24/8).

En septiembre de 1929 ingresó como médico Residente en el Sanatorio Psiquiátrico San José. Colaboró estrechamente con Miguel Prados Such tanto en la Oficina-Laboratorio de Orientación y Selección de Personal, bajo el estatuto de formación profesional de 1928 como en la Escuela Especial para Niños Anormales, por lo que se dedicó a la clínica e investigación de la psicología infantil. Desde 1929 hasta 1932 inició sus investigaciones usando el test de Rorschach, la escala de Terman, selección española para niños superdotados, Id. No verbal de Buyse (adaptación de Germain y Rodrigo), Pruebas espaciales de Donnaieswsky y de Thurstone-Jones y la 5 de Rupp (Bandrés y Llavona, 1995, p. 34). Durante esta época en Málaga, Antonio Linares Maza frecuentaba el Café Inglés, como lugar de tertulia que compartía con literatos e intelectuales (Arcas y Sanjuán, 2016).

La relación entre Miguel Prados y Antonio Linares fue muy estrecha durante sus años de formación¹⁵³, llegando a publicar juntos dos trabajos donde el psicodiagnóstico de Rorschach fue fundamental (Prados y Linares, 1932a; Prados y Linares, 1932b). En 1932 estuvo becado por la JAE durante un año en Alemania (González Cajal, 1989, p. 106). El interés que tenía sobre la psicometría le llevó a crear su propio test "Test colectivo económico", pensado para las escuelas; tam-

151 Expediente académico de Antonio Linares Maza, natural de Granada. (AUG I 143, Principal caja 02921/008).

152 Aún como estudiante se interesó por la obra de Wundt, Freud, y la psicología fisiológica de Ziehen, y especialmente por el artículo de Mira sobre el psicodiagnóstico de Rorschach (Mira, 1925).

153 Antonio Linares fue el encargado de pasar los 50 test de Rorschach en la cárcel que servirían como material a Miguel Prados para su tesis doctoral sobre psicobiología de la delincuencia juvenil, que leyó en 1934 (Bandrés y Llavona, 1995, p. 34).

bién adaptó otras escalas como la serie Alfa de los “Army mental test”, preocupado por la selección profesional en el ejército.

Al finalizar su formación, ingresó en la Academia de Sanidad Militar. En 1934 se casó y se fue destinado al Sáhara español y territorio del Ifni hasta 1939, por lo que no volvió a la península para participar en la Guerra Civil. Durante su estancia allí, aplicó el psicodiagnóstico de Rorschach a la población saharawi, estudiando elementos de antropología, antropometría y psicología étnica. El trabajo de campo desarrollado durante estos años, le sirvió como material para elaborar su tesis doctoral, presentada en la Universidad de Madrid en 1946 (Bandrés y Llavona, 1995, p. 35).

Al finalizar la guerra, en 1940, fue destinado de nuevo a Málaga y ocupó el cargo de director de la Clínica Psiquiátrica Militar Regional. Durante el invierno de 1942 se alistó a la División Azul, por lo que luchó en Leningrado alineado con el ejército alemán¹⁵⁴. Fue gravemente herido, lo que posibilitó su vuelta a Málaga en el mismo año. En 1942 obtuvo la plaza por oposición de psiquiatra en el Hospital Provincial, del que llegaría a ser director cuando se jubiló Pedro Ortiz Ramos en 1974. Durante las décadas de los años 50 y 60 compatibilizó su consulta privada en Málaga con su interés en la psiquiatría legal. Además, ocupó el cargo de dirección también en la Oficina-laboratorio de Orientación y Selección de Personal. Más tarde pasó a denominarse Instituto de Psicología Aplicada y Psicotecnia¹⁵⁵ (Bandrés y Llavona, 1995, p. 35). Falleció en el año 2000.

3.4. Tensiones y asimilaciones en el Manicomio Provincial durante la Segunda República: el fracaso de una utopía asistencial.

El 26 de enero de 1932 fue recibida en la Diputación de Málaga una circular desde el Consejo Superior Psiquiátrico con directrices para la organización de los manicomios Provinciales, de hecho, se recibió un ejemplar de la obra de Gonzalo Rodríguez Lafora titulado “Lo que debe ser un Manicomio Provincial”, editado en 1931, basado en la conferencia que dio el psiquiatra madrileño en la Sociedad de Amigos del País en Málaga (Rodríguez Lafora, 1931). El autor mostraba el aumento en el número de dementes en nuestro país, así como los escasos recursos de los que se disponía para su tratamiento, alertando sobre las consecuencias nefastas para la sociedad si no se trataba a los dementes¹⁵⁶. Con esta idea intentaba justi-

154 Al parecer, según la entrevista a su hijo, Juan Luis Linares, recibió la visita en su casa de Málaga de un alto cargo del ejército franquista, que le “sugirió” alistarse en la División Azul (Juan Luis Linares, comunicación personal, 20 de septiembre 2018).

155 En 1982, cuando cesó su actividad en el Instituto de Psicología Aplicada por jubilación, el centro se cerró.

156 “España tiene, pues, obligación de atender prontamente esta necesidad, con lo que se evitarían infinitos delitos, suicidios y crímenes brutales, que a diario leemos en los periódicos como realizados por locos” (Rodríguez Lafora, 1931, p. 301).

ficar entonces la necesidad inmediata de la creación de asilos para el tratamiento de estos pacientes, basándose en el criterio de peligrosidad¹⁵⁷. La organización de estos servicios que se proponía constaba de un centro de tratamiento urbano para los pacientes agudos; y otro instalado en el campo, como “asilo-colonia” para los dementes cronificados que llevasen un año de tratamiento. Además, en cuanto al emplazamiento y diseño se explicaba que debía haber una estructura funcional, pero alejada de lo que pueda recordar a un cuartel (Rodríguez Lafora, 1931, p. 299). En cuanto a la distribución de los pacientes dentro de la institución se exponía en la misma obra (Rodríguez Lafora, 1931):

“Los pabellones para enfermos deben clasificarse según las siguientes categorías: pabellón para enfermos que se comportan socialmente, con mejor mobiliario y ornamentación; pabellón para enfermos tranquilos que requieren vigilancia; pabellón para enfermos difíciles insociables; pabellón para enfermos imposibilitados y finales y servicio abierto para enfermos tranquilos en libertad o por ingreso voluntario” (p. 301).

En este sentido, Pedro Ortiz Ramos, en la memoria que detalló para la Diputación en octubre de 1934, hacía referencia a que el pabellón de hombres tenía una sobrecarga de pacientes (100 más de su capacidad), por lo que estaban hacinados, y esperando crear un pabellón de sucios en el lugar de la leprosería, ya que los pacientes de lepra serían trasladados a la Leprosería Nacional de Fontilles.

Por otro lado, el debate en torno a la escasa formación del personal subalterno estuvo presente, desde el inicio, en las reuniones de la generación de los psiquiatras de los *Archivos de Neurobiología*, señalándose la necesidad de instruirlo con objeto de facilitar que el manicomio dejara de funcionar como un régimen carcelario. Rodríguez Lafora criticaba la escasa formación de los enfermeros, que solían ser designados por una junta ajena al desarrollo de esta especialidad clínica, y señalaba lo inútil que resultaba querer mejorar la asistencia sin la formación de este personal. A este nivel se propugnó una idea generizada en el cuidado de los enfermos, restringiéndose la actuación de los enfermeros hombres a las situaciones de peligro con pacientes agitados, y poniéndose de manifiesto una preferencia por las enfermeras, “pues su actuación es siempre más delicada y cuidadosa” (Rodríguez Lafora, 1931, p.310).

En este sentido, estas ideas reformistas que compartía Prados Such, chocaron con un personal dentro de las salas del manicomio muy complejo, compuesto

157 Durante el primer tercio del siglo XX, la idea de la peligrosidad de los enfermos mentales estuvo muy relacionada con el interés de los psiquiatras en llevar a cabo tareas higienistas en la sociedad (Campos Marín, 1997a; Campos, 2013; Campos, 2016, p. 113). Durante la Restauración los peritajes psiquiátricos también influyeron en la conformación del sujeto peligroso o criminal (Campos Marín, 2003).

por un lado por monjas que ejercían cuidados morales y se ocupaban de valorar la religiosidad de las pacientes; y por otro, hombres que funcionaban como enfermeros sin formación, que ejercían medidas coercitivas y represivas. Dos de estos enfermeros denunciaron determinados hechos que hacen referencia a una lucha hegemónica entre la psiquiatría decimonónica y la intención reformista de los nuevos neuropsiquiatras¹⁵⁸. En diciembre de 1932 la Diputación Provincial abrió el expediente titulado "Averiguación de las causas y depuración de las responsabilidades por obras que se han venido haciendo sin permiso de la Corporación en la sección de dementes varones del Hospital Civil Provincial"¹⁵⁹. Se enviaron varios visitantes de la corporación, para analizar lo ocurrido, y notificaron que las obras habían consistido en la demolición de varios tabiques de las celdas de aislamiento, la eliminación del revestimiento de cuero de las paredes y de varias puertas. Según consta en el expediente, estas obras fueron acometidas por Juan López de Gamarra¹⁶⁰, un alumno en prácticas que no estaba contratado por la Diputación pero que estaba siendo instruido por Prados Such¹⁶¹, sin recibir retribución económica alguna. Ambos fueron acusados de ser los responsables de la fuga de varios pacientes durante estas obras. Prados Such respondió a estas acusaciones en una declaración de seis páginas manuscritas. En ella reconocía que, efectivamente, puso al frente de los enfermeros a este práctico, aludiendo a la falta de formación de los antiguos trabajadores y a la falta de personal:

"En virtud de esta consideración y pensando única y exclusivamente en la mejora y humanización de la asistencia a los enfermos recluidos en el servicio psiquiátrico de hombres y teniendo en cuenta la falta absoluta de conocimientos y cultura que el actual personal de sirvientes de dicho servicio, así como su número francamente inferior en relación al excesivo número de

158 Fernando Ávila Urbano, enfermero mayor de la sala, describía así la situación en el expediente: "Que los enfermeros obedecen las órdenes de Juan Gamarra por haber recibido indicaciones en tal sentido del Dr. Prados Such, director del departamento. Que este individuo, Juan Gamarra, a pesar de no ser enfermero fijo, si no practicante de enfermero colocado allí por el Dr. Prados, viene ejerciendo sobre los enfermeros antiguos y fijos una especie de jefatura, a su juicio, injusta" (ADPM, lg. 774:36, p. 3). El otro enfermero, Fernando Urbano Moreno, apoyaba la declaración del enfermero mayor.

159 ADPM. lg. 774:36, pp. 3-4.

160 Juan López de Gamarra fue un practicante, natural de Antequera, muy posicionado a nivel político, y con una militancia clara a favor de la república, que compaginó con su trabajo en el Manicomio Provincial, de la mano de Prados Such. Gracias al contacto con una de sus nietas, he podido completar su historia. Cuando las fuerzas nacionales tomaron Málaga, él y su mujer huyeron por la carretera de Almería, en la llamada "desbandá" en febrero de 1937. La familia se separó, las hijas consiguieron llegar a Valencia, y los padres fueron conducidos de nuevo a Málaga, tras ser interceptados durante el camino (María José Barreiro López de Gamarra, comunicación personal, 7 de junio de 2018). Él estuvo encarcelado en un buque atracado en el puerto de Málaga, y finalmente fue condenado a muerte el 16 de marzo de 1937 (Anexo 13).

161 Según la Orden del ministerio de Gobernación del 11 de mayo de 1932 los establecimientos psiquiátricos podían recibir alumnos aspirantes al diploma de enfermeros psiquiátricos, para adquirir formación teórica y práctica en el tratamiento de los pacientes ingresados. Prados Such también señaló la necesidad de realizar unos exámenes al personal antiguo del manicomio, pero estos se negaron a someterse a dichas pruebas (ADPM, lg. 774:36, pp. 9-10).

enfermos, hizo el declarante una distribución de servicios, en los que, con la mayor justicia posible, procuró compaginar los derechos de los enfermos con los derechos de los antiguos sirvientes del servicio y las aspiraciones tanto de los futuros alumnos diplomados como la persona del declarante en mejorar dicha asistencia creyendo hacer al mismo tiempo un beneficio a la Excm. Diputación Provincial al duplicar el número de asistentes sin aumentar el gasto para dicha Corporación”¹⁶².

Posteriormente, declaró que realizó tales obras en beneficio de los enfermos, que no tenían espacio alguno para poder dormir y tenían que hacerlo a la intemperie en pleno invierno. Por ello, se acordó verbalmente iniciar estas obras, que pretendían crear un espacio donde poder proteger a unos 40 enfermos, al menos, del frío y la lluvia. Cuando se le preguntó sobre la situación de por qué fue eliminado el enguatado de la habitación de agitados, Prados Such argumentó que estaba en muy malas condiciones, que producía un olor nauseabundo, ya que no había sido limpiado nunca. También señalaba que bajo la piel del enguatado los enfermeros actuales escondían instrumentos de tortura, que él mismo había prohibido, pero seguían siendo usados a sus espaldas.

Explicaba en la declaración que la lona que sobró del enguatado se reutilizó para hacer colchones a los pacientes, que se quitaron las puertas y los bastidores de unos cuartos de baño para los pacientes que siempre estaban cerrados porque los enfermeros tenían las llaves escondidas y los dedicaban a su uso personal. Todas estas actuaciones, aunque reconoció que las hizo sin solicitar permiso alguno a la corporación, las llevó a cabo con la única intención de mejorar la calidad de la estancia de los pacientes en el hospital. Además, hacía referencia a malos tratos a los pacientes por parte del personal, que no había podido demostrar de forma objetiva por la escasa colaboración de los subalternos¹⁶³.

El día 2 de diciembre de 1932 los aspirantes a auxiliares de psiquiatría redactaron una carta al periódico republicano *Amanecer* donde denunciaban la situación del manicomio (Anexo 14). El artículo sacaba a la luz los problemas entre los antiguos trabajadores del manicomio y los nuevos, denunciando toda clase de abusos, como el robo de comida a los pacientes, que se usaba para “alimentar a unos cerdos propiedad de un determinado enfermero y que el pan se vendiera a personas extrañas para lucrarse con el dinero”¹⁶⁴. También se hacía alusión a la desaparición de las celdas de castigo “donde morían de sed y hambre seres irresponsables de cualquier hecho que su propia demencia les impulsaban a cometer,

162 ADPM, lg. 774:36, p. 10

163 ADPM, lg. 774:36, p. 13.

164 “¿Qué pasa en el manicomio? Las mejoras de trata a los enfermos, ordenadas por la superioridad y puestas en práctica por el Dr. Prados, ¿van a frustrarse?”. Cartas al periódico *Amanecer*, 2 diciembre 1932 (ADPM, lg. 9220-6).

y que sucumbían en el silencio después de recibir ignominiosos azotes”¹⁶⁵. El artículo, claramente posicionado a favor de la gestión de Prados Such, fue un intento de denuncia de las dificultades que la Diputación interpuso frente a las reformas que el psiquiatra introdujo en el Manicomio:

“¿Es posible que al señor Mapelli, presidente de la Excma. Diputación Provincial, no le parezcan bien las nuevas normas establecidas por Don Miguel Prados, reconocido justísimamente como una de las primeras figuras de la psiquiatría en España y que ateniéndose estrictamente a lo decretado por el Ministerio de la Gobernación recientemente y de acuerdo con el Consejo de Psiquiatría, distribuye convenientemente turnos de alumnos que en todo momento presten el consuelo moral y científico a aquellos trescientos sesenta y tantos desgraciados que allí tiene reclusos su fatalidad?”¹⁶⁶.

Varios meses antes de esta situación, José Castillejo había remitido a Miguel Prados la carta anteriormente descrita en septiembre de 1932, donde parece indicarle las dificultades que existían en su reincorporación al instituto Cajal en Madrid (Anexo 9). Posiblemente, ya con la intención de marcharse de Málaga, llevó a cabo este acto de desobediencia corporativa apoyado por Juan López de Gamarra siguiendo la idea de mejorar las condiciones de vida de los ingresados.

Tras la marcha de Miguel Prados, Pedro Ortiz quedó como jefe del servicio neuropsiquiátrico del Manicomio Provincial de Málaga. Pedro Ortiz fue entrevistado por un periódico local, *La Unión Mercantil*, en abril de 1936 sobre los cambios que se habían introducido en la dinámica del manicomio. La entrevista fue titulada “De los procedimientos antihumanos y de las celdas lóbregas, al trabajo y a la utilización social de los locos” (Anexo 15). El objetivo era difundir la idea de la mejora en las instalaciones de las salas para los dementes y señalar el cambio en la asistencia a los locos, ensalzando la laborterapia y los beneficios que el trabajo traía a los enfermos. En palabras del propio Pedro Ortiz Ramos:

“En general, la gente tiene una idea equivocada del manicomio y es que la sociedad no puede deshacerse de ciertos prejuicios que fueron realidades en otras épocas. El antiguo aforismo de “el loco por fuerza es cuerdo” es una enormidad científica y una crueldad absolutamente injustificada y desterrada totalmente (...) Ya no se hacían los enfermos en las salas, ni duermen sobre inmundos montones de paja, ni se les mira como seres agresivos de los que hay que apartarse, y a los cuales se les acerca la bazofia, en una lata, por medio de una caña. Los enfermos departen tranquilamente, ejecutan su trabajo, entran y salen muchos del hospital y se suman en la calle a los paseantes, sin que manifiesten el más ligero síntoma de su

165 Ibídem.

166 Ibídem

deficiencia" (Vallés, 1936, p. 67).

Otro de los puntos donde incidía el artículo, fue en el alto porcentaje de enfermos crónicos: según Pedro Ortiz Ramos, sólo el 10 % de los ingresados podían curarse. De ahí la demanda de un asilo colonia donde poder enviar a estos pacientes, aunque planteaba también el enorme coste de este dispositivo, y la necesidad de que fuera interprovincial¹⁶⁷.

167 Además de los artículos de denuncia, como los anteriormente citados, los periódicos locales durante la década de los años 20 y 30, se hicieron eco de noticias relacionadas con otros aspectos del Hospital Provincial en general, como eventos religiosos ("En el Hospital Civil La Comunión a los enfermos", donde consta que fue invitado entre los médicos, Miguel Prados Such, *La Unión Mercantil*, 1927, p. 4), aspectos asistenciales ("Los servicios en el hospital", donde se detallaba el médico a cargo del servicio y los pacientes ingresados en esa fecha, constanding Miguel Prados Such con 120 enfermos a su cargo (*La Unión Mercantil*, 1930, pg. 55) y sucesos ("Entre dementes, Trágico suceso en el Hospital", *La Unión Mercantil*, 1932, pg. 3) (Anexo 16).





Capítulo 4

El manicomio para mujeres del Hospital Provincial de Málaga: La sala 20 a través de su material clínico.



El Manicomio de San Carlos fue construido como un edificio aparte dentro de la organización del Hospital Civil y estaba dividido especularmente en dos módulos iguales, con la misma estructura y las mismas salas, para que una parte fuera ocupada por hombres y la otra por mujeres. Sin embargo, como he explicado en el capítulo anterior, en 1909 se construyó la sala 20, destinada al tratamiento de mujeres dementes, anexa al edificio principal del hospital. Uno de los motivos de este traslado pudo ser el aumento del número de varones ingresados en el pabellón de San Carlos, hecho que quedó recogido en la memoria que realizó Pedro Ortiz Ramos en 1934¹⁶⁸. Ahora bien, en este punto, la bibliografía revisada acerca de instituciones psiquiátricas sólo para mujeres en nuestro país nos muestra una fotografía diferente a lo acontecido, por ejemplo, en varios puntos de América Latina, donde sí se construyeron manicomios sólo para mujeres, que funcionaban de forma independiente al de hombres, y que dependían de la Beneficencia: en Buenos Aires, Santiago de Chile, Río de Janeiro, San Pablo o Bogotá, la fundación de estas instituciones fue promocionada como una señal del avance de la civilización y el progreso que llegaba a esas ciudades a finales del siglo XIX (Pita, 2012, pp.28-29). En España, los manicomios sólo para mujeres tenían, en su mayoría, carácter privado. El caso del manicomio de Zaldívar¹⁶⁹ en el País Vasco fue una excepción, ya que dependía de la Beneficencia (Martínez Azumendi, 2012). En Málaga, El “Sanatorio de Casabermeja” o el de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón¹⁷⁰ y, posteriormente, la Casa Reposo Los Ángeles, inaugurada por Pedro Ortiz Ramos el 29 de junio de 1939 (Pérez Ortiz, 2010, p. 148), si respondían a esta organización privada y, por tanto, no estaban al alcance de las mujeres pobres, siendo la población que ingresaba en ellos muy diferente a la ingresada en las instituciones de la Beneficencia. Sin embargo, la relación entre ambos tipos de instituciones fue estrecha: algunos autores destacan que los establecimientos privados pudieron mantenerse gracias a los convenios con las diputaciones provinciales (Huertas y Campos, 2013, p. 98). El manicomio de mujeres de Ciempozuelos¹⁷¹, en Madrid, mantuvo desde el principio convenios con las diputaciones provinciales, por lo que admitían también mujeres de la Beneficencia y

168 Memoria Hospital Civil, 1931-1934. ADPM, lg. 4820, pp. 44-45.

169 “Zaldibar será dedicado, exclusivamente a las dementes y en el régimen de reclusión se huirá del sistema de verjas y de los encierros que atormenten el ánimo de los enfermos, supliendo aquellas con una vigilancia escrupulosa y en régimen de cariño y afectividad” (Citado en Martínez, 2003, p. 69). Zaldívar fue un manicomio de Vizcaya destinado sólo a mujeres, inaugurado el 28 de Julio de 1923. Para profundizar en esta cuestión ver Martínez Azumendi (2003) y Martínez Azumendi (2012).

170 Se inauguró el 31 de mayo de 1889 y fué la primera institución psiquiátrica en la ciudad. Málaga contó, desde finales del siglo XIX y durante todo el siglo XX, con el desarrollo de una red asistencial psiquiátrica privada muy rica, relacionada con dos factores: por un lado, la instalación de órdenes religiosas para la asistencia a los dementes (como las Hermanas Hospitalarias y la orden de San Juan de Dios) y por otro lado, el desarrollo institucional a cargo de psiquiatras interesados en la asistencia privada, como fueron Pedro Ortiz Ramos y la familia Linares, como se ha explicitado en el capítulo 3.

171 El 1 de mayo de 1881 se pone en marcha el Manicomio de Mujeres de Ciempozuelos, siendo las primeras ocho pacientes de Cáceres, ya que esta diputación provincial fue la primera en tener convenio con el manicomio (López y Díaz, 2000, p. 73).

pensionadas.

La sala 20 supuso un lugar de reclusión y tratamiento para la época sin precedentes en la provincia: mujeres de todas las edades se mezclaban en la sala, que posteriormente, en agosto de 1932¹⁷², fue ampliada con otro sótano (la llamada sala 14), largo con ventanas pequeñas alejadas del alcance de las pacientes y con camas a ambos lados. Estas peculiaridades hicieron de esta sala un lugar de confinamiento y reclusión que en ocasiones resultaba definitiva; también como lugar de paso para otras. A partir de las historias clínicas de las mujeres ingresadas en la sala 20, trataré de mostrar las características generales de la población que ocupaba la sala, desde 1909 a 1950, periodo histórico en nuestro país donde los cambios sociales y políticos fueron profundos.

4.1. El material clínico de la sala 20 (santa Rita): historias y fichas clínicas.

El material clínico encontrado en el ADPM ha estado sujeto a unas deficitarias condiciones de conservación durante décadas, acumulados en los sótanos del Hospital Civil. Estos documentos fueron rescatados por el personal del ADPM hace 15 años; sin embargo, el nulo cuidado y custodia de los mismos hace que parte del material haya desaparecido, y el que se conserva, esté aún en proceso de catalogación.

Las historias clínicas mantienen una forma y estructura similar a lo largo de los cuatro periodos históricos (Restauración, Segunda República, Guerra Civil y primer Franquismo), si bien hay modificaciones en cuanto a la riqueza de contenidos, siendo las historias durante la Guerra Civil las más deficitarias a nivel de información. En cuanto a la estructura, en una primera hoja aparece un registro básico de datos personales y clínicos (Fig. 1), donde se recogían el nombre, apellidos, edad, estado civil, lugar de nacimiento y residencia actual, dirección en ocasiones, fecha de ingreso y fecha de alta, motivo de ingreso, motivo de alta, y diagnóstico. No siempre se cumplimentaron todos los campos.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA
 DEPARTAMENTO de SANTA RITA MUJERES
 Historia clínica de: [REDACTED] 19
 Nació en el _____ de _____ de _____ en *Málaga*
 de _____ provincia de _____ hijo de _____ y _____
 de _____ estado *soltero* profesión _____
 avezindado en *Palma 14*
 INGRESO *29 Abril 1909* SALIDA _____
 a petición de _____ por _____
 Diagnóstico al ingreso *delirio alucina* Faltamiento _____
 por *prescripción con los doct.* de los Doctores _____ a consecuencia _____
 Diagnóstico clínico *Esquizofrenia*
 Diagnóstico anatómico _____
 R.D. 12-IV-1912
Antecedentes obran en el gran libro n.º 115. Resolución definitiva.

Fig. 1: Hoja de recogida de datos en una historia clínica de 1909.

En instituciones como Leganés, el Manicomio de Valencia y el Manicomio Provincial de Córdoba se conservan fotos de las pacientes grapadas a sus historias clínicas (Candela, 2017, p.282). En el caso de Málaga, sólo se ha encontrado la fotografía de una de las pacientes¹⁷³, por lo que suponemos que también se realizaba esta práctica, pero las fotografías han desaparecido.

La cumplimentación del “examen al ingreso” (Anexo 17), consistente en un cuestionario estructurado que se realizaba a las mujeres que ingresaban, era rellenado en unas ocasiones por las monjas de la sala y en otras por los psiquiatras. Las cuestiones eran muy variadas: desde sumas y restas sencillas, hasta preguntas de lógica, y de índole moral, religioso o político. Este cuestionario aparece con mayor frecuencia en las historias de la Segunda República, entre 1932 y 1935 (cinco casos en total). En los periodos posteriores sólo aparece un caso en 1940 donde se incluye este cuestionario. En otras instituciones como Leganés se ha verificado la existencia de cuestionarios llamados “cuestionario interrogatorio” que eran cumplimentados por familiares (Conseglieri, 2013, p. 84).

El apartado de “datos biográficos y conmemorativo patológico” aparece cumplimentado en más de la mitad de las historias clínicas manejadas con un porcentaje del 61,24% (Fig.2). Bajo este epígrafe se recogían datos sobre la vida de las mujeres, sobre fechas de menarquia, partos, abortos, y climaterio, centrándose

173 ADPM, lg. 10468:32.



en los problemas del ciclo reproductivo. Hay que señalar que generalmente el que aportaba la información solía ser un familiar (padre, madre o hermano) y rara vez las mujeres eran preguntadas directamente por el motivo de su ingreso. Se exploraban ampliamente los antecedentes familiares como enfermedades infecciosas, alcoholismo o antecedentes psiquiátricos, en la línea de detectar factores de degeneración. En la historia de MVM¹⁷⁴ una mujer de 50 años que ingresó en 1933 pero que tenía un antecedente de ingreso en 1907, se describía así a los familiares:

“Ingresa el día 15 de enero de 1907, reingresó hace 14 años que estuvo aquí, un hermano también estuvo en el manicomio, fue dado de alta, en la actualidad está allí recluido; un pariente cercano tonto y en la familia hay varios alcohólicos. El primer trastorno mental fue por un disgusto estando menstruando, suprimiéndosele el flujo, presentó entonces los síntomas de la manía aguda. Esta vez la causa productora ha sido otro disgusto, ahora canta, rompe, no duerme y se niega a comer. Fue entregada a su marido”¹⁷⁵.

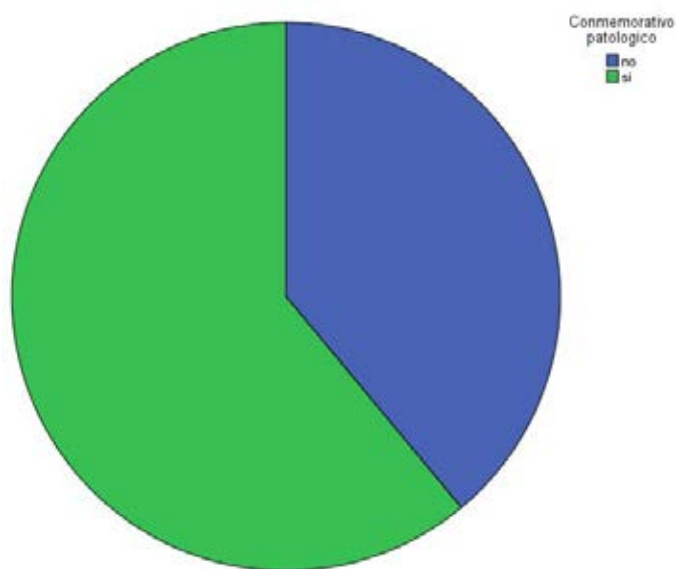


Fig. 2. Frecuencia de recogida de datos en el apartado “conmemorativo patológico” del total de las historias analizadas.

En las historias de las décadas de los 30 y 40 se recogían rasgos físicos de las mujeres, en un intento de asociarlas a los biotipos de Krestschmer, y con la idea de asignarles ciertos rasgos caracteriales y comportamientos¹⁷⁶. En la historia de

174 ADPM, lg. 10143:33.

175 Ibídem.

176 Ernst Kretschmer publicó en 1921 su obra *Constitución y carácter*. Investigaciones acerca del problema de la constitución y de la doctrina de los temperamentos, donde trataba de encontrar cierta predisposición a determinadas patologías en función del carácter y temperamento que pudiera asociarse a determinadas tipología corporal (Díez, 2001). En este sentido, los leptosomáticos serían delgados, altos, con nariz estrecha y afilada, extremidades largas, cabeza pequeña y cuello, largo, rostro ovalado. A ellos les correspondería un temperamento esquizotímico (callados, introvertidos, aislados). Los atléticos serían corpulentos, hombros y espalda ancha, rasgos tos-

DPC¹⁷⁷ se apuntó en 1933 “tipología pícnica”. DSG¹⁷⁸ fue clasificada como leptosomática en 1931.

Estos apuntes son más frecuentes en historias de los primeros años del primer Franquismo, donde se recogían datos como “baja y gruesa” en la historia de DBB¹⁷⁹ en 1940; “alta y delgada” en el caso de MZC¹⁸⁰ en 1939; en la historia de ALV¹⁸¹ se apuntó “contorno de cara en escudo, perfil recto, nariz larga y fina, frente pequeña, cejas medianamente arqueadas, muy inclinada, dedos largos, tipo impreciso”. Esta paciente permaneció ingresada desde 1939 a 1941, y en su historia hay connotaciones políticas que señalaré en el análisis de los contenidos de las historias. En la historia de MMR¹⁸² de 1940, se apuntó “leptosomática”; y en la historia de CIP¹⁸³ recogieron “atlética” en este apartado a su ingreso en 1941. DGR¹⁸⁴ también fue descrita como “tipología pícnica” 1942.

En la historia de FSM se apuntó el biotipo del padre de la ingresada (atlético) mientras que la madre fue definida como “regular de alta y delgada”. También se indagó en las líneas paterna y materna, aunque hay que subrayar que la información fue aportada por el padre (Fig. 3).

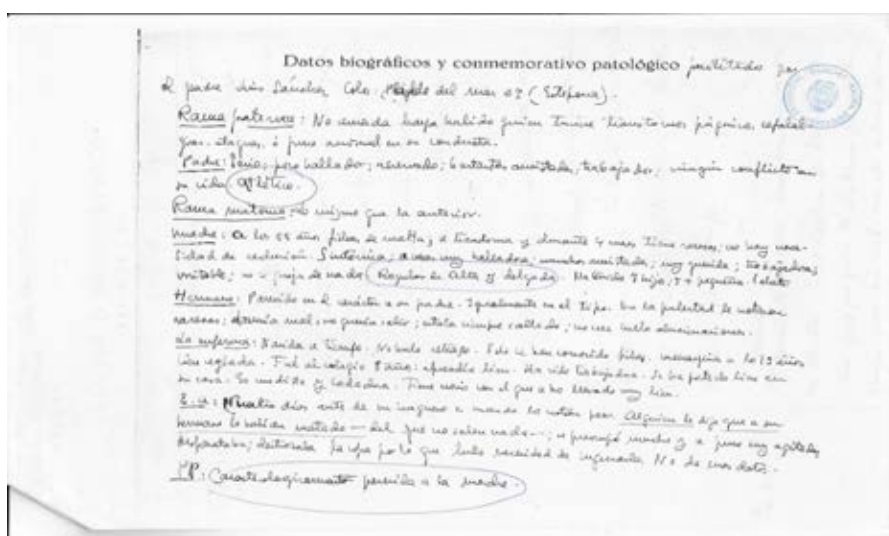


Fig.3. Apartado de “Datos biográficos y conmemorativo patológico” (ADPM, lg 10150:149)

cos en la cara y cabeza ovalada. En cuanto a su temperamento sería viscoso, persistentes, poco flexibles, de escasa imaginación, y estables a nivel emocional. Por último, los pícnicos, con formas redondeadas y extremidades cortas, les correspondería un temperamento ciclotímico, con tendencia a los cambios de ánimo. Estos argumentos fueron usados por los nazis para llevar a cabo sus políticas eugenésicas. También los usó Vallejo Nágera para describir la psicobiología marxista durante el primer Franquismo (Richards, 2004, p. 838-839)

- 177 ADPM, lg. 10153:177.
- 178 ADPM, lg. 10153:19.
- 179 ADPM, lg 10470.
- 180 ADPM, lg 10150:132.
- 181 ADPM, lg 10150:78.
- 182 ADPM, lg 10468:1.
- 183 ADPM, lg. 10468
- 184 ADPM, lg. 10467:15.

Las fichas clínicas encontradas en el fondo Pedro Ortiz Ramos del Archivo Universitario de Granada pertenecen a los últimos años de la Guerra Civil y los primeros años de la década de los 40. En concreto, se encuentra una ficha del año 1937; dos fichas de 1938, 6 de 1939, 17 del año 1940, 20 de 1941, 21 de 1942 y una ficha de 1943. Además, hay 8 fichas de pacientes en las que se anota “ambulatoria”, que recibían tratamiento con electrochoques. Sólo tres casos aparecen sin fechar. En las fichas se recogían más datos que en las historias clínicas, como la fecha de inicio de la enfermedad, instituciones psiquiátricas donde había ingresado con anterioridad, así como las fechas de inicio y fin de los tratamientos y el resultado que se había obtenido. Además, había un apartado específico para anotar la constitución corporal (Fig.4).

HOSPITAL CIVIL DE MÁLAGA		SERVICIO DE PSIQUIATRÍA		Médico Jefe: Dr. ORTIZ RAMOS		Resumen del tratamiento	
Nombre: [Redacted]		Edad: 36		Fecha de ingreso: 2-2-41		Fecha de ingreso: 4-2-41	
Historia n.º 125		Clínica donde estuvo internado: [Redacted]		Fecha de ingreso: 12-2-41		Fecha de ingreso: 12-2-41	
Diagnóstico: [Redacted]		Vencido: [Redacted]		F. 1		[Redacted]	
Comentarios de la enfermedad: [Redacted]		Origen: I. H. III. IV		F. 2		[Redacted]	
Comentarios del tratamiento: [Redacted]		Efectos: [Redacted]		F. 3		[Redacted]	
Constitución corporal: [Redacted]		Percibo por parte de la paciente: [Redacted]		F. 4		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 5		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 6		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 7		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 8		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 9		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 10		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 11		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 12		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 13		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 14		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 15		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 16		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 17		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 18		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 19		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 20		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 21		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 22		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 23		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 24		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 25		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 26		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 27		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 28		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 29		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 30		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 31		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 32		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 33		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 34		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 35		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 36		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 37		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 38		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 39		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 40		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 41		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 42		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 43		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 44		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 45		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 46		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 47		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 48		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 49		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 50		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 51		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 52		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 53		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 54		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 55		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 56		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 57		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 58		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 59		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 60		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 61		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 62		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 63		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 64		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 65		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 66		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 67		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 68		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 69		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 70		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 71		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 72		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 73		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 74		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 75		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 76		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 77		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 78		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 79		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 80		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 81		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 82		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 83		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 84		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 85		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 86		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 87		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 88		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 89		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 90		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 91		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 92		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 93		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 94		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 95		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 96		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 97		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 98		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 99		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		F. 100		[Redacted]	

Fig. 4: Ficha paciente encontrada en el fondo Pedro Ortiz Ramos, AUG (ORT04/004).

Tras el apartado de “conmemorativo patológico” de las historias clínicas del Archivo de la Diputación Provincial de Málaga, se encontraban las hojas de evolución, donde se recogía la información sobre el curso del ingreso de las mujeres, sin que se pueda discriminar quien anotaba los datos sobre la paciente en cada momento. En los registros de evolución, aparecen diferentes grafías, lo que nos hace pensar en que fueron anotadas por diferentes profesionales. El nombre del psiquiatra que ingresaba a la paciente figuraba en la primera página, pero no en los apuntes sobre la evolución, generando una abstracción de quien trata a la paciente, como si diera igual un profesional que otro, otorgando más importancia al conocimiento en sí frente al individuo, característica propia del pensamiento positivista (García Díaz y Jiménez Lucena 2010, p.130). En las primeras historias se encuentra un documento de enfermería de la sala Santa Rita, donde se recogen datos básicos sobre la mujer ingresada y su situación (Anexo 18). Las pruebas complementarias que se le realizaban a las pacientes quedaban recogidas en una hoja aparte que se adjuntaba dentro de la historia clínica (Fig. 5).



Fig. 5: Pruebas de laboratorio (ADPM, lg 10143:28).

Por último, quedaban recogidas las gráficas de los tratamientos basados en la piretoterapia con diferentes medios como la malarioterapia, inoculación de vacunas tifoidea y estafilocócica, abscesos de fijación. Posteriormente, con la introducción en el Manicomio Provincial de nuevas terapias, también se recogen los tratamientos con electrochoques y gráficos de insulinoterapia. Estas gráficas serán mostradas en el capítulo sobre los tratamientos aplicados en la sala 20.

Las consultas con otros profesionales del hospital también eran frecuentes, en relación con la petición de otras exploraciones como rayos X, consultas con dermatología o cardiología. No existía un documento para estas comunicaciones. En el anexo 19 se recoge una comunicación del neumólogo a Pedro Ortiz Ramos, donde explica la auscultación de la paciente, y la negativa de esta a realizarse una radiografía ya que pensaba que la iban a matar.

Además del material clínico, algunas historias clínicas guardan material escrito que aporta una información muy rica sobre la situación de las pacientes en la institución, las demandas familiares, y las respuestas a estas peticiones por parte de los facultativos. Así, del total de historias clínicas (n=811), se incluye material escrito en 123 (15.2%). Este material ha sido clasificado como cartas burocráticas (88), cartas de familiares (20), cartas de pacientes (10) y "varios tipos de material", donde se encontraban varios tipos de escritos en cinco historias clínicas (Fig. 6).

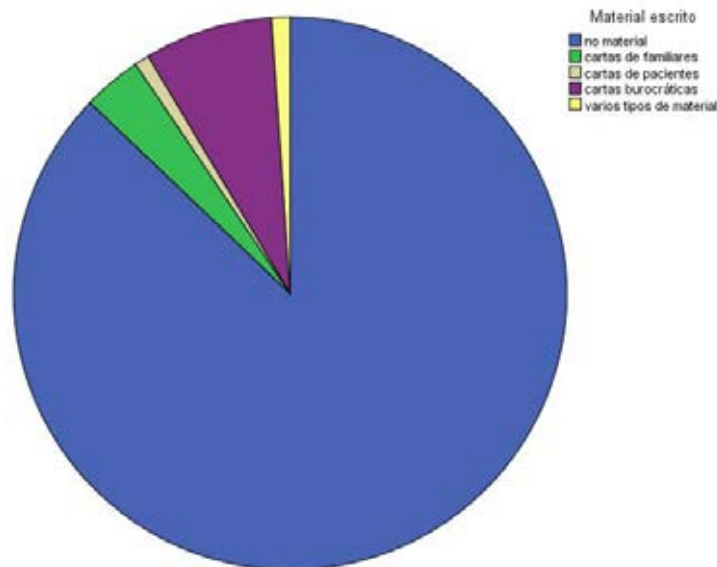


Fig 6. Distribución del tipo de material escrito encontrado en el total de historias clínicas.

En cuanto a la distribución por periodos históricos, las misivas de familiares predominan en los dos primeros periodos descritos y las cartas burocráticas en la primera década del Franquismo (tabla1). El hecho de que las mujeres ingresadas en la institución fueran en su gran mayoría analfabetas, determinaba que los escritos producidos por ellas mismas sean escasos. Este material será objeto de análisis cualitativo en el capítulo sobre los contenidos de las historias clínicas.

Tabla 1: Análisis comparativo. Material escrito en función del Periodo Histórico de recogida de los casos. (N muestral: 811)

N válido	Variable	Categoría	Periodo Histórico			Test de Contraste	
			Rest. / 2ª Rep.	Guerra Civil	Dictadura Fr.	Valor Chi²	P valor
811	Material escrito	No hay	88.8 % (71)	90.5 % (76)	83.6 % (541)	23.20**	.003
		Cartas de familiares	5.0 % (4)	6.0 % (5)	1.7 % (11)		
		Cartas de pacientes	1.3 % (1)	1.2 % (1)	1.2 % (8)		
		Cartas burocráticas	3.8 % (3)	1.2 % (1)	13.0 % (84)		
		Varios tipos	1.3 % (1)	1.2 % (1)	0.5 % (3)		

* = Significativo al 5% (p<.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En **negrita**, las categorías donde se aprecia significación (residuo>1.9)

Según la Orden del 28 de noviembre de 1931 emitida por la sección de psiquiatría e higiene mental de la Dirección general de Sanidad, todos los establecimientos psiquiátricos (públicos y privados) debían enviar partes estadísticos mensuales y anuales, así como la clasificación de los ingresados según la nosología de Kraepelin (Vázquez de la Torre, 2008, p. 82). Según los datos de la institución de Leganés, comenzaron a enviarse a finales de 1931, coincidiendo con esta Orden

(Conseglieri, 2013, p.243). Sin embargo, no tenemos constancia de estas partes estadísticas en el caso del Manicomio Provincial de Málaga; probablemente hayan desaparecido debido al mal estado en el que se encontraba todo el material en el momento de su traslado del sótano del edificio del Hospital Civil al Archivo de la Diputación Provincial de Málaga. A partir de los datos que figuran en el Fondo Documental del Instituto Nacional de Estadística, se puede apreciar el aumento paulatino de la población manicomial tanto en la sala de hombres como en la de mujeres de la institución malagueña durante la década de los años 20¹⁸⁵. A partir de estos datos, se ha elaborado una gráfica donde se recogen los pacientes ingresados entre 1915 y 1930, desagregados por sexo, a uno de enero de cada año (Fig. 7). Se puede observar como a partir de 1923 se incrementaron las cifras de asilados hombres, mientras que, en el caso de las mujeres, fue a partir de 1926 cuando se aprecia un aumento de las ingresadas. Durante los años 1931 al 1933 no se dispone en el INE de datos desagregados por sexo. Sin embargo, en la memoria que Pedro Ortiz Ramos redactó entre los años 1931 y 1934 para la corporación, figura una tabla con las cifras máximas de ingresos desde 1925 a 1934, desagregados por sexo.

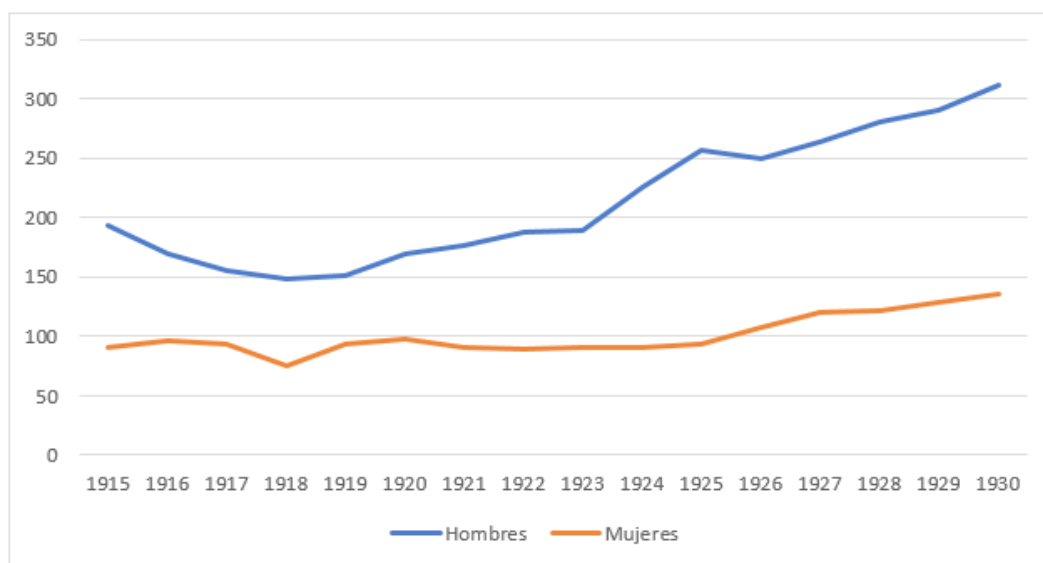


Fig.7. Pacientes ingresados a uno de enero en el Manicomio Provincial de Málaga entre 1915 y 1930.

185 Datos obtenidos a través del Fondo Documental del INE, anuarios estadísticos 1915-1930. Consultado 27 de diciembre de 2018: <https://www.ine.es/inebaseweb/search.do?jsessionid=870B-3FAFB1A9091787F6A17973D1370B.inebaseweb02?searchType>.

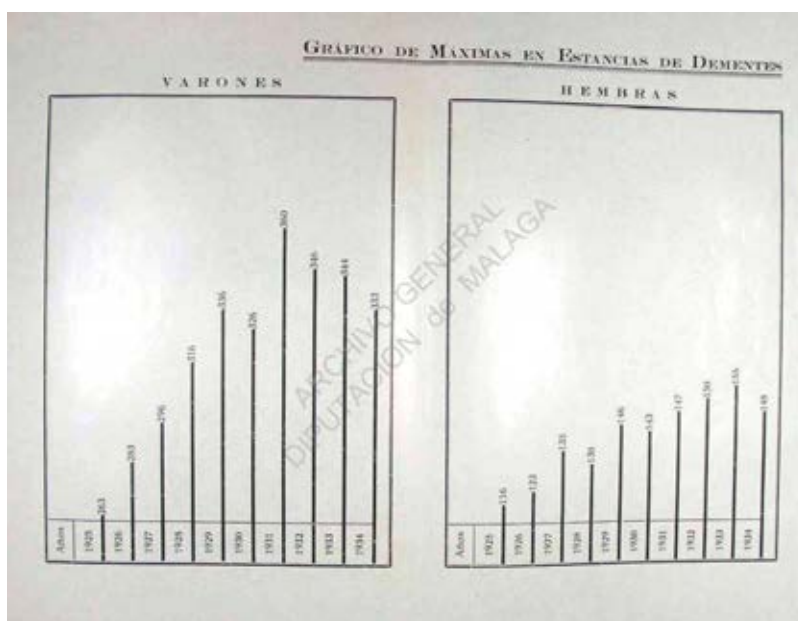


Fig. 8. Gráfico de máximas estancias de pacientes en ambos servicios entre 1925 a 1934.

En Memoria Hospital Civil (1931-1934), ADPM Ig 4820, pg. 45-46.

Como se puede apreciar, en el año 1931, 360 hombres llegaron a estar ingresados en la institución frente a 147 mujeres. El incremento de hombres ingresados fue más brusco que el aumento paulatino del ingreso de mujeres en la sala 20 durante los primeros años de la década de los 30. Este gráfico fue usado por Pedro Ortiz Ramos en la elaboración de la memoria del Hospital Provincial para justificar las obras del nuevo pabellón de hombres que habían finalizado en diciembre de 1932.

Durante la Guerra Civil se interrumpió el envío de estadísticas sobre manicomios, que fueron retomadas a partir de 1944. A partir de los datos del INE, se ha elaborado otro gráfico (Fig. 9) con los datos de ingreso de hombres y mujeres del Manicomio Provincial de Málaga a uno de enero entre 1944 y 1951¹⁸⁶. Las cifras de hombres ingresados en la década de los años 40 son más bajas que las manejadas en los años 30. Sin embargo, las cifras de las mujeres se mantienen con poca variación, menos en los años 1949 y 1951 donde llegan a las cifras más altas del periodo estudiado, con 167 y 189 ingresos respectivamente.

186 Datos obtenidos a través del Fondo Documental del INE, anuarios estadísticos 1944-1951. Consultado el 27 de diciembre de 2018: <https://www.ine.es/inebaseweb/search.do?sessionId=-870B3FAFB1A9091787F6A17973D1370B.inebaseweb02?searchType>.

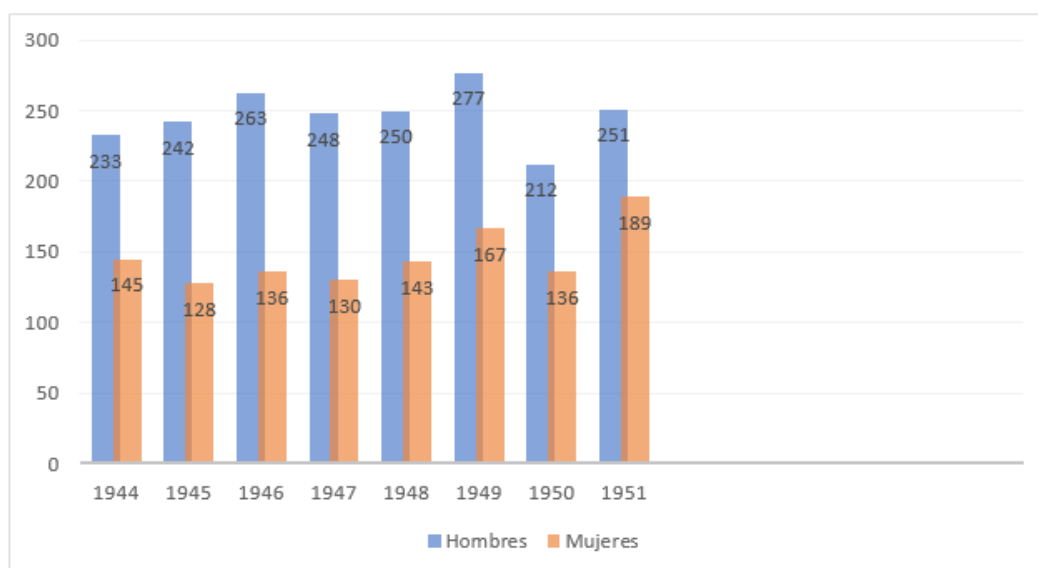


Fig. 9. Pacientes ingresados entre 1944 y 1951 a uno de enero.

4.2. Perfil sociodemográfico de las pacientes.

Las historias y fichas clínicas de 811 mujeres ingresadas en el Manicomio Provincial de Málaga, entre abril de 1909 y diciembre de 1950 constituyen la fuente primaria de mi investigación, lo que limita el periodo de estudio a la primera mitad del siglo XX¹⁸⁷. Describo a continuación los resultados de las variables sociodemográficas utilizadas para establecer las características generales de las mujeres que ingresaban en la institución. Tras ello, compararé cada variable con los resultados de los estudios de otras instituciones realizadas en nuestro país, como las referentes a Leganés, Conxo y el Manicomio Provincial de Córdoba.

4.2.1. Edad.

En el material clínico de las pacientes de la sala 20 no aparece registrada la edad en 21 casos, por tanto, se dispone de la misma en 790 mujeres (el 97.4% del total). El rango de la edad en el momento del ingreso variaba entre los 10 y los 97 años, con mediana en 30 años. La edad media era de poco más de 33 años: 33,2. Como se indica en la figura 10, hay más presencia de ingresos de mujeres jóvenes en la sala 20; de hecho, el 25% de las mujeres eran menores de 23 años y el 75% tenían como máximo 40 años en el momento del ingreso. Las mujeres que ingresaban por encima de los 65 años no eran casos frecuentes. Considerando la edad en intervalos (Fig. 11) se observa que la franja de más frecuencia es la de 30-49 (39.1%), seguida muy de cerca de la de 18-29 años (38.2%). Es destacable también la presencia de un 8,6% de mujeres ingresadas menores de 18 años.

187 Durante la investigación no se ha encontrado ningún documento que me permitiera conocer la totalidad de ingresos y altas de la sala 20 en el periodo estudiado.

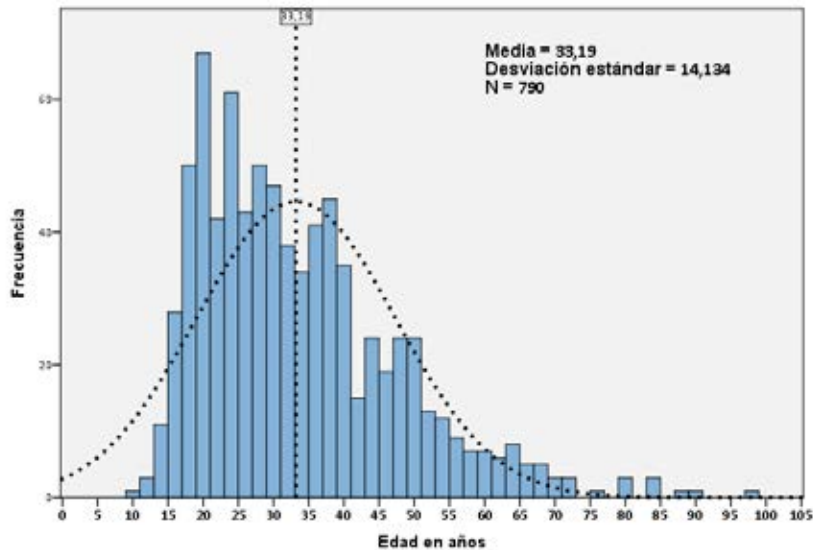


Fig.10. Edad al ingreso (N=790)

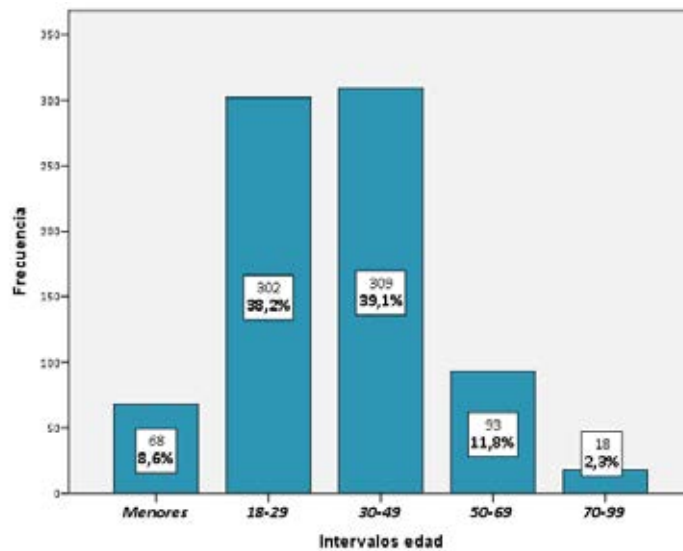


Fig. 11. Intervalos de edad al ingreso (N=790)

Al realizar un análisis de la edad de las mujeres al ingreso por periodos históricos (Tabla 2), y proceder a su comparación con otras instituciones psiquiátricas estudiadas en nuestro país, podemos destacar algunas peculiaridades. Durante la Guerra Civil en Málaga, la mayoría de las historias clínicas analizadas muestran que los grupos de edad al ingreso entre 18 y 29 años (40,0%) y entre 30 y 49 años (41,3%) prácticamente se igualan, mientras que en la institución de Leganés, las mujeres en este periodo tenían una media de 45,83 años (Vázquez de la Torre, 2012, p. 166); sin embargo, en el periodo de la dictadura franquista en Málaga, casi el 40% de las mujeres ingresadas pertenecían al grupo comprendido entre los 18-29 años, bajando la media de edad con respecto a las mujeres ingresadas en la institución madrileña que era de 45´59 años (Conseglieri, 2013, p.87).

Tabla 2: Análisis comparativo. Edad de las mujeres ingresadas en función del Periodo Histórico de recogida de los casos. (N muestral: 811)

N válido	Variable	Categoría	Periodo Histórico			Test de Contraste	
			Rest. / 2ª Rep.	Guerra Civil	Dictadura Fr.	Valor Chi²	P valor
790	Edad	Menores	5.1 % (4)	6.3 % (5)	9.4 % (59)	8.93 ^{NS}	.349
		18-29 años	29.1 % (23)	40.0 % (32)	39.1 % (247)		
		30-49 años	48.1 % (38)	41.3 % (33)	37.7 % (238)		
		50-69 años	13.9 % (11)	8.8 % (7)	11.9 % (75)		
		70-99 años	3.8 % (3)	3.8 % (3)	1.9 % (12)		

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En **negrita**, las categorías donde se aprecia significación (residuo>1.9)

En el Manicomio Provincial de Córdoba, la edad media de ingreso entre 1900-1940 fue de 37´10, incluyendo hombres y mujeres. Desagregado por sexos, el grupo más numeroso lo constituían las mujeres con edades comprendidas entre 21 y 40 años (Ruiz García, 2011, p. 230), una realidad semejante a la edad media de las mujeres ingresadas en Málaga que como veíamos antes era de 33,2 años.

Uno de los argumentos que sostiene la idea de que la menor edad media de ingreso en los varones se debía al debut más temprano en hombres de enfermedades mentales, y que eran asociados a una mayor peligrosidad social (Conseguieri, 2013, p. 87), dato que deberá ser contrastado en el futuro tras el análisis de historias clínicas de hombres del Manicomio Provincial de Málaga. Merece la pena reflexionar sobre el aumento del número de mujeres jóvenes ingresadas en la institución de Málaga durante el periodo del primer Franquismo comparándolo con Leganés, por ejemplo. Varios pueden ser los motivos de ese incremento: uno, el fallecimiento de hombres en el frente, con la consecuente desestructuración familiar y secuelas traumáticas en familiares (esposas, hijas y hermanas), como mostraré en el análisis cualitativo sobre el contenido de las historias clínicas; otro, el ingreso de mujeres jóvenes de ideología republicana o relacionadas con el bando perdedor de la contienda, derivadas de la cárcel de mujeres o desde sus domicilios, al ser denunciadas como “no adictas al movimiento”. El estereotipo de la miliciana en Málaga ha sido objeto de investigaciones, que señalan el interés del primer Franquismo en remarcar la idea de la mujer roja malagueña como icono de “antimujer”, a partir del estudio de las prisioneras en la Cárcel de Mujeres de Málaga (Huertas, 1996; Barranquero y Eiroa, 2011; González Duro, 2012).

Como hemos señalado, del total de historias, un 8´6% eran mujeres menores de 18 años. Ingresar niñas en la institución psiquiátrica no era una práctica infrecuente en la época, ya que en Leganés, Valladolid y Córdoba también hay

constancia de ingresos de menores (García Cantalapiedra, 1992, p. 301; Ruiz García, 2011, p.230; Conseglieri, 2013, p. 88). El debate sobre un nuevo espacio donde ingresar a los menores en el Manicomio Provincial de Málaga fue tratado por el arquitecto de la corporación, asesorado por Miguel Prados Such (Fernández, 2004, p.391); según el acta de la comisión provincial del 10 de octubre de 1929, presentó una propuesta para la construcción de un pabellón para dementes sucios varones y otro para niños. Las obras se demoraron cuatro años, pero una parte del nuevo pabellón fue destinada a los varones menores de 10 años, como se indicaba en el Reglamento de 1934 del Hospital Civil, que compartían el espacio con los denominados pacientes tranquilos¹⁸⁸. También se recoge en el mismo reglamento que las niñas menores de 10 años ingresarían en la sala 20, junto con las adultas, aunque tendrían “separación” del resto de enfermas¹⁸⁹.

4.2.2. Estado civil.

El estado civil fue registrado en 771 mujeres, el 95.1% del total. Entre ellas, las solteras eran ligera mayoría: 48.1%. Las casadas representaban un 41.8%. El resto eran viudas (Fig. 12).

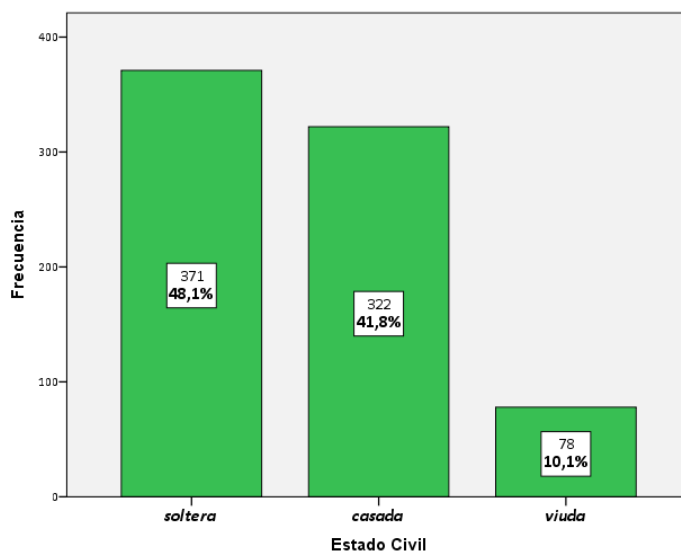


Fig. 12. Estado civil de las mujeres ingresadas.

Según el estudio del manicomio provincial de Córdoba, los datos totales son parecidos, con mayoría de mujeres solteras ingresadas, seguidas de las casadas, con escasa diferencia (Ruiz García, 2011, p.231). No es posible comparar estos resultados con los de Conxo, ya que el estado civil no estaba segregado por sexo en el estudio de referencia.

En cuanto al estado civil de las ingresadas por periodos históricos, duran-

188 BMM 22/6, p. 16.

189 Ibídem. En el reglamento no se especificaba en qué consistía esa “separación”.

te el primer periodo recogido (Restauración/Segunda República) mujeres casadas y solteras tienen frecuencias parecidas, como se puede observar en la tabla 3. Sin embargo, durante la contienda, el número de mujeres solteras aumentó ligeramente en Málaga, en consonancia con los datos de la institución de Leganés (Vázquez de la Torre, 2012, p.168). Durante el primer Franquismo se mantiene el mayor número de solteras ingresadas, igual que se plantea en el análisis de las historias clínicas de Leganés del mismo periodo (Consegnieri, 2013, p. 89).

Tabla 3: Análisis comparativo. Estado Civil en función del Periodo Histórico de recogida de los casos. (N muestral: 811)

N válido	Variable	Categoría	Periodo Histórico			Test de Contraste	
			Rest. / 2ª Rep.	Guerra Civil	Dictadura Fr.	Valor Chi ²	P valor
771	Estado civil	Soltera	40.8 % (31)	50.6 % (39)	48.7 % (301)	3.78 ^{NS}	.436
		Casada	43.4 % (33)	40.3 % (31)	41.7 % (258)		
		Viuda	15.8 % (12)	9.1 % (7)	9.5 % (59)		

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En **negrita**, las categorías donde se aprecia significación (residuo>1.9)

4.2.3. Procedencia.

La procedencia de las pacientes quedaba sujeta a la persona que recogiera la información administrativa al ingreso. No consta la procedencia de las mujeres ingresadas en el 66.3% de los casos (Fig. 13). En el resto, lo más frecuente era que procedieran desde su domicilio (26.9%; 218 casos). Le siguen en frecuencia los ingresos desde otro hospital o consulta médica (19; 2.3%) o desde otros servicios del mismo Hospital Provincial (17; 2.1%).

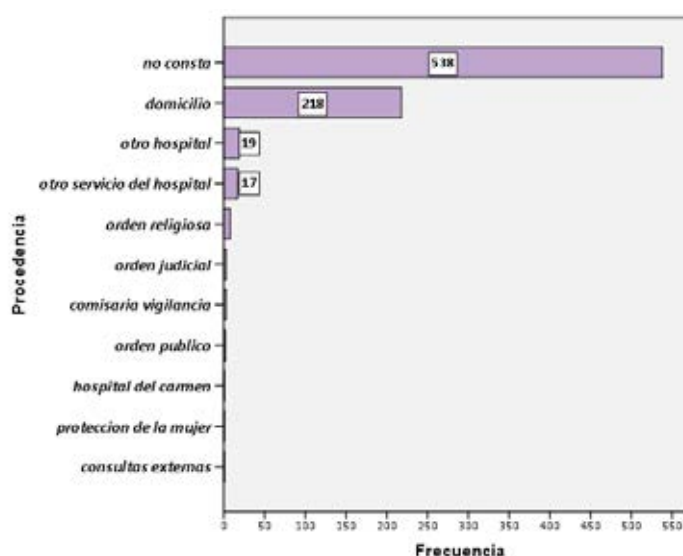


Fig. 13. Procedencia de los ingresos.

Dentro de la categoría “otro hospital” constan las mujeres que eran pacientes de las consultas privadas, tanto de Pedro Ortiz Ramos (10 historias clínicas) como de Antonio Linares Maza (3 historias clínicas), y de derivaciones desde la “Casa Reposo los Ángeles” (dos historias clínicas) y del Sanatorio de las Hermanas del Sagrado Corazón. Este dato hace referencia a la existencia de un cierto flujo de pacientes desde las consultas privadas y la casa Reposo, cuando las mujeres precisaban tratamiento con electrochoques¹⁹⁰, y viceversa, mujeres que habían ingresado en la sala 20 y pasaban a la institución privada¹⁹¹. La casa Reposo Los Ángeles fue una institución diseñada como lugar de descanso, retiro, o reposo, manejando casi un concepto más cercano a los tratamientos morales, donde las pacientes psiquiátricas no eran aceptadas. Así, es fácil suponer que la sala 20 constituía un lugar de derivación de los casos de mujeres que se complicaban en la casa Reposo y tenían que ser tratadas con electrochoques, ya que este tipo de tratamientos coercitivos y agresivos no estaban en consonancia con la filosofía de la institución privada de Pedro Ortiz Ramos.

Un total de 17 mujeres ingresaron procedentes de otras salas del hospital general, aunque no siempre se especificaba en la historia de qué sala provenían. Dos mujeres fueron trasladadas desde San Antonio, sala destinada a la atención ginecológica; tres de la sala Concepción que correspondía a la sala de medicina interna; una desde Santa Emilia ingresada por morfinomanía; tres desde Santa Teresa, otra de San Jerónimo, de oftalmología, y otra de la sala La piedad; el resto de las historias clínicas no especificaban de qué sala procedían las mujeres.

Las órdenes religiosas también constituyeron una vía de procedencia de las mujeres y niñas que ingresaban en la institución. Una de las historias explica que venía “de las monjas”¹⁹², pero no especificaba el lugar. Llegaban de colegios como San Manuel¹⁹³ y La Merced¹⁹⁴; de conventos como el de los Custodios¹⁹⁵ y el de San Carlos¹⁹⁶, y del Asilo de las Hermanas de los pobres¹⁹⁷.

Del total de las historias clínicas, tres mujeres fueron ingresadas por orden

190 CGF ingresó en 1942 desde la clínica de los Angeles para recibir tratamiento con electrochoques (ADPM, lg. 10468)

191 Tanto en la historia de EZR que ingresó en 1942 (ADPM, lg.10468:43) como en la de IDS ingresada en 1947, (ADPM, lg. 10567:32) se especificó el alta de las pacientes por traslado a la Casa Reposo Los Ángeles.

192 JRD, ADPM, lg. 10150.

193 LLG, ADPM, lg. 10470:4. En 1879 Trinidad Grund fundó el Asilo de San Manuel, institución dedicada al cuidado y educación de las hijas de “las obreras y viudas” vinculadas a la industria de la familia Heredia. A principios del siglo XX, la institución cambió de dueño, y fue regentado por la familia Larios, hasta que en 1920 fue cedido a las Hijas de la Caridad (Vázquez, 2009).

194 AGG, ADPM, lg 10452. Colegio de las hermanas Mercedarias, fundado en Málaga en marzo de 1898 (Mercedarias de la Caridad, 2015).

195 En Pedregalejo, se instalaron en 1908 donde acogían a niñas y personas con dificultades. ADPM MVP 10440. (Fernández, 2016).

196 Localizado en el barrio El Perchel, un barrio obrero de la ciudad. MAS, ADPM, lg 10150:36

197 También localizado en El Perchel. MC, ADPM, lg. 10150/201.

de la comisaria de vigilancia en los años 1926, 1940 y 1946¹⁹⁸; una mujer ingresó por orden judicial del juzgado de instrucción de Málaga en 1950¹⁹⁹; dos por orden del Ministerio de Orden Público, una en 1934²⁰⁰ y otra en 1941²⁰¹; una procedía de la prisión de mujeres, ingresada en agosto de 1939²⁰².

En Leganés el 84% de los pacientes procedían de su domicilio, aunque no es un dato segregado por sexo (Candela y Villasante, 2011, p. 210). En el caso de Córdoba, la procedencia más frecuente también es el domicilio particular (Ruiz García, 2011, p. 230), aunque tampoco es un dato segregado por sexo.

4.2.4. Profesión.

La profesión de las mujeres no fue recogida en 563 de las historias clínicas, el 69.4% del total. Entre las que sí se registró, las labores del hogar recogidas como “sus labores / labores propias de su sexo o su casa” aparece en 198 mujeres (el 80% de los conocidos y el 24.4% del total). Como sirvientas aparecen 25 mujeres y como costureras 10. El resto se reparten en otras ocupaciones como maestra (3), enfermera (2), cocinera (2), y una religiosa, una portera, una cigarrera y una trabajadora de fábrica.

En lo referido al trabajo de las mujeres, durante el primer Franquismo en Leganés, el 95% de las mujeres tenían recogida en la historia su profesión siendo en el 72% de los casos “sus labores” (Conseglieri, 2013, p.89). En las historias del manicomio de Málaga no se solía recoger la profesión de las mujeres, aunque en las exploraciones y los conmemorativos patológicos, sí se recogieran oficios del ámbito de lo doméstico, como planchadora²⁰³ o tejedora²⁰⁴ lo que indica el poco interés que este dato tenía dentro de la institución manicomial.

En cuanto a la distribución de las profesiones por periodos históricos (Tabla 4) hay que destacar cómo en los tres periodos históricos considerados, lo que predominó fue no recoger información sobre el trabajo desarrollado por las mujeres. Aunque algunas autoras como Mary Nash han señalado el cambio en cuanto al reconocimiento del trabajo femenino durante el primer tercio del siglo XX²⁰⁵, en

198 CMM, ADPM, lg. 10150:125; MCP, ADPM, lg. 10152 y CCM. ADPM, lg. 10452 respectivamente.

199 Según lo recogido en la historia clínica, ató a sus hijos de 3 y 5 años con una cuerda y los tiró al mar, para posteriormente tirarse ella también, que estaba embarazada (CPM, ADPM, lg. 10452).

200 EMB, ADPM, lg. 10150.

201 LTL, ADPM, lg. 10150.

202 En la historia clínica de esta paciente, no quedó registrado en la hoja administrativa su procedencia de la cárcel de mujeres quedó anotado en el contenido. AVG, ADPM, lg. 10150.

203 DRN, ADPM, lg. 10150:139.

204 ADPM, lg. 10153:59.

205 Mary Nash sitúa en el primer tercio del siglo XX en España el cambio de prototipo de mujer, de “Ángel del hogar” a “Mujer Nueva ó Mujer Moderna”, como mujer instruída y con formación,

las historias clínicas de la sala 20 no se puede afirmar que el trabajo de las mujeres fuese un dato importante, recogido de forma sistemática. Es más, en algunos casos se llegaba a la invisibilización de mujeres con formación: en este periodo, en la historia de AFA²⁰⁶, ingresada en 1950, no se recogía su profesión como dato administrativo, a pesar de ser farmacéutica de un pueblo de Córdoba.

Tabla 4: Análisis comparativo. Profesión en función del Periodo Histórico de recogida de los casos. (N muestral: 811)

N válido	Variable	Categoría	Periodo Histórico			Test de Contraste	
			Rest. / 2ª Rep.	Guerra Civil	Dictadura Fr.	Valor Chi ²	P valor
811	Profesión	No consta la prof.	61.3 % (49)	97.6 % (82)	66.6 % (431)	41.20**	.000
		SL / Su casa / ...	27.5 % (22)	1.2 % (1)	27.0 % (175)		
		Sirvienta	3.8 % (3)	1.2 % (1)	3.2 % (21)		
		Costurera/Modista	3.8 % (3)	0.0 % (-)	1.1 % (7)		
		Otros	3.8 % (3)	0.0 % (-)	2.0 % (13)		

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En **negrita**, las categorías donde se aprecia significación (residuo>1.9)

4.2.5. Lugar de nacimiento y lugar de residencia.

Está recogido el lugar de nacimiento de 718 mujeres, un 88.5% del total. Las nacidas en la provincia de Málaga son la mayoría: 54.9%. Le siguen las nacidas en Málaga capital: 23.0%. De otras provincias de Andalucía son el 14.5%. El resto (Fig. 14) son de Melilla y Ceuta, de otras provincias españolas, del extranjero y del protectorado español en Marruecos.

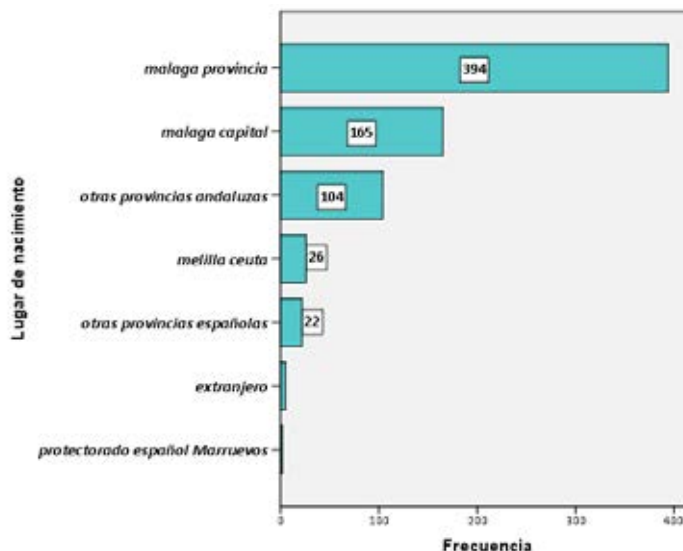


Fig. 14. Lugar de nacimiento de las mujeres ingresadas.

En la distribución de las mujeres que llegaban a la sala 20 según la comarca

coincidiendo también con cambios sociales, económicos, demográficos y políticos en nuestro país (Nash, 2003, p.687).

206 ADPM, lg. 10439:8.

donde habían nacido (ver figura 15) se puede observar que un total de 256 casos eran de fuera de la provincia de Málaga, por lo que han sido clasificados como “no consta”; dentro de la provincia lo más frecuente era la procedencia de la capital (20.7%); entre las comarcas de nacimiento destacan tres: Axarquía (14.5%), Valle de Guadalhorce (11.0%) y Antequera (10.3%); menos de un 5% de las mujeres ingresadas en la sala 20 procedían del resto de comarcas señaladas en la figura 16.

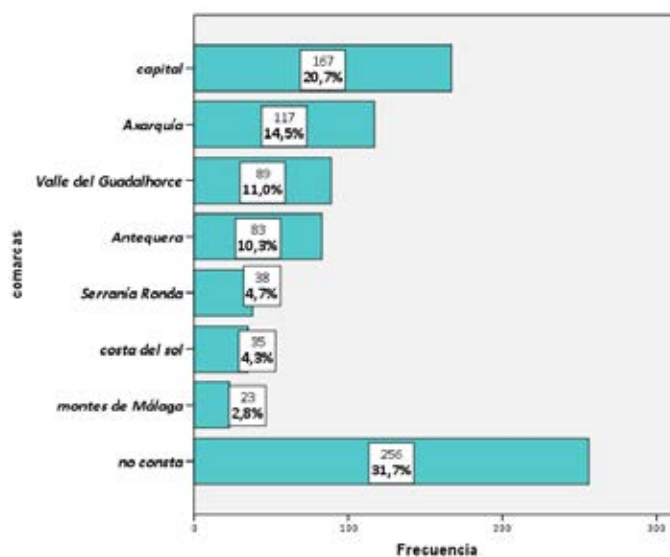


Fig. 15. Comarca de procedencia.



Fig. 16. Comarcas de la provincia de Málaga.

Es destacable ver la distribución de las mujeres según la comarca en los distintos periodos históricos como se muestra en la tabla 5, siendo la comarca de la Axarquía un lugar de procedencia frecuente en las historias clínicas de mujeres durante la Guerra Civil²⁰⁷.

207 La represión franquista fue muy importante en esta comarca de la provincia de Málaga. En las investigaciones de historia oral, como la historia de los guerrilleros (maquis) y análisis de fuentes historiográficas de los refugiados en zona republicana, se pone de manifiesto la implicación de los habitantes de la zona en la resistencia antifranquista, el importante éxodo, y la fuerte represión

Tabla 5: Análisis comparativo. Comarca de procedencia de las mujeres ingresadas en la sala 20 en función del Periodo Histórico de recogida de los casos. (N muestral: 811)

N válido	Variable	Categoría	Periodo Histórico			Test de Contraste	
			Rest. / 2º Rep.	Guerra Civil	Dictadura Fr.	Valor Chi²	P valor
811	Comarca	Capital	29.5 % (23)	11.9 % (10)	20.7 % (134)	32.39**	.004
		Axarquía	15.4 % (12)	21.4 % (18)	13.5 % (87)		
		Valle del Guadalhorce	9.0 % (7)	13.1 % (11)	11.0 % (71)		
		Antequera	12.8 % (10)	7.1 % (6)	10.4 % (67)		
		Serranía de Ronda	7.7 % (6)	7.1 % (6)	4.0 % (26)		
		Costa del sol	1.3 % (1)	1.2 % (1)	5.1 % (33)		
		Montes de Málaga	7.7 % (6)	2.4 % (2)	2.3 % (15)		
		No consta	16.7 % (13)	35.7 % (30)	33.0 % (213)		

N.S. = NO significativo al 5% (p>.05) ** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En **negrita**, las categorías donde se aprecia significación (residuo>1.9)

El lugar de residencia no fue registrado en 108 casos (13.3%). Dentro de las que sí fueron anotadas (un 86.7% del total) de nuevo la provincia de Málaga es lo más habitual: 47.5%, seguido de Málaga capital: 39.4%. De lejos aparecen lugares como: las otras provincias andaluzas y Melilla-Ceuta. El resto de las residencias se aprecian en la figura 17.

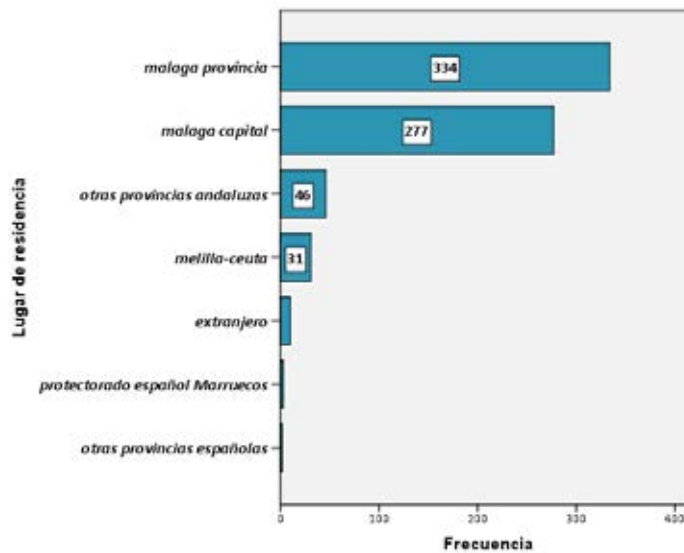


Fig. 17. Lugar de residencia.

El mayor número de mujeres que ingresaban en la institución siendo residentes en la ciudad de Málaga, respecto a las nacidas en la capital, puede explicarse por la inmigración de mujeres jóvenes desde los pueblos a la ciudad, para de los primeros años del Franquismo en la Axarquía, en comparación con otras comarcas de Málaga (Azuaga, 1996; Azuaga, 2005; Barranquero y Prieto, 2008).

trabajar en muchas ocasiones, como sirvientas en las casas de las familias burguesas (Martínez López, 2015; Campos Luque, 1999). La presencia del Protectorado Español en Marruecos (1913-1956) se muestra en el lugar de procedencia de algunas mujeres internadas en la sala 20²⁰⁸. El reparto de Marruecos entre Francia y España a principios del siglo XX hizo de la institución malagueña un lugar de internamiento para mujeres que provenían tanto de ciudades bajo el protectorado español (1913-1956), como Targuist²⁰⁹, Larache²¹⁰ y Tetuán²¹¹, así como de la ciudad de Tánger internacional²¹².

4.2.6. Pensionistas.

El servicio de dementes del Hospital Civil de la Caridad admitía pacientes pensionados, tanto hombres como mujeres, según consta en el Reglamento del 17 de diciembre de 1917, dejando claro que estos pacientes recibirían una alimentación y unos cuidados especiales, y que el importe de las pensiones se ingresaría en la Depositaria Provincial²¹³. En el Reglamento de 1934 también quedó regulada la posibilidad de ingresos de pago o pensionados (Anexo 3). En las historias clínicas no era un dato frecuentemente recogido, de hecho, en el 98.4% de los casos (797) no se anotó. Por tanto, esta información solamente se registró en 13 historias, de las cuales: 11 eran de pago y 2 estaban etiquetadas como “pobres”. Las anotaciones de este dato se hicieron en el margen de la historia clínica.

4.3. Variables clínicas de los ingresos en la sala 20.

4.3.1. Demanda de ingreso.

Se ha tratado de dilucidar con la recogida de este dato quien realizaba la demanda de ingreso en la sala 20. En el 66.2% (537 historias clínicas) no constaba esta información. Entre las historias en las que sí se recogía este dato (un 33,8% del total, 274 historias), 107 ingresos fueron realizados por orden de Pedro Ortiz Ramos (POR) (39.1%). La petición familiar fue la segunda en frecuencia (15.7%, 43 casos) seguida por la orden de Linares Maza en 39 ocasiones (14.2%) y la orden del médico de guardia (13.9%). Algo menos habitual fue el traslado de otras salas del Hospital Civil (8.8%). El resto de las categorías que se han codificado aparecen

208 El choque entre una medicina occidental y la medicina tradicional marroquí desde el marco de los estudios coloniales ha sido ampliamente tratado por diversos autores en nuestro país (Medina y Molero, 1998; Molero Mesa, Jiménez Lucena y Martínez Antonio, 2002; Molero-Mesa, 2006). Sin embargo, la asistencia a la locura aún no ha sido abordada desde la perspectiva colonial. Antonio Linares Maza realizó aportaciones en este sentido, como se ha apuntado en el capítulo 3 de esta tesis (Linares, 1946).

209 ADPM Ig. 10470:10 (1940).

210 ADPM Ig. 10468:29 (1941)

211 ADPM Ig. 10439 (1949); ADPM Ig. 10567:37 (1947); ADPM 10567:4 (1946).

212 ADPM Ig. 10571 (1948); ADPM 10452 (1949); ADPM Ig. 10452 (1949) y ADPM 10440 (1950).

213 Reglamento Hospital Civil de la Caridad, 1917. AMM, BM 22/27, p. 53.

en muy pocas ocasiones: entre 1 y 6 ingresos (2.2%) (Fig. 18). Solo en una de las historias de 1934 quedó recogido un ingreso voluntario²¹⁴.

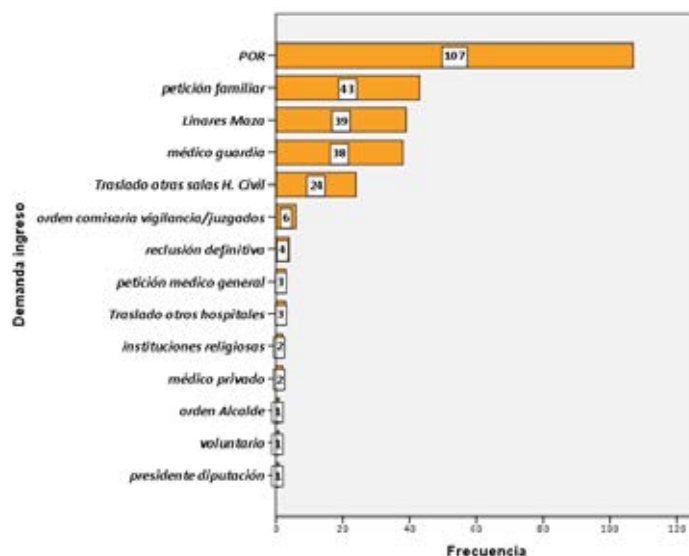


Fig. 18. Demanda del ingreso.

4.3.2. Motivo del alta.

El motivo de alta no constaba en un 23,3% de los casos (188 historias clínicas). Del resto de historias en las que sí constaba el motivo de alta (623), el más frecuente fue la remisión 33,7% (210) y el segundo la petición familiar en un 31,8% de los casos (198 historias). En 35 historias se recogió como motivo de alta "fuga" y en 20 el alta era provisional o ensayo.

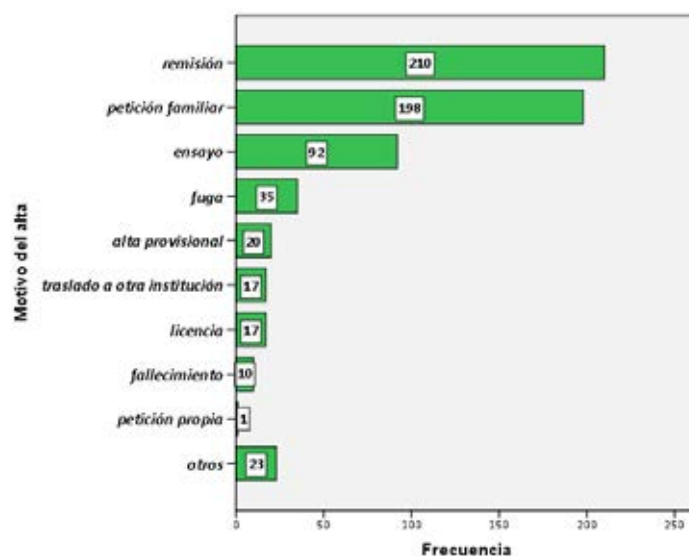


Fig. 19. Motivo de alta.

Como podemos observar en la tabla comparativa por periodos históricos

214 MNG, ADPM, lg. 10468.

(Tabla 6), el alta provisional/licencia fue significativa en el primer periodo: de las 18 mujeres que ingresaron en la Restauración, solo una fue dada de alta provisional (ingresó en abril de 1928 y fue dada de alta en abril de 1932). Sin embargo, de las 62 mujeres ingresadas durante la Segunda República, 19 fueron dadas de alta provisional en el mismo periodo histórico. Por otro lado, durante la Guerra Civil fue la petición de los familiares para que las pacientes salieran de la institución la que resultó ser altamente significativa con respecto al total de historias analizadas.

Tabla 6: Análisis comparativo. Motivos alta en función del Periodo Histórico de recogida de los casos. (N muestral: 811)

N válido	Variable	Categoría	Periodo Histórico			Test de Contraste	
			Rest. / 2ª Rep.	Guerra Civil	Dictadura Fr.	Valor Chi²	P valor
811	Alta	No consta	2.5 % (2)	20.2 % (17)	26.1 % (169)	287.76**	.000
		Por remisión	18.8 % (15)	8.3 % (7)	29.1 % (188)		
		Como ensayo	2.5 % (2)	15.5 % (13)	11.9 % (77)		
		Petición familiar/propia	17.5 % (14)	35.7 % (30)	24.0 % (155)		
		Alta provisional / Licencia	37.5 % (30)	7.1 % (6)	0.2 % (1)		
		Traslado a otra institución	3.8 % (3)	2.4 % (2)	1.9 % (12)		
		Fuga	6.3 % (5)	4.8 % (4)	4.0 % (26)		
		Fallecimiento	6.3 % (5)	2.4 % (2)	0.5 % (3)		
		Otros motivos	5.0 % (4)	3.6 % (3)	2.5 % (16)		

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En negrita, las categorías donde se aprecia significación (residuo>1.9)

La idea de que las altas provisionales durante el periodo de la Segunda República sean altamente significativas, puede ponerse en relación con la puesta en práctica de los supuestos de la psiquiatría reformista, que señalaba el carácter transitorio de la enfermedad mental. De igual forma, pueden plantearse varias hipótesis acerca de la causa del incremento de las peticiones familiares durante la Guerra Civil: por un lado, debido al aumento de hombres en la contienda, las mujeres constituyeron el único soporte económico familiar, por lo que era urgente poder reintegrarlas de nuevo en la estructura sociofamiliar²¹⁵. También hay que plantearse otra cuestión que es el uso que se pudo hacer del psiquiátrico como refugio durante la contienda, como quedó plasmado en el expediente de depuración de Pedro Ortiz Ramos abordado en el capítulo sobre la institución y sus profesionales.

Durante la dictadura franquista un 29,1% se catalogaban como alta “por re-

215 En Leganés sólo 3 historias clínicas presentan la petición familiar como motivo de alta durante la Guerra Civil, lo que contrasta con el dato de la institución de Málaga.

misión”, en posible relación con el auge del tratamiento con electrochoques, que permitía remisiones parciales rápidas, aunque con efectos secundarios graves y recaídas posteriores.

Comparando con los datos del Manicomio de Conxo, Córdoba y Leganés, donde la defunción fue el primer motivo de “alta” de los pacientes ingresados, aunque desconocemos el dato por sexo (Angosto, García y González, 1997, p.77; Ruiz García, 2011, p. 233, Conseglieri 2013, p. 107), en Málaga la defunción no llegó a constituir la primera causa de “alta” de las mujeres ingresadas según la información que arrojan las historias clínicas²¹⁶. Sin embargo, sí es significativo el número de fallecimientos en el primer periodo analizado (Restauración/Segunda República) en relación con el número total de historias que pertenecen a ese periodo (tabla 6). De los cinco casos de fallecimiento en ambos periodos, cuatro corresponden a ingresos que se produjeron durante la Restauración y uno durante la Segunda República.

En relación con estos datos, podemos señalar que la sala 20 de mujeres del Manicomio Provincial de Málaga no tuvo un carácter custodialista, ya que el recambio en la entrada y salida de las mujeres era relativamente alto, y no permanecían mucho tiempo ingresadas, como se señalará en las estancias medias.

4.3.3. Reingresos.

En la gran mayoría de las historias clínicas analizadas, 631 (77´8% del total), no se recoge ningún reingreso. Por tanto, las restantes 180 (22.2%) hacen referencia al menos a un reingreso. En concreto, en 111 expedientes (el 13.7% del total y el 61.7% de las historias con reingresos) se reflejó un reingreso y sólo en un caso, 17 reingresos como valor máximo. El número medio es de casi 2 reingresos.

Se organizaron todos los reingresos según la década en la que se produjeron. Incluso hubo casos de mujeres que ingresaron más de una vez dentro de la misma década. La figura 20 presenta el número de ingresos en cada una de las 4 décadas analizadas²¹⁷. Como se observa, los ingresos se incrementaron claramente a partir de 1931 (235 mujeres), pero en especial a partir de 1941 (554 casos que son aproximadamente los 2/3 del total). En cuanto a los reingresos, aumentaron claramente durante la década de 40²¹⁸.

216 En el caso de la institución de Leganés, los datos son extraídos no sólo de las historias clínicas, sino también de los partes estadísticos. Estas fuentes no han sido objetivo de mi investigación ya que no se han encontrado en el Archivo Provincial de Málaga.

217 Se incluye el único que hay anterior a 1910 en la primera década y cada una termina en el año final de la decena.

218 Como indica Aztarain (2005, p. 206) un 77'22% de las mujeres ingresadas en la sala de mujeres del Manicomio de Navarra fueron tratadas con electrochoque. Este tratamiento permitió que se pudieran dar más altas de forma rápida, pero también relaciona el autor el aumento de los reingresos a partir de 1945 hasta 1954 (p. 192).

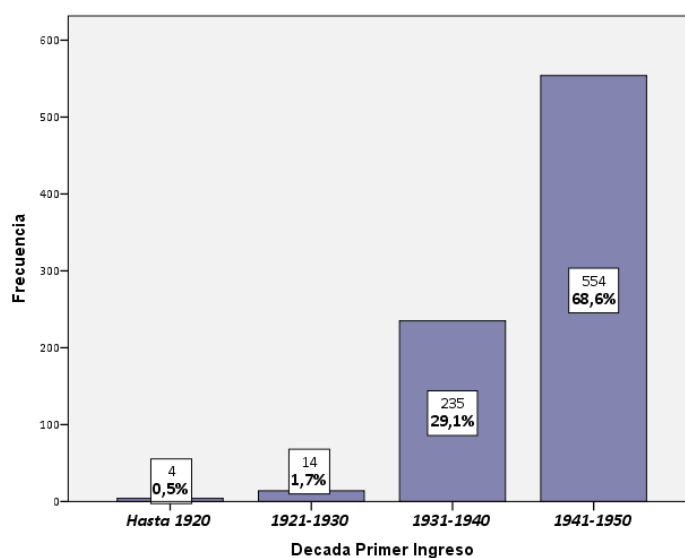


Fig. 20. Número de ingresos según la década.

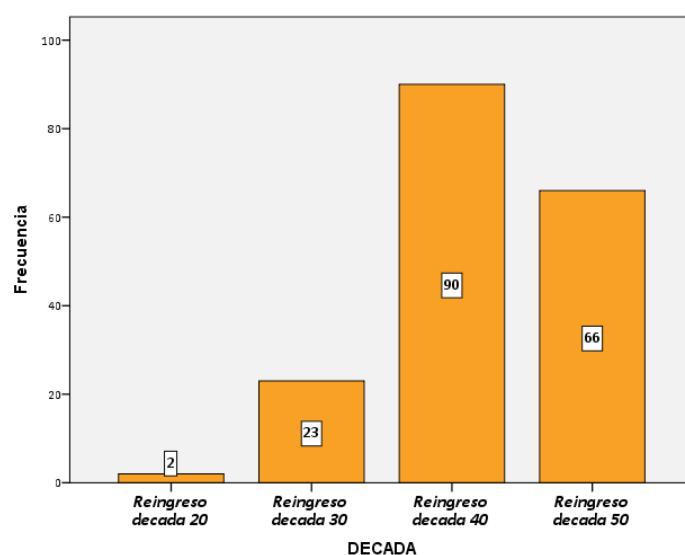


Fig. 21. Número de reingresos según la década

4.3.4. Tiempo de estancia media.

Se dispone de la fecha de ingreso de 807 mujeres (el 99.5% del total) así como de la fecha de alta de 788 (el 97.2%). Con estos datos se ha calculado la variable "tiempo de hospitalización", expresada en meses. Los casos oscilan entre las mujeres que permanecieron ingresadas solo 1 día y las que permanecieron en el manicomio casi 42 años, como casos extremos. La mediana sería de 0.95 meses, es decir que algo más la mitad de las mujeres estuvieron ingresadas menos de 1 mes, el 52% exactamente (Fig. 22 en la que la línea de puntos se ha establecido en 1 mes y la segunda línea, continua, en 1 año). El tiempo medio de hospitalización fue de 7,14 meses. Este valor medio es superado solo por el 8.5% de las mujeres ingresadas y está tan incrementado porque existen unos pocos casos (el 1.6%) con tiempos por encima de los 60 meses (5 años) entre los que se incluyen cuatro

casos aislados con ingresos de 120-240 meses (entre 10 y 20 años) y seis casos de 240-500 meses (20 a 42 años).

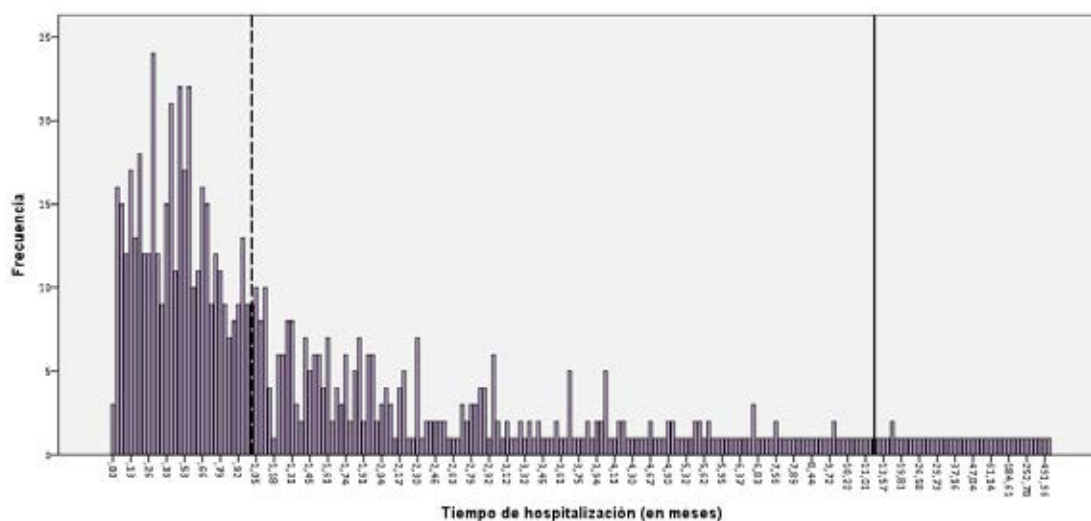


Fig. 22. Tiempo de hospitalización en meses.

Estos datos confirman lo señalado anteriormente en relación con la no consideración de la sala 20 como un espacio de custodia. El dato de los cortos espacios de tiempo de hospitalización puede apuntar a la institución como lugar de reconducción de alteraciones conductuales frente a los procesos de reclusión definitiva.





Capítulo 5 “Etiquetando” a las mujeres: diagnóstico y género en la sala 20.



La nosología francesa dominó la clasificación de enfermedades mentales a principios del siglo XX en España, hasta que se organizó la primera reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en diciembre de 1924 en Barcelona, donde se acordó el uso de la clasificación alemana de Emil Kraepelin, como clasificación oficial. Tanto el Instituto Geográfico y Estadístico como el Consejo Superior Psiquiátrico también la aceptaron. La obligatoriedad de realizar estadísticas en cada establecimiento psiquiátrico y enviarlas mensual y anualmente a la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental partió de una Orden del 28 de noviembre de 1931²¹⁹.

Sin embargo, la única estadística encontrada en el material del Archivo de la Diputación de Málaga consta en la memoria de 1931-1934, elaborada por Pedro Ortiz Ramos, donde agrupa según la nosología de Kraepelin los pacientes de ambos sexos ingresados durante el año 1933²²⁰.

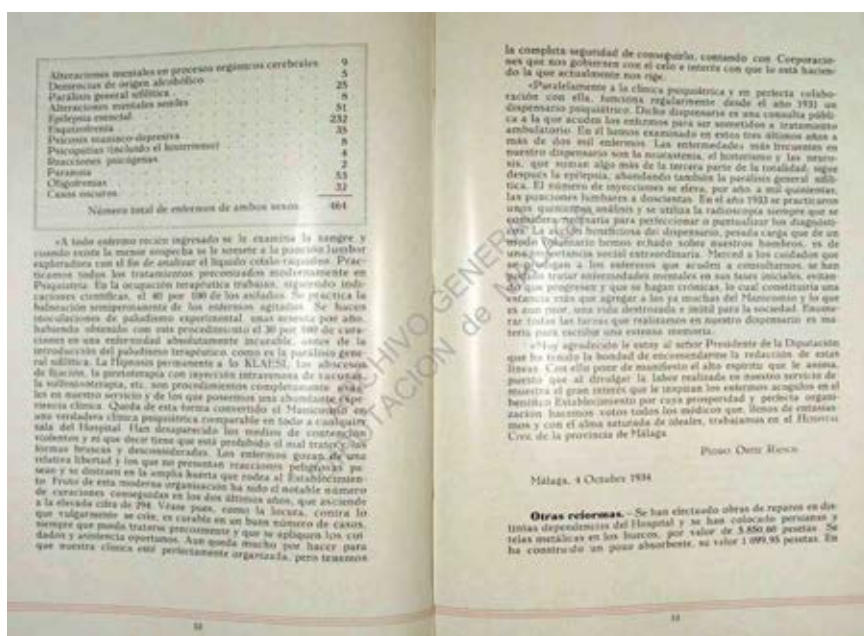


Fig. 1. Fotografía tomada de la Memoria del Hospital Civil (1931-1934), ADPM Ig 4820, pg. 52.

Para abordar el análisis de las categorías diagnósticas se han recogido los diagnósticos literales que se apuntaban en las historias clínicas, a lo largo de todo el periodo estudiado. Esto ha aumentado mucho la variabilidad de las etiquetas diagnósticas por un lado, pero, por otro lado, me ha permitido analizar cómo se comportaban a lo largo de este periodo de casi 50 años, cómo y cuándo aparecían y desaparecían determinados diagnósticos que se usaban para clasificar a las ingresadas²²¹. La importancia de los diagnósticos es fundamental, ya que constituyó

219 Gaceta de Madrid, 2 de diciembre de 1931, 336, pp. 1376-1377. Disponible en <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1931/336/AO1376.pdf>

220 El número de ingresados total en la institución coincide con los datos del INE. Disponible en: <http://www.ine.es/inebaseweb/pdfDispacher.do?td=102473>.

221 Si hubiésemos usado la nosología Kraepeliniana, no se hubiesen considerado algunos diagnósticos que nos parecen fundamentales para un abordaje desde la perspectiva de género de



una de las estrategias de la institución manicomial desde una perspectiva foucaultiana: clasificar conductas, formas de pensar, de hablar, de vivir, de manejar lo simbólico, creencias e ideas políticas funcionando como dispositivo de contención social de las mujeres que no encajaban en el estereotipo hegemónico que predominara en la época. Los diagnósticos encontrados desde 1909 a 1950 han sido recogidos en la tabla 1.

Tabla 1: *Análisis descriptivo.* Diagnósticos aplicados a las mujeres en la sala 20 entre 1909 y 1950. (N=811). Acercamiento a la estimación porcentual (95%) de la incidencia.

<i>Diagnóstico</i>	Núm. de casos	Incidencia %	I.C. 95%	
			Lim. Inf.	Lim. Sup.
<i>Esquizofrenia</i>	203	25.0	22.1	28.2
<i>Depresión</i>	89	11.0	8.9	13.3
<i>Psicosis maniaco-depresiva</i>	66	8.1	6.4	10.2
<i>Psiconeurosis reactiva / de situación</i>	38	4.7	3.3	6.4
<i>Psicosis de la involución</i>	36	4.4	3.1	6.1
<i>Oligofrenia</i>	34	4.2	2.9	5.8
<i>Epilepsia</i>	30	3.7	2.5	5.2
<i>Demencia</i>	27	3.3	2.2	4.8
<i>Psicosis orgánica</i>	26	3.2	2.1	4.7
<i>Histeria</i>	21	2.6	1.6	3.9
<i>Psicosis puerperal</i>	16	2.0	1.1	3.2
<i>PGP</i>	15	1.8	1.0	3.0
<i>Psicopatía</i>	15	1.8	1.0	3.0
<i>Manía</i>	12	1.5	0.8	2.6
<i>Paranoia</i>	6	0.7	0.3	1.6
<i>Alcoholismo</i>	6	0.7	0.3	1.6
<i>Otros</i>	90	11.1	9.0	13.5
<i>Sin diagnóstico</i>	81	10.0	8.0	12.3

El diagnóstico de esquizofrenia fue el más frecuente (25.0%) seguido de la depresión (11.0%) y de la psicosis maniaco-depresiva (8.1%) en tercer lugar. Un 10 % de las mujeres estaban ingresadas sin diagnosticar (81 casos).

la historia de la psiquiatría, como las psicosis puerperales, por lo que hemos optado por respetar la nomenclatura utilizada en las historias clínicas.

Los diagnósticos incluídos en la clasificación como “otros” son: “Encefalopatía intrauterina o imbécil profunda erética” en 1932²²²; “Agitación catatónica” en 1929²²³; “reacción esquizofreniforme-psicogenética” en 1932²²⁴; “enfermedad endocrina (¿psicosis...?)” en 1932²²⁵; “debilidad mental” en 1933²²⁶; “Neurosis anancástica” en 1932²²⁷; “Psicosis mixta” entre 1924 y 1928²²⁸; “Parafrenia” entre 1935 y 1941²²⁹. Durante la Guerra Civil dos mujeres fueron diagnosticadas de “melancolía ansiosa”²³⁰. Por último, los diagnósticos clasificados como “otros” durante la posguerra son: en 1939 tres casos, una mujer diagnosticada de “psicosis reactiva”²³¹, “psicosis por trauma guerra”²³², “psiconeurosis compulsiva”²³³. En 1940 “reacción esquizofrénica”²³⁴. En 1941 “esclerosis en placas”²³⁵; “Amencia, o congestión cerebral”²³⁶ “Neurosis infantil”²³⁷; “Neurastenia”²³⁸; “Toxicomanía por dormidera”²³⁹. Durante la década de los años 40, aumentó el número de diagnósticos relacionados con patologías neurológicas como neuritis ópticas (dos casos), mielosis (1 caso), tumores cerebrales (4 casos) que requirieron entrar en contacto con el neurocirujano Sixto Obrador, paraplejías (2), ataxia cerebelosa de Pierre Marie (1 caso), marcha atáxica (1 caso), miopatía (1 caso) y miastenia (1 caso), dos casos de corea, 4 casos de meningitis, un caso de psicosis sintomática en el contexto de Fiebres Maltas, un caso de hemorragia meníngea espontánea, dos casos de catatonía, un caso de Parkinson, otro de arterioesclerosis, otro de esclerosis en placas, una parafrenia, 3 casos de cefalalgias. Hay que destacar un caso de neurastenia por agotamiento (surmenage)²⁴⁰ y 2 casos de mujeres que ingresaron por motivos ginecológicos (cáncer de matriz²⁴¹, psicosis preeclampsia²⁴²).

Si analizamos por periodos históricos, es interesante ver cómo durante la Guerra Civil no se diagnosticó a 14 mujeres (tabla 2).

-
- 222 CSC, ADPM, Ig. 10153:130.
 223 ARA, ADPM, Ig. 10143:15.
 224 MML, ADPM, Ig. 10143:22.
 225 CFP,ADPM, Ig. 10143:17.
 226 MCM, ADPM, Ig. 10150:26.
 227 ATC, ADPM, Ig. 10143:29.
 228 DPC, ADPM, Ig. 10153:117.
 229 AGM, ADPM, Ig. 10150:70
 230 CPS, ADPM, Ig. 10150:234 y ADPM, MGG, ADPM, Ig. 10150:211.
 231 FMR, ADPM, Ig. 10150:26.
 232 JCO, ADPM, Ig. 10150:131.
 233 IMA, ADPM, Ig. 10150:146.
 234 TCM, ADPM, Ig. 10150:108.
 235 CGA, ADPM, Ig. 10150:46.
 236 VIQ, ADPM, Ig. 10150:40.
 237 REA, ADPM, Ig. 10468:25.
 238 RMS, ADPM, Ig. 10468:20.
 239 DHG, ADPM, Ig. 10150:236
 240 LTC, ADPM, Ig. 10152 (1949).
 241 MGB, ADPM, Ig. 10152 (1949)
 242 MLL, ADPM, Ig. 10152 (1948)

Tabla 2: Análisis comparativo. Diagnósticos en función del Periodo Histórico de recogida de los casos. (N muestral: 811)

N válido	Variable	Categoría	Periodo Histórico			Test de Contraste	
			Rest. / 2ª Rep.	Guerra Civil	Dictadura Fr.	Valor Chi ²	P valor
811	Diagnóstico	No hay diagnóstico	3.8 % (3)	16.7 % (14)	9.9 % (64)	92.79**	.000
		Esquizofrenia	20.0 % (16)	27.4 % (23)	25.3 % (164)		
		Depresión	0.0 % (–)	0.0 % (–)	13.8 % (89)		
		Psicosis maniaco-depresiva	17.5 % (14)	4.8 % (4)	7.4 % (48)		
		Psiconeurosis reactiva / de situación	2.5 % (2)	4.8 % (4)	4.9 % (32)		
		Psicosis de la involución	8.8 % (7)	2.4 % (2)	4.2 % (27)		
		Oligofrenia	3.8 % (3)	2.4 % (2)	4.5 % (29)		
		Epilepsia	5.0 % (4)	6.0 % (5)	3.2 % (21)		
		Demencia	5.0 % (4)	8.3 % (7)	2.5 % (16)		
		Psicosis orgánica	3.8 % (3)	9.5 % (8)	2.3 % (15)		
		Histeria	3.8 % (3)	0.0 % (–)	2.8 % (18)		
		PGP	3.8 % (3)	3.6 % (3)	1.4 % (9)		
		Psicosis puerperal	0.0 % (–)	2.4 % (2)	2.2 % (14)		
		Psicopatía	2.5 % (2)	4.8 % (4)	1.4 % (9)		
		Manía	2.5 % (2)	3.6 % (3)	1.1 % (7)		
		Otros diagnósticos	17.5 % (14)	3.6 % (3)	13.1 % (85)		

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En **negrita**, las categorías donde se aprecia significación (residuo>1.9)

El diagnóstico de esquizofrenia aparece en porcentaje similar en los tres periodos, mientras que la psicosis maniaco-depresiva está más representada en las historias del periodo de la Restauración y Segunda República (de los 14 casos, sólo dos corresponden al periodo de la Restauración, y el resto, 12, fueron diagnosticados durante la Segunda República). Por otro lado, el diagnóstico de depresión fue muy usado en las historias clínicas de la década de los 40. Laura Hirschbein (2010) relaciona el aumento del uso de la depresión como diagnóstico con las necesidades del incipiente mercado psicofarmacológico en Estados Unidos. Sin embargo, en el Manicomio Provincial de Málaga, el aumento de su uso fue anterior a la comercialización en España del primer antidepresivo²⁴³. Se puede observar cómo el diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva durante el primer periodo es significativo para disminuir paulatinamente durante la década de los 30 y los 40, y dejar paso al diagnóstico de depresión, que fue muy frecuente, como ya se ha señalado, durante el primer Franquismo. Este cambio de paradigma en cuanto a la forma de diagnosticar los trastornos afectivos en mujeres será desarrollado más adelante. Las demencias y las psicosis orgánicas fueron los diagnósticos estadísticamente más significativos dentro del periodo de la Guerra Civil, lo que puede estar relacionado con estados carenciales y desnutriciones.

El diagnóstico de demencia precoz en la sala 20 aparece en cuatro historias:

243 La comercialización de los primeros antidepresivos (iproniazida e imipramina) fue a partir de 1957 (López-Muñoz y Álamo, 2009).

dos de ellas en 1934, una en una niña de 14 años (DSC²⁴⁴) y otro en la historia de MMM²⁴⁵, de 18 años. Las otras dos jóvenes con este diagnóstico ingresaron en 1948, y llegaron a la institución desde la consulta de Pedro Ortiz Ramos, a los 13²⁴⁶ y 14²⁴⁷ años. En el estudio de la institución de Leganés, se plantea que el diagnóstico de demencia precoz desapareció en el Franquismo, para dejar paso a la esquizofrenia (Vázquez de la Torre, 2012, p. 216). Vemos que, en la institución de Málaga, aún en el Franquismo se siguió usando esta nomenclatura, para casos de psicosis en niñas y mujeres jóvenes. Por otro lado, hay diferencias importantes en torno a los diagnósticos situacionales o la patología reactiva: mientras que en Leganés la patología de guerra fue minoritaria tanto en la Guerra Civil (con dos diagnósticos de psicosis de situación y tres cuadros reactivos debidos a la contienda) como en el primer Franquismo (tres casos), en la sala 20 hay 4 casos durante la Guerra Civil y asciende a 32 casos durante el primer Franquismo (tabla 2).

5.1. Histeria, psicosis puerperal y psicosis de la involución: la psiquiatrización del cuerpo de las mujeres.

Como he planteado en el capítulo dos, la relación entre fisiología femenina, ciclos vitales y enfermedad mental constituyó un paradigma explicativo para la etiología de las enfermedades mentales en las mujeres desde el siglo XIX. Si bien a partir de la década de los años 20 y 30 la psiquiatría en nuestro país viró hacia teorías más positivistas, en la línea del auge de la medicina de laboratorio, en el caso de diagnósticos fundamentalmente feminizados, aún en la primera mitad del siglo XX en la sala 20 seguían usándose argumentos basados en el ciclo vital de las mujeres. He seleccionado tres diagnósticos que fueron usados en la institución malagueña y que estaban muy relacionados con la vivencia del cuerpo femenino, en el caso de la histeria, con la maternidad, como en el caso de las psicosis puerperales y con el climaterio, en el caso de las psicosis de la involución.

5.1.1. Histeria.

Las investigaciones sobre la historiografía de la histeria han sido abordadas por Micale (1989, 1990a, 1993). Además, las referencias al diagnóstico de histeria desde la perspectiva de género son amplias en la bibliografía (Micale, 1990b; González Duro, 1999; Núñez, 2003; Bolufer, 2007). Aunque en el siglo XIX se hacía referencia a la histeria como “la gran epidemia”, durante el siglo XX siguió siendo un diagnóstico usado en el Manicomio Provincial de Málaga.

La idea que persistió en la psiquiatría de primera mitad de siglo XX sobre la

244 ADPM Ig. 10150:42.

245 ADPM, Ig. 10571

246 CSR, ADPM, Ig. 10571.

247 AJJ, ADPM, Ig. 10570.

histeria estaba íntimamente conectada con los discursos de médicos y alienistas del siglo XIX, como fue el caso de Federico Rubio y Galí²⁴⁸ (1827-1902). Este médico y cirujano escribió sobre el histerismo en las mujeres, argumentando que era la afección que más influencia tenía en la infelicidad humana (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 2003). Llegó a diferenciar varios tipos de histerismo. Por un lado, el de la “mujer víctima”, atrapada en un entorno social y familiar que no deseaba y que desarrollaba dos respuestas: una, el abandono de sus tareas domésticas y otra, la queja. Como él mismo describió, la mujer iría contando de casa en casa:

“que es una víctima desdichada de su perverso esposo, que la tiene abandonada, que no le da lo más indispensable para la vida; y con tal tema de quejas y acusaciones, lleva su difamación de casa en casa, día tras día, año tras año, llorando sus supuestas desventuras y buscando consuelo. De los hijos hace poco caso. De la casa, ninguno. De la hacienda, cuanto puede por destruirla. Del marido, no hay que decir. Para ella es un monstruo [...]. La verdadera víctima, el marido, se encuentra sin defensa” (citado en Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 2003, p. 448).

Y, por otro lado, el histerismo que asoció a la alta burguesía tenía más que ver con una mujer que se imponía a los varones, que conseguía ser autónoma, aconsejando a los estudiosos que siguieran investigando sobre el origen de esta “peligrosa enfermedad” (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 2003, p. 448).

La plasticidad de esta etiqueta diagnóstica usada para nombrar diferentes estados de ánimo y diversas situaciones de las mujeres se ve reflejada en las historias de la sala 20. Del total de historias, la histeria aparece como diagnóstico en 21 casos, prácticamente con la misma frecuencia en la década de los años 30 y en la década de los 40 (figura 2). En cifras totales, de las 21 mujeres diagnosticadas de histeria, sólo 3 fueron ingresadas durante la Segunda República entre 1934 y 1935. Los 18 casos restantes, corresponden a mujeres ingresadas durante el primer Franquismo. Este dato contrasta con la frecuencia de aparición de la histeria como diagnóstico en otras instituciones como Santa Isabel de Leganés donde, entre los años 1936 y 1952 sólo se diagnosticaron dos casos de histeria, uno de “psicosis reactiva de fondo histérico” y una psicastenia (Vázquez de la Torre, 2012; Conseglieri, 2013). Sin embargo, en el primer tercio del siglo XX en esta institución, se diagnosticaron 14 casos relacionados con la histeria, la mitad de los mismos clasificados como histeromanías (Candela, 2017, p. 418).

248 Médico y político gaditano que desarrolló numerosas técnicas quirúrgicas a lo largo del siglo XIX, entre ellas, la primera ovariectomía en España en 1863. Se hizo eco de la ideología de género mayoritaria en la época, planteando argumentos científicos que demostraran el perjuicio que suponía a la mujer oponerse a su deber como madre, esposa y cuidadora en el ámbito de lo doméstico, llegando a establecer una diferenciación de clase entre la “normalidad” de las mujeres burguesas y la “desnaturalización” de las mujeres aristócratas y trabajadoras (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 2003, pp. 443-445).

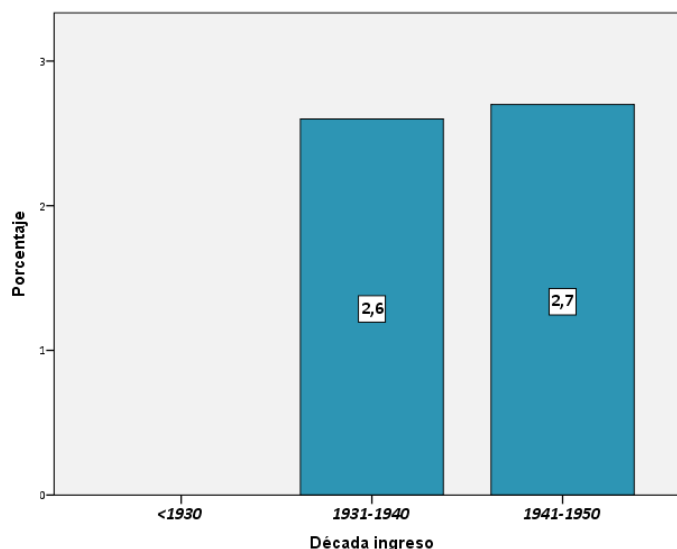


Fig. 2. Diagnóstico "Histeria" por década de ingreso.

En los casos del manicomio de Málaga, hay un componente en las descripciones sobre "ataques", que podían ser confundidos con epilepsias, como en el caso de AMG²⁴⁹, y también transgresiones relacionadas con la feminidad hegemónica. En el caso de CTV²⁵⁰ se hacía alusión en la historia a que fue ingresada tras una discusión con la hermana y un episodio de "risas descontroladas", aludiéndose a la menstruación de la paciente. En el caso de VFC²⁵¹ fue diagnosticada de "ataque de histeria típico", y ante la negativa de la paciente a hablar, se le inyectó absceso de fijación. TCA²⁵², era sirvienta, e ingresó en la sala 20 por "histerismo". En el caso de CMM²⁵³, aunque fue diagnosticada de psicosis maniaco-depresiva y entre paréntesis "crisis maniaco-catato-formes" en 1926, en los antecedentes se recoge un ingreso previo con los siguientes datos:

"Enferma que ha estado en este hospital desde el 2 de abril de 1902 al 21 de marzo de 1912. Alta. Aliviada. Diagnóstico: `Locura histérica con excitaciones maníacas´. Datos recogidos entonces: `padres parientes en tercer grado. ...alcoholismo por ambas líneas. La enfermedad la empieza tres meses antes del ingreso, con cefaleas, y crisis convulsivas que fueron diagnosticadas de histéricas que se repiten, llegando a perder la razón, desobedeciendo a sus padres, diciendo disparates, marchándose de su casa, molestando a las gentes en la calle. En el tiempo de permanencia aquí se niega a comer, ríe y llora sin motivo, y al poco tiempo se ocupa en coser. A los tres años de salir de aquí se casa (1915), no teniendo embarazo ninguno. Menopausia

249 ADPM, lg. 10150:75.
 250 ADPM, lg. 10571.
 251 ADPM, lg. 10571.
 252 ADPM, lg. 10150:111.
 253 ADPM, lg. 10150:125.

hace 3 años. En todo el tiempo de casada el marido dice no haber mostrado el menor síntoma mental, únicamente afirma que padecía de ataques de asma cuando se acatarraba. El 26 de septiembre se despista, y dice que tiene un fuerte dolor precordial. Se le inyectó morfina. Al día siguiente, mentalmente ordenada, pero al medio día estalla una crisis de euforia, canto, baile, que le dura unas 48 horas. Al día siguiente está el día entero fuera de casa, la encuentra el marido, y se van a una fonda decía que `tenía miedo de su comadre, con quien vivía temporalmente, porque tenía visiones´. Desapareció durante 4 días, que pasó rezando, arrodillada...durmiendo y comiendo en un lagar próximo donde la recogieron; un niño dijo que era el niño Jesús, y dio lugar a renovar la afección. La recoge el marido, se van a la fonda, y al salir los dos juntos, mientras que el marido hablaba con un amigo, desaparece de nuevo y el esposo no vuelve a verla hasta saber que estaba en el hospital, vino con orden gubernativa´”²⁵⁴.

Esta historia, recogida en 1926, muestra cómo la paciente fue diagnosticada de locura histérica en 1909 ante varias transgresiones como la desobediencia a sus padres y marchándose de casa.

En el caso de EAC²⁵⁵, se nombra en la recogida de sus antecedentes, que padeció síntomas histéricos. En la historia de DCV²⁵⁶ aunque fue ingresada en 1934 bajo el diagnóstico de histerismo degenerativo, en 1952 fue diagnosticada de esquizofrenia. Pedro Ortiz Ramos la describió en 1934 de la siguiente forma:

“Con una hermana de las enfermas llamadas sucias. Completamente despreocupada de lo que le rodea. Permanece con la cabeza inclinada, el pelo revuelto, los brazos caídos, sentada de forma incómoda, completamente inmóvil. `¿Cómo te llamas? Bien, ¿Cuántos años tienes? 12; ¿porque te han traído aquí? Yo no me acuerdo. ¿Quién soy yo? Don Pedro, ¿qué soy yo? Don Emilio´. Disgregada, autista, raport fácil pero monosilábico. Después de contestar queda en la postura descrita”²⁵⁷.

Es importante señalar la amplia gama de situaciones en las que las mujeres podían ser diagnosticadas de histeria durante las primeras dos décadas del Manicomio Provincial, aunque posteriormente, con la evolución de la nosografía, se optara por otros diagnósticos más modernos. En todos los casos, cuando se recurría a incluir a la paciente bajo la capa de la histeria, encontramos descripciones de comportamientos y conductas no aceptadas socialmente o que transgredían la estructura jerárquica familiar, lo que facilitaba el ingreso de la paciente en la

254 Ibídem.

255 ADPM, lg. 10152.

256 ADPM, lg. 10570.

257 Ibídem.

institución²⁵⁸.

En el caso de EAC, el relato sobre su enfermedad lo realizó su hija:

“Hace aproximadamente ocho años comenzó un trastorno el cual ha reagu-
dizado el estado actual, en un principio tuvo síntomas histéricos habiendo
temporadas que se agudizaba y era rara, caprichosa, teniendo una gran ne-
cesidad de ser vigilada noche y día, poniendo enfermeros a su lado, por te-
ner tendencia a maltratar y hacer daño , se la trasladó al campo donde con
una vida higiénica salimos de su episodio agudo, pero hace aproximada-
mente un mes padeció accesos de manía aguda con una aversión tal por su
marido que obligó a la familia a recluirla en el manicomio, desde su entrada
a la fecha de observación de hoy (2 de Junio de 1912), permanece tranquila,
come y duerme igualmente. En su conversación habla de los ánimos de sus
compañeras que la persiguen: tiene ecolalia y en ella se advierte marcada
tendencia al influjo de que las otras le hacen su victoria. Inactiva y destruc-
tora”²⁵⁹.

Falleció en su casa, pero estuvo recluida hasta 1948. Diagnosticada de ma-
nía aguda con estado persecutorio.

Uno de los elementos para diagnosticar la histeria era la necesidad de ser
el centro de las miradas, la necesidad de llamar la atención de los médicos y de
los familiares, como en el caso de ASP²⁶⁰ que ingresó en 1942 y se recogió en la
historia “deseo de llamar la atención”²⁶¹.

5.1.2. Psicosis puerperal.

La necesidad de positivizar el saber psiquiátrico a nivel diagnóstico dejaba
al margen categorías como las psicosis puerperales, donde la interpretación de
la autointoxicación dio paso también a otras interpretaciones basadas en mar-
cos explicativos como la teoría de la degeneración y el concepto de moral en las
primeras décadas del siglo XX. La tesis doctoral de Isaías R. Bas²⁶² publicada en
1914 es un ejemplo de las explicaciones científicas que se le daban a la aparición
de psicopatología en las puérperas. El autor hacía referencia a las ideas que los
alienistas franceses tenían sobre la etiología de la psicosis puerperal citando a Re-
gis, Esquirol y Magnan, entre otros. Todos ellos apuntaban a la importancia de la
degeneración y la herencia en el desarrollo de estas afecciones. Bas citaba al Dr.

258 En el caso del Asilo de mujeres de Bogotá, el diagnóstico de histeria también era usado en
múltiples circunstancias, entre 1909-1939 (Ospina, 2006, p.311).

259 ADPM, lg. 10152.

260 ADPM, lg. 10468:47.

261 Ibídem.

262 Practicante argentino que trabajó en el hospital de alienadas y realizó su tesis sobre las
psicosis puerperales en Córdoba, Argentina.

Paris, profesor de la Universidad de Nancy, que afirmaba:

“Todas las enfermas de que yo he hablado precedentemente descienden unas de alienados o alcoholistas, otras de epilépticos, de desequilibrados de la sensibilidad...etc, es decir, de sujetos en los cuales el sistema nervioso es, debido a una herencia especial, el locus minoris resistendae; además las impulsiones entre las mujeres alienadas encintas, recién paridas o criando son muy frecuentes y la impulsividad es estigma de degeneración” (Bas, 1914, p.32).

Sin embargo, además de estos factores etiológicos, la medicina de principios del siglo XX, centrada en la importancia de los descubrimientos de la medicina de laboratorio, y las teorías sobre la infección, también incorporó estos elementos en la explicación de las posibles causas de las psicosis puerperales. El mismo autor argumentó esta cuestión explicando los cambios que el cuerpo de las mujeres embarazadas experimentaba, así como los cambios de los órganos internos, influenciados por la gravidez. Refirió que esta intoxicación podía venir dada por exceso o por defectos de toxinas producidas por el embarazo. Pero, además, el autor conectaba la patología obstétrica con la medicina mental del momento:

“Y si en el terreno de la patología obstétrica ha adquirido tan importante rol ese factor etiológico estos últimos tiempos, mayor es el influjo que ha ejercido en el campo de las psicopatías funcionales. Bien conocida es la importancia que en la actualidad se asigna en medicina mental á la intoxicación ò á la infección, no solo como causas productoras de cierto número de psicosis, sino aun por comunicar á estos ciertos caracteres sintomatológicos análogos é imprimirles cierto sello de comunidad que ha permitido agrupar diversos tipos clínicos, como la confusión mental de Delare, el delirio onírico de Regis y la demencia precoz, bajo el término general de confusión mental. Así se asigna con justicia mayor relación á los fenómenos de auto-intoxicación en las locuras del embarazo y en las tardías de la lactancia, como es evidente que las puerperales propiamente dichas, es decir, en las producidas en los primeros tiempos del puerperio, la causa determinante fundamental está constituida por la infección” (Bas, 1914, pp. 34-35).

Para terminar, también se hacía alusión en su trabajo a la importancia de los elementos morales en las mujeres que padecían psicosis puerperales. Basándose en argumentos de autores del siglo XIX, como Georget, su trabajo se hacía eco de las taras morales encontradas en las pacientes, y de la “dificultad para conocer a fondo el alma de la mujer” (Bas, 1914, p. 40). Bas llegó a preguntarse si la psicosis puerperal era más frecuente en mujeres casadas o en madres fuera del matrimonio; en mujeres pobres o de elevada posición social. La respuesta la encontró en Esquirol, quien sostenía que las psicosis puerperales eran más frecuen-

tes en mujeres solteras y de baja clase social, aunque él mismo no daba mucha fiabilidad científica a sus conclusiones:

“Entre nosotros, sin que pueda presentar estadísticas comparativas, de una encuesta verbal entre algunos especialistas, he podido comprobar la diferencia marcadísima en favor de las clase pobres y bajas de la sociedad, lo que se explicaría más por los estados emotivos y pasionales de la maternidad natural, y el conjunto de ideas y sentimientos depresivos que en esos casos, deben amargar tan sublime función de la mujer, convirtiendo en tormentos, lo que en las honradas es fuente de satisfacción, por la miseria fisiológica, los deficientes alimentos y la ausencia de higiene que priva al organismo de sus naturales resistencias” (Bas, 1914, p. 41-42).

Como indica Rafael Huertas, la construcción del diagnóstico de psicosis puerperal tiene una alta carga de factores socioculturales. Basándose en el trabajo de Vaschetto, que abordó la aparición de este diagnóstico en Argentina, en el paso del siglo XIX al XX, Huertas examina una serie de factores que pudieron influir en el uso de este diagnóstico, y que no sólo fue asimilado por la psiquiatría, sino también por la especialidad obstétrica (Huertas, 2011a, p. 442). Como indica Vaschetto, el término “puerperal” incluía todas las perturbaciones que sucedían en torno a la embarazada cercana al parto, puerperio y lactancia (Vaschetto, 2008, 293). Dentro de un modelo de construcción social, este diagnóstico estuvo relacionado con el cambio en la asistencia al parto en Argentina, que pasó de ser un acto íntimo en casa y en compañía de la comadrona, a ser atendido en los hospitales, dirigido por obstetras. Como apunta el autor, el cuerpo femenino como fuente reproductiva tenía que ser controlado por el nuevo discurso médico obstétrico, y así asegurar la implantación de medidas eugénicas en la población (Vaschetto, 2008, p.295). Esta idea de la relación entre el interés sobre el cuerpo femenino como productor de personas y el ámbito de la eugenesia, quizá pueda explicar el que, en el Manicomio Provincial de Málaga, la mayoría de las historias clínicas con este diagnóstico pertenecen al periodo del primer Franquismo. En este sentido, la política poblacionista de este periodo estuvo íntimamente ligada a un discurso concreto sobre la idea de mujer impuesta por el régimen fascista. Como apunta Isabel Jiménez “la medicina social dirigida a mujeres se pensaba como una acción práctica con el objetivo de lograr eficacia reproductiva cuantitativa y cualitativa” (Jiménez Lucena, 1998, p.126). Este diagnóstico estuvo presente en la institución de Málaga desde la década de los años 30, aunque fue más usado por Pedro Ortiz Ramos en la década de los 40, cuando representó el 2% del total de los diagnósticos (Fig. 3).

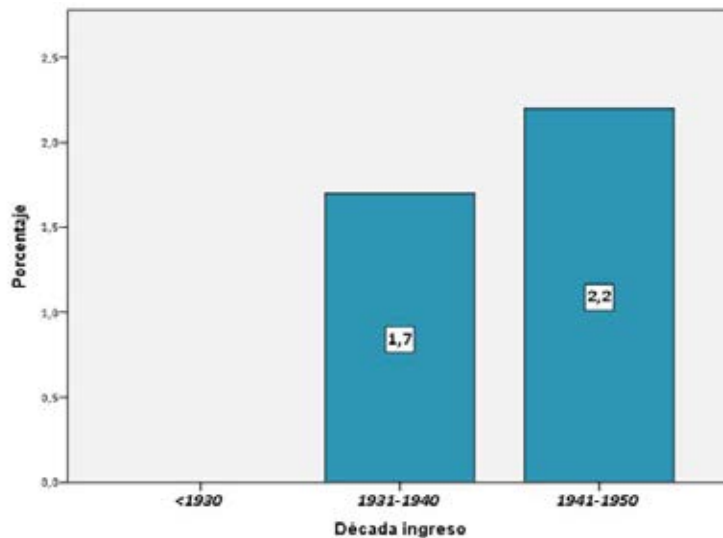


Fig. 3. Diagnóstico "Psicosis puerperal" por década de ingreso.

Este psiquiatra mostró gran interés por la cuestión de esta afección y publicó en la revista *Ser* un artículo en torno a esta patología titulado "Psicosis puerperales". Su estudio se basó en el análisis de 1000 historias clínicas de mujeres ingresadas, de las cuales 43 fueron diagnosticadas de psicosis puerperal. Argumentaba que, casi en la mitad de los casos, se trataba de cuadros endógenos, esquizofrenias y psicosis maniaco-depresivas de carácter endógeno que detonaban bajo el estrés del parto, principalmente en mujeres primíparas. El resto de los casos se trataba de cuadros producidos por factores exógenos, como formas amenciales o sepsis puerperales. Pedro Ortiz Ramos, tras analizar lo que otros autores habían escrito y concluido sobre la psicosis puerperal como Bleuler, que no las admitía como entidad clínica independiente, se centró en las investigaciones de Vallejo Nágera en torno a esta cuestión. Para este psiquiatra, había dos tipos de psicosis puerperales: las sintomáticas, debidas a infecciones durante el puerperio; y las endógenas, relacionadas con la "sobrecarga familiar psicótica" y con personalidades "taradas" (Ortiz, 1948, p. 33). Pedro Ortiz Ramos sintetizaba su estudio en la siguiente conclusión:

"Examinando atentamente nuestro material se llega a la conclusión de que la psicosis puerperal apenas si tiene una realidad clínica. El puerperio, en cualquier caso, sólo representa un factor desencadenante de la psicosis. Obsérvese nuestro cuadro estadístico y véase como muchas enfermas tenían antecedentes de enfermedad mental. Otras enfermas eran psíquicamente taradas, como lo demuestra su personalidad prepsicótica, esquizoides, cicloides, débiles" (Ortiz, 1948, p. 29).

A pesar de esta afirmación, en su estadística, era más frecuente encontrar a mujeres sin antecedentes familiares (24 mujeres) que con ellos (15 mujeres) (Ortiz, 1948, p. 32).

En el tratado de Oswald Bumke²⁶³ traducido al castellano por Emilio Mira, hay un apartado dedicado a los trastornos mentales del ciclo vital de las mujeres, agrupados bajo el epígrafe “Psicosis de la generación”, donde al autor señalaba como tanto en la menstruación, como en el embarazo, el parto y la lactancia, aparecían cuadros psicóticos. Sin embargo, concluía que, en concreto en las psicosis puerperales, la etiología de estos cuadros solía ser infecciosa, y que había bajado su prevelancia con la mejoría de la asepsia (Bumke, p. 618).

En cuanto al pronóstico, Pedro Ortiz apuntó: “Al estudiar el problema del pronóstico debe hacerse especial mención de la procedencia del material que se examina: no es lo mismo si se estudian las enfermas de un Asilo que si se estudian las de una Clínica” (Ortiz, 1948, p. 35). En esta afirmación puede encontrarse el único atisbo en el artículo hacia factores que tengan que ver con el contexto socioeconómico de las pacientes. Esta distinción entre las mujeres de los asilos y de las clínicas fue también la distinción que él vivenció desarrollando su actividad clínica en dos entornos muy diferentes: la sala 20 del Psiquiátrico Provincial y la Clínica de Reposo Los Ángeles.

Hay que señalar que la presencia de las psicosis puerperales en los estudios que han abordado instituciones psiquiátricas en nuestro país es muy escasa. De hecho, en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, en el periodo de la Restauración se alude a un solo caso de una mujer que fue tratada con sedantes, por una psicosis puerperal (Candela, 2017, p. 488). Tanto en la Guerra Civil como durante el primer Franquismo, no hay alusiones a este diagnóstico en la institución madrileña. Hay que destacar el trabajo realizado en torno al diagnóstico “locura puerperal” en el Manicomio de Conxo, entre 1885 y 1936 a través de documentos clínicos y noticias en la prensa. Según este trabajo, se encontraron 8 casos de mujeres diagnosticadas de procesos puerperales, seis de ellas con “locura puerperal” y una con “reacción psicótica puerperal maníaca” en 1932 y otra con “psicosis y septicemia puerperal” en 1936 (Simón, Pérez, Carcavilla, Rodríguez, Fernández y Balseiro, 2018, p. 166). Los autores apuntan a que la baja incidencia de locuras puerperales pudo tener que ver con el tratamiento de estas mujeres en otros dispositivos como cárceles o asilos, en la primera década del siglo XX.

263 La primera edición del tratado de Oswald Bumke *“Lehrbuch der Geisteskrankheiten”* fue publicada en 1929.

5.1.3. Psicosis y melancolía de la involución.

Bajo el nombre “involución” se agruparon un conjunto de patologías que tenían en común la edad tardía de aparición. Kleist formuló su postulado sobre la psicosis de la involución, diferenciando dos cuadros: la paranoia de la involución y la depresión psicótica involutiva²⁶⁴. Ambos diagnósticos fueron aplicados a las mujeres de edades avanzadas siendo relacionados con el climaterio y la menopausia. En España, Manuel Luis Sánchez Martín presentó en 1936 su tesis doctoral en la Universidad de Madrid titulada *Contribución al estudio de las psicosis del climaterio e involución y su tratamiento*. Prados Such también mostró interés dos años antes en las psicosis de la involución, escribiendo un artículo en *Archivos de Neurobiología* sobre esta cuestión (Prados, 1934). Además, el interés que llevó a Prados Such a investigar en la relación entre hormonas y alteraciones mentales en los años 20 y 30, se mantuvo hasta sus primeros años en Canadá: en 1946, publicó otro artículo titulado “Personality studies in menopausal women”, en colaboración con Karl Stern (Stern y Prados, 1946).

En el Manicomio Provincial de Málaga se han recogido 36 casos que han sido agrupados bajo la etiqueta de “involución”, en relación a patologías que eran anotadas como “psicosis de la involución”, “depresión involutiva”, o simplemente, “involución”. En la institución de Málaga también aparece el diagnóstico de “melancolía involucional”²⁶⁵ sólo en un caso y el de “depresión involucional”²⁶⁶, que figura en cuatro casos²⁶⁷. En el caso de la institución de Leganés durante el Franquismo, aparece reflejado un caso con el diagnóstico de melancolía de la involución (Conseguieri, 2013, p.174), clasificado dentro del grupo IX de la nosología de Kraepelin.

264 Kleist (1879-1960) médico alemán que se especializó en neurología y psiquiatría, desarrolló su teoría acerca de los procesos psicóticos en pacientes de edad avanzada. Publicó en 1913 la obra *Die Involutionsparanoia. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*.

265 ALO, ADPM, lg. 10440 (1950).

266 Según Germán Berrios, hay controversias en relación con los antecedentes históricos de la melancolía involutiva, citando como definición común “Depresiones agitadas que se presentan por primera vez en la vida después de los 45-50 años, en contraste con la enfermedad maniacodepresiva que se manifiesta a una edad más temprana” (Berrios, 2008, p. 395).

267 JLV, ADPM, lg., 10150 y VMM ADPM, lg. 10150 en 1941; EGR, ADPM, lg. 10571 y CRL, ADPM, lg. 10571 en 1948.

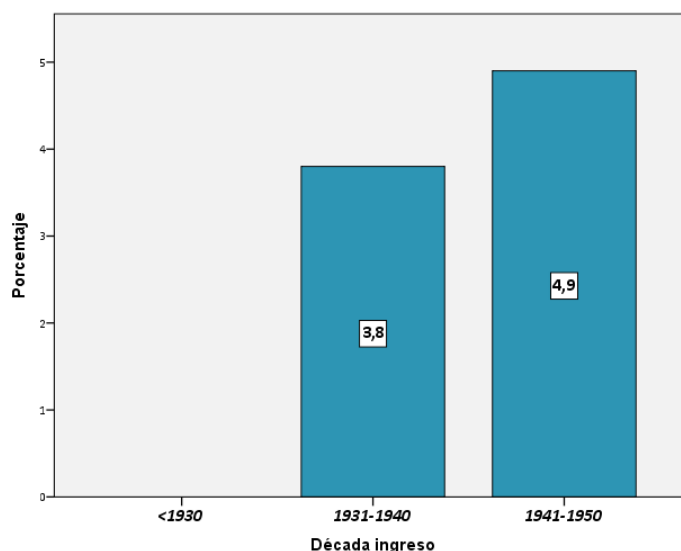


Fig. 4. Diagnóstico "psicosis de la involución" por década de ingreso.

5.2. Esquizofrenia y paranoia en las mujeres ingresadas en la sala 20.

5.2.1. Esquizofrenia.

La consideración de la esquizofrenia como entidad nosológica positiva, ha sido aceptada por la comunidad científica, si bien existen voces que siguen señalando la influencia de la cultura en su construcción. Rafael Huertas muestra la relación entre la aparición del diagnóstico y el contexto histórico-cultural, coincidiendo con el nacimiento de la "conciencia moderna, de una cultura de la subjetividad, cuyo individualismo exacerbado y las nuevas formas de intimidad (y de interioridad), pueden inducir, cuando no imponer, la fragmentación del yo y la constitución de un trastorno característicamente moderno" (Huertas, 2011b, p. 450). A partir de los años 60 y 70 ha aumentado el número de trabajos que muestran características diferenciales entre ambos sexos y la distribución, desarrollo y evolución de este diagnóstico (Távora, 1997; García-Bóveda y Vázquez, 2012). Desde los estudios sobre la mujer y la locura de la llamada segunda ola feminista, autoras como Elaine Showalter en su libro *The female malady*, abordó cómo, a pesar de que la esquizofrenia ha sido un diagnóstico más asociado a hombres, tras la Primera Guerra Mundial, la histeria dejó paso a la esquizofrenia en mujeres, como resultado de una época también fragmentada por el conflicto bélico, y del cambio en el rol femenino que supuso a nivel social (Showalter, 1985, p. 19). Desde esta perspectiva, la mujer esquizofrénica jugó también un papel importante fuera del dominio de la psiquiatría, constituyendo un icono cultural de igual forma que lo fue la mujer histérica durante el siglo XIX²⁶⁸.

268 En este sentido, la esquizofrenia se convierte en una metáfora de la condición femenina que expresa la pérdida de seguridad en sí misma, la dependencia de definiciones externas del self, generalmente masculino; la división entre cuerpo como objeto sexual y mente como sujeto y la

Si bien es cierto que la prevalencia de la esquizofrenia en mujeres es menor que en hombres²⁶⁹, R. D. Laing mostró algunos factores diferenciales en mujeres, que las hacían más proclives a sufrir una ruptura del self, a la que poder atribuir esta etiqueta diagnóstica: elementos como la opresión de las mujeres dentro de la estructura familiar, mediante la represión sexual e intelectual, modelos de tiranía patriarcal, obsesiva supervisión por parte de las madres, y la tendencia a sacrificar los deseos de hijas y madres en favor de la estabilidad de la familia, fueron factores de su estudio, mostrando la influencia de éstos en el desarrollo de procesos atribuibles a la esquizofrenia (Laing, 1964). Estos factores pueden verse en las historias clínicas de mujeres, y serán analizados en el siguiente capítulo.

Las ideas eugenésicas fueron asimiladas por la psiquiatría franquista, aunque con ciertos límites que imponía la moral católica. En este sentido, la esterilización de pacientes esquizofrénicos no estuvo respaldada por Vallejo Nágera, aunque sí las medidas profilácticas como el consejo prenupcial. Además, en el caso de las mujeres con episodios previos, tanto las relaciones sexuales después del matrimonio como el embarazo, puerperio y lactancia eran vistas como situaciones del alto riesgo que podían desencadenar nuevos episodios (Dualde Beltrán, 2004, p. 3578).

En cuanto al uso de este diagnóstico en las mujeres ingresadas en el Manicomio Provincial de Málaga, la primera historia clínica que se encuentra con el diagnóstico clínico de esquizofrenia data de 1909²⁷⁰. Sin embargo, en el apartado de "diagnóstico al ingreso" se apuntó "Delirio alucinatorio-persecutorio con excitaciones maníacas". En la institución de Leganés, fue en 1921 cuando se introdujo el diagnóstico de esquizofrenia (Candela, 2017, p.22). Esta precocidad en el diagnóstico de esquizofrenia en la institución provincial de Málaga puede deberse a que el apartado de diagnóstico fuera completado en fecha posterior al ingreso de la paciente, que ingresó en régimen de reclusión definitiva, y permaneció en el manicomio al menos hasta octubre de 1962, que es la última anotación en la historia.

Es significativa la distribución del diagnóstico de esquizofrenia con respecto al total de los diagnósticos: como se puede observar en la siguiente gráfica, del 33% de mujeres diagnosticadas antes de 1930 se pasa al 23,5 % de mujeres diagnosticadas de esquizofrenia a partir de 1941.

vulnerabilidad frente a mensajes sociales como feminidad y envejecimiento (Cobos, 2001, pp. 267-268).

269 Ana Távora, plantea en su tesis sobre Esquizofrenia y género cómo las mujeres suelen ser diagnosticadas de procesos psicóticos con una gran carga afectiva, hecho que está relacionado con el estereotipo de la mujer, como más sensible y afectiva que el hombre (Távora, 1997).

270 RPY, ADPM, lg. 10153 (1909).

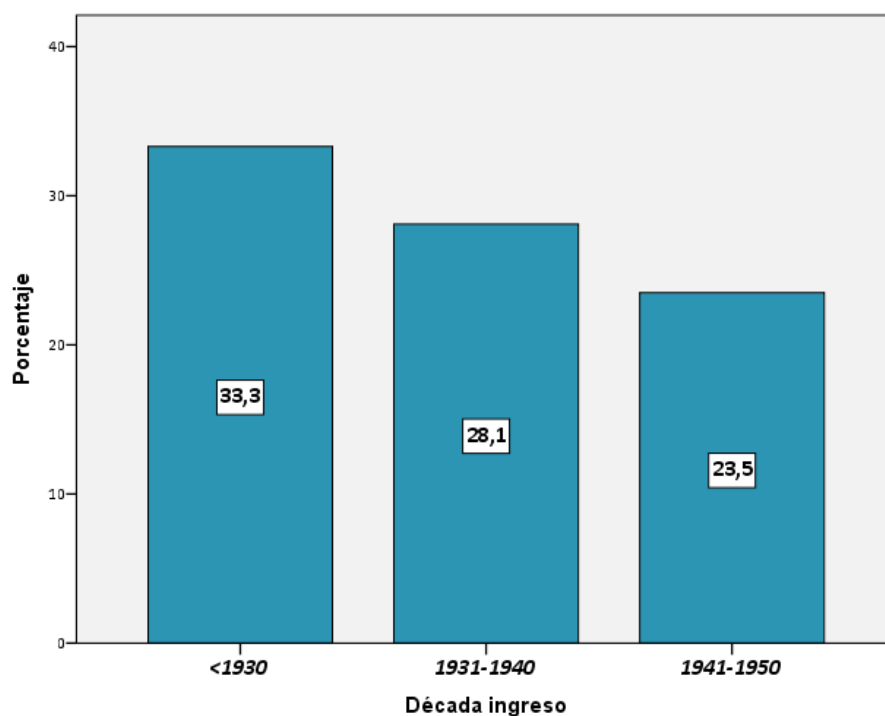


Fig. 5. Diagnóstico "Esquizofrenia" por década de ingreso.

En número total, se han encontrado 111 casos con este diagnóstico, distribuidos por periodos históricos de la siguiente forma: 16 casos (21,1%) en el periodo de la Restauración y Segunda República; 19 casos (24,1 %) en la Guerra Civil y 76 casos (25,4%) durante el primer Franquismo. En el primer periodo, 6 historias²⁷¹ pertenecen al periodo de la Restauración Borbónica, y 10 pertenecen a la Segunda República.

Clasificados como "otros" han sido agrupados otros diagnósticos relacionados con la esquizofrenia: en 1927 figura un diagnóstico de "esquizofrenia catatónica circular"²⁷² donde se apunta el componente afectivo en un ingreso posterior en 1932 "come sola: no se le puede hacer exámen por negarse a contestar. Está triste"²⁷³. Aparecen también como diagnósticos separados tanto la catatonía como la hebefrenia. En el Manicomio de Santa Isabel de Leganés durante los años 40 también se usaron estos diagnósticos como entidades independientes (Vázquez de la Torre, 2012, p. 219). En cuanto a la comparación con otros establecimientos, en el caso de Leganés durante la posguerra, el porcentaje de mujeres con diagnóstico de esquizofrenia supera ligeramente al de los hombres (51% en mujeres frente a 49% en hombres) (Conseglieri, 2013, p. 161).

271 De estos seis casos, 3 se distribuyen en los años 1909, 1912, y 1917. Los otros tres casos ingresaron en 1927 y 1930.

272 NMG, ADPM, lg. 10143:12.

273 *Ibíd.*

Entre las historias clínicas destaca la de LRG²⁷⁴ de 30 años, que ingresó en 1938 y fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide:

“Al entrar pide el alta. Ella no debe estar aquí porque padece anemia, pobreza de sangre, lo sabe porque le han hecho análisis. La comida aquí no es buena y se va a debilitar más..(...) `Si... me parece que me toman por teléfono... me citronizan.... No lo sé segura, tal vez sea mi enfermedad. Veo una visión de un cura con la boca muy grande, muy feo...sale con un vestido blanco, y le dice a eso el sagrado´ (se rie sin atreverse a decir lo que sigue, por último lo dice, `el sagrado semen; se comunican al hombre y a la mujer y en esos momento siente placer sexual. El cura tiene a dos muchachos encerrados en el convento de San Victoriano, son muy guapos y muy simpáticos y sirven para comunicarse con las mujeres por medio de la electricidad. Es una especie de sociedad que se llama aves, coves y peras. Una parte de dedica al crimen. A uno de los muchachos, que es Cristo le han casado con ella que es Cristeza y a ambos los martirizan con alfileres...´ Admite que puede ser mentira y que se le haya ido la cabeza... `pero me dan un focazo en el oído, me dejan aturdida.... Y tiraron una bomba´ ”²⁷⁵.

5.2.2. Paranoia.

El diagnóstico de paranoia ha sido muy controvertido desde el cambio de la concepción de la locura debido al desarrollo de la psiquiatría positivista en el siglo XIX y su fragmentación en la nosología Kraepeliniana. Partiendo de este punto, la paranoia ocupó los lugares nosográficos de las locuras parciales, monomanías, locura lúcida o locura, simplemente (Álvarez, 2008, 118). Desde los inicios del siglo XX, la contraposición de teorías positivistas, como la nosología Kraepeliniana²⁷⁶ y la psicoanalítica, dieron lugar a la controversia en diagnósticos como la paranoia. Mientras la primera corriente se caracterizó por una expulsión del sujeto de su propio proceso, naturalizando y esencializando los diagnósticos, el psicoanálisis se centró en el trabajo con el sujeto, manifestando el carácter defensivo de la paranoia (Álvarez, 2008, p.121).

Según los datos recogidos en la sala 20 del manicomio de Málaga hay seis historias con diagnóstico de paranoia. Una de ellas sin fecha²⁷⁷; tres historias en

274 ADPM, lg. 10150:168.

275 Ibídem.

276 Como indica Álvarez (2008), la nosología Kraepeliniana redujo el campo de la paranoia a una entidad diferencial de la demencia precoz, y las parafrenias, a lo largo de las ocho ediciones de su *Psychiatrie* escritas entre 1883 y 1915. Culminó con la separación drástica de la demencia precoz y la paranoia, bajo el argumento de la ausencia de deterioro en la última, con respecto a la primera (p. 144-146).

277 ADPM, lg. 10150:192.

el periodo de la Segunda República²⁷⁸ y dos en el Franquismo²⁷⁹. Todas las pacientes con este diagnóstico fueron ingresadas en un rango de edad entre 30-49 años.

En el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, la paranoia supuso el 5,8% de los pacientes ingresados entre 1900 y 1931 (Candela, 2017, p. 385). La distribución de este diagnóstico por sexos fue prácticamente igual, no hubo grandes diferencias. Sin embargo, durante el periodo de la Guerra Civil, Vázquez (2012, p.217) define la paranoia como un diagnóstico “principalmente femenino”.

5.3. Los trastornos afectivos en la sala 20: psicosis maniaco-depresiva, depresión y manía.

5.3.1. Psicosis maniaco-depresiva.

El antecedente de este diagnóstico podemos encontrarlo en la culminación del diagnóstico de locura circular por parte de J.P. Falret²⁸⁰, inscrito en ese paso donde la locura como concepto se fue fragmentando en diferentes diagnósticos; en este caso, el carácter cíclico y alternante fue subrayado a mediados del siglo XIX. Falret describió los periodos de excitación maníaca, seguidos de periodos de intensa depresión, que darían lugar, finalmente, a la última etapa, o fase de lucidez. El propio autor advirtió una importante relación con la herencia, señalando que era “infinitamente” más frecuente en mujeres que en hombres (Álvarez, 2008, p. 104). A partir de los trabajos nosológicos con Falret, Kraepelin renovó la nomenclatura de un conjunto de síntomas ubicados bajo el epígrafe de “locuras periódicas o circulares”, o “psicosis periódicas”, para terminar en 1899, en la sexta edición de *Psychiatrie*, acuñando el término “psicosis maniaco-depresivas”. Bajo esta denominación, en la octava edición de *Psychiatrie* nombró muchas más afecciones o formas de estados depresivos y maniformes que podrían ser diagnosticados como psicosis maniaco-depresiva (Álvarez, 2008, pp.110-111). Como se ha señalado en el capítulo 3, en España, Jose Miguel Sacristán realizó un trabajo acerca del diagnóstico diferencial entre la psicosis maniaco-depresiva y la esquizofrenia (1929) que fue conocido por Pedro Ortiz Ramos²⁸¹. El autor abordó ambas entidades nosológicas desde la nosografía alemana, planteándose la independencia de la psicosis maniaco-depresiva como entidad morbosa²⁸².

278 MJP, ADPM, lg. 10143:23; CGG, ADPM, lg. 10143:10; MGA, ADPM, lg. 10153:150.

279 CRS, ADPM, lg. 10571; MJM, ADPM, lg. 10440.

280 Otros autores como Baillarger con la descripción de la “folie à doublé forme”, también influyeron en el paso de la melancolía a la psicosis maniaco-depresiva. La discusión sobre la autoría del “descubrimiento” de esta nueva patología no estuvo exenta de polémica entre ambos médicos (Álvarez, 2008, p. 100-106).

281 Se encontró un ejemplar de este trabajo en el archivo personal de Pedro Ortiz (Archivo universitario UGR ORT03/ 032. Fondo Pedro Ortiz Ramos).

282 Es necesario señalar que esta investigación fue llevada a cabo por Sacristán mientras ocupó su cargo como jefe de servicio del manicomio de señoras de Ciempozuelos, desde 1918 por la renuncia de Manuel Gayarre hasta 1936 (López-Muñoz, Rubio, Molina, García- García, Álamo y Santo-Domingo, 2008, p. 64), por lo que sus observaciones estuvieron basadas en la clínica que

Del total de historias clínicas, 66 corresponden a este diagnóstico. En la comparación entre periodos históricos (tabla 2), el primer periodo (Restauración y Segunda República) es el más significativo a nivel estadístico, ya que supone un 17,5 de la distribución total de este diagnóstico (14 casos). Sin embargo, sólo 3 casos del primer periodo corresponderían al periodo de la Restauración²⁸³; los once casos restantes corresponden al periodo de la Segunda República. En la Guerra Civil representa un 4'8 % (4 casos) y en el primer Franquismo un 7'4% (48 casos).

El diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva fue principalmente aplicado a mujeres en la institución de Leganés tanto en la Restauración (Candela, 2017, p. 428) como en los años de la Guerra Civil (Vázquez de la Torre, 2012, p. 220) y Franquismo (Conseglieri, 2013, p. 173). En la institución de Leganés, se ha objetivado el uso del término "locura circular" en los periodos de la Guerra Civil y Franquismo, a pesar de que fue descrita un siglo antes (Candela, 2017, p. 395). Sin embargo, en la institución de Málaga, no se ha detectado ese diagnóstico.

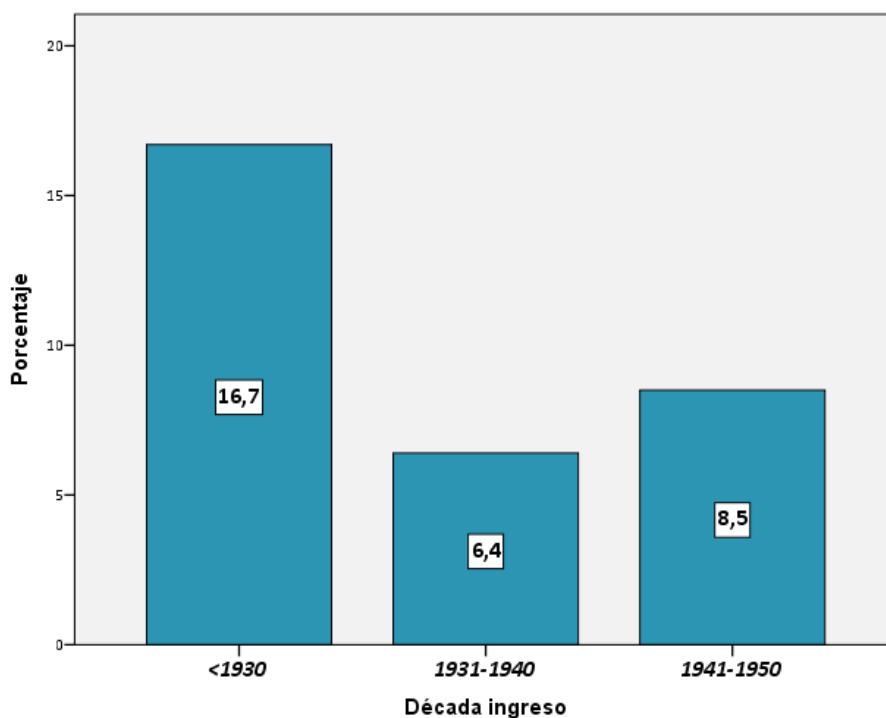


Fig. 6. Diagnóstico "Psicosis maniaco-depresiva" por década de ingreso.

5.3.2. Depresión.

La melancolía durante el siglo XIX estaba caracterizada por la "intensidad de ideas", es decir, por cierta tendencia a quedar fijados en unas ideas concretas que, si se estuviese en un estado óptimo de salud, no se tendrían en cuenta. Por tanto, no tenía como eje central lo afectivo, ni el ánimo bajo, ni la tristeza (Berrios, 2008,

presentaban las mujeres ingresadas en esta institución.

283 CMM, ADPM, lg. 10150:125 (1926); ABS, ADPM, lg. 10150:188 (1927); IOM, ADPM, lg. 10150 (1930).

p. 375). A mediados del siglo XIX, debido a cambios conceptuales la melancolía no podía ser incluida ni como un subtipo de manía, ni un trastorno del intelecto ni era irreversible. Quedó entonces como una forma de “insania parcial” definida fundamentalmente como trastorno de los afectos, donde se podía observar inhibición, deterioro, disminución. El término depresión fue usado a mediados del siglo XIX en cardiología para representar una “disminución de las funciones” y fue incluido en los diccionarios médicos como “depresión” en 1860 (Berrios, 2008, p. 376). Comenzó a usarse como “depresión mental” y posteriormente quedó como “depresión”. La melancolía comenzó a ser denostada dentro del proyecto de convertir a la psiquiatría en un saber positivista, y el término “depresión” podía hacer pensar en una explicación más “fisiológica”. Por otro lado, Kraepelin formulaba la psicosis maniaco-depresiva, que daría lugar por su fragmentación posterior, a diversos trastornos afectivos a partir de 1910 (Berrios, 2008, p. 378). Autores como William Gull y Adolph Meyer participaron en la aceptación y difusión del término “depresión”. En 1939 Wendell Muncie publicó una obra donde distinguía entre depresiones “patológicas” o “normales” entendidas estas últimas como “experiencias universales”²⁸⁴ (Álvarez, 2008, p. 100)²⁸⁵. Sin embargo, la depresión no estaba catalogada como entidad nosológica independiente en la clasificación Kraepeliniana, aunque, un tipo de depresión sí acaparó la atención del psiquiatra alemán a partir de 1930: la depresión involutiva o involucional²⁸⁶. La idea de una depresión en la etapa tardía de la vida, separada de la psicosis maniaco-depresiva que aparecía a edades más tempranas, hizo que se aplicaran diversos tratamientos como el electrochoque, cardiazol, insulino-terapia durante la década de los 30 y los 40 en Estados Unidos (Hirshbein, 2006, p. 192)²⁸⁷.

Del total de historias clínicas del Manicomio Provincial de Málaga, se encuentran 89 casos diagnosticados de depresión sólo en el último periodo, en el primer Franquismo. Es el tercer diagnóstico más frecuente en las historias clínicas manejadas después de la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva (tabla 2). Aparecen en las historias diferentes formas de depresión: cuatro casos de “depre-

284 Discípulo de Adolph Meyer. Escribió *Psychobiology and psychiatry. A text book of normal and abnormal behavior*.

285 Para profundizar en esta cuestión, ver Álvarez y Eiras (2006).

286 Hasta la séptima edición de su libro de texto (1903-1904), *Psychiatrie*, Emil Kraepelin mantuvo como entidades separadas la melancolía involutiva y la psicosis maniaco-depresiva. Fue a partir de la octava edición, cuando la incluyó dentro de las psicosis maniaco-depresivas, a partir de varios trabajos de Dreyfus y Thalbitzer (Berrios, 2008, pp. 395-396).

287 Según Hirshbein (2006, p. 201), los pacientes con depresión involutiva aparecían junto a los pacientes con psicosis maniaco-depresiva en los ensayos clínicos a partir de 1950 en Estados Unidos. En muchos de estos ensayos, la muestra estaba constituida mayoritariamente por mujeres. La industria farmacéutica lo justificaba diciendo que la depresión era más frecuente en mujeres; las muestras sobre esquizofrenia se hacían fundamentalmente con hombres. En muchos de estos ensayos sobre depresión el hábito enólico de los hombres fue un criterio de exclusión, por lo que quedaron fuera de los estudios. La autora sostiene que la prevalencia de depresión entre hombre y mujeres se hubiera igualado si hubieran sido incluidos estos casos. Esta misma autora realizó un trabajo sobre cómo se impuso el diagnóstico de depresión en Estados Unidos en la mitad del siglo XX (Hirshbein, 2009).

si3n involutiva"²⁸⁸; ocho casos de "depresi3n end3gena"²⁸⁹; un caso de "depresi3n puerperal"²⁹⁰; un caso de "depresi3n reactiva"²⁹¹ tras una infecci3n de orina que precis3 tratamiento antibi3tico; un caso de "depresi3n sintom3tica"²⁹². El resto de las historias, est3n diagnosticadas como "depresi3n". Casi el 80 % (79,7%) de las historias con este diagn3stico se encuentran entre los a3os 1947 y 1950.

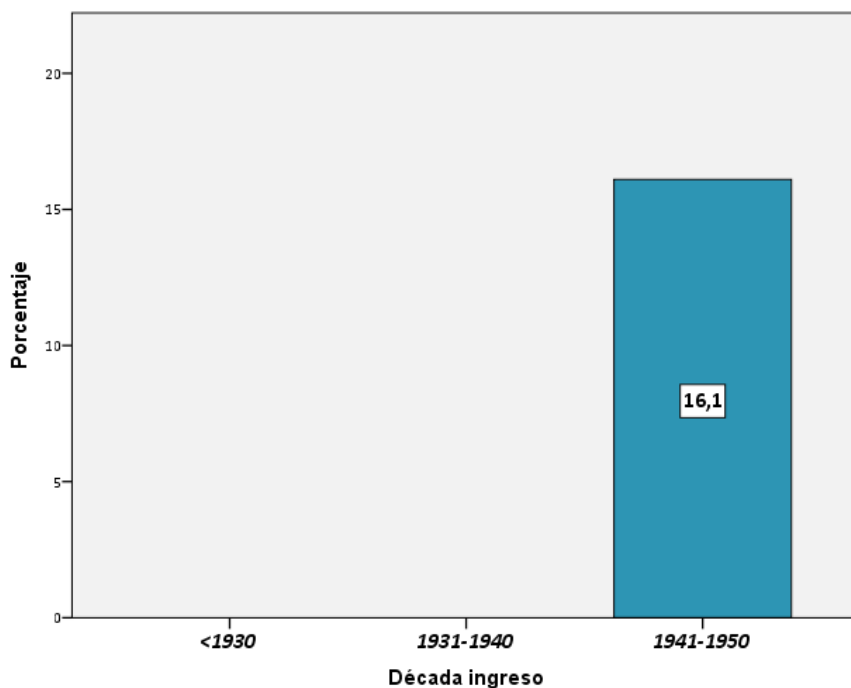


Fig. 7. Diagn3stico "depresi3n" por d3cada de ingreso.

Pedro Ortiz Ramos escribi3 un art3culo llamado "Cl3nica de los estados depresivos"²⁹³, donde describ3a su experiencia en 150 historias cl3nicas de pacientes del Manicomio Provincial de M3laga. Del total de historias, extrajo un porcentaje de 32.8% (49 casos) de depresivos, donde el 57,33% eran mujeres y el 42% hombres. Estableci3 una comparativa con los datos obtenidos por Kirchof, en 1955 en la policl3nica de la Charit3 de Berl3n, donde el porcentaje de enfermos depresivos era menor, un 17'56%. Pedro Ortiz Ramos justificaba con tres argumentos el mayor porcentaje de depresivos en su estudio: uno, por haber incluido mujeres, en las cuales era m3s frecuente la depresi3n; otro el haber incluido no s3lo las depre-

288 VMM, ADPM, lg. 10150:57 (1941); JLV, ADPM, lg. 10150:50 (1941); EGR, ADPM, lg.10571 (1948); CRL, ADPM, lg. 10571 (1948).

289 JRC, ADPM, lg. 10571 (1948); JVA, ADPM, lg. 10571 (1948); PCA, ADPM, lg. 10571 (1948); AMB, ADPM, lg. (1948); TGZ, ADPM, lg. 10571 (1948); FMA, ADPM, lg. 10571 (1948); AGP, ADPM, lg. 10571 (1948); IPM, ADPM, lg. 10452 (1949).

290 MAV, ADPM, lg. 10571 (1948).

291 MMR, ADPM, lg. 10452 (1949).

292 ATL, ADPM, lg. 10440 (1950).

293 Este art3culo fue hallado en el Fondo Pedro Ortiz Ramos del Archivo Universitario de Granada (OR E 131, ORT02/018) aunque sin fechar. En la biograf3a escrita por su sobrina, se anot3 un trabajo llamado "Cl3nica de los estados pasivos" fechada en 1945, suponemos que pudo ser una confusi3n, y que se refiere a este ensayo.

siones endógenas como en el caso del estudio alemán, sino también las reactivas, y, por último, un argumento sobre la raza:

“No cabe duda que nuestra raza propende más a la depresión que la raza germana. Nuestro pueblo es más viejo, civilizaciones milenarias con numerosas mezclas de sangre forman las características raciales de nuestro país, y especialmente de las zonas periféricas del mismo, franja mediterránea, pues en material de enfermos, en su mayor parte malagueño, he hecho mis observaciones” (Ortiz, 1945, p. 225).

Como vemos, los elementos sobre las distinciones raciales constituyeron una justificación para la mayor tendencia a sufrir depresión, desarrollándose este tipo de aseveraciones, más cercanas a la ideología que al ámbito de lo científico.

En este trabajo, Pedro Ortiz recogía frases textuales de los pacientes en torno a la depresión. Había un apartado específico para el trabajo, concluyendo que la mitad de su muestra mejoraba con el trabajo y la otra mitad, mejoraba con el reposo (Ortiz, 1945, p. 231).

En el estudio de las historias clínicas de Leganés, el diagnóstico de depresión aparece incluido en el grupo IX de la nosología de Kraepelin, con casos donde la depresión estaba acompañada de un calificativo como “endógena”, “evolutiva”, “crónica” e “involutiva”, pero se presentan en bajo número (trece casos en total) (Conseglieri, 2013, anexo 18, tabla A4). Este dato contrasta con el amplio uso que se hizo de este diagnóstico en la sala 20 durante los años 40.

5.3.3. Manía.

La evolución del concepto manía va unido al de melancolía. Los profundos cambios ideológicos en torno al alienismo de la segunda mitad del siglo XIX, con la entrada del modelo anatomoclínico, el modelo de la psicología de las facultades y la introducción de la subjetividad en la sintomatología de los trastornos mentales se favorecieron las redefiniciones de estos conceptos (Berrios, 2008, p. 375).

La existencia de diagnósticos de “manía” ha sido minoritaria en la muestra de mi trabajo: del total de historias clínicas, sólo en 6 casos fue anotado en la historia. Un caso diagnosticado como “manía aguda con estado persecutorio” fue ingresado en 1912²⁹⁴; otra mujer ingresada durante la Segunda República²⁹⁵; tres casos en 1937 con dos diagnósticos de “manía aguda”²⁹⁶ y uno de “excitación

294 AEC, ADPM, Ig. 10152.

295 JMM, ADPM, Ig. 10143:20.

296 APV, ADPM, Ig. 10571; ADPM, RRR Ig, 10150:215.

maníaca en sujeto histérico²⁹⁷. Por último, un caso en el primer Franquismo con diagnóstico de “manía aguda”²⁹⁸ en 1948.

5.4. La sala 20 como espacio de control social: psicópatas, alcohólicas y oligofrénicas.

5.4.1. Psicopatía.

Desde principios del siglo XIX la nosología francesa acuñó el término “manía sin delirio”, quedando asociado a estados de furor sin componente delirante, o afectación del intelecto. Sobre este concepto, otros autores franceses llegaron a conceptos como “locuras razonantes” o “monomanías sin delirio”. Algunos historiadores no reconocen estos conceptos como entidades precursoras del diagnóstico de psicopatía (Berrios, 2008). Pritchard describió en 1835 el término “locura moral”²⁹⁹ y posteriormente Cesar Lombroso lo aplicó a mujeres, siendo las prostitutas el blanco de las investigaciones, cuyos síntomas serían la falta de afectos naturales hacia sus familiares, el rechazo de la maternidad, el alcoholismo, la codicia, la falta de pudor, la ociosidad, la vanidad, la mentira y la ligereza, así como la tendencia al juego. La sexualidad femenina estaba íntimamente ligada a la reproducción, por lo que, en estas mujeres se señalaba la separación entre sexualidad y maternidad. Así, las mujeres que no entendían su sexualidad desde la perspectiva de la maternidad podían ser susceptibles de diagnósticos como estos, locas morales en el siglo XIX y psicópatas ya entrado el siglo XX (Navarlaz y Jardón, 2010, pp. 397-398). Posteriormente, Schneider escribió su obra *Personalidades psicopáticas* en 1923, donde argumentaba que se trataba de personas que “a causa de su anormalidad sufren ellos mismos o hacen sufrir a la sociedad” (Torrubia y Cuquerella, 2008, p.27). La lucha de las mujeres por cambiar los conceptos hegemónicos y clasistas en la sociedad occidental ha estado impregnada de dudas, entre ellas, cuáles eran los límites de la cordura femenina. No sólo como duda, sino también como estrategia de descalificación de todo este movimiento. En el caso de España, los avances de las mujeres en diferentes ámbitos durante la Segunda República se vieron interrumpidos bruscamente con el estallido de la Guerra Civil (Nash, 1983; Díez, 1995; Nash, 2003; Sánchez Blanco, 2007). Una vuelta a las ideas decimonónicas sobre “la mujer” en la sociedad, protagonizarían todo el periodo desde la Guerra Civil hasta el Tardofranquismo (Peinado, 2012). El movimiento feminista en las filas anarcosindicalistas fue muy importante durante la contienda, y las mujeres participaron activamente, tanto en primera línea de combate como en la retaguardia desarrollando distintas actividades. En concreto, en Málaga las acti-

297 ALB, ADPM, lg, 10150:212.

298 RBG, ADPM, lg 10571.

299 Berrios afirma que la “locura moral” de Pritchard no estaba en relación con el concepto actual de personalidad psicopática, ya que incluía trastornos afectivos, con predominio de tristeza y abatimiento, frente a otros estados de furia y exaltación. Para profundizar más en la cuestión de los antecedentes nosológicos del concepto de psicopatía ver Berrios (2008).

vidades sindicales, la colaboración en la prensa local republicana o la pertenencia a comités de trabajo fueron importantes, así como las mujeres milicianas en la vanguardia que tenían una conciencia política muy desarrollada (Barranquero y Eiroa, 2011, p. 127). Finalmente, la ideología franquista se impuso, y con ella, las mujeres fueron situadas en el centro de políticas de renovación de la “raza” sobre las que pivotaban ideas eugenésicas, natalistas y del orden de los cuidados y el trabajo doméstico.

La psicopatía en la institución manicomial provincial de Málaga no fue muy frecuente en cifras totales (15 casos), sin embargo, en cifras relativas, representaron en 3,4 % de los diagnósticos durante la década de los años 30 (Fig. 8). Según los datos de la tabla 2, aparecen dos historias clínicas con este diagnóstico en el primer periodo (Restauración/Segunda República) de los cuales los dos pertenecen a la Segunda República³⁰⁰. Durante la Guerra Civil fueron ingresadas cuatro mujeres con este diagnóstico, todas ellas con fechas posteriores al 8 de febrero de 1937, a partir de la cual la ciudad fue tomada por el bando nacional³⁰¹. Los nueve casos restantes, ingresaron entre febrero de 1940 y julio de 1950³⁰².

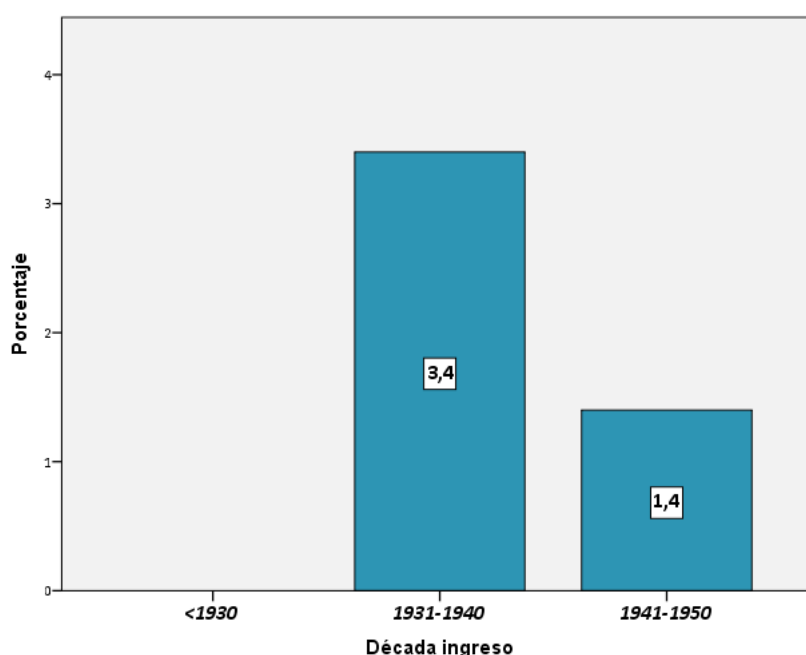


Fig. 8. Diagnóstico “psicopatía” por década de ingreso.

En el caso del Manicomio de Leganés el número de psicopatías aumentó durante el primer Franquismo, siendo casi inexistentes con anterioridad a este

300 MMD, ADPM, lg. 10150:169 (1934); CFM, ADPM, lg. 10467:18 (13 de julio de 1936).

301 MPS, ADPM, lg. 10150:224 (16 de febrero 1937); CTT, ADPM, lg. 10150:71 (agosto 1937); AMC, ADPM, lg. 10150:31 (noviembre 1937); RRT, ADPM, lg. 10150:167 (septiembre 1938).

302 DBJ, ADPM lg. 10150:39 (febrero 1940); EZR, ADPM lg. 10468:43 (enero 1942); DAL, ADPM lg. 10150:16 (agosto 1942); ILB, ADPM lg. 10150:5 (octubre, 1942); DNL, ADPM lg. 10153:146 (abril, 1943); FSL, ADPM lg. 10152 (mayo, 1945); RLF; ADPM lg. 10570 (febrero, 1948); DGB, ADPM lg. 10152 (julio 1949); RGA, ADPM lg. 10440 (julio, 1950).

periodo: un total de 48 pacientes (29 varones y 19 mujeres) fueron incluidos dentro de este apartado desde 1939 hasta 1952, siendo en su mayoría solteros (Conseglieri, 2013, p. 183). En las historias con el diagnóstico de psicopatía se puede observar ese componente político, tanto en las de la Guerra Civil como las del primer Franquismo, que será desarrollado en capítulo 7.

5.4.2. Alcoholismo.

El papel del alcohol en la etiología de las enfermedades mentales fue objeto de controversia en nuestro país a principios del siglo XX por parte de varios psiquiatras en la institución de Leganés³⁰³. Pero este debate se prolongó hasta la Guerra Civil, donde la prensa anarquista se posicionó en contra del consumo alcohólico, que llegó a ser considerado de burgueses, realizando trabajos de prevención y educación del proletariado (Lázaro y Cortés, 2005). Sin embargo, el alcoholismo en las mujeres también marcaba una frontera entre la feminidad hegemónica y el resto, las feminidades disidentes. En este sentido, el trabajo de Alanis, Gutiérrez y Tapia (2017, pp. 1375-1376) sobre dos casos de locura en mujeres internadas en el manicomio General de “La Castañeda” de Méjico, a principios de siglo XX, ilustra cómo el alcoholismo era un signo claro de degeneración de la mujer, además, asociado a comportamientos “libertinos y socialmente inapropiados” que justificaron varios ingresos en la institución³⁰⁴. En las historias de Leganés correspondientes a los años 40, se detectaron 8 casos de alcoholismo en mujeres, las cuales eran casadas y dedicadas a sus labores (Conseglieri, 2013, p.143).

El diagnóstico de alcoholismo en la institución de Málaga no es frecuente: del total de historias analizadas, sólo seis de ellas lo apuntan. Sin embargo, en otras historias se hace alusión a los consumos alcohólicos de las pacientes, sin que esto fuera considerado por el facultativo como indicio de alcoholismo.

La historia de ECG³⁰⁵, casada, muestra como fue ingresada en 1928, permaneciendo en el manicomio cuatro años, hasta su alta en 1932. Se cuestionaba si era “dueña de su libertad”, comentario que el facultativo dejó reflejado. Sin embargo, el resto de las mujeres que ingresaron por este motivo quedaron recluidas

303 En el trabajo de Ruth Candela sobre el análisis de historias clínicas de esta institución, manifiesta como José Salas y Vaca y Enrique Fernández Sanz mantuvieron sus diferencias en torno al papel del alcohol en la medicina mental de la época. De hecho, tanto en Leganes como en otras instituciones estaba permitido administrar cierta cantidad de vino a los pacientes, aunque con restricciones, como en el caso de los epilépticos, cuestión de la que no hay constancia en el Manicomio Provincial de Málaga. Para el caso de Leganes, véase Candela, 2017 (pp. 404-405). Ricardo Campos y Rafael Huertas han abordado la cuestión del alcoholismo como enfermedad social durante la Restauración en España (Huertas y Campos, 1991; Campos Marín, 1997b).

304 La mujer fue diagnosticada de “delirio alcohólico por locura moral”; sin embargo, como refieren las autoras, en el contenido de la historia se habla de su adicción al alcohol, pero señalan que no existía signos de delirio y que su afectividad parecía no estar alterada (Alanis, Gutiérrez y Tapia, 2017, p. 1375).

305 ADPM, ECG, lg. 10150:69.

en la institución breves periodos de tiempo. Durante la Guerra Civil cuando Málaga ya estaba bajo el dominio de las tropas nacionales, ingresó IGS³⁰⁶ casada, refiriéndose en la historia que había estado refugiada en la zona liberada. También fue diagnosticada de depresión y oligofrenia. Su ingreso duró 6 días. Los otros dos casos de mujeres diagnosticadas de alcoholismo han sido encontrados en el primer Franquismo: EAP³⁰⁷, también casada, en 1941 y AAC³⁰⁸, soltera, en 1948.

5.4.3. Oligofrenia.

Como señala Candela (2017, pp. 421-422), la terminología para diagnosticar retrasos mentales fue muy variada desde el siglo XVIII hasta el primer tercio del siglo XX. Diagnósticos como idiotismo, idiocia, imbecilidad o debilidad mental fueron usados en las tres primeras décadas del siglo XX en el establecimiento psiquiátrico de Leganés, hasta que la oligofrenia fue ganando protagonismo en la Guerra Civil y, sobretudo, durante el primer Franquismo, constituyendo el segundo diagnóstico en frecuencia de esta institución.

El aumento de los ingresos de pacientes con este diagnóstico durante la posguerra en la institución madrileña ha sido interpretada por algunos autores como la incapacidad de las familias para contener a los pacientes con rasgos psicopáticos y deficiencias, debido a la miseria y el hambre de este periodo (Comelles, 1988, pp. 166-168, Conseglieri, 2013, p. 193).

En las historias del Manicomio Provincial de Málaga, han sido encontradas 35 historias con el diagnóstico de oligofrenia, como se aprecia en la tabla 2. Una de ellas sin fecha³⁰⁹, una del periodo de la Restauración³¹⁰ mujer en reclusión definitiva, desde 1925 hasta 1966, dos en la Segunda República³¹¹, dos durante el periodo de la Guerra Civil³¹² y 29 en el Franquismo.

Si estas cifras absolutas las ponemos en relación con el número total de historias clínicas por décadas de ingreso, observamos que la frecuencia del diagnóstico va decreciendo a medida que van avanzando los años a pesar de que el total de historias clínicas es bastante mayor en la década de los años 40 en relación al resto (figura 9).

Cabe señalar que Málaga fue una ciudad cargada de simbolismo para las fuerzas sublevadas durante la contienda: como indica Huertas (1996), el experi-

306 ADPM, IGS, lg. 10150:142.

307 ADPM, EAP, lg. 10150:32.

308 ADPM, Lg. 10152.

309 MCM, ADPM lg. 10452.

310 DPG, ADPM lg. 10153:71.

311 MRP, ADPM lg. 10150:213 (noviembre 1934); MGS, ADPM lg. 10150:200 (noviembre 1934).

312 RLM, ADPM lg. 10150:30 (marzo 1938); MGZ, ADPM lg. 10150:160 (marzo, 1939).

mento en la cárcel de mujeres de Málaga sirvió para dar una base de supuesto cientifismo a la ideología del régimen totalitario, unida a una intensa misoginia: así, los marxistas partían de una situación de degeneración moral, marcada por una psicobiología determinada, asociando las ideas políticas opuestas al Franquismo a un grado de evolución menor, más cercano a lo animal que a lo humano. Como mostraré en el próximo capítulo, los contenidos políticos en relación a la pertenencia al bando republicano, quedaron plasmados en algunas de las historias clínicas de las mujeres ingresadas en la posguerra, donde se barajaba para ellas el diagnóstico de oligofrenia.

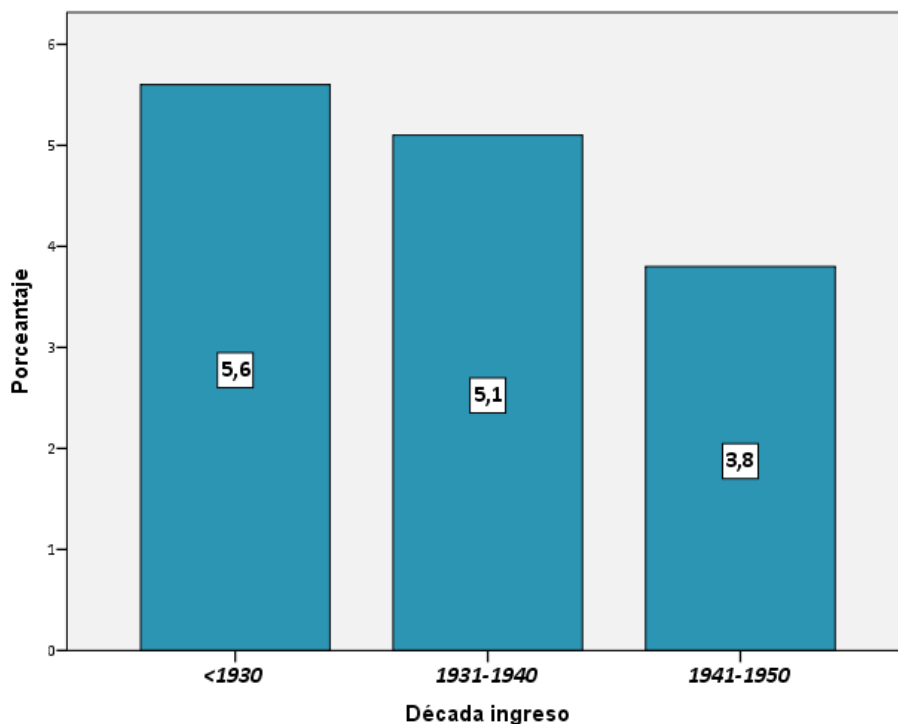


Fig. 9. Diagnóstico "oligofrenia" por década de ingreso.

5.5. La emotividad en las mujeres como síntoma: Psiconeurosis reactiva/de situación.

Fulgence Raymond (1844-1910)³¹³ introdujo el término psiconeurosis, con la intención de señalar la etiología y la patogenia psicológica de la enfermedad mental. Posteriormente, Fernández Sanz³¹⁴ agruparía bajo el término psiconeurosis diferentes diagnósticos como neurastenia, histerismo, psicastenia, psiconeurosis de angustia y depresión afectiva simple (Candela, 2017, p. 420). Según refiere Can-

313 Médico francés, que sucedió a Charcot como catedrático de neurología en la facultad de medicina de París. Realizó estudios sobre neurastenia, neurosis y trastornos psicósomáticos.

314 Enrique Fernández Sanz (1872-1950) se licenció en Medicina en la Universidad Central de Madrid en 1903. Compatibilizó una gran actividad clínica (tanto en el ejercicio de la medicina privada como en su labor en el manicomio de Santa Isabel de Leganés, donde ocupó diferentes puestos hasta la Guerra Civil) con actividades de divulgación científica y la participación en sociedades de expertos. En referencia a su figura, véase Candela, 2017 (pp. 172-186).

delas, las reacciones psicógenas fueron más frecuentes en mujeres que en hombres en Leganés durante el periodo de la Restauración (Candela 2017, p. 428). Durante el periodo de la Guerra Civil en Leganés, dos pacientes hombres fueron diagnosticados de psicosis de situación, relacionados con la situación bélica (Vázquez de la Torre, 2012, p. 224).

Los psiquiatras que atendían a las mujeres de la sala 20 aplicaban diagnósticos psiquiátricos en situaciones de pérdidas de familiares (durante la Guerra Civil, o por otros motivos de fallecimiento), entrada de los maridos a la cárcel por pequeños hurtos durante el Franquismo, discusiones y problemas de pareja, cuestiones estas que serán abordadas en el capítulo sobre los contenidos de las historias clínicas. El uso de diferentes diagnósticos como reacción psicogenética, psiconeurosis reactiva, psiconeurosis de situación, psiconeurosis de situación y psicosis por situación fue indistinto, llegando a solaparse en varios casos los diagnósticos de "histerismo", "psicogenia" y "psiconeurosis"³¹⁵.

De las 38 historias clínicas clasificadas bajo este diagnóstico, una es del periodo de la Restauración con diagnóstico de "reacción psicogenética"³¹⁶. Otra historia pertenece al periodo de la Segunda República³¹⁷ diagnosticada de "psiconeurosis". Durante la contienda, hay cuatro casos de nuevo ingreso en la institución con diagnósticos de "psiconeurosis reactiva"³¹⁸; "psiconeurosis de situación"³¹⁹, "psicosis por situación"³²⁰, y "psicosis reactiva"³²¹.

Durante los años 40, la psiconeurosis reactiva o de situación fue el 4'9% del total de diagnósticos aplicados a las pacientes de la sala 20. En 7 casos se diagnosticó "reacción psicógena"³²²; un caso de "depresión psicógena", en el que la propia paciente refería "vivo en una calle donde había un paredón"³²³, como factor que podía influir en su malestar. El término "psiconeurosis" se usó en cuatro historias³²⁴, una de ellas con el segundo diagnóstico de "neurastenia". Fueron diagnosticadas de "psicogenia"³²⁵ tres mujeres en este periodo; y "psiconeurosis de

315 AMG, ADPM Ig. 10150/75 fue diagnosticada de histerismo y también de psicogenia en 1941.

316 RVS, ADPM Ig. 10467/32. (1927).

317 VGO, ADPM Ig. 10143:3 (1934).

318 FGL, ADPM Ig. 10150/223 (1937); ADPM, FMQ, ADPM Ig. 10150/180 (1938).

319 MMM, ADPM Ig. 10150/232 (1937).

320 CRV, ADPM Ig. 10150/174 (1938). La paciente describía la preocupación por el paradero de su padre y su hermano durante la contienda.

321 FMQ, ADPM Ig. 10150/180.

322 CJR, ADPM Ig. 10150/120 (1940); BCN, ADPM Ig. 10150/35(1941); RRJ, ADPM Ig. 10150/53 (1941); JAG, ADPM Ig. 10571 (1948); DPG ADPM (1948); CMC, ADPM Ig. 10452 (1949); DRF, ADPM Ig. 10440 (1950).

323 ARM, ADPM Ig. 10150/101.

324 CAA, ADPM Ig. 10579 (1940); DNC, ADPM Ig. 10150 /25 (1941); MVV, ADPM Ig. 10468 /20 (1941). En esta historia, también se plantea el diagnóstico de neurastenia. Es el único caso donde aparece este diagnóstico; ALA, ADPM Ig. 10571 (1948).

325 JCB, ADPM Ig. 10150/87 (1941); CSO, ADPM Ig. 10150/77 (1941); MPM, ADPM Ig. 10571

situación” en uno³²⁶. Por último, en dos historias figura el diagnóstico de “psicosis reactiva”³²⁷ en 1948.

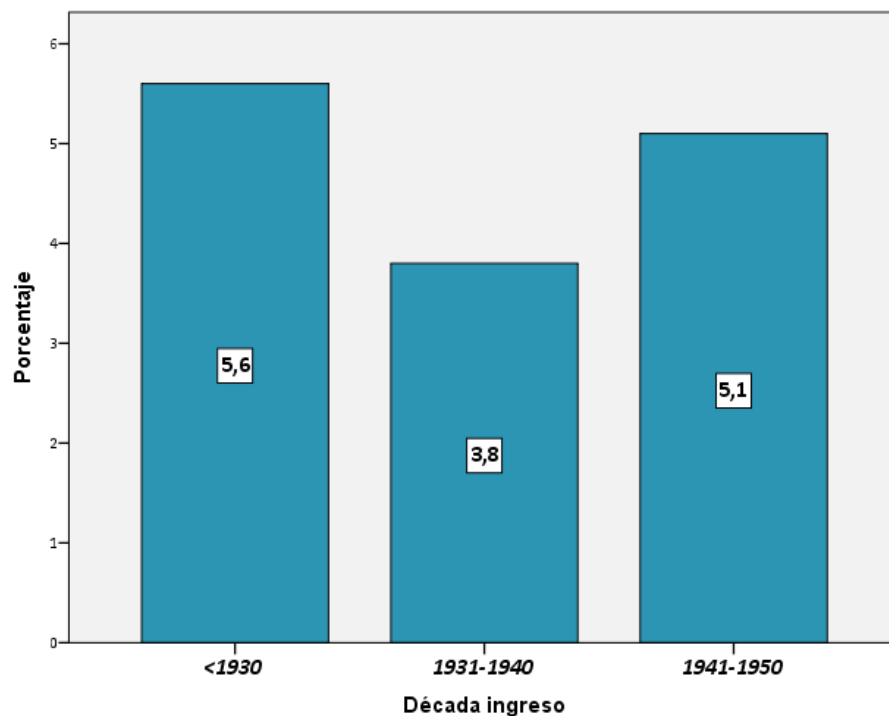


Fig.10. Diagnóstico “psicosis reactiva/de situación” por década de ingreso.

5.6. Epilepsia, demencia, parálisis general progresiva y psicosis orgánicas en la sala 20.

5.6.1. Epilepsia.

William Cullen³²⁸, a principios del siglo XIX, incluyó la epilepsia como una categoría más dentro de las neurosis. Esquirol, en 1838, clasificó la epilepsia en tres grupos: idiopática, de origen simpático y sintomática en relación con el padecimiento de enfermedades infecciosas (Candela, 2017, p 414). A pesar de los avances en investigación neurohistológica, que proporcionaban explicaciones neurológicas a la etiología de la epilepsia, Kraepelin seguía considerándola como una entidad mórbida dentro del grupo de las neurosis (Conseglieri, 2013, p. 157). Durante el primer tercio del siglo XX, en la institución de Leganés, la epilepsia apareció como primer diagnóstico en 47 historias clínicas, y en cinco más como segundo diagnóstico (Candela, 2017, p. 222).

(1948).

326 CAO, ADPM Ig. 10571 (1948).

327 CMT. ADPM Lg. 10571 (1948); DMT, ADPM Ig. 10571 (1948).

328 Médico y químico escocés (1710-1790). Acuñó el término “neurosis” entendido como el trastorno derivado de la mayor o menor “irritabilidad” de los “fluidos neurales”. Para profundizar en esta cuestión, véase Rivera, Murillo y Sierra (2007).

En el periodo del primer Franquismo en la institución de Leganés, las epilepsias fueron diagnosticadas en el 8% de los casos, de los cuales, sólo el 30 % fueron aplicados a mujeres. Del total de enfermos de epilepsia en la institución madrileña, la mitad fueron tratados con medidas farmacológicas y solo en tres casos se optó por la leucotomía. Los tres casos, eran mujeres (Conseglieri, 2013, p. 158).

En los datos recogidos de las historias de la sala 20, aparecen 30 casos de epilepsia de los cuales, solo un caso fue ingresado durante la Restauración, en 1927; tres casos en la Segunda República; cinco casos durante la Guerra Civil (todos en 1937); y 21 casos en el Franquismo.

Si valoramos los datos en relación al porcentaje que ocupa el diagnóstico "epilepsia" en relación con el resto de ingresos por décadas, se observa que entre 1930 y 1940 se agrupa mayor frecuencia de este diagnóstico, como indica la figura 11.

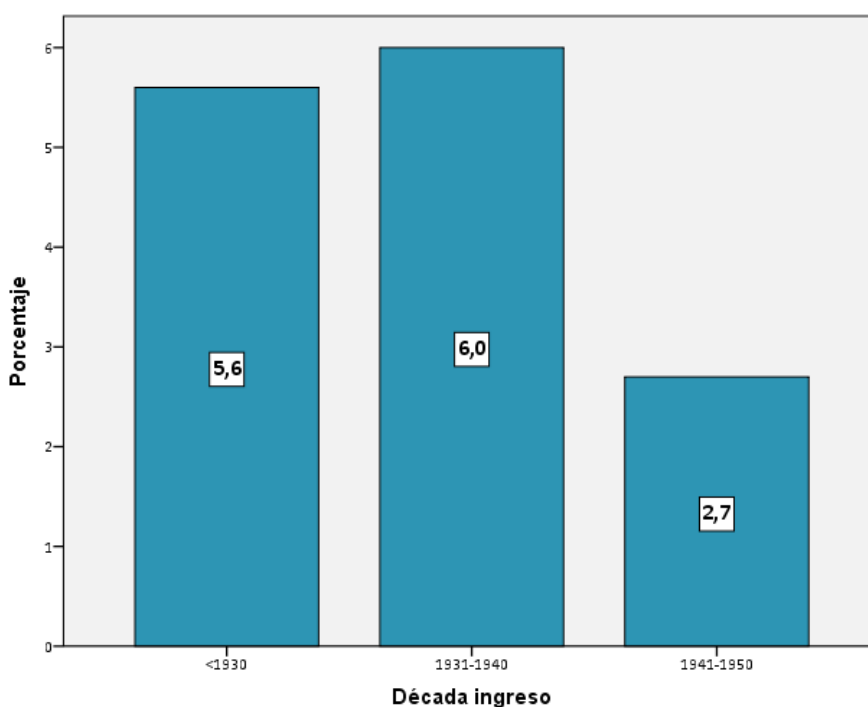


Fig. 11. Diagnóstico "epilepsia" por década de ingreso.

5.6.2. Demencia.

La definición de demencia senil, incluida dentro de los procesos arterioscleróticos, había evolucionado desde el siglo XVIII cuando autores como William Cullen definió el término "amentia", o Philippe Pinel utilizó el de "demencia". Durante el siglo XIX, se intentó buscar una correlación entre la patología cerebral y las lesiones anatomopatológicas específicas, de modo que, diversos autores des-

cribieron cuadros demenciales con lesiones cerebrales asociadas. El término de “enfermedad de Alzheimer” fue acuñado por Kraepelin en la octava edición de su tratado (Conseglieri, 2013, p. 155).

Hay 27 casos de demencia del total de historias clínicas analizadas. Su distribución según la década de ingreso se muestra en la figura 12.

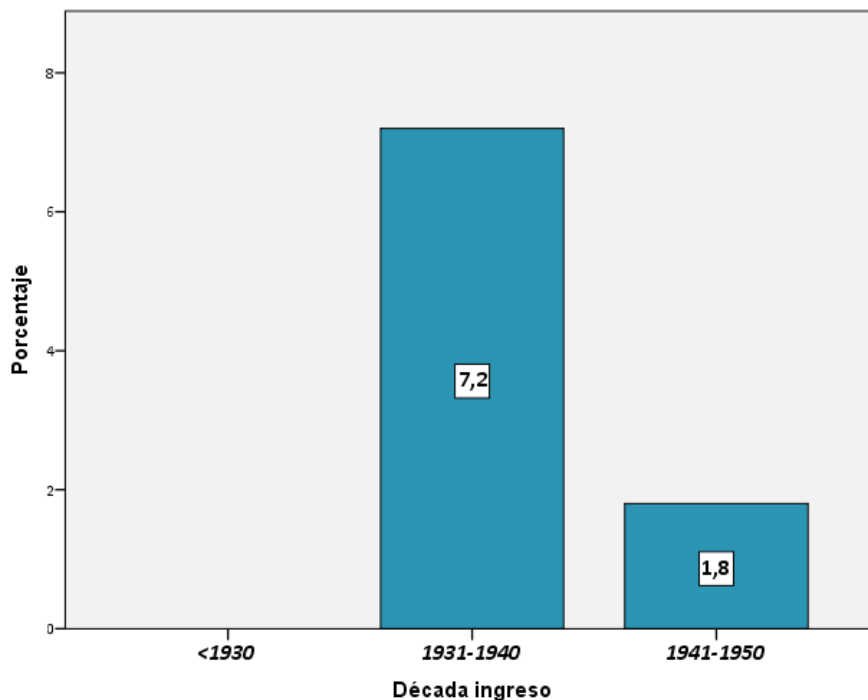


Fig. 12. Diagnosticos “demencia” por década de ingreso.

Una de las mujeres que ingresó durante la República en el mes de junio de 1936 salió de alta a petición familiar en noviembre de 1936³²⁹. En relación con el total de historias clínicas de cada periodo, según el análisis estadístico, es significativo el porcentaje de historias con diagnóstico de demencia durante la Guerra Civil (8,3%). De los casos que ingresaron en este periodo, tres fueron diagnosticados de demencia senil y dados de alta a petición familiar, dos de los cuales tras ingresos de corta duración (entre uno y dos meses)³³⁰ y el tercero tras ingreso desde julio de 1937 a junio de 1939³³¹. Consta un caso de demencia epiléptica³³², con apuntes de Pedro Ortiz Ramos sobre “hipertrofia del yo” de la paciente, que fue dada de alta por ensayo. Una de las historias tiene fecha de ingreso en mayo de 1937 pero no de alta³³³. Se pueden destacar dos casos: uno de ellos de una mujer muy joven como para ser diagnosticada de demencia, con sólo 40 años. Las anotaciones en

329 DRM, ADPM, lg. 10150:199.

330 JZL, ADPM, lg. 10150:221 y FUM, ADPM, lg. 10150:219.

331 ACC, ADPM lg. 10150:153.

332 ISL, ADPM lg. 10150:184.

333 LOG, ADPM lg. 10150:229.

su historial apuntaban hacia una consecuencia de la desnutrición que presentaba la mujer, entre otros síntomas: “desnutrida, fiebre de 37´5, halitosis”³³⁴. Permaneció en la institución sólo un mes, siendo dada de alta en septiembre de 1937³³⁵. El otro caso a destacar fue una mujer de 87 años que ingresó en la institución el 18 de agosto de 1938 y salió de alta por ensayo dos días después. Se anotó que la paciente refería que “la gloria había resucitado a su marido y a sus hijos, que estaban ganando de soldados 10 pesetas”³³⁶.

Hay que señalar que las siete historias del periodo de la Guerra Civil ingresaron tras la toma de Málaga (a partir del 8 de febrero de 1937), coincidiendo con un importante éxodo de personas de la capital y provincia por la carretera de Almería. Si comparamos con los datos de Leganés, en los meses de diciembre de los años 1936, 1937, 1938 y 1939 había ingresados 7, 6, 4 y 4 pacientes respectivamente con diagnósticos de demencia senil, aunque desconocemos el dato desagregado por sexo. Como refiere la autora, la demencia senil fue bajando la frecuencia a lo largo de los años de contienda, debido principalmente al aumento de las altas (Vázquez de la Torre, 2012, pp.204-205).

5.6.3. Parálisis General Progresiva.

La parálisis general progresiva (PGP) es una enfermedad provocada por la afectación del *treponema pallidum* en el sistema nervioso central, que, según Bayle³³⁷, el primer médico que defendió el origen de la sintomatología psiquiátrica en estos pacientes con una afectación anatomoclínica clara por el desarrollo de una meningitis crónica, distinguió varias fases: la primera fase cursaba con andar inseguro, afectación de la inteligencia y el desarrollo de un delirio monomaniaco; en la segunda fase persistiría el delirio, junto con gran agitación; y la tercera fase, en la que aparecía un estado de demencia, con el avance de la parálisis general, donde el habla de los pacientes no se hacía entendible, para terminar con la parálisis completa de los movimientos voluntarios, a veces cursando con “idiotismo total” y el fallecimiento. El hito que consiguió Bayle fue aunar bajo una misma entidad etiopatológica lo que hasta entonces había sido entendido como síntomas de enfermedades diferentes (Pérez-Trullén, Giménez-Muñoz, Campello y Chárlez, 2015, p. 149). La parálisis general progresiva comenzó a acaparar la atención de frenopatas españoles en el Primer Certamen Frenopático español, que tuvo lugar en 1883 en Barcelona, en el manicomio de Nueva Belén, donde participaron profesionales catalanes y extranjeros como Regis, Magnan y Seguí. Este último visitó

334 AVR, ADPM Ig. 10150:207.

335 Ibidem.

336 ANR, ADPM, Ig. 10150:71.

337 Antoine-Laurent-Jessé Bayle (1799-1858) la describió como una aracnoiditis crónica en 1822. El debate sobre la relación entre los síntomas psiquiátricos y las alteraciones anatomoclínicas se mantuvo durante 30 años, cuando la parálisis general progresiva fue vista como una entidad nosológica independiente (Candela, 2017, pp. 409-410).

los manicomios españoles y se basó en ellos para elaborar el trabajo que envió a la reunión científica. También realizó los primeros datos estadísticos sobre la PGP en nuestro país (Villasante, 2000, p. 60). La terapéutica de la PGP fue muy variopinta³³⁸ hasta que en la primera década del siglo XX se descubriera la malarioterapia como forma de mitigar el avance de la enfermedad. La aplicación de penicilina en los casos de sífilis a partir de 1947 tuvo como consecuencia la baja prevalencia de la enfermedad en los establecimientos psiquiátricos a partir de la década de los años 50 en nuestro país, aunque, como veremos en el capítulo sobre los tratamientos, no todas las instituciones psiquiátricas incorporaron la penicilina al tratamiento de la PGP con la misma rapidez.

De los 15 casos de PGP que aparecen diagnosticados en las historias clínicas conservadas de la sala 20, la primera historia con este diagnóstico es de una mujer que ingresó en 1931³³⁹. Existen tres casos diagnosticados de PGP durante la Segunda República, no hay ningún caso en las historias de la Restauración; tres casos en la Guerra Civil y nueve casos durante el Franquismo.

Del total de historias con este diagnóstico, once pertenecen a la década de los años 30, lo que corresponde con un 47 % del total de las historias diagnosticadas en esa década (Fig. 13). Los porcentajes en la sala 20 muestran una reducción de los casos de mujeres con PGP siendo sólo el 1,4% del total de los casos en la primera década del Franquismo (figura 13). En este sentido, coincide con la disminución de la incidencia de esta enfermedad en otras instituciones analizadas como Leganés a lo largo de la primera mitad del siglo XX (Conseglieri, 2013, p. 152).

338 Los compuestos arsenicales fueron la terapéutica de elección durante la primera década del siglo XX. El llamado "Salvarsán" (clorhidrato de paradioxi-meta-diamino-azobenzol) fue descubierto en 1909 y posteriormente, el "Neosalvarsán" en 1914, con una modificación en su composición que permitía tener los mismos resultados con menor toxicidad (Pérez-Trullén, Giménez-Muñoz, Campello y Chárlez, 2015, p. 152).

339 RAN, ADPM, Ig 10143:24.

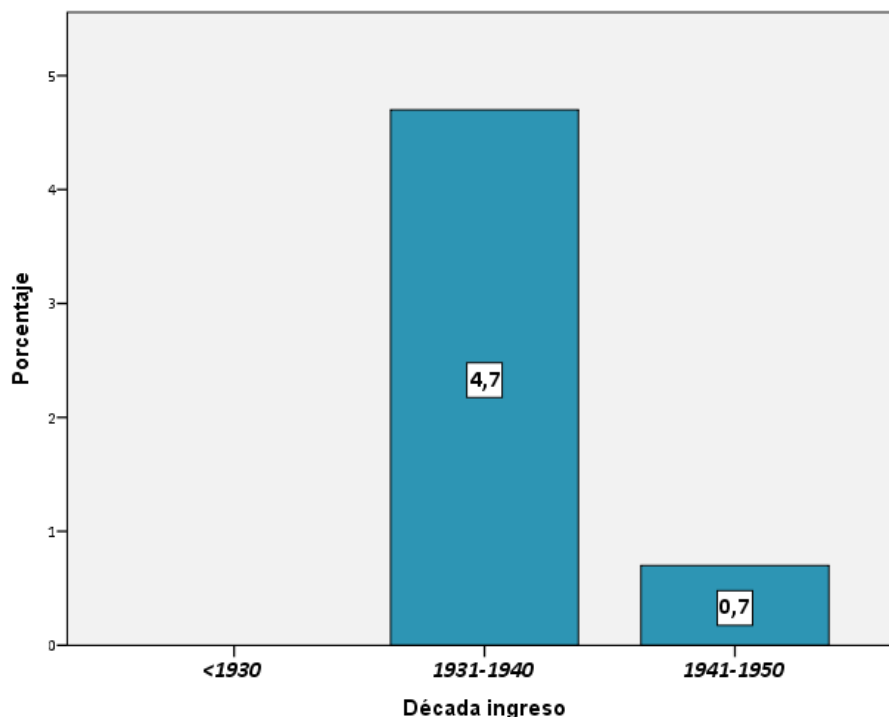


Fig. 13. Diagnóstico PGP por década de ingreso.

5.6.3.1. El test de Wasserman.

Los descubrimientos en venereología entre 1848 y 1914 propiciados por Schaudinn y Wassermann, quien dio nombre al test para su diagnóstico, así como la quimioterapia de Ehrlich (1905-1909) dieron lugar a una nueva etapa en el problema de la sífilis (Laín-Entralgo, 1954, p. 615). En 1906 tuvo lugar la presentación ante la comunidad científica por parte de August von Wassermann y sus colaboradores de la reacción serológica que se constituyó en la única vía de diagnóstico de la sífilis a principios del siglo XX. A pesar de las limitaciones de la prueba, altamente sensible pero poco específica, tuvo una amplia difusión en nuestro país³⁴⁰, ayudado por factores extraepistémicos como la presión de las autoridades en la lucha contra las enfermedades venéreas, la estrecha relación entre la medicina de laboratorio y la clínica de principios de siglo XX en España y el miedo al contagio por la “sangre sifilítica” (Huguet, 2007, p. 267). En el caso del Hospital de la Santa Creu, la reacción de Wasserman está documentada como forma de diagnóstico instaurado en la institución desde 1914, aunque desde 1911 ya se realizaba en casos aislados (Huguet, 2007, p. 270).

En las historias de la sala 20, el test de Wassermann fue la primera prueba diagnóstica en frecuencia de todas las encontradas en el total de historias

³⁴⁰ Hermenegild Arruga ha sido considerado el introductor de la técnica en la práctica clínica de Barcelona a principios del siglo XX (Huguet, 2007, p. 266).

clínicas analizadas, como se muestra en la figura 16, apareciendo en 190 historias del total. Sin embargo, hay que resaltar que fueron más las historias en las que no se ha encontrado ningún dato en referencia a la realización de pruebas diagnósticas.

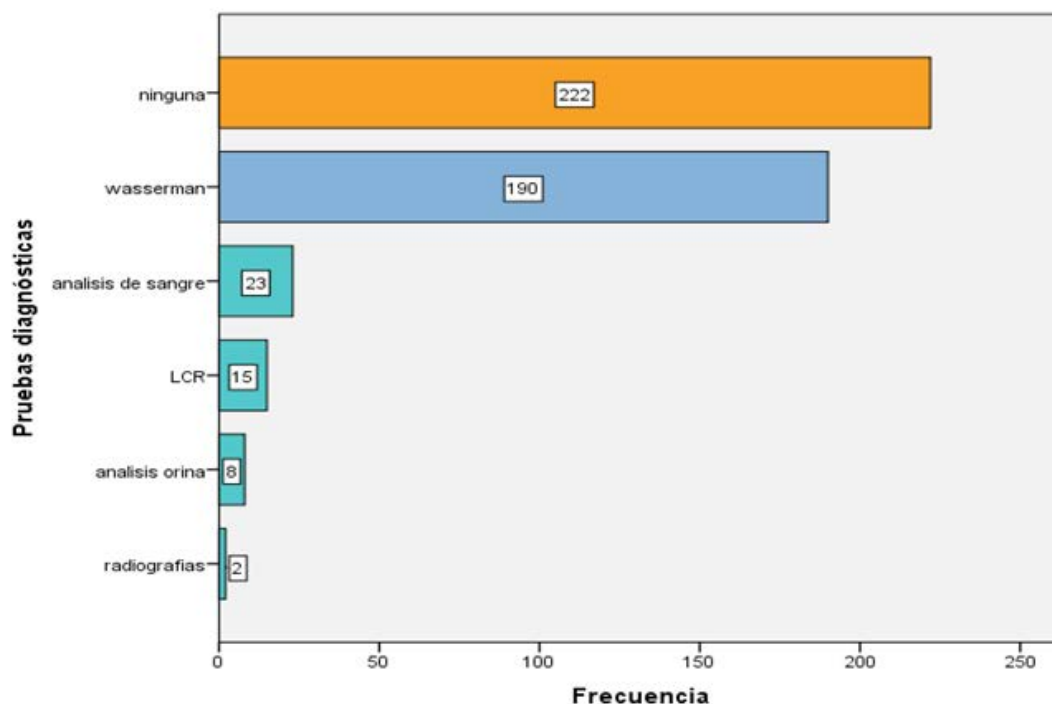


Fig. 14. Pruebas diagnósticas que figuraban en el material clínico analizado (1909-1950).

El test de Wassermann fue aplicado de forma sistemática a las mujeres que ingresaban durante el primer periodo, según las historias analizadas, aumentando la frecuencia de aparición de este test en las historias clínicas tanto de la Restauración como de la Segunda República³⁴¹, con un 81,3 %, para ir disminuyendo el frecuencia en el periodo de la Guerra Civil con un 63,1 hasta un 15,9 % durante el primer Franquismo (tabla 3). Merece la pena detenerse en el dato de la no realización de pruebas diagnósticas en el 60.9 % de las historias clínicas de mujeres que ingresaban en la institución durante el primer Franquismo.

341 Las prostitutas constituyeron un objetivo de intervención de los planes higienistas desde finales del siglo XIX y durante las primeras décadas del siglo, siendo depositarias de un discurso moralizador acerca del contagio de la sífilis. La necesidad de mantener una determinada paz social a finales del siglo XIX desarrolló la estrategia por parte de la burguesía de control del espacio urbano, donde las políticas sobre prostitución tuvieron un gran protagonismo (Alcaide, 2004, p. 900). No sólo hubo por parte del movimiento higienista, un interés en las causas y los efectos derivados de la prostitución, sino que comenzó a ganar protagonismo el estudio de las causas que llevaban a las mujeres a convertirse en prostitutas.

Tabla 3. Distribución de pruebas diagnósticas por periodos históricos.

Variable	Categoría	Periodo Histórico			Test de Contraste	
		Rest. / 2ª Rep.	Guerra Civil	Dictadura Fr.	Valor Chi²	P valor
Pruebas diagnósticas	Ninguna	16.3 % (13)	36.9 % (31)	68.4 % (438)	217.97**	.000
	Wasserman	81.3 % (65)	63.1 % (53)	15.9 % (102)		
	Análisis de sangre	0.0 % (--)	0.0 %	7.3 % (47)		
	LCR	0.0 % (--)	0.0 %	4.2 % (27)		
	Análisis de orina	2.5 % (2)	0.0 %	4.1 % (26)		

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En **negrita**, las categorías donde se aprecia significación (residuo>1.9)

5.6.4. Psicosis orgánicas.

En el epígrafe de “psicosis orgánicas” se han agrupado todos aquellos diagnósticos que se referían a una clínica de psicosis, pero derivado de una causa orgánica. Hay una gran variabilidad de diagnósticos que fueron aplicados a las mujeres de la sala 20, y en número absolutos, se trata de 26 casos del total de la muestra. Según la distribución por periodos históricos (tabla 2) hay tres casos en el primer periodo (un caso ingresado en la Restauración, en 1926 y los otros dos durante la Segunda República), 8 casos en la Guerra Civil y 15 casos durante el primer Franquismo.

La relación con las cifras de historias clínicas por periodos hace que las 8 historias del periodo de la Guerra Civil sean significativas a nivel estadístico, lo que podría concordar con datos de otra institución, como la de Leganés, donde aumentó el porcentaje de pacientes ingresados con el diagnóstico de “otras psicosis orgánicas” durante el mismo periodo (sin discriminación de sexo) y remitidos a la institución por orden militar (Vázquez de la Torre, 2012, p. 253). Según los porcentajes de diagnóstico de psicosis orgánicas por décadas, hay un aumento significativo en la década de los años 30, en relación a la disminución del porcentaje durante la década de los años 40 en las mujeres ingresadas (Fig.15).

Entre los diagnósticos anotados en las historias aparece un caso de “psicosis arterioesclerótica”³⁴², dos casos de “psicosis encefalítica”³⁴³, un caso diagnosticado de “psicosis infecciosa”³⁴⁴; psicosis asociadas a patología tiroidea como “psicosis endocrina bociógena”³⁴⁵ y “psicosis tiroidea”³⁴⁶; referencias a estados carenciales de las pacientes como en el caso de “psicosis exógena, estado anemial”³⁴⁷, “pelagroide”³⁴⁸; “psicosis exógena, depauperada”³⁴⁹; “psicosis orgánica y alcoholismo”³⁵⁰; “psicosis paranoide presenil”³⁵¹; dos mujeres con diagnóstico de “psicosis sintomáticas”³⁵²; “síndrome esquizofrénico post-febril”³⁵³ y por último, una paciente diagnosticada de “tifus exantemático” con síntomas de delirio febril³⁵⁴. El resto de los casos fueron diagnosticados como “psicosis orgánica”.

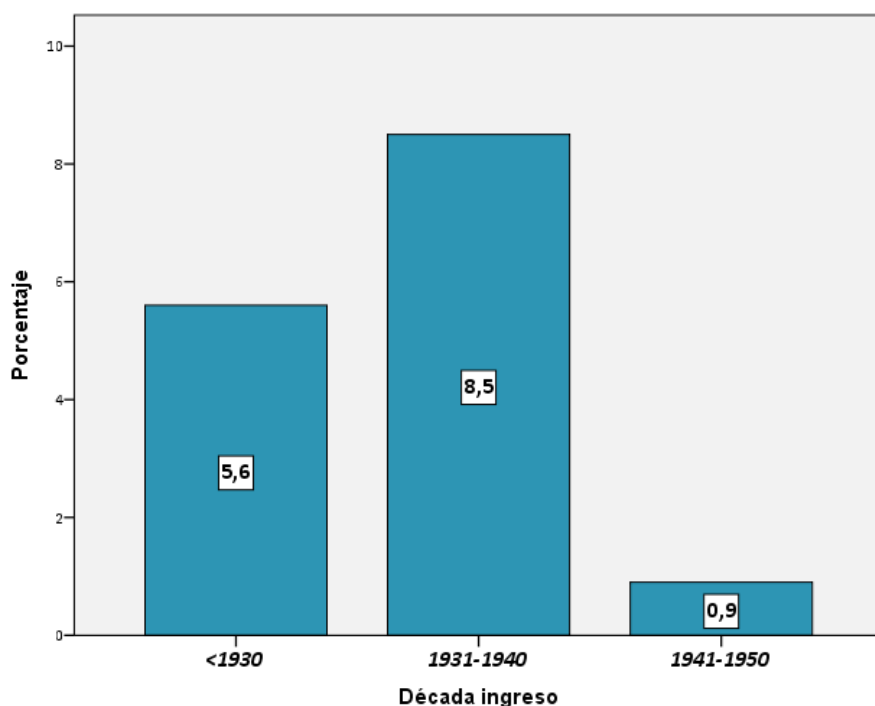


Fig. 15. Diagnóstico “psicosis orgánica” por década de ingreso.

342 TVM, ADPM Ig. 10150:205 (1935).

343 MNC, ADPM Ig. 10150 :104 (1936); UBR, ADPM Ig. 10150:43 (1941).

344 DGT, ADPM Ig. 10150 :214 (1937).

345 JJR, ADPM Ig. 10150:83 (1938).

346 CGC, ADPM Ig. 10150:91 (1940).

347 FRG, ADPM Ig. (10150:143) 1939. También se apuntó como diagnóstico “reumatismo cerebral” según el médico del pueblo que la atendió antes de acudir al manicomio provincial.

348 JBD, ADPM Ig. 10153:126 (Julio 1939).

349 MGG, ADPM Ig. 10150:98 (1940).

350 MGL, ADPM Ig. 10150 :151 (1939).

351 GJM, ADPM Ig. 10150 :95 (1939).

352 JRE, ADPM Ig. 10150:115 (1940); RRM, ADPM Ig. 10150:96 (1940).

353 FJC, ADPM Ig. 10150:49 (1941).

354 FGC, ADPM Ig. 10150:63 (1941).





Capítulo 6

Los tratamientos de la sala 20. Entre la terapéutica y la coerción.



La información sobre las medidas terapéuticas en la sala 20 era recogida como dato dentro de los relatos de la historia clínica, sin que existiera, hasta finales de la década de los años 30, un formato de ficha clínica en la que sí era recogido sistemáticamente el tipo de tratamiento que recibían las pacientes. En algunas historias clínicas se aplicaban medidas terapéuticas diferentes durante el mismo ingreso, por lo que se ha optado por recoger tres opciones de tratamiento en la base de datos. Esto me ha permitido analizar la aparición de combinaciones de tratamientos que se se mantuvieron en el tiempo en determinados momentos de la historia de la institución.

En la tabla 1 se recogen los tratamientos por orden de frecuencia, donde hay que resaltar el 33% de historias de mujeres en las que no había ninguna referencia a tratamientos aplicados. Por otro lado, y debido a que la mayoría de las historias clínicas pertenecen a la década de los años 40, el electrochoque aparece como el tratamiento aplicado más frecuentemente. Le sigue en frecuencia la malarioterapia, el choque insulínico y la aplicación de pentazol. Los nucleinatos figuran en quinto lugar, así como la inyección subcutánea de esencia de trementina, anotado así en 13 historias y como absceso de fijación en cinco ocasiones. Cabe destacar que la laborterapia, solo quedó recogida como primer tratamiento en cuatro historias clínicas, y como segundo tratamiento en tres. Sin embargo, sabemos, por el análisis de los contenidos, que la indicación de trabajar en la sala 20 por parte de los facultativos de la institución fue una práctica frecuente. El uso de bismuto y cacodilato apareció sólo en el 0,6% y 0,5 % respectivamente como primer tratamiento, si bien el tratamiento con bismuto fue recogido como segundo tratamiento con una frecuencia del 2,3%. Las alusiones a la psicoterapia también se produjeron en dos registros como único tratamiento, y dos tratamientos con vacuna antitifoidea y antiestreptocócica.

Tabla 1: Tratamientos (3 líneas) realizados a las mujeres ingresadas en la sala 20 entre 1909 y 1950. (N=811).

<i>Tratamiento</i>	Tratamiento Principal L.1		Tratamiento L.2		Tratamiento L.3	
	Núm. de casos	%	Núm. de casos	%	Núm. de casos	%
<i>Sin tratamiento</i>	268	33.0	686	84.6	788	97.2
<i>Electrochoque</i>	364	44.8	9	1.0	1	0.1
<i>Malaroterapia</i>	45	5.6	5	0.6	--	--
<i>Choque insulínico</i>	25	3.1	41	5.1	1	0.1
<i>Pentazol</i>	23	2.8	8	1.0	--	--
<i>Nucleinatos</i>	21	2.6	17	2.1	6	0.7
<i>Esencia de trementina</i>	13	1.6	5	0.6	1	0.1
<i>Absceso de fijación</i>	5	0.6	3	0.4	3	0.4
<i>Bismuto</i>	5	0.6	19	2.3	3	0.4
<i>Cacodilato</i>	4	0.5	2	0.2	1	0.1
<i>Laborterapia</i>	4	0.5	3	0.4	--	--
<i>Psicoterapia</i>	2	0.2	2	0.2	2	0.2
<i>Vacuna antifoidea</i>	1	0.1	1	0.1	--	--
<i>Vacuna estafilo-estrep.</i>	1	0.1	--	--	1	0.1
<i>Otros</i>	28	3.5	11	1.4	4	0.5

Con los tratamientos principales (L1) se ha elaborado una tabla donde se puede observar la frecuencia de los mismos según el periodo histórico de ingreso (tabla 2).

Tabla 2: Análisis comparativo. Tratamiento principal (línea 1) en función del Periodo Histórico de recogida de los casos. (N muestral: 811)

N válido	Variable	Categoría	Periodo Histórico			Test de Contraste	
			Rest. / 2ª Rep.	Guerra Civil	Dictadura Fr.	Valor Chi²	P valor
809	Tratamiento Principal	Sin tratamiento	37.9 % (30)	71.4 % (60)	27.6 % (178)	310.37**	.000
		Electrochoque	0 % (--)	0 % (--)	56.3 % (364)		
		Malarioterapia	19.0 % (15)	4.8 % (4)	4.0 % (26)		
		Nucleinatos	13.9 % (11)	7.1 % (6)	0.6 % (4)		
		Pentazol	0.0 % (--)	0.0 % (--)	3.6 % (23)		
		Esencia de trementina	12.7 % (10)	2.4 % (2)	0.2 % (1)		
		Choque insulínico	0.0 % (--)	4.8 % (4)	3.3 % (21)		
		Otros	16.5 % (13)	8.3 % (7)	4.5 % (29)		

** = Altamente significativo al 1% (p<.01)

En **negrita**, las categorías donde se aprecia significación (residuo>1.9)

A partir de los datos obtenidos en esta tabla, se ha elaborado un gráfico (Fig. 1) donde se puede observar de forma más clara esta información. Hay que destacar cómo la irrupción de nuevas medidas terapéuticas como el electrochoque, al finalizar la Guerra Civil, desplazó otras terapéuticas que se venían usando en la sala de mujeres del manicomio de Málaga, como la malarioterapia, el absceso de fijación por esencia de trementina y los nucleinatos. Aunque el uso del electrochoque se generalizó durante los años 40 en la sala 20, hay que señalar que la malarioterapia siguió siendo usada, aunque no tanto como en periodos anteriores. Por otro lado, es llamativa la línea azul que corresponde a las mujeres sin tratamiento durante el ingreso en la institución, habiendo un máximo de pacientes sin tratamiento durante el periodo de la Guerra Civil.

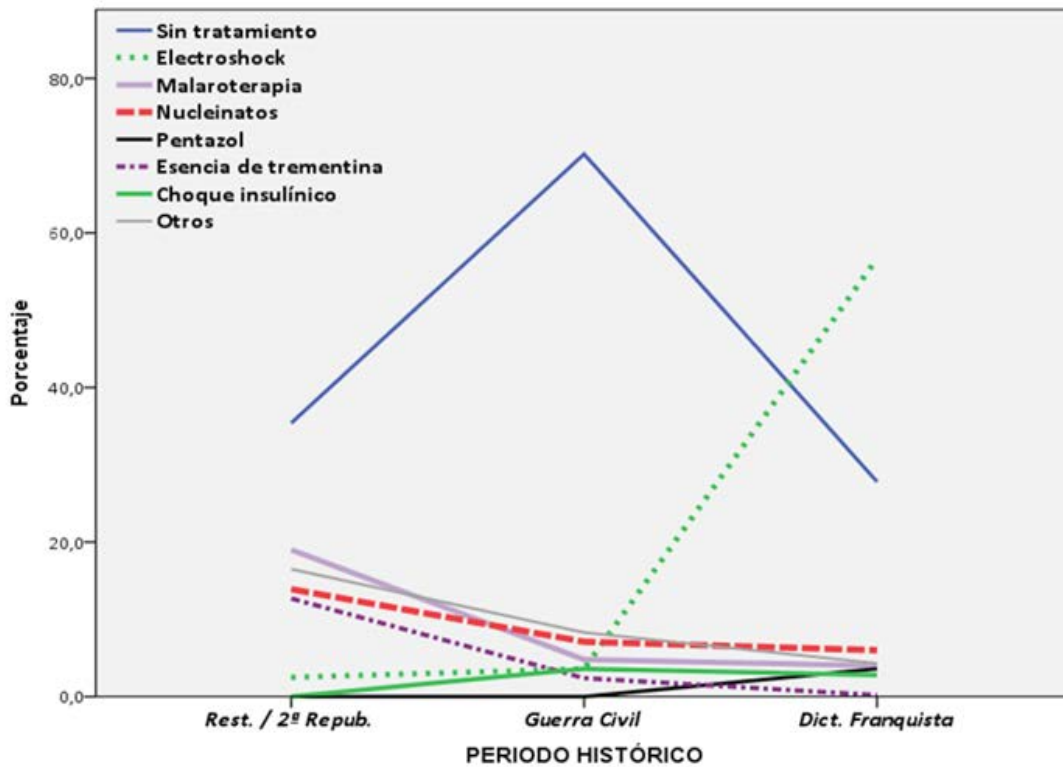


Fig. 1. Frecuencia de los tratamientos según periodo histórico.

En el apartado “otros” se han recogido tratamientos con novocaína³⁵⁵ en una paciente ingresada en 1948, en cuya historia no quedó reflejado ningún diagnóstico; con “inyecciones de somnífero” junto con aceite alcanforado³⁵⁶ en una mujer diagnosticada de psicosis de la involución³⁵⁷ en 1932; con laúdano “hasta 20 gotas” otra mujer diagnosticada de “involución” en 1933; con cianuro otra mujer diagnosticada de psicosis maniacodepresiva³⁵⁸ en 1932; con Guipsine una mujer tratada en 1932 y diagnóstico de demencia³⁵⁹; y con aguardiente alemán en una mujer que ingresó en 1932 diagnosticada de demencia³⁶⁰; con Neosalvarsán³⁶¹, un derivado arsenical usado para el tratamiento de la sífilis, una mujer diagnosticada de PGP en 1934³⁶². Hay que destacar en este apartado el caso de una mujer que fue tratada con valeriana y pasiflora en 1943. Se trataba de una paciente que

355 AMS, ADPM Ig. 10152.

356 El aceite alcanforado fue una de las primeras sustancias usadas para desencadenar ataques epilépticos en pacientes, usado por Von Meduna, como antecedente del uso del cardiazol.

357 AAP, ADPM Ig. 10143:25.

358 DRN, ADPM Ig. 10150:139.

359 DGS, ADPM Ig. 10143:26.

360 LAR, ADPM Ig. 10143:21. El “aguardiente alemán” era un purgante constituido por raíz de nueza y jalapa impregnadas en aguardiente. Era un potente purgante, y el uso de estas terapéuticas estaba asociado a la idea de la psiquiatría asilar de que la relajación del estómago y la evacuación de residuos en diarreas, favorecían la mejoría de los alienados (Colombier y Doublet, 1785/2000).

361 Tanto el salvarsán como el neosalvarsán fueron compuestos utilizados en el tratamiento de la sífilis, sin embargo, en la sala 20 no ha quedado constancia de tratamientos con salvarsán.

362 EMB, ADPM, Ig. 10150:76.

había sido ingresada en 1940 con el diagnóstico de esquizofrenia. Al alta acudió en varias ocasiones a revisión en consultas externas donde comunicó que estaba embarazada. Pedro Ortiz Ramos prescribió ambos remedios naturales durante el embarazo, sin que existieran descompensaciones durante el parto o puerperio. Posteriormente, en 1946 también acudió a la consulta externa embarazada de nuevo, donde se apuntó: “(diciembre 1946): Nos llega a la consulta y nos dice ‘Está bien, pero está embarazada de 7 meses y tiene miedo’. Tratamiento: Benerva® y Bromocalcil® líquido”³⁶³. En marzo de 1947 se anotó: ‘ha tenido su niño felizmente, sin alteraciones, pero ahora tiene miedo de que después de la cuarentena se altere otra vez. Tratamiento: Bromocalcil®.’”³⁶⁴

En cuatro historias con diagnóstico de epilepsia se recogió el tratamiento con Luminal® (fenobarbital)³⁶⁵. En una de ellas, se describía en profundidad el tratamiento aplicado con sedantes como bromuros³⁶⁶, Luminal®, Pernoctón®³⁶⁷, Somnifen®³⁶⁸ y aceite alcanforado junto con el absceso de fijación, agua de carabaña³⁶⁹ y medidas de sujeción como la camisa de fuerza. Se trataba de una mujer³⁷⁰ que ingresó en 1932 a los 18 años, natural de Almargen y de profesión sirvienta. En el apartado de diagnóstico se apuntó “¿Epilepsia?” y entre paréntesis “estadío crepuscular”. Durante su primer ingreso entre noviembre de 1932 al 31 de diciembre de 1932, donde salió de alta a petición de su madre, en contra del criterio médico, se describió en la historia clínica el tratamiento al que fue sometida con anotaciones diarias, que pudo constituir una “cura de sueño” o cura de Klaesi³⁷¹ (Anexo 20).

363 El Bromocalcil jarabe® estaba compuesto por bromodextronatocálcico con un 23% de bromo, e indicado para la corea, epilepsia, neurosis, psiconeurosis e insomnios rebeldes a los hipnóticos.

364 Ibídem.

365 JFA, ADPM, lg. 10153:9 (1944-1947); AMT, ADPM, lg. 10150:233 (1937) y MMS, ADPM, lg. 10152 (1948).

366 El tratamiento con bromuros en la epilepsia se extendió por los establecimientos a partir de la segunda mitad del siglo XIX. En Leganés hay varios casos documentados de pacientes con epilepsia tratados con bromuros (Candela, 2018, p. 469). También fueron usados en otras patologías psiquiátricas como sedantes.

367 Barbitúrico intravenoso (ácido isobutil-bropropenil-barbitúrico). Este fármaco fue usado para analgesia obstétrica en la clínica Sebastian Recasens en 1931 (Franco, Álvarez y Cortés, 2005, p. 173).

368 Barbitúrico resultante de la mezcla de ácido dietil y dipropenilbarbitúrico y dietilamina, usado en las curas de sueño en la clínica psiquiátrica universitaria de Zurich aplicadas en 1920. A pesar de que comenzaron a dejar de usarse en la década de los años 30, por la alta mortalidad, suponían el único abordaje para los casos agudos (López-Muñoz, Álamo, Ucha-Udabe y Cuenca, 2004, p. 242).

369 El agua de carabaña es conocida como purgante. También fue usada como sustancia abortiva clandestina en Sierra Mágina durante el Franquismo (Linares, Moral y Grande, 2010).

370 FMR, ADPM, lg. 10143:4.

371 En 1922, Klaesi usó el Somnifen®, que había sido comercializado hacía poco tiempo por los laboratorios Hoffman-La Roche en presentación intravenosa, en esquizofrénicos (Martínez Azumendi, 2007). Esta nueva terapia denominada «cura de sueño» o «narcosis continua (Dauernarkose)» consistía en inducir una sedación profunda durante 20 horas al día en dos semanas consecutivas, sólo despertando a los enfermos para comer y orinar o defecar (López-Muñoz, Álamo, Ucha-Udalbe y Cuenca, 2004, p. 242).

Posteriormente, en 1949, hay dos casos de mujeres tratadas con fenitoína (Sinergina®), las dos con diagnóstico de epilepsia³⁷². Dentro del grupo de los sedantes e hipnóticos, también consta el tratamiento con Oneiral® y Valerofosfén®³⁷³ en una mujer³⁷⁴ que ingresó en 1948 con diagnóstico de depresión. Aparecen también pacientes tratadas con complejos vitamínicos como Betalión Forte®, Tónico Bayern®, calcio, vitamina B. El uso de la penicilina en la sala 20 estuvo asociado a otras patologías, como en el caso una mujer con meningitis³⁷⁵, y otra con un absceso³⁷⁶.

6.1. Las piretoterapias en la sala 20.

En las primeras décadas del siglo XX hubo un auge de las terapias biológicas en el campo de la psiquiatría. En un contexto en el que la psiquiatría comenzaba a vislumbrarse como una especialidad médica que podía abordar un sustrato anatomopatológico, en el contexto de la medicina de laboratorio y las investigaciones neurológicas, y con la intención de legitimar esta práctica médica positiva, fue necesario introducir terapias que pudieran participar de este proceso legitimando, no sólo la especialidad, sino también los médicos que la practicaban (Querodia, 2009, p. 10). En este sentido, la idea de que los picos febriles³⁷⁷ hacían disminuir y en ocasiones, desaparecer los cuadros de agitación en pacientes con trastornos mentales, favoreció el desarrollo de las piretoterapias, que consistían en provocar patrones febriles con diferentes agentes patógenos o sustancias tóxicas a los pacientes ingresados en los manicomios. El médico austríaco, Wagner Von Jaureg difundió los exitosos resultados que obtuvo tras inocular malaria a pacientes aquejados de Parálisis General Progresiva (PGP) a partir de 1917, lo que le valió el premio Nobel de Medicina en 1927 (Villasante, 2004). Además del uso en pacientes con PGP, se generalizó esta técnica también para enfermos mentales aquejados de otras patologías, como esquizofrenia, psicosis maniacodepresiva, psicosis epilépticas, oligofrenias, entre otras (Bianchini y Nardi, 1932). La malarioterapia se popularizó en diferentes manicomios polacos, austríacos y alemanes, y posteriormente en el resto de Europa y América Latina³⁷⁸ (Villasante, 2003). En nuestro

372 AMP, ADPM Ig. 10440. También tratada con electrochoques, ya que el diagnóstico se anota como Epilepsia, y en interrogación "reacción psicógena"; EBD, ADPM, Ig. 10153 también ingresó en 1950, mediante una carta de recomendación del médico del pueblo (El Burgo), donde explicitaba que padecía esquizofrenia (Anexo 26), diagnóstico que no se le aplicó en la sala 20 durante el tiempo que permaneció ingresada (hasta 1966) cuando falleció por crisis de "gran mal".

373 Hipnóticos y sedantes en asociación.

374 CMR, ADPM Ig 10571.

375 RJS, ADPM Ig. 10152 (1949).

376 JSO, ADPM Ig. 10440 (1950).

377 La idea de que la fiebre alta hacía disminuir la sintomatología psiquiátrica ha estado presente desde la Antigüedad, si bien fue a finales del siglo XIX y principios del XX cuando se utilizó como una terapéutica específica para el tratamiento de las enfermedades mentales (Candela, 2017, p. 460).

378 El uso de la malarioterapia ha sido ampliamente investigado en Brasil (Padovan, 2010; Astor, Itaqi, Medeiros y Guilhermano, 2014; Accorsi, 2015).

ámbito, como refiere Conseglieri (2013, pp. 151) Rodríguez Lafora se interesó en la cuestión de la impaludización, y, en las primeras décadas del siglo XX, publicó varios trabajos acerca de esta terapéutica. También Vallejo Nágera, durante los años 20, publicó varios trabajos sobre su experiencia con la malarioterapia en el Manicomio de Ciempozuelos (Conseglieri, 2013, p. 151).

A pesar de que recientes investigaciones en nuestro país señalan que la malarioterapia no tuvo una gran repercusión en las terapéuticas de los manicomios españoles (Villasante, 2003), en las historias de las mujeres de la sala 20 constituye el segundo tratamiento más frecuente aplicado a las pacientes, tras el electrochoque (ver tabla 1). En la sala 20 el método más empleado para provocar fiebre fue la malarioterapia. La técnica consistía en la inoculación de sangre de alguna enferma de malaria, a otra enferma de la sala, con el objetivo de provocar un cuadro febril agudo, que, en muchas ocasiones, sobrepasaba los 40° de temperatura (Fig. 2). Tras 10 o 12 accesos febriles, se iban administrando dosis de quinina, para evitar que la infección pudiera provocar daños más graves (Querodia, 2009, p. 13).

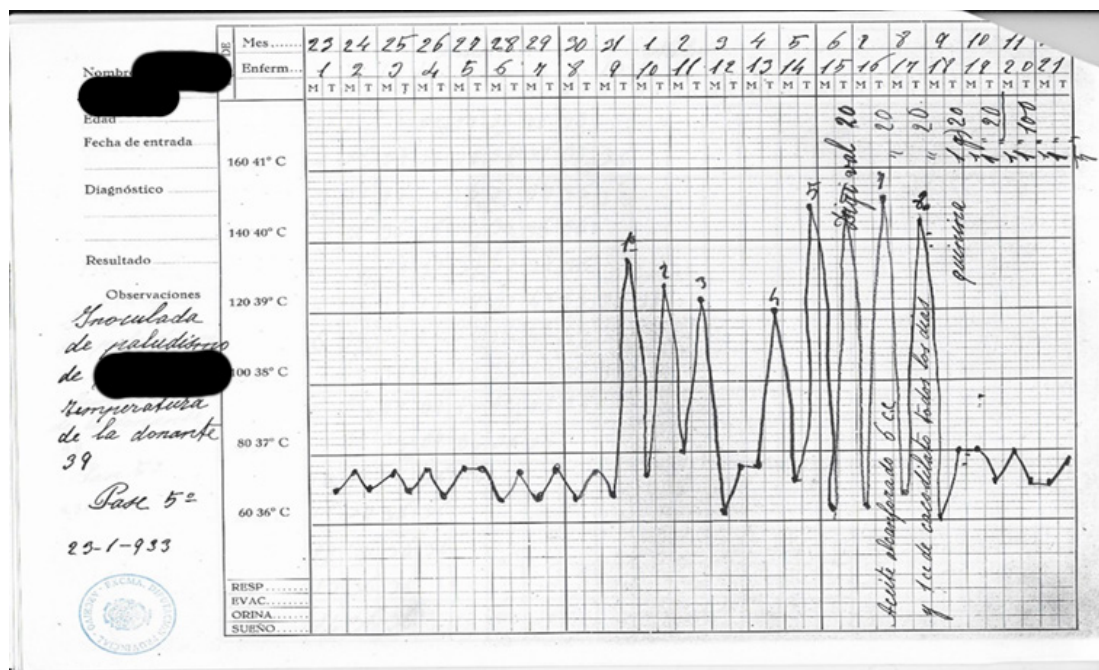


Fig. 2. Gráfica malarioterapia (ADPM, Ig 10143:15, 1933)

La primera historia de la sala 20 donde se aplicó malarioterapia a una paciente con PGP está fechada en diciembre de 1931³⁷⁹ y, en enero de 1933, la primera mujer impaludizada sin PGP, con un diagnóstico de agitación catatónica³⁸⁰. De los 15 casos diagnosticados de PGP, 12 mujeres fueron tratadas con malariote-

379 RAN, ADPM, Ig. 10143:24.

380 ARA, ADPM, Ig 10143:15.

rapia; dos de ellas con bismuto y una de ellas con bismucanfor y neosalvarsán. Sin embargo, el total de historias donde se aplicó la malarioterapia como tratamiento principal asciende a 45, luego esta terapia, aunque fue mayoritariamente aplicada en mujeres con PGP, también se usó en otros supuestos³⁸¹. En el caso de la sala 20, la malarioterapia fue aplicada en 7 casos de esquizofrenia, 8 casos de oligofrenia, dos casos de psicosis reactiva/de situación, paranoia y psicosis maniaco-depresiva, tres casos en mujeres con diagnósticos de psicosis puerperal, epilepsia y psicopatía y cinco casos con diagnósticos de esclerosis en placas, parafrenia, neuritis óptica³⁸², tabes dorsal y una historia sin diagnóstico donde se apuntó que la paciente fue impaludizada en 1951. Este dato está en relación con los de otras instituciones como el Hospital Psiquiátrico de Valladolid, donde se siguió usando la malarioterapia hasta 1950, junto con el tratamiento con penicilina (Conseglieri, 2013, p. 208). En el caso de la sala 20, en las impaludizaciones de los años 50 no hay datos sobre el uso concomitante de la penicilina. En los estudios sobre las historias del manicomio de Leganés, sólo dos pacientes fueron tratados con malarioterapia durante la Segunda República, y una sola durante el Franquismo (Conseglieri, 2013, p. 207). Estos datos incluyen pacientes hombres y mujeres. La baja incidencia de esta terapéutica en la institución madrileña contrasta con el mayor número de mujeres tratadas con malarioterapia en la sala 20. Esto podría deberse a que Pedro Ortiz Ramos mostró interés sobre este tratamiento, y realizó varias reseñas en la *Revista Médica de Málaga*³⁸³ en torno a artículos publicados sobre la malarioterapia entre los años 1929 y 1930. Teniendo en cuenta que Vallejo Nágera sí usó la malarioterapia en los pacientes de Ciempozuelos, y que mantenían una buena relación, podemos suponer que Ortiz Ramos adoptó esta medida terapéutica siguiendo la experiencia de Vallejo. Además, como indica Candela (2017, p. 463), en el manicomio de Leganés, durante las primeras décadas del siglo XX, tuvieron que usar otros métodos como el azufre para inducir los picos febriles, debido a la inexistencia de enfermos de malaria, cuestión que no sucedió en Málaga, aunque la inducción de la fiebre con sulfosín también está documentada en un caso (Fig. 3).

381 El uso de la malarioterapia se extendió a otras psicosis no sifilíticas (Bianchini y Nardi, 1932).

382 A finales de los años 30, la atrofia de los nervios ópticos se relacionó con la infección luética, por lo que la malarioterapia fue usada como tratamiento en estos casos (Weskamp y Ortíz, 1935; Weskamp y Marqués, 1936).

383 Estas reseñas fueron realizadas sobre los trabajos de Rodríguez Arias y Pons Balmes "La malarioterapia en la parálisis general progresiva. Resultados personales" en 1929 y Gonzalo Rodríguez Lafora "La alucinosis post-malárica en la parálisis general progresiva", en 1930. Ese mismo año Ortiz Ramos publicó "Sobre la patogenia de la alucinosis en los paralíticos generalizados malarizados" (Ortiz Pérez, 2010, p 166).

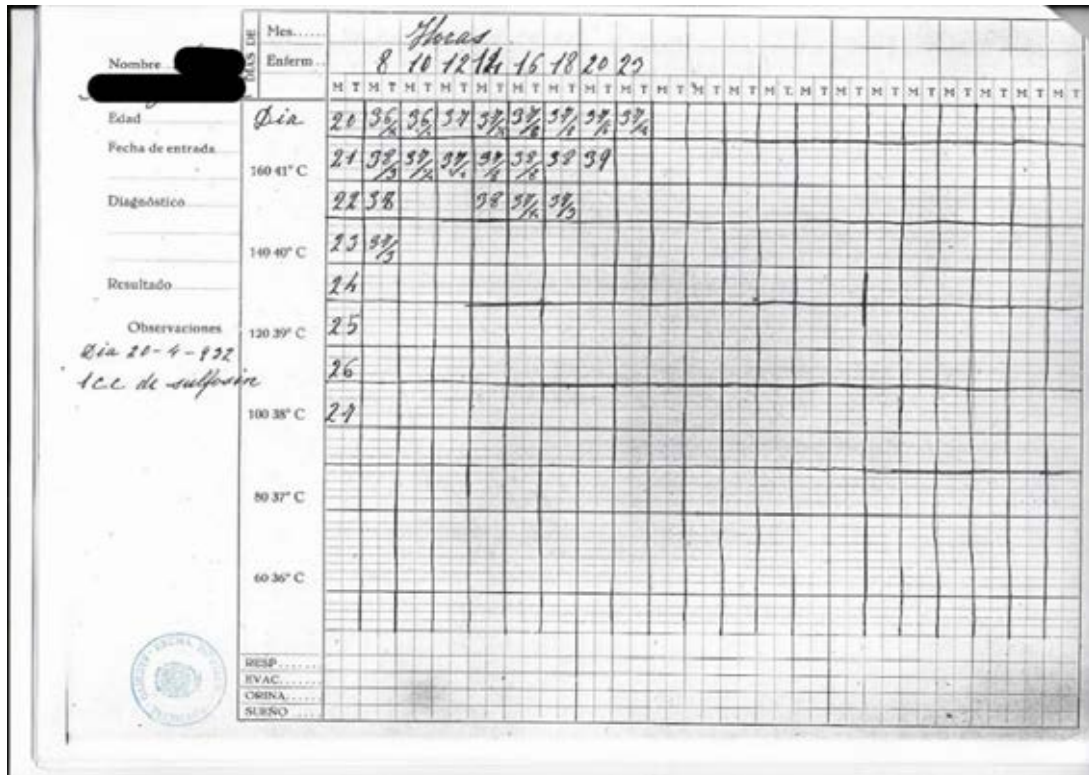


Fig. 3. Gráfico de piretoterapia con Sulfosín® (ADPM. Ig 10143:14, 1932).

Como se aprecia en la tabla 2, el tratamiento con malarioterapia es estadísticamente significativo en el primer periodo estudiado, siendo los 15 casos tratados de mujeres que ingresaron durante la Segunda República. Sin embargo, se observa que la malarioterapia siguió siendo usada en el resto de los periodos: de hecho, durante el primer Franquismo se mantuvo esta terapia en la sala 20 hasta 1951³⁸⁴, si bien era aplicada de forma ocasional.

En menor frecuencia en la sala 20, existían otros métodos para inducir la fiebre en las pacientes, con el objetivo de mitigar los accesos de agitación y los síntomas alucinatorio-delirantes. Dentro de las historias analizadas, los dos métodos más usados fueron el absceso de fijación mediante la inyección subcutánea de esencia de trementina en un 12'7% de los casos durante el primer periodo analizado; y la inyección de nucleinatos en un 13'9% también en el primer periodo, denominada como "reacción leucogénica con nucleinatos". Esta terapia estaba basada en la teoría de la autotoxicidad del organismo como responsable de la aparición de las enfermedades psiquiátricas, contextualizada en el auge a principios del siglo XX de las teorías inmunológicas e infecciosas (Plumed y Rojo, 2010, p. 164). Esta idea, defendida por Kraepelin, justificó el uso de esta terapia que consistía en la inyección de una solución de nucleinato de sosa al 5%, cacodilato al 3% y suero glucosado. A finales de la década de los años 20 fue sustituida por otras terapéu-

384 CPD, ADPM, Ig. 10152 (1951).

ticas como la malarioterapia y, aunque en la sala 20 se puede observar como disminuye en frecuencia, no llegó a desaparecer del todo, y se siguió usando durante el primer Franquismo de forma residual. Además, podía ser usada como terapia coadyuvante en diferentes casos, junto con otras sustancias como cianuro³⁸⁵, cacodilatos³⁸⁶ e inoculación de vacuna antitifoidea³⁸⁷.

Por otra parte, los abscesos de fijación provocados por la inyección de esencia de trementina fue otra de las terapias que se usaban en la sala 20. Pascal y Davesse lo usaron en amplias series de pacientes en 1926 (Plumed y Rojo, 2010, p.165) y consistía en la inyección de trementina subcutánea con la posterior reacción local, abscesificación y aparición de fiebre (Fig. 4).

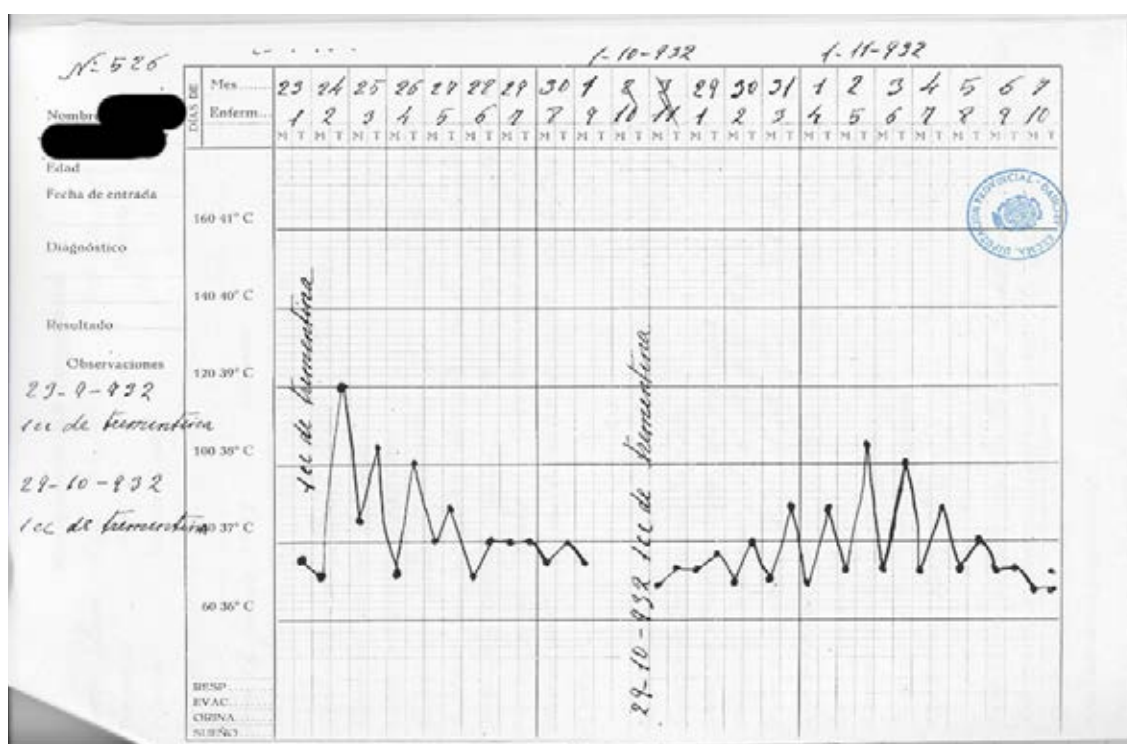


Fig. 4: Gráfico esencia de trementina (ADPM Ig 10467:32, 1932)

Este método no sólo se suponía que disminuía los síntomas de las pacientes por la fiebre, sino que, además, impedía el movimiento de estas ya que el cuadro era muy doloroso³⁸⁸. En las historias clínicas se apuntaba indistintamente absceso de fijación o trementina. La primera historia clínica donde se recoge este tratamiento correspondía a RVS³⁸⁹ que fue tratada en 1927.

385 JLR, ADPM Ig. 10143:28 (1932). Esta paciente estaba diagnosticada de "psicosis del climatismo".

386 MNG, ADPM Ig. 10468:32 (1934); CTT, ADPM, Ig. 10150:71 (1937).

387 MOF, ADPM Ig. 10150:159.

388 Pérez Villamil sostenía que el dolor era positivo para controlar el autismo esquizofrénico (Plumed y Rojo, 2010, p. 165).

389 ADPM, Ig. 10467:32.

Rodríguez Lafora en un trabajo publicado en 1926 presentó la experiencia del tratamiento con vacuna antitífica sensibilizada, para provocar los accesos febriles. Dos años después, Vallejo Nágera también elogió este método pireto-terápico, aunque Pérez Villamil insistió en que podían ser confundidas mejorías parciales tras la fiebre con remisiones (Plumed y Rojo, 2010, p. 165). En la sala 20 se usó puntualmente este método pireto-terápico, como en el caso de TRM³⁹⁰ que ingresó en la sala 20 en Julio de 1937 a los 20 años, y recibió tratamiento con vacuna antitifoidea. Estaba diagnosticada de esquizofrenia hebefrénica y catatónica.

En las historias clínicas analizadas figura otro caso de una mujer, que ingresó en 1909 y permaneció en reclusión definitiva, tratada con vacuna estafiloestreptocócica en 1933 (Fig. 5), hasta su fallecimiento en la institución.

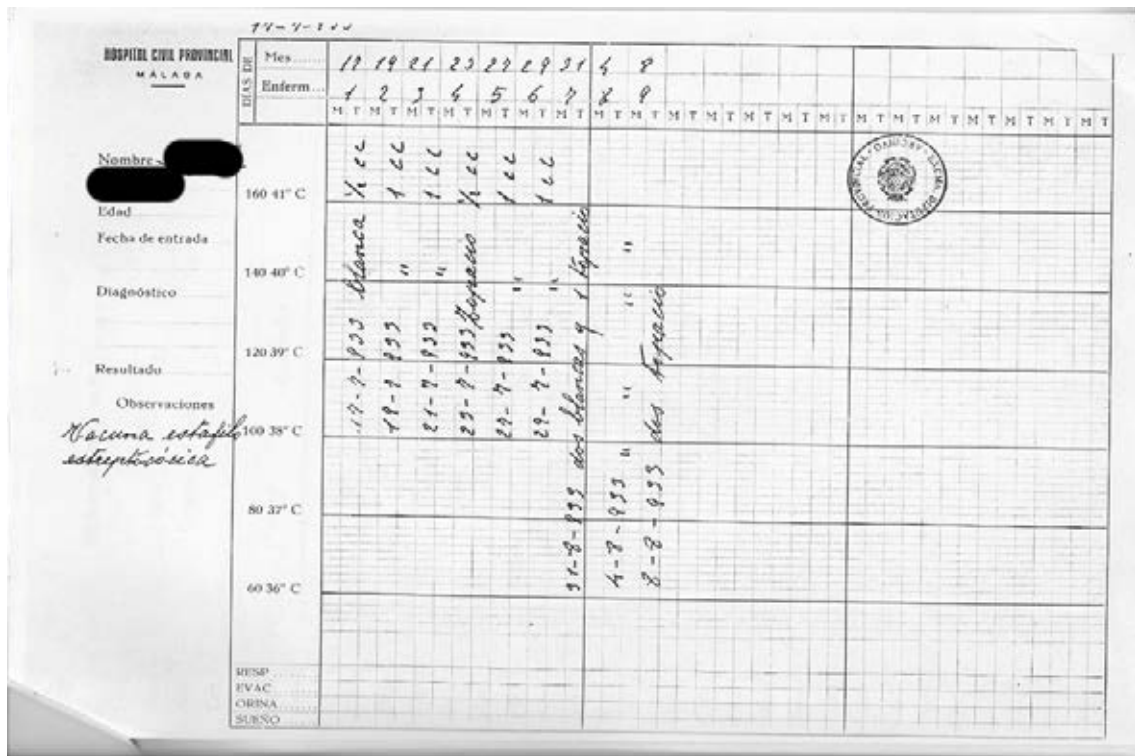


Fig. 5: Gráfico vacuna estafilo-estreptocócica (ADPM Ig 10153:135, 1933)

6.2. Laborterapia.

En las historias clínicas manejadas, sólo hay cuatro historias en las que se recoge la alusión al trabajo como terapia en L1 y 3 casos en L2 (tabla 1). Sin embargo, como ya se ha apuntado, el trabajo dentro de la institución no era algo infrecuente, entendido por los profesionales de la sala como algo no solo beneficioso y curativo, sino también como una forma de abaratar los costes de manteni-

miento de la institución. Que los pacientes ingresados en el manicomio trabajaran dentro de la institución era una práctica en el Manicomio de Málaga anterior a su redefinición como “laborterapia” que ya quedó reflejada en el Reglamento de 1917. Aunque la cuestión del trabajo de las mujeres dentro de la sala 20 será ampliamente tratada en el capítulo 7, quiero puntualizar la importancia que tuvo en la dinámica de la sala 20, y del manicomio en general, la recepción de la obra de Rodríguez Lafora *Lo que tiene que ser un manicomio provincial* (Rodríguez Lafora, 1931). En este escrito, hay que destacar la importancia que en aquel momento tuvo la laborterapia como terapéutica novedosa que desplazó a las balneaciones como tratamiento de elección de los enfermos mentales (señalando el ahorro que suponía la primera terapéutica sobre la segunda), centrándose en los manicomios como lugares de trabajo, sobre todo el asilo colonia, con el cálculo incluso de lo que podría trabajar cada enfermo³⁹¹. La división generizada del trabajo también tuvo su reflejo en la laborterapia del manicomio: el autor señalaba que era el pabellón de hombres el que debía estar más cerca de los terrenos agrícolas, relegando a las mujeres a talleres de bordado, planchado, o esparto, a pesar de reconocer que el tratamiento más adecuado para la mejoría de los pacientes era el que se desarrollaba al aire libre³⁹².

En la memoria que Pedro Ortiz Ramos realizó para la corporación entre 1931 y 1934 comentaba la situación de las mujeres dementes y el trabajo en la institución:

“Todavía hay varios proyectos que la Diputación ha considerado de interés. Uno de ellos consiste en acotar una parcela de la huerta colindante al departamento de mujeres para que las enfermas puedan salir al jardín, ampliando de esta forma la terapéutica de ocupación y proporcionándoles el debido esparcimiento. Otro servicio tiene por objeto transformar las celdas de aislamiento en el servicio de agitadas. Otro, ampliación de la laborterapia con pequeñas edificaciones análogas a las que sirven de talleres para la elaboración del esparto y en la que podrían tener cabida diversas manufacturas, pues es bien sabido que los dementes ociosos difícilmente se curan, mientras que trabajando se distraen y sus ideas se normalizan y además proporcionan ingresos y mejoras de mucho interés. En este sentido, el trabajo que ocupa el primer lugar es el del campo, y precisamente contamos con varias fanegas de tierra de huerta que pueden tener riego y entretener

391 Pedro Ortiz Ramos explicaba que no sólo suponía un ahorro que los propios internos cuidaran y mantuvieran el manicomio, sino que así estaban “distráidos”, ya que se pensaba que lo peor que podía sucederle a un demente, era estar “ocioso”, ya que tendían a estar agitados y romper mobiliario (ADPM, Memoria del Hospital Civil, 1931-1934, lg. 4820, p. 51).

392 Rodríguez Lafora realizó una clasificación de las tareas a desarrollar en la laborterapia: domésticos interiores, industriales y agrícolas. Señalaba que éste último, los trabajos agrícolas, eran los más beneficiosos para la salud de los enfermos y la economía del establecimiento, ya que sostenía en gran parte, los presupuestos de la institución (Rodríguez Lafora, 1931, p.306).

en su cultivo, dirigido por personas conocedoras de estas actividades, a varias decenas de enfermos. Así cumpliríamos los sabios preceptos del Dr. Simon, creador de la laborterapia sistemática aplicada a la curación de las enfermedades mentales, de dar ocupación hasta el 90% de los enfermos. La agitación y el desorden desaparecerían casi por completo y conseguiríamos un ambiente de paz y tranquilidad. De esta forma el número de curaciones alcanza cifras insospechadas, puesto que el 70 ó 75 % de los enfermos ingresados serían dados de alta por mejoría y curación y piénsese en la trascendencia de tal organización precisamente cuando el número de enfermos mentales en nuestra provincia va alcanzando cifras aterradoras. No cabe duda alguna que los gastos realizados para poner en marcha la terapéutica de ocupación serían compensados con creces cuando el sistema estuviese funcionando. Hasta el trabajo de los dementes más avanzados, aun suponiendo que no tuviese ninguna utilidad práctica, tendrá la enorme ventaja económica de que romperían menos ropa o destrozarían menos el edificio y el mobiliario”³⁹³.

En la entrevista que Pedro Ortiz Ramos ofreció a *La Unión Mercantil* en abril de 1936, hizo referencia también a la cuestión del trabajo en la institución. Se esforzó en dar una imagen de cambio en cuanto a la asistencia de la locura, mostrando cómo había cambiado el espacio y las terapéuticas centradas en la laborterapia, describiendo el ideal del manicomio como fábrica:

“¡Basta imaginar la maravilla de ver transformado el manicomio en un inmenso taller! En él estaría cada loco con su tema, pero el tema sería el trabajo agrícola, individual o colectivo, y las manufacturas diversas (...). Un visitante de una clínica así creería hallarse en una gran fábrica y se preguntaría extrañado ‘pero ¿dónde están los locos?’ (Vallés, 1936, p. 67).

De las cuatro historias donde se anotó la laborterapia, la primera mujer trabajaba en el manicomio desarrollando labores de limpieza de la sala, estaba diagnosticada de debilidad mental y permaneció ingresada desde 1926 hasta 1931³⁹⁴. La siguiente paciente ingresó en 1937, y posteriormente en 1953. Fue diagnosticada de manía aguda, y trabajaba en la cocina cuando mejoró la sintomatología³⁹⁵. En 1948, también se recogió en la historia de otra paciente la cuestión de la laborterapia. Solo ingresó durante un mes en la institución, y trabajó en la cocina³⁹⁶. En 1948 ingresó otra mujer que permaneció en el manicomio hasta 1967. En su historia se anotó “trabaja en los patos”³⁹⁷. En cuanto a las dos historias

393 ADPM, lg. 4820, 1931-1934 (Anexo 14).

394 JGG, ADPM, lg. 10153:124.

395 APV,ADPM, lg. 10571.

396 LGS, ADPM, lg. 10571.

397 JCG, ADPM, lg. 10152. En esta historia se anotó “¿prostituta?”.

donde se anotó la laborterapia como tratamiento secundario, la primera historia corresponde a una mujer que ingresó en 1950, que era prostituta y desarrolló labores de limpieza en la sala 20³⁹⁸; la segunda historia, de una mujer ingresada también en 1950, con un diagnóstico “no claro”, se anotó “poner en ocupación”, pero sin especificar en qué tipo de labor.

A pesar de las referencias que Pedro Ortiz Ramos hacía a los diferentes talleres organizados dentro del manicomio (esparto, trabajo agrícola, manufacturas) y que quedaron plasmadas en artículos de periódicos y la memoria que realizó para la Diputación Provincial en los años 30, en los contenidos de las historias clínicas no se hacía alusión a que las mujeres participaran de estos talleres. Como será abordado en el capítulo 7, las mujeres estuvieron dedicadas a trabajos de limpieza y cocina, fundamentalmente, dentro de la institución.

6.3. Las terapias de choque: insulino-terapia, choque cardiazólico y electro-choques.

Durante los años 30 y 40 se desarrollaron terapias basadas en choques provocados por diferentes sustancias como la insulina, el cardiazol, o, finalmente, por medios físicos como las descargas eléctricas del electrochoque.

La insulino-terapia, también llamada “cura de Sakel”, fue introducida por este psiquiatra vienés que determinó, en 1936 tras varios años de experimentación, que esta terapia no sólo actuaba como tratamiento sintomático, sino que también actuaba sobre la psicosis misma. Esta hormona había sido previamente utilizada en psiquiatría como sedante o en el tratamiento de las morfinomanías activas (Insabato, 1940/2004, p. 76) así como en pacientes esquizofrénicos por el efecto de estimulación del apetito de la insulina (Ortiz y Álamo, 1942).

La técnica estaba descrita en cuatro fases:

“El método clásico de Sakel consta de cuatro fases consecutivas:

1.ª Fase introductiva: inyección por vía intramuscular de insulina en un mínimo de 24 U. I., ascendiendo gradualmente hasta que sobrevengan netos fenómenos hipoglucémicos, por término medio después de tres horas de la inyección.

2.ª Fase de shock. La crisis hipoglucémica o comatosa es interrumpida después de la cuarta hora de la inyección con la administración por medio de sonda de 200 gr. de azúcar en solución; el enfermo debe permanecer en

398 MDB,ADPM, lg. 10439.

cama un tiempo no mayor de 1 hora y media.

3.^a Fase en la cual al tratamiento se intercala un período de reposo.

4.^a Fase de “polarización” de la psicosis en la cual se emplean pequeñas dosis de insulina y se interrumpe precozmente la hipoglucemia” (Insabato, 1940/2004, p. 77).

Las dos primeras fases eran las más importantes, y las dos últimas no se llevaban a cabo. Se inyectaba 6 días a la semana, con una duración entre 3 y 6 meses, hasta que aparecieran cambios conductuales. Insabato (1940/2004, p.78) aseguraba que las mujeres presentaban más resistencia a la insulina que los hombres, por lo que la dosis debía ser mayor³⁹⁹. Como refiere Conseglieri (2013, p. 217) las publicaciones sobre esta técnica asociada al choque cardiazólico aumentaron al finalizar la Guerra Civil. Pedro Ortiz Ramos mostró un gran interés en estas nuevas terapias al terminar la guerra, hecho que quedó reflejado en la publicación de un artículo titulado “Contribución al estudio del cardiazol, la insulina y el electrochoque en psiquiatría” publicación en colaboración con Fernando Álamo de los Ríos, como médico asistente (Ortiz y Álamo, 1942). El artículo, publicado en *Actualidad Médica* puede explicar por qué se comenzaron a emplear estas técnicas de forma tan precoz en la sala 20, en comparación con otras instituciones, como en el caso de Leganés:

“Cuando al final del año 1938, todavía durante nuestra guerra de liberación, pero ya situados en un ambiente propicio para el trabajo y el estudio, repasamos en nuestras revistas las adquisiciones científicas de los últimos años, al tropezar con los resultados que por entonces, comenzaron a publicarse sobre los nuevos tratamientos de la esquizofrenia, con los métodos de Meduna y Sakel, análogamente a como pensaba Bonhoeffer, no pudimos evitar `un gesto de escepticismo´” (Ortiz y Álamo, 1942, p. 455).

Los autores señalaban en este artículo, cómo pasaron del escepticismo del principio, a sentirse “maravillados” por ver los resultados de la cura de Sakel en cinco pacientes, dos esquizofrénicos crónicos y tres recientes. Relataban como “paso a paso, los trastornos esquizofrénicos iban desapareciendo y tras de ellos surgía intacta la personalidad normal, auténtica, de los individuos tratados” (Ortiz

399 El autor, insistía en las condiciones en las que debía llevarse a cabo esta práctica terapéutica: “El que se disponga a tratar a un enfermo esquizofrénico con la insulina, debe prevenir meticulosamente todas las cosas necesarias para solucionar todas las manifestaciones graves que pueden ocurrir de un momento a otro. El local debe ser calentado (los enfermos en tratamiento sudan muchísimo: hasta dos litros y están sujetos a fáciles congestiones de la mucosa respiratoria), bien iluminado (para describir las alteraciones del color de la cara), sin muebles u otros objetos que puedan impedir el circular libremente alrededor de la cama del enfermo, manteniendo en el ambiente la máxima limpieza” (Insabato, 1940/2004, p. 76).

y Álamo, 1942, p. 455).

La insulinoterapia comenzó a usarse en la sala 20 a finales de la década de los años 30. Los primeros documentos donde se hacía referencia al uso de insulinoterapia son dos fichas clínicas encontradas en el Fondo Pedro Ortiz Ramos. RGT⁴⁰⁰ ingresó en diciembre de 1938 en la sala 20 a los 28 años. Diagnosticada de esquizofrenia, fue sometida a insulinoterapia en enero de 1939. El tratamiento fue suspendido el 27 de febrero de 1939, por motivos ajenos a la voluntad de Pedro Ortiz Ramos, como él mismo anotó en la ficha clínica. Finalmente, la paciente falleció por caquexia “cinco meses después de la terminación de la cura”. Por otro lado, DRC⁴⁰¹, ingresó en septiembre de 1938 con diagnóstico de esquizofrenia y se le comenzó a aplicar el tratamiento con insulina el 16 de enero de 1939 (Fig. 6). Finalizó el 24 de febrero del mismo año. La paciente fue dada de alta el 14 de marzo de 1939. En ambos casos se inició la insulinoterapia en enero de 1939.

HOSPITAL CIVIL DE MÁLAGA				Resumen del tratamiento	
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA		MÉDICO JEFE: DR. ORTIZ RAMOS			
Nombre: [REDACTED]		Edad: 20		Fecha comienzo: 16-I-39	
Fecha de ingreso: 16-IX-38		Clínica donde estuvo últimamente:		Fecha terminación: 24-II-39	
Ficha n.º	Historia n.º	desde	hasta	P. I.	Duración: 9
Diagnóstico: Esquizofrenia		Variedad: catatónica		F. Shock	N.º de Shock: 23
Comienzo de la enfermedad	Mes y año: VII-38	Grupo I, II, III, IV.	Permanencia en anteriores Establecimientos	A. Ep.	Número:
Comienzo del tratamiento: Año, mes y día después del comienzo de la enfermedad: 16-I-39		¿Cuántos episodios? 1	desde hasta	A. C.	Número:
Constitución corporal: caténica		Persona que paga la pensión:	Dirección de los pacientes: Antequera	Días de estancia	Número: 8
				Días de duración del trat.: 46	
				Total U. L.: 1310	
				Resultado: + - +7 - -	
				Fecha salida: 14-III-39	
<p>Resumen por semanas: La enfermedad comenzó en agosto de 1938 en forma de un cuadro catatónico, con aislamiento, pérdida de peso, incoherencia, mutismo, etc. y de la evolución con el paso de los días se fueron sucediendo crisis de tipo catatónico, con mutismo, mutismo, mutismo, etc. y de la evolución con el paso de los días se fueron sucediendo crisis de tipo catatónico, con mutismo, mutismo, mutismo, etc. y de la evolución con el paso de los días se fueron sucediendo crisis de tipo catatónico, con mutismo, mutismo, mutismo, etc.</p>					

Fig. 6. Primera ficha clínica de tratamiento con insulinoterapia (DRC, fondo Pedro Ortiz Ramos, AUG, OR A 120. Fichas de pacientes Hospital Civil de Málaga, ORT 04/004).

Los dos casos restantes anotados en la Guerra Civil, corresponden a mujeres que ingresaron durante este periodo, pero el tratamiento con insulinoterapia

400 AUG, Fondo Pedro Ortiz Ramos OR A 120. Fichas de pacientes Hospital Civil de Málaga. ORT 04/004.

401 Ibídem.



fue administrado ya una vez terminada la contienda. En el caso de Leganés, la técnica fue empleada por primera vez en 1941, aludiendo a problemas económicos en la institución (Conseglieri, 2013, p. 218). Durante la primera década del Franquismo, la insulino terapia constituyó el 33% (21 casos) de los tratamientos administrados como terapia principal en la sala 20, y más frecuentemente como tratamiento asociado al electrochoque, en 36 casos⁴⁰², de los cuales, fueron mayoría los aplicados en mujeres con diagnóstico de esquizofrenia, pero también en un caso de depresión⁴⁰³, y tres casos de psicosis maniaco depresiva⁴⁰⁴. Esta asociación era usada cuando las pacientes no mostraban una buena respuesta al tratamiento con los electrochoques.

En las historias clínicas se mantuvo un registro sistematizado de la cura insulínica durante los primeros años de la década de los 40, anotándose el día de la aplicación, el número de unidades de insulina inyectadas y la aparición de los síntomas tanto vegetativos (sudoración) como los relacionados con los ataques. También se recogía cuándo despertaban, la cantidad de glucosa administrada y en el margen derecho, anotaciones sobre el comportamiento, o lo que decían las pacientes al despertar. En la historia de CCO⁴⁰⁵, que ingresó en la sala 20 en marzo de 1941 con diagnóstico de esquizofrenia simple, se registraron los choques insulínicos (Fig. 7), con datos incluso de las variaciones del peso en función a los días de tratamiento. Además, en las hojas de evolución de la historia clínica, quedó reflejada su mejoría hasta que el 24 de marzo de 1941, se relató que entró en coma profundo, necesitando inyecciones de adrenalina, cafeína e incluso se le realizó una sangría y una punción lumbar (Anexo 21).

Pedro Ortiz Ramos y Fernando Álamo (1942, p.461) describieron las complicaciones de la técnica, y se detuvieron en la más grave, el shock prolongado. Como medidas para hacer frente a esta complicación señalaban la necesidad de aportar glucosa tanto por vía nasal como intravenosa, estimulantes cardíacos, vitamina B, e incluso realizar una punción lumbar, como en el caso de CCO.

402 En el caso de la institución de Leganés durante el Franquismo, también se recoge el uso de la cura de Sakel como tratamiento coadyuvante al electrochoque en mayor medida que en monoterapia (Conseglieri, 2013, p. 213).

403 CBR, ADPM, Ig. 10452 (1949).

404 MRM, ADPM, Ig. 10567:37 (1947); TRC, ADPM, Ig. 10452 (1949); DMA, ADPM, Ig. 10140 (1950).

405 ADPM, Ig. 10468:21.

Gráfica del enfermo

Historia n.º Ficha n.º

Día	Insulina o Cardiazol		Somnoliento		Contracciones		Ataques epilépticos		Sudor		Excitación		Indespertable		Despierto		Comportamiento		
	Hora	U. I. C. c.c.	Hora	Hora	+	-	(-)	(+)	(-)	(+)	Paq.	Mator	Medio School	Sch.	B. de Ins.	Hora	Cantidad de azúcar	En las horas de Insulina	Fuera de la acción de la Insulina
5	6	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170		
6	6	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170		
7	6	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170		
8	6	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'	170		P. 48'500 kg.
10	6	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	Id	10'30	170		
11	6	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	D	10'30	170		decía que quería matarme.
12	6	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170			"¡Ay! He visto la muerte" ¿en donde? "en todas partes de toda la colera. en todos los colores"; ¿Cómo es? "La veía mucha vez en todo la vida"
13	6	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170			"¡Ay! D. Pe lo ya lo reconozco a Vds: ella y está aguardada al salir del casa."
14	6	70	105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	Id	10'30	170		P. 51'500 kg.
15	6	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	Id	10'30	170		
17	6	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	Id	10'30	170		
18	6	70	9	9	-	-	-	-	(H)	-	-	-	-	0	Id	10'30	170		
20	6	70	9	9	-	-	-	-	(H)	-	-	-	-	0	Id	10'30	170		
21	6	65	9	9	-	-	-	-	(H)	-	-	-	-	0	Id	10'30	170		
22	6	65	9	:	-	-	-	-	(H)	-	-	-	-	0	Id	10'30	170		
24	6	65	9	-	-	-	-	-	(H)	-	-	-	-	0	Id	10'30	170		
29	P. 50 Kg																		
1	6	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10	170		
2	6	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10	170		
3	6	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170		blasfemata. Quería matarme para venir al de arriba. ¿quién dice cuando que tenía los hijos.
4	6	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170		
5	6	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170		P. 48'800 kg.
7	6	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170		
8	6	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170		va mejorando.
9	6	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	D	10'30	170		P. 50'400 kg.
17	6	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	D	10'30	170		
18	6	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170		
19	6	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	B	10'30	170		

Fig. 7. Registros del choque insulínico en historia clínica CCO, ADPM, Ig. 10468:21.

A pesar de que se insistía en la necesidad de cuidar tanto el entorno, las medidas higiénicas, la temperatura de la sala, el aislamiento de los pacientes y el fácil acceso alrededor de la cama del paciente (Insabato, 1940/2004), Pedro Ortiz Ramos y Fernando Álamo (1942) veían ciertas "ventajas" en realizar esta técnica en la sala común:



“Piénsese bien que cada enfermo, ya consciente cuando se le provoca un shock, tiene la impresión de algo mortal, o al menos, algo que le aproxima a la muerte, y mucho más cuando el tratamiento se hace en la sala común, donde el enfermo, tal vez eventualmente, ha podido observar los peligros que un shock prolongado de otro enfermo haya podido experimentar, y que en realidad ha colocado a éste en peligro de muerte. Sin embargo, no cabe duda ninguna que estas vivencias tienen una actuación favorable. No tenemos experiencia, o es tan pequeña, que prácticamente no podemos ajustar a ella nuestra conducta de tratamiento realizado aisladamente. Tenemos la impresión, sin embargo, que la sala colectiva de tratamiento constituye un colaborador de eficacia notable. Cuando enfermos curados son dados de alta, los restantes enfermos reciben la benéfica influencia de pensar que días más tarde ellos mismos también estarán curados. Esto forma un ambiente de confianza extraordinariamente apto para que el médico destaque su propia personalidad y los enfermos vean en él su Mesías. En ninguna actuación terapéutica tanto como en insulino-terapia, el médico tiene la impresión de recoger el agradecimiento fervoroso de sus pacientes” (p. 460).

Posiblemente esta idea trataba de justificar la falta de medios con la que esta peligrosa terapia era acometida en la institución y, de paso, confería un halo de “divinidad” a los médicos que prácticamente rescataban de la muerte a los pacientes, relacionado con la ideología del nacionalcatolicismo del momento.

En la sala de mujeres, lejos de que la experiencia traumática de la insulino-terapia tuviera un efecto positivo, hizo que CBM⁴⁰⁶, que ingresó en 1941 no quisiera volver al manicomio por miedo al tratamiento con choques insulínicos.

Por otro lado, los psiquiatras reconocían las dificultades para continuar con la insulino-terapia en pacientes que ya notaban cierta mejoría:

“A éstos enfermos les es muy duro seguir recibiendo su dosis de insulina. Insistentemente piden el alta. Se consideran curados; por otra parte, sus familiares estimulan al médico para que así lo haga. El médico tiene que echar sobre su conciencia la responsabilidad de seguir provocando shocks en sujetos virtualmente curados” (Ortiz y Álamo, 1942, p. 459).

Debido al riesgo que conllevaba usar la insulina para provocar choques, otras sustancias fueron ensayadas por Von Meduna, un psiquiatra húngaro, para provocar crisis epilépticas. Sustancias como la estricnina, la tebaína y la brucina se probaron, hasta que fueron desechadas por provocar contracciones tetánicas y lesiones medulares a los pacientes (Ortiz y Álamo, 1942, p. 461). En la sala 20 hay

un caso en el que se aplicó tratamiento con sulfato de estricnina en 1939 (Fig. 8) a una mujer de 16 años que había ingerido alcohol de forma masiva durante varios días y había sido diagnosticada de psicosis sintomática⁴⁰⁷.

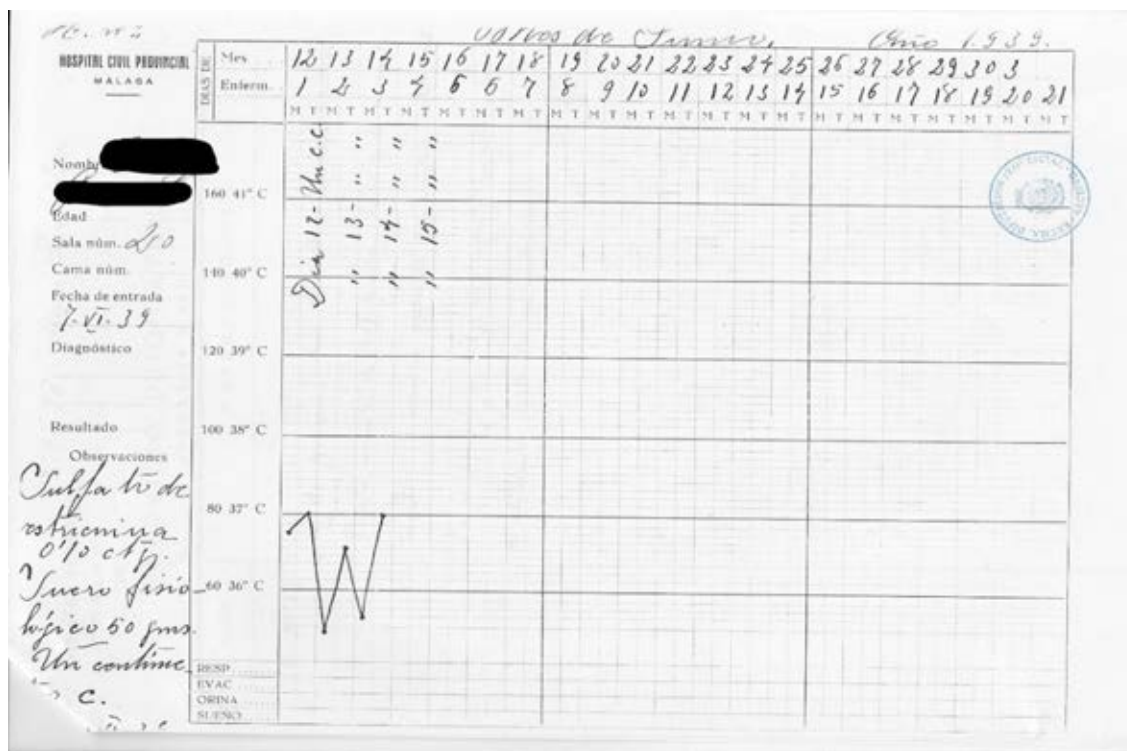


Fig. 8: Gráfica de temperaturas en paciente en tratamiento con sulfato de estricnina (MGL, ADPM, lg. 10150:151).

Finalmente, Von Meduna se decantó por el cardiazol como alternativa a la insulina, para inducir los ataques epilépticos, pasando antes por la inyección de aceite alcanforado⁴⁰⁸. Consideraba el tratamiento con cardiazol menos arriesgado que el choque insulínico y más fácil de ejecutar, introduciéndolo en la práctica psiquiátrica en 1934. Se inyectaba el cardiazol vía endovenosa por la mañana en ayunas, entre dos y tres veces por semana. Se solía inyectar 5cc de la solución usada para fines analépticos en medicina general. En mujeres, más sensibles que los hombres a esta sustancia, se inyectaban 4 cc, dosis que iba aumentando paulatinamente si no se producían las convulsiones. El ataque sobrevinía a los 30 segundos de la inyección (Insabato, 1940/2004, p. 79).

407 ADPM, MGL, lg. 10150:151.

408 Se inyectaba aceite alcanforado intramuscular en ayunas y sin dar ningún sedante, para que se produjera el ataque. Finalmente, Ortiz y Álamo (1942) describían por qué se desechó su uso: "pero ha de abandonar el aceite alcanforado y llegar por simplificación al cardiazol. Esto es motivado porque, a veces, en vez de provocarse el ataque, aparece un estado delirante con intranquilidad psicomotora, porque a veces los ataques no aparecen hasta las tres horas de haberse inyectado, por el dolor, por el esfuerzo que suponía para los médicos inyectar en los glúteos contraídos; además, la eliminación por vía respiratoria, que provocaba náuseas, vómitos y angustia al paciente, y también esto molestaba a los que rodeaban al enfermo" (p. 462).

En la sala 20, era anotado el cardiazol como Pentazol®. El porcentaje de mujeres sometidas a este tratamiento fue del 3'6% de las mujeres ingresadas durante la primera década del Franquismo, a partir de 1940. Del total de 23 casos, fueron aplicados en 16 casos con diagnóstico de esquizofrenia, un caso de psicosis puerperal, un caso de psicosis maniaco-depresiva, un caso de oligofrenia, un caso de neurastenia, otro de psiconeurosis y otro de neurosis infantil. Fue usado como tratamiento junto a la insulino-terapia en 8 casos en 1940 y 1941. La ventaja del uso del cardiazol sobre la reducción del tiempo de estancia en los establecimientos psiquiátricos quedó reflejada en el artículo que Ortiz y Álamo publicaron en 1942:

“Duración del tratamiento en días: Bien se comprende la importancia de esas cifras desde el punto de vista económico, pues tanto para las familias pudientes como para la Beneficencia pública, tiene importancia fundamental reducir en lo posible el número de estancias” (pg. 472).

En este trabajo, describieron que habían sido tratados con cardiazol en la institución 23 esquizofrénicos, 3 psicosis maniaco-depresivas y 5 casos de psiconeurosis (no anotaron la distribución por sexo). Las conclusiones de su trabajo fueron muy optimistas: el 100% de las psicosis maniaco-depresivas y el 100% de las psiconeurosis se curaron; en cuanto al grupo de los esquizofrénicos explicaron:

“En las formas simples se han obtenido el 85'7% de remisiones completas y el 14,2 % de remisiones con defectos, y resulta el 100% de curaciones, ya que tanto unos como otros han abandonado el Establecimiento” (Ortiz y Álamo, 1942, p. 474).

Más adelante, en el artículo, los mismos autores minimizaban tanto los episodios de angustia que inducía el tóxico en los pacientes descritos por otros profesionales, como las fracturas a consecuencia de los choques (Ortiz y Álamo, 1942, p. 475). Sin embargo, Insabato (1940/2004) describió como inconvenientes de esta terapia las fracturas de mandíbula, cuello de fémur, cuello del húmero, fracturas vertebrales seguidas de muerte y abscesos pulmonares, entre otros. En una de las historias de la sala 20 hay constancia de estas consecuencias en el tratamiento con cardiazol: DFS, natural de Algeciras, ingresó en 1940 en la sala 20 a los 31 años. Diagnosticada de esquizofrenia hebefrénica, se plantearon varios tratamientos como la psicoterapia, en 1940⁴⁰⁹ y las inyecciones de cardiazol (Fig. 9), a las que ella se resistió en varias ocasiones. Estas inyecciones le provocaban ataques con resultado de luxaciones de hombro y maxilares, teniendo que ser reducidas con anestesia:

409 En su historia quedaron recogidas algunas anotaciones sobre los resultados del test de Rorschach.

[28-09-1940] Se le produce durante el ataque una luxación del maxilar inferior que se reduce enseguida.

[03-10-1940] Pueril. Repite las palabras. Trata de tú al médico. Pararrespuestas `no sé´, así contesta a las preguntas relativas a su orientación `Esto es un asilo... un hospital´. Inquieta. No tiene conciencia de enfermedad. Afectada al hablar y en sus actitudes. Manierista. Rechaza la enfermedad. Se le hace psicoterapia.

[05-10-1940] Durante el ataque luxación de la articulación del hombro derecho que se reduce con anestesia⁴¹⁰.

Más adelante, siguen anotándose en la historia detalles como "sigue tuteando al profesor"⁴¹¹, y mientras seguían con el tratamiento de pentazol, se anotó en noviembre: "algo incorrecta. Protesta de las inyecciones. Sueño bien. Buen apetito. Pide el alta insistentemente. Se excita hablando del tratamiento. Menos manierismos"⁴¹².

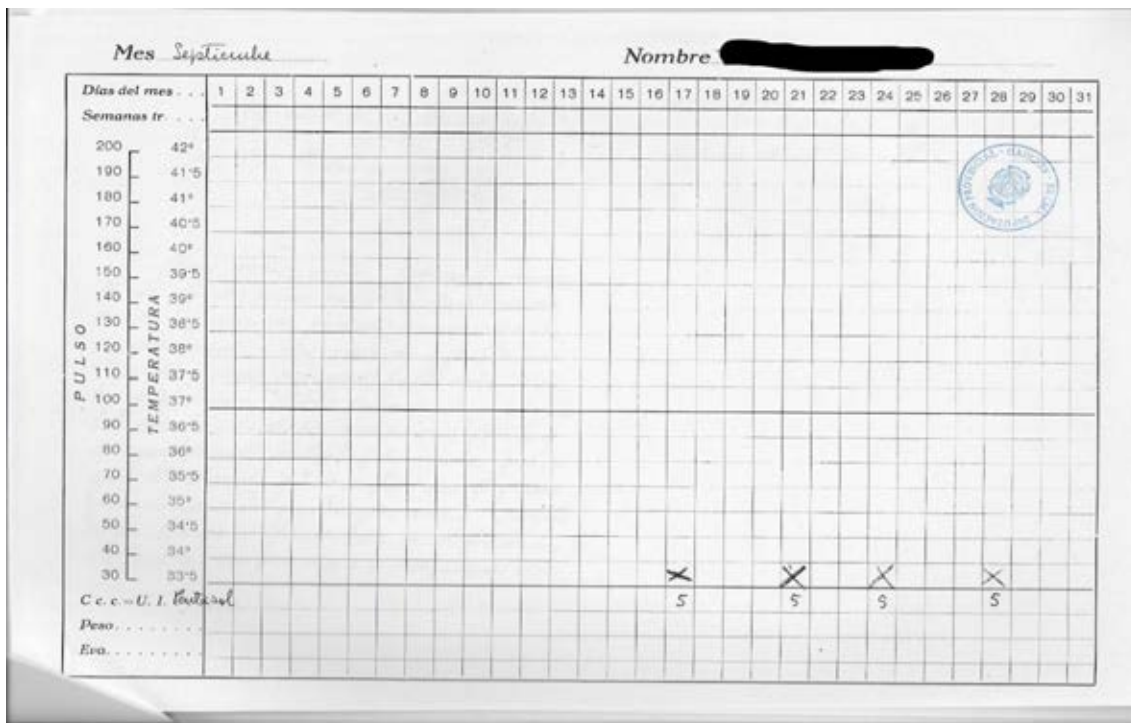


Fig. 9: Hoja de anotaciones del choque cardiazólico (DFS, ADPM, lg. 10468:12).

Otras mujeres se quejaron del tratamiento con las "inyecciones" y así quedó reflejado en algunas historias clínicas, a pesar de que, en ocasiones, lo que la paciente decía era apuntado también desde la perspectiva de la mejoría. En la historia de DBB en septiembre de 1940 se apuntó:

410 ADPM, lg. 10468:12.

411 Ibídem.

412 Ibídem.

“Se encuentra bien. Ahora no se nota nada. Antes estaba con la cabeza un poco trastornada ‘un poco de dolor y de mareo’. No podía hablar porque no podía, no lo achaca a ideas de influencia, no podía dar las palabras por la enfermedad de la cabeza ‘el cambio se debe a Usted por las inyecciones...le temo porque paso bastante mal rato’⁴¹³.

Más adelante, en octubre de 1940 se recogió en la historia:

“Correcta, contenta. Se encuentra bien. Sigue temiéndole a las inyecciones. ‘Yo veo como unos perros... me da una pena porque mi mamá y todo Melilla sabe que yo soy muy religiosa... me da pena de ver eso: perros’. Relaciona esto con la religión ‘Sí, tiene que ver porque veo como si no se creyera en Dios.... No lo veo, lo oigo cuando estoy con la inyección. Después me quedo con la conciencia tranquila... Me preocupa porque me interesa mi religión, pienso en eso’. Se le hace ver que es un efecto de la inyección y que es un sueño sin importancia ‘Si debo sufrirlo por mi salud, lo haré’. Se le hace algo de psicoterapia relacionada con sus ideas’⁴¹⁴.

En la historia de DGS, diagnosticada de psicosis puerperal, en septiembre de 1940 el psiquiatra plasmó en la historia un relato sobre el tratamiento aplicado a la paciente, con el posible objetivo de legitimar sus propias decisiones terapéuticas:

“Después de iniciado el tratamiento con Pentazol se encuentra bien. Buena conducta. La bradipsiquia ha desaparecido. Se preocupa por sus familiares. Reconoce su curación y agradece el que le hayan puesto las inyecciones. Después de la segunda inyección reprocha al Dr. Pedro Ortiz Ramos el que no hubiera hecho antes el tratamiento actual. Ahora lo felicita por su acción’⁴¹⁵.

No es posible identificar quién apuntó este tipo de expresiones en la historia clínica de la paciente, pero sin duda hay una intención de legitimar el tratamiento aplicado en el caso de esta mujer y ensalzar las decisiones que el psiquiatra tomó en cuanto a su tratamiento.

En la historia de DNC que ingresó en 1941 por psiconeurosis se anotó: “las inyecciones me sientan muy bien. Les temo porque entra una cosa muy mala, que parece que se va una a morir, pero en contra, se me han quitado las manías, duermo bien y estoy tranquila’⁴¹⁶. En cuanto al uso de esta terapia en otras insti-

413 ADPM, lg. 10470:10.

414 Ibídem.

415 ADPM, lg. 10468.

416 ADPM, lg. 10150:41.

tuciones durante el Franquismo, como el caso de Santa Isabel de Leganés, el cardiazol supuso el 7% de los tratamientos aplicados (sin distinción por sexo) a partir de 1940, y en el Sanatorio de mujeres de Santa Águeda, fue del 5'7% (Conseglieri, 2013, p. 215).

La cuestión del desabastecimiento de los hospitales psiquiátricos durante la guerra y la posguerra ha sido un tema tratado por diferentes investigadores de instituciones manicomiales en nuestro país (Vázquez de la Torre, 2012, p. 247; Conseglieri, 2013, p.218); en la sala 20 también se producían situaciones de desabastecimiento, y, en una de las historias, la familia es que la que se hizo cargo de encontrar tanto la insulina como el Pentazol® que Pedro Ortiz Ramos requería para el tratamiento de su familiar. El marido de la paciente, diagnosticada de esquizofrenia catatónica a los 34 años, escribió esta carta en mayo de 1941 al facultativo de la sala 20 describiendo las dificultades para encontrar ambos tratamientos:

“Melilla 9 de mayo de 1941.
Señor D. Pedro Ortiz Ramos
Avenida del Generalísimo 21.
Málaga.

Distinguido y muy señor mío:

Tengo el honor de manifestar a Ud. que buscado en esta el medicamento que me recetó para el tratamiento a seguir a mi esposa, ACT, la cual se encuentra hospitalizada en el Provincial de esa plaza y que Ud. ya reconoció, en esta plaza, solamente he podido encontrar:

Insulina Zeltia® en cantidad de 15 tubos de 100 u.

Insulina Ibis® en cantidad de 20 tubos de 100 u.

Insulina Bourrog´s Wellcome® 8 tubos de 100 u.

Y espero de Ud. manifestarse si es lo mismo este medicamento que la insulina Abello® al objeto de remitirla a vuelta de correo.

Con respecto a las cajas de ampollas de Pentazol® es una marca desconocida aquí, pues todos los farmacéuticos me han manifestado el no conocer este específico, por lo cual le ruego me manifieste el laboratorio de procedencia al objeto de solicitarla por mediación de la farmacia que me facilitará todos los medicamentos.

Sin otro particular de momento y a la espera de sus gratas noticias quedo de Ud. Atto. Y afectísimo

P.E.Y. Sargento del Regimiento de Infantería nº 90⁴¹⁷.

En el artículo de Ortiz y Álamo (1942, p. 476-472) quedó constancia de la práctica en el Manicomio Provincial a la hora de tratar a pacientes con cardiazol e insulino-terapia conjuntamente, aunque desconocemos el dato desagregado por sexo. Se elaboró una tabla con el tiempo de enfermedad de los pacientes, el número de casos, y las tasas de remisiones, mejorías con déficit, total de mejorados y no mejorados (Fig. 10).

Según este criterio hemos tratado trece casos.
 Resultados globales: 61'5 por 100 de remisión completa, 15'3 por 100 de buena remisión.

los resultados obtenidos con el tratamiento insulínico en general y asociado al cardiazol, hemos confeccionado el siguiente cuadro:

Tratados con Insulina e Insulina y Cardiazol

TIEMPO DE ENFERMEDAD	N.º de casos	I Remisiones		II Mejorados con déficit		TOTAL DE MEJORADOS		III NO MEJORADOS	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Hasta medio año:	26	21	80'7	2	7'6	23	88'3	3	11'5
Hasta año y medio:	5	4	80			4	80	1	20
Hasta tres años:	5	3	60			3	60	2	40
Más de tres años:	11	3	27'2	2	18'1	5	45'3	6	54'5
TOTALES:	47	31	65'9	4	8'5	35	74'4	12	25'5

— 477 —

Fig. 10. Cuadro de pacientes tratados con insulina y con la asociación de insulina y cardiazol en pacientes del Manicomio Provincial de Málaga (Ortiz y Álamo, 1942, p. 477)

Posiblemente, la realización de este estudio para su posterior publicación hizo que la aplicación de insulino-terapia y cardiazol a las mujeres de la sala 20 durante los años 1940 y 1941 (8 casos) fuera más frecuente que en otras instituciones, como en el caso de Santa Isabel de Leganés, donde la asociación de ambos tratamientos solo se dio en un caso (Conseglieri, 2013, p. 220).

6.3.1. La temprana recepción del electrochoque en la sala 20.

Los psiquiatras italianos, Ugo Cerletti y Lucio Bini, experimentaron con animales en 1934 la inducción de convulsiones mediante descargas eléctricas⁴¹⁸. Este método aportaba ciertas ventajas frente al choque cardiazólico como la rapidez en conseguir el ataque convulsivo, la ausencia de fenómenos de excitación y de periodos de latencia con síntomas angustiosos o amnesia completa retrógrada, así como la posibilidad de aplicación a sujetos aún inquietos y unos gastos de funcionamiento mínimos (Insabato, 1940/ 2004, p. 81). En abril de 1938 ensayaron el tratamiento en un paciente ingresado en un manicomio de Roma (Passione, 2004,

418 En la aplicación en animales, ambos psiquiatras trataban de dilucidar cual era la dosis mínima con la que podían obtener una respuesta positiva, y minimizar los efectos secundarios de la aplicación de la corriente (Passione, 2004, p. 90).

p. 90). La técnica consistía en aplicar descargas eléctricas con un voltaje de 80 a 90 voltios, con una intensidad de 300 a 600 amperios durante dos décimas de segundo, con la idea de provocar una crisis convulsiva tónico-clónica generalizada (Conseglieri, 2008, p. 154). El mismo Cerletti era consciente de la revolución económica que su aparato traería al campo del tratamiento psiquiátrico (Passione, 2004, p. 90).

El electrochoque fue el tratamiento más aplicado a las mujeres de la sala 20 durante el primer Franquismo, en un 56,3 % de las pacientes de ese periodo (364 historias clínicas). Fue Pedro Ortiz Ramos el psiquiatra que introdujo este tratamiento en la institución (Pérez Ortiz, 2010). Este tratamiento fue aplicado en Leganés durante el primer Franquismo en un total de 96 pacientes (hombres y mujeres), siendo en 71 de ellos la única técnica aplicada (Conseglieri, 2013, p. 222). Aunque también en esta institución es el primer tratamiento por frecuencia, vemos que las cifras en la sala 20 son más elevadas. Esto puede ser explicado porque también se incluyen electrochoques ambulatorios que no en todas las historias clínicas están especificados. La aplicación del electrochoque se llevaba a cabo tanto dentro de la institución en mujeres ingresadas, como ambulatoriamente, cuando las pacientes acudían a la consulta externa para recibir el tratamiento y marchar a su domicilio posteriormente, como se ha objetivado en algunos casos. En los primeros años de la década de los 40, en nuestro país, se sucedieron las publicaciones sobre las ventajas que el electrochoque podría aportar en el tratamiento de la locura, frente al choque cardiazólico y la insulino terapia. Como refiere Conseglieri (2013, p. 222) Marco Merenciano, director del Manicomio Provincial de Valencia, señaló en un trabajo de 1942 donde comparaba las tres técnicas, que el cardiazol obligaba más al psiquiatra a implicarse en el tratamiento, lo que hacía más fácil la psicoterapia⁴¹⁹. Sin embargo, el electrochoque hacía más impersonal el tratamiento por parte del psiquiatra, pero reconocía su gran ventaja a nivel económico.

En cuanto a la sala 20, el primer documento donde hay constancia del tratamiento con electrochoque es una ficha clínica encontrada en el Fondo Pedro Ortiz Ramos, fechada en diciembre de 1941; en ella se especificaba que se trataba de una paciente "ambulatoria" (Fig. 11). En la ficha se contemplaba como tratamiento la insulina y el cardiazol, que aparecen tachados y debajo se anotó "electrochoc".

419 Esta idea podía estar relacionada con las anotaciones sobre psicoterapia en mujeres tratadas con choque cardiazólico de los casos anteriormente descritos de DFS y DBB.

HOSPITAL CIVIL DE MÁLAGA SERVICIO DE PSIQUIATRÍA MÉDICO JEFE: DR. ORTIZ RAMOS				Resumen del tratamiento									
Nombre: ██████████		Edad: 36		Fecha comienzo: 13-XII-41									
Fecha de ingreso: <i>Amulador</i>		Clínica donde estuvo últimamente:		Fecha terminación: 16-XII-41									
Ficha n.º	Historia n.º	desde	hasta	F. I.	Duración								
Diagnóstico: <i>P. de d. esquizofrenia?</i> <i>P. de d. psicosis paranoide?</i>		Variedad:		F. Shock	N.º de Shock								
Comienzo de la enfermedad	Mes y año:	Grupo I, II, III, IV.	Permanencia en anteriores Establecimientos desde hasta	A. Ep.	Número								
Contenido del tratamiento: <i>Al mes del comienzo de este proceso</i>	¿Cuántos episodios? <i>5</i>			A. C.	Número: <i>1 y otro de Shock</i>								
Constitución corporal	<i>F. normal</i>	Persona que paga la pensión	Dirección de los parientes	Días de duración del trat.: <i>3</i>	Total U. I.								
<p>Resumen por semanas: Una semana de la paciente un shock igual al de otra enferma. El 1º shock, esta se volvió un día más. 2º shock de 1500 voltios. 3º shock de 1500 voltios. 4º shock de 1500 voltios. 5º shock de 1500 voltios. En sus alteraciones: se preocupaba de sus cosas, no hacía nada, y podía el sueño.</p> <p>Actitudinalmente: triste, preocupada, se palpalaba y por los pbs (mantenidos) tenía pánico. Después se encuentra perfectamente. Después de los shocks: subjetivamente bien, relacionable. Después de la sesión, se retira de la sala y se queda en la sala. Después de la sesión, se retira de la sala y se queda en la sala. Después de la sesión, se retira de la sala y se queda en la sala.</p>				<table border="1"> <tr> <td>Resultado</td> <td>?</td> <td>+</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> <td>-</td> </tr> </table>		Resultado	?	+	-		+	+	-
				Resultado	?	+	-						
	+	+	-										
				Fecha salida:									

Fig. 11. AUG, Fondo Pedro Ortiz Ramos, OR A 120. Fichas de pacientes Hospital Civil de Málaga, ORT04:005.

En la misma fecha, el 13 de diciembre de 1941 aparece la primera historia clínica de una mujer ingresada en la institución⁴²⁰, diagnosticada de esquizofrenia paranoide, que recibió varias sesiones de electrochoques durante su ingreso. La plantilla donde se recogió la información sobre la resistencia aplicada, el voltaje, la duración y los choques resultantes estaba escrita en francés (Fig. 12). Este dato nos revela que la introducción en la sala 20 del electrochoque fue más precoz que en otras instituciones, como Santa Isabel de Leganés, donde se aplicó por primera vez en 1944 (Conseglieri, 2013, p. 222).

ELECTRO-CHOC ET 816. I.

Nom: [REDACTED]	Age: 22 años	Diagnostic: Esquizofrenia paranoica	Debut de la cura: 11 - XII - 1941																													
Mes:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Número de choques:													1	2		3		4		5		6										
Resist. ohms:													3200	3000		3000		5000		6000		7000										
Tension volta:													90	90		90		100		100		100										
Durée en (s):													0.4	0.4		0.2		0.2		0.2		0.2										
Résultat:													1	2		1		1		1		1										
Resist. ohms:														1500																		
Tension volta:														100																		
Durée en (s):														0.4																		
Résultat:														3																		
Resist. ohms:														1500																		
Tension volta:														100																		
Durée en (s):														0.2																		
Résultat:														1																		
Resist. ohms:														1000																		
Tension volta:														100																		
Durée en (s):														0.2																		
Résultat:														3																		
Resist. ohms:														1000																		
Tension volta:														100																		
Durée en (s):														0.2																		
Résultat:														1																		

Fig. 12. Primera plantilla de recogida de datos de electrochoques en la sala 20 (DMG, ADPM, lg. 104767:7).

La aplicación del electrochoque conjuntamente con la insulino-terapia durante los años 40 fue la asociación más frecuente en la sala 20, con un total de 30 casos. Esta asociación fue tratamiento de elección en mujeres diagnosticadas de esquizofrenia (en 22 casos), pero también se aplicó en una mujer con diagnóstico de psicosis puerperal, tres con psicosis maniaco-depresiva, un caso de oligofrenia, otro de depresión⁴²¹ y dos sin diagnóstico. Al comparar este dato con lo acontecido en Santa Isabel de Leganés durante los años 40, vemos que en la institución madrileña, la asociación electrochoque-cura de Sakel se dio en 16 pacientes (hombres y mujeres) (Conseglieri, 2013, p. 223), un número menor que los 30 casos recogidos en la sala 20.

Aunque el choque cardiazólico demostraba ser más agresivo en cuanto a fracturas post-choque, algunas mujeres mostraban su miedo ante la posibilidad de necesitar como tratamientos “las corrientes”. MMG⁴²² ingresó en 1948 y fue diagnosticada de psiconeurosis a los 19 años. Según apuntaron en la historia, se

421 Pedro Ortiz Ramos fue un defensor del uso del electrochoque en pacientes con síntomas depresivos, aquejados de neurastenia, debilidad nerviosa constitucional, histeria, e involución, señalando las rápidas y mantenidas mejorías de algunos pacientes tras la aplicación de este tratamiento (Clínica de los estados depresivos, p. 224. AUG, Fondo Pedro Ortiz Ramos OR E 131, ORT02/018).

422 ADPM, lg. 10567:57.



informó por otras pacientes de los tratamientos que les aplicaban y negó todos los síntomas, mostrando que se encontraba bien, para evitar el tratamiento con electrochoques. FLM⁴²³ que ingresó en 1950 expresó abiertamente que no quería más sesiones de electrochoques.

Por otro lado, también se anotaban en algunas historias que las pacientes reconocían la mejoría con el tratamiento, como en el caso de CCS⁴²⁴ durante su ingreso en 1948 que duró dos semanas, y que fue diagnosticada de psiconeurosis: “Me ha sentado bien el choc”⁴²⁵.

En la comparativa con otras instituciones del país, en el Manicomio de Navarra, entre 1904 y 1954 el electrochoque fue el tratamiento de elección en las mujeres tratadas (Aztarain, 2005); en el trabajo de Crespillo (1986) sobre la institución de Leganés entre 1939 y 1951 a partir de historias clínicas, recoge el uso del electrochoque en 114 ocasiones (Conseglieri, 2013, p. 224).

En el artículo de Ortiz y Álamo (1942) se hacía una revisión exhaustiva de la literatura disponible hasta el momento con respecto a las terapias de choque. Dos autores (Marco y Rius) expusieron en su trabajo el éxito obtenido con el electrochoque, y, ante el gran porcentaje de curaciones obtenidas hacían la siguiente reflexión:

“Ellos (los autores) encuentran analogía entre el método de Sakel, el de Meduna, el de electrochoc y la cura de Klaesi. Al final, plantean el interesante problema del efecto eugenésico desfavorable, que puede crearse al casar esquizofrénicos curados” (pg. 466).

Por tanto, la cuestión eugenésica también se puso de manifiesto en el desarrollo de estas técnicas, no olvidemos que estuvieron inscritas en un panorama sociopolítico dominado por los autoritarismos y las políticas racistas, donde los enfermos mentales fueron uno de los grupos a estudiar y/o reconducir o eliminar.

6.3.2. El tratamiento de choque en las niñas ingresadas en la sala 20.

La asistencia psiquiátrica a los menores de edad ha sido objeto de investigación en la institución de Santa Isabel de Leganés (Del Cura, 2003) entre 1852 y 1936. La cuestión de los niños anormales y la locura infantil generó gran controversia durante la primera mitad del siglo XX en nuestro país. Por un lado, a finales del siglo XIX y basándose en teorías degeneracionistas, se puso el foco en el tratamiento de la infancia, como depositarios de enfermedades de los padres.

423 ADPM, lg. 10440.

424 ADPM, lg. 10567.

425 Ibídem.

Sin embargo, a pesar de este interés, aunque en los reglamentos de los establecimientos psiquiátricos constaba esta atención a los menores, en muchos de ellos no existían lugares específicos apartados de las salas de los adultos⁴²⁶. Tan sólo Valladolid contó con una estancia para niños a finales de los años 40 (Conseglieri, 2013, p. 53).

En cuanto a las niñas que ingresaron en la sala 20, la más pequeña fue REA⁴²⁷, que ingresó en 1941, a la edad de 10 años, siendo diagnosticada de Neurosis infantil. En su historia se relataba como fue criada por un “médico rojo”⁴²⁸ al que fusilaron, y desde entonces, “sólo quería que la abrazaran y la mecieran”⁴²⁹. Era de Campillos, comarca de Antequera, y permaneció ingresada 4 días, aplicándosele tratamiento con Pentazol®. Al alta, fue trasladada al Asilo de San Manuel.

En el caso de DNC⁴³⁰, ingresada en 1941 a los 12 años de edad, diagnosticada de psiconeurosis, quedó anotado “está así desde que murió su padre”⁴³¹. Estuvo ingresada 4 meses, pero no hay constancia en la historia de que ningún tratamiento le fuera aplicado. CCM⁴³² ingresó a los 12 años en 1941, con diagnóstico de esquizofrenia catatónica, aunque aparece tachado “oligofrenia”. Fue tratada con Pentazol® y estuvo ingresada 3 meses. En 1944 reingresó por orden del Tribunal Tutelar de Menores, recogándose en la historia: “Se fuga de casa, está varios días por ahí, sin que pueda corregirla la madre. Estuvo con hombres en la feria, fue detenida y recogida por la policía y llevada al Tribunal Tutelar de Menores y de aquí a las Trinitarias, donde ha dado muestra de perturbación mental”⁴³³. Tras fugarse de nuevo, volvió a ingresar en 1947, siendo tratada con electrochoques. Con 13 años ingresó CSO⁴³⁴ en el manicomio, acompañada de su madre. Ésta refería que “cada vez que se tocaba la cabeza le daba un ataque”⁴³⁵. Fue diagnosticada de psicogenia, y al mes, fue dada de alta por ensayo. No hay constancia de tratamiento en la historia clínica, y estuvo sólo un mes ingresada. Fue vista posteriormente en consultas externas. VFC⁴³⁶, ingresada a los 13 años en 1948, padecía un “ataque de histeria típico”⁴³⁷; ante la negativa de la paciente a hablar, se le inyectó absceso

426 Como ya se ha comentado en el capítulo 3 de la tesis, Miguel Prados demandó en reiteradas ocasiones la necesidad de un pabellón para niños en el Manicomio Provincial de Málaga. En otras instituciones como Leganés, a pesar de que en el Reglamento de 1873 se explicitaba que el establecimiento contaba con “cuarteles diferentes para los dos sexos, para la infancia y la edad madura”, la autora no encontró datos sobre compartimentalización de los pacientes por edades (Del Cura, 2003, p. 619).

427 ADPM, Ig. 10468:25.

428 *Ibidem*.

429 *Ibidem*.

430 ADPM, Lg 10150:25.

431 *Ibidem*.

432 ADPM, Ig 10468:22.

433 *Ibidem*.

434 ADPM, Ig 10150:77.

435 *Ibidem*.

436 ADPM, Ig 10571.

437 *Ibidem*.

de fijación y, durante el mes que permaneció en la institución, recibió también varias sesiones de electrochoques. CSR⁴³⁸ ingresó en 1948 con 13 años con un documento que explicaba que procedía de la consulta del doctor Pedro Ortiz Ramos. Fue diagnosticada de esquizofrenia y tratada con nucleinatos y electrochoque. MCP⁴³⁹, ingresó en 1940 por orden de la comisaría de vigilancia. Diagnosticada de epilepsia, el motivo de ingreso fue que “llegó a casa a las once de la noche”⁴⁴⁰, el padre fue descrito en la historia clínica como “prolijo”⁴⁴¹.

La prensa fue una de las estrategias más poderosas para acercar la problemática de la asistencia a los dementes a la sociedad durante la Segunda República (Martínez Azumendi, 2012). Como ha quedado reflejado en el capítulo de la institución y los profesionales del manicomio de Málaga, periódicos republicanos como *El amanecer* o *El popular* se hacían eco de las noticias relacionadas con el manicomio, y también de casos concretos de pacientes, como en el caso de DSC ingresó a los 14 años en la sala 20, el 3 de mayo de 1934. Según se apuntó en su historia, había ingresado en el colegio de los Ángeles Custodios de la capital:

“A los meses le empezaron los primeros síntomas mentales. En el tiempo que permaneció en el colegio le visitó su madre cuatro veces y siempre estaba castigada, no permitieron enseñarla. Salida del colegio en estado de ligera agitación, la tiene en su casa de donde se fuga en pijama. Da un escándalo en la calle, se la llevan los carabineros. Se entera un periodista y hace una información truculenta en ‘El popular’, publicando una fotografía. Se trataba más bien de desacreditar a las hermanas de los ángeles, achacándole las enfermedades por haberla cuidado deficientemente. Al día siguiente la ingresan”⁴⁴².

El mismo día, 3 de mayo de 1934 fue publicada una noticia en *El Popular* titulada: “Cuando íbamos en busca de un sainete, nos encontramos con un drama” (Anexo 22). En ella se describía como de madrugada, una “mujer bellísima” ataviada con un pijama, había tomado los bares del puerto llevando una pistola. Los carabineros la habían conseguido detener, y se dieron cuenta de que la pistola era de juguete. Tenía 14 años. En la noticia, entrevistaron a su madre, quien relató que hacía cuatro meses había ingresado a su hija en el colegio “Los ángeles Custodios”, reconociendo que, por su situación económica, no podían alimentarla, ni a su hermano, que ingresó en el colegio de San Bartolomé. A continuación, la madre contó que dejó a su hija “bella y sana”⁴⁴³ en el colegio, que no pudo verla en esos

438 ADPM, lg 10571.

439 ADPM, lg 10152.

440 Ibídem.

441 Ibídem.

442 ADPM, lg. 10150.

443 “Cuando íbamos en busca de un sainete, nos encontramos con un drama”. 3 de mayo de 1934. *El popular*, p. 12. Hemeroteca AMM.

cuatro meses, hasta que las monjas la llamaron para que fuera a recogerla. La madre encontró a su hija, demente, demacrada, y ella misma decía que no sabía lo que había ocurrido “en el colegio sabrán”⁴⁴⁴. Al día siguiente, en el mismo periódico, se publicó otra noticia sobre el caso de DSC aunque esta vez entrevistando a la superiora de los “Ángeles Custodios”, para darle la oportunidad de explicar que la niña fue sometida a una alimentación excelente, pero que ni eso, ni la asistencia médica que recibió, fue suficiente para mejorarla (Anexo 23).

En su historia clínica al ingreso se apuntó: “Permanece primero un rato sin moverse ni hablar.... Usted a mí me pega, no quiero novio ni quiero nada”⁴⁴⁵. Se anotó acerca de su actitud durante el ingreso:

“Ha estado agitadísima. Destruyendo todas sus ropas. Disgregada. Las palabras y los gestos eran fuertemente eróticos. Desde hace poco tiempo la encuentran tranquila, ordenada, orientada, correcta, muy sumisa, habla muy poco, sólo monosílabos después de preguntarle con insistencia, parece que trata ¿inconscientemente? de atraerse la simpatía o mejor, la conmiseración de las personas que la rodean”⁴⁴⁶.

Finalmente, fue diagnosticada de esquizofrenia y tratada con malario-terapia y absceso de fijación, hasta su alta, en noviembre del mismo año. En 1936 volvió a ingresar en la institución, porque su madre “no conseguía que trabajara”⁴⁴⁷.

6.4. Contención física y simbólica en la sala 20: entre la camisa de fuerza y la psicoterapia.

Las medidas de contención en los manicomios han sido poco registradas en los documentos clínicos, sin embargo, en la práctica su uso era bastante frecuente, aunque no siempre eran ordenadas por los facultativos⁴⁴⁸. En el artículo 273 del Reglamento de 1917 (Anexo 2) se recogía que las Hermanas de la Caridad tenían que estar presentes durante la aplicación de cinturones y camisas de fuerza; así como en el artículo 275 se le otorgaba autoridad a los enfermeros de dementes para usar medios coercitivos:

“Cuando los enfermos en su delirio profieran contra aquéllos palabras ofensivas, pedirán auxilio á los compañeros y usarán medios coercitivos

444 Ibidem.

445 ADPM, lg. 10150.

446 Ibídem.

447 Ibídem.

448 En el capítulo 3 ha quedado reflejado como Miguel Prados Such denunció estas prácticas ante la Diputación, que eran llevadas a cabo por el personal de la sala 21, sin su consentimiento. Una reflexión en esta misma línea se puede encontrar en el trabajo de Candela (2017, p. 447).

para evitar una agresión, pero en manera alguna los castigarán con golpes u otros excesos, que serán motivo de expulsión del que los infiera ó cometa ú objeto de denuncia ante el Tribunal de Justicia competente si ocasionaran lesión”.

En el Reglamento posterior de 1934, la decisión sobre el uso de la camisa de fuerza y las celdas para agitados recaía sobre el Profesor Médico, hecho que quedaba recogido en el artículo 121 (Anexo 3), apostillando que el Profesor debía conocer la duración y la forma en que se habían aplicado estas medidas.

Por lo explicado en el capítulo tres de esta tesis, sabemos que era una práctica habitual en la sala 21 de hombres. En la sala 20 existían celdas de aislamiento referidas en la memoria redactada por Pedro Ortiz Ramos para la Diputación Provincial en 1934, donde hacía alusión a nuevos proyectos entre los que se incluía la transformación de estas celdas en un “servicio de agitadas”⁴⁴⁹. Por otro lado, la camisa de fuerza sí fue usada en la sala 20 como método de contención física. En el caso de Leganés, del total de historias manejadas en la institución durante la Restauración, sólo en dos historias se anotó la necesidad de contención física, y en los dos casos eran mujeres, a pesar de la idea de que el carácter violento se asociaba más al sexo masculino (Candela, 2017, p. 446). Del total de las historias clínicas manejadas en la sala 20, hay tres casos donde se anotó el uso de la camisa de fuerza, las tres con diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva: DMZ⁴⁵⁰ ingresó en 1932 a los 30 años; ACG⁴⁵¹, una mujer de 33 años que ingresó en 1934; y CRS⁴⁵², ingresada en julio de 1948 a los 44 años. En su historia clínica se encontró una carta de su hijo enviada a Pedro Ortiz Ramos, en la que mostraba su indignación al conocer que su madre se encontraba en sujeción con la camisa de fuerza durante el ingreso en la sala 20:

“Melilla, 17-07-1948

Sr. D. Pedro Ortiz Ramos

Muy señor mío:

Enterado por un familiar del estado de salud en el que se encuentra mi madre, que han tenido que recurrir hasta el extremo de ponerle la camisa de fuerza, noticia esta que ha alarmado a la familia, es por lo que recurro a Ud. con el fin de obtener datos concretos sobre el caso, las cuales desearía que si no le sirve de mucha molestia me las diese a la mayor brevedad posible, por lo que le viviré eternamente agradecido.

Puedo darle algunas referencias sobre la enfermedad que mi madre padece: como le dije en esa hace 20 años sufrió un percance parecido. En aquel

449 Pedro Ortiz Ramos, Memoria Diputación Provincial, 1931-1934. ADPM, lg. 4820, p. 51.

450 ADPM, lg. 10143:14.

451 ADPM, lg. 10150:99.

452 ADPM, lg. 10567:72.

entonces, dicen mis familiares, dictaminaron los médicos que era originada por la sífilis empleando medios combativos de esta enfermedad, dando excelentes resultados, pues comenzó a mejorar sensible y rápidamente. Le notifico esto por si puede serle útil en estos momentos.

Queda de usted afectuosísimo: JC⁴⁵³.

En cuanto a las psicoterapias, en las historias clínicas de 1940 aparecen referencias a que se comienza a usar la prueba de Rorschach⁴⁵⁴ con las mujeres en la sala 20. Coincide con las referencias a intervenciones psicoterapéuticas que aparecen anotadas en dos historias clínicas. En el caso de DFS⁴⁵⁵ que ingresó en 1940 en la institución se inició el test aunque no se llegó a realizar completo (Fig. 13).

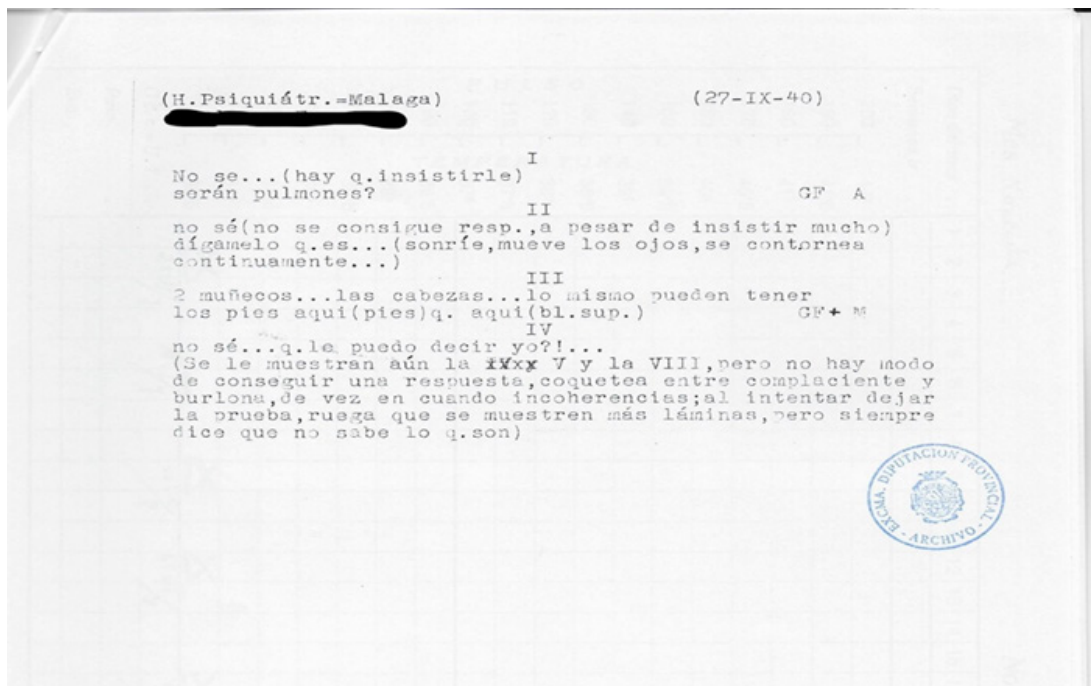


Fig. 13. Resultados test de Rorschach en paciente de sala 20 (ADPM, DFS, Ig 10468:12).

Esta paciente recibió, como ha sido recogido anteriormente, diversos tratamientos como choque cardiazólico e insulino terapia en el mismo ingreso. En un

453 Ibídem.

454 Hermann Rorschach (1884-1922) conoció la tesis defendida por Szymon Hens en 1917 titulada *Aus der psychiatrischen Klinik Zürich: Phantasieprüfung mit formlosen Klecksen bei Schulkindern, normalen Erwachsenen und Geisteskranken* [Desde la Clínica Psiquiátrica de Zúrich: Prueba de la fantasía con manchas sin forma en niños escolares, adultos normales y enfermos mentales]. A partir de sus investigaciones en la clínica de Herisau (Suiza) publicó en 1921 su obra *Psychodiagnostik* [Psicodiagnóstico], un año antes de su fallecimiento. En su publicación, no sólo se mostraba el test de manchas de tinta, sino una interpretación de las posibles respuestas de los pacientes. Desde aquí, comenzó a relacionar los resultados interpretativos con contenidos inconscientes, aunque la prueba fue usada también por otras corrientes como el conductismo. En las décadas de los años 30 y 40 se extendió su uso por el resto de Europa y Estados Unidos (Araos, 2005).

455 ADPM, Ig. 10468:12.

segundo ingreso en 1946 recibió tratamiento con electrochoques. Otra de las mujeres a quien Pedro Ortiz pasó la prueba fue LLG⁴⁵⁶, también durante un ingreso en 1940. Él mismo recogió en la historia:

“Dice que no sabe a qué viene esto, a ella los médicos la han reconocido auscultado...de otros modos; se le explica que estos son pruebas para enfermedades nerviosas `hable más claro, ¡ya sé que esto es un manicomio!´. Se le invita a dejarla si lo desea, pero protesta cortésmente que está dispuesta a complacernos y sigue.”⁴⁵⁷

La idea de que las técnicas de choque podían facilitar la psicoterapia también quedó reflejada en el artículo de Pedro Ortiz Ramos y Fernando Álamo de los Ríos (1942). Los autores señalaban en torno a esta cuestión:

“Todo el que tenga alguna experiencia de cardiazol e insulino-terapia, sabe muy bien que la psicoterapia es un colaborador imprescindible durante el tratamiento. Estimamos quizá que, entre otras, puede ser esta una causa que modifique los resultados obtenidos y que contribuya a esa falta de homogeneidad de resultados que, publican los distintos autores” (Ortiz y Álamo, 1942, p. 458).

Además, indicaban en qué casos era oportuno usar la psicoterapia y en cuales no:

“Los enfermos paranoides nunca deben ser interrogados. Tenemos la impresión de que interrogatorios inoportunos y mal conducidos, reavivan las vivencias y empeoran a los enfermos. Debemos contribuir con nuestras palabras a echar tierra al fuego, es decir, a hacer olvidar sus vivencias y explicarles brevemente el engaño de las mismas, contribuyendo de esta manera a que el concepto de enfermedad se vaya perfilando y adquiriendo cada vez más acusado relieve. Esta diplomacia, con la cual hemos de proceder con nuestros paranoides, nos parece que nunca está suficientemente aclarada [...] ¡Cuántos enfermos sufrieron agravaciones transitorias por interrogatorios desafortunadamente conducidos! Aquel que no haya asistido a una clínica de insulino-terapia, hace mejor en mostrarse muy cauto con el arma psicoterápica, que proceder por su cuenta a una psicoterapia, muchas veces quizá agresiva” (Ortiz y Álamo, 1942, p. 459).

Los pacientes más “deseables” para la psicoterapia eran los esquizofrénicos estuporosos, y advertían sobre los peligros de usar psicoterapia en los agitados.

456 ADPM, lg. 10470:4.

457 Ibídem.

En cuanto a las referencias a la psicoterapia en las historias clínicas de la sala de mujeres, Pedro Ortiz Ramos mostró interés en el psicoanálisis a partir de la década de los años 40, lo que queda patente tanto por el desarrollo de psicoterapias de corte psicoanalítico en su gabinete privado como por su participación en el Congreso Mundial de Psiquiatría de 1950 (Anexo 11), donde participó presentando una ponencia sobre técnicas psicoanalíticas como ya se ha comentado en el capítulo 3.

En el análisis de los tratamientos aplicados, en dos pacientes se encontró anotada “psicoterapia” como tratamiento de primera línea. En otros cuatro casos fue recogida la cuestión de la psicoterapia, junto con otros tratamientos.

En la historia de DBB⁴⁵⁸ que ingresó en 1940 cuando tenía 22 años, natural de Álora y residente en Targuist (Protectorado Español en Marruecos), la madre refería que “desde el Movimiento”⁴⁵⁹ la notaban más triste, ya que su novio falleció en la guerra. Lo que ella misma refería sobre su situación quedó reflejado en la historia:

“Al principio de la guerra sufrí mucho, pues mi novio estaba en la guerra y no sabía de él. Estuve 15 meses sin noticias, después me dijeron que había muerto”⁴⁶⁰.

Sin embargo, el psiquiatra valoró que había mejorado porque ya podía ocuparse de los quehaceres domésticos, a pesar de indicarle que no hablara sobre lo sucedido:

“Se le hace psicoterapia relacionada con sus ideas (...) Cuidada, correcta, tranquila. Su madre no le nota nada anormal, lo único que dice `lo que yo he sufrido´. Se le hace ver que no ha de recordar ni hablar nada de lo ocurrido. Se ocupa en la casa con buena actividad. Sueño y apetito bien. Alta por curación”⁴⁶¹.

En este caso, la dimensión afectiva de las mujeres, y su subjetividad podía encontrar un lugar en el desarrollo de una psicoterapia. Sin embargo, la recomendación del psiquiatra era que no hablara ni recordara nada de lo ocurrido, apuntando a continuación que “volvía a retomar su actividad en casa con normalidad”⁴⁶². El diagnóstico psiquiátrico cumplía la función de taponar las emociones y sentimientos, patologizando escenas traumáticas vividas por las mujeres

458 ADPM, lg. 10470:10.

459 Ibídem.

460 Ibídem.

461 Ibídem.

462 Ibídem.

y negando el sufrimiento. En esta misma línea, Strange (2000, p.619) plantea que los traumas no eran tomados como etiología de las alteraciones nerviosas en las mujeres.

A pesar de que las mujeres eran asociadas a temperamentos puramente emocionales, en las historias clínicas de la sala 20 hay un intento de positivización de lo sintomático, donde las reacciones emocionales configuraban los límites de los diagnósticos asociados a las “reacciones psicógenas”, entrando dentro del ámbito de lo patológico. Muchas de ellas ingresaban en el manicomio en situaciones extremas, después de historias de pérdidas de seres queridos, con grandes dificultades para poder alimentarse y portadoras de una salud muy débil.

La única referencia al tratamiento psicoterapéutico en Leganés fue en 1941, indicada en un hombre diagnosticado de “psicópata hipertímico pseudólogo” (Conseglieri, 2013, p. 235)

6.5. Psicocirugía en la sala 20: las cartas entre Pedro Ortiz Ramos y Sixto Obrador Alcalde.

Como se ha comentado en el capítulo 3 de esta tesis, Pedro Ortiz Ramos se mostró interesado en las nuevas técnicas psicoquirúrgicas por lo que, tras conocer a Egas Moniz en 1930, en la reunión de neuropsiquiatras de Zaragoza, en 1940 se trasladó al Hospital de Santa Marta en Lisboa para conocer los resultados de técnicas como la leucotomía, atraído por los brillantes resultados que, aparentemente, obtenían allí. Sin embargo, como también quedó reflejado en su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Granada, en 1950 (Anexo 12), Pedro Ortiz no llegó a compartir la opinión de la mejoría de los pacientes tratados con estas técnicas. Por esta razón, en la sala 20 las referencias a los tratamientos psicoquirúrgicos son escasas. Sólo en el caso de DFS⁴⁶³, diagnosticada de esquizofrenia hebefrénica, podemos pensar que Pedro Ortiz Ramos se planteara la posibilidad de que fuera intervenida. La paciente había ingresado anteriormente en 1940. En un segundo ingreso, donde permaneció en la sala 20 desde julio de 1946 a agosto de 1948, su madre escribió una carta a Pedro Ortiz Ramos, fechada en octubre de 1947, en la que decía:

“Como le prometí le escribo aún no estando decidida a la operación quirúrgica que ha de practicársele a mi querida hija DF; desde que vine lucho entre el deber y el temor. Deber porque lo es aceptar las posibilidades de curación; temor porque pueda peligrar su vida, así es que usted decida, pues confío en usted para que haga lo que mejor vea, rogándole haga el favor de notificarme la fecha en que va a ser, unos días antes para ir yo. En

463 ADPM, lg. 10468:12.

espera de su contestación se despide de usted, su afectuosísima, MS⁴⁶⁴.

Del contenido de la carta podemos deducir que Pedro Ortiz Ramos ofreció a la madre la posibilidad de realizar a su hija algún tipo de intervención neuroquirúrgica. A pesar de que no era partidario de este tipo de tratamientos (García-Díaz, 2018), Pedro Ortiz Ramos tuvo que proponer algún tipo de técnica quirúrgica sobre la que la madre dudaba dar el consentimiento⁴⁶⁵. Sin embargo, varios tratamientos se ensayaron en el caso de DFS sin éxito (cardiazol, insulino-terapia, electrochoque, psicoterapia), por lo que Pedro Ortiz Ramos pudo plantearse esta posibilidad. Vemos como, al final de la carta, la madre delegó en la autoridad del médico tomar la decisión de llevarla a cabo o no. De hecho, en abril de 1948 se anotó: "Agitaciones periódicas, ahora se encuentra en una fase, lo rompe todo (tiene que estar con camisa de fuerza). Su estado general se depaupera día por día. Estado final"⁴⁶⁶. Ya no existen más anotaciones en la historia y a los 3 meses, fue dada de alta por ensayo.

Sin embargo, Pedro Ortiz Ramos mantuvo correspondencia con Sixto Obrador⁴⁶⁷, en los últimos años de la década de los 40, a partir de casos de pacientes que precisaban intervenciones neuroquirúrgicas por tumores cerebrales. En la historia de TTD⁴⁶⁸, una mujer diagnosticada de un tumor cerebral, se encuentran las cartas que intercambiaron ambos especialistas durante 1949 y 1950. Esta paciente fue trasladada a Madrid para su intervención, en septiembre de 1949, como muestra la carta que Pedro Ortiz envió a Obrador. Posteriormente, tras la intervención, Sixto Obrador remitió varias cartas a Pedro Ortiz en las que le explicaba la evolución de la enferma, así como el estado de otra mujer también enviada a la Fundación Jiménez Díaz, por otro tumor cerebral (Anexo 24). No se ha encontrado ninguna paciente que fuera enviada a este neurocirujano para que se le practican intervenciones psicoquirúrgicas.

464 Ibídem.

465 La cuestión del consentimiento de la familia en este tipo de terapias ha sido señalada por Conseglieri (2013, p. 226) en su estudio sobre las historias clínicas de Leganés en el primer Franquismo, como una práctica habitual.

466 ADPM, lg. 10468:12.

467 Sixto Obrador formó parte de la escuela de Ramón y Cajal, trabajando directamente con Cajal y Pio del Río Hortega. También amplió su formación gracias a la Junta de Ampliación de Estudios, en 1934 mediante una estancia en Londres, junto con el profesor Sherrington en Oxford. Allí permaneció durante la Guerra Civil. El 2 de septiembre de 1940 se exilió a Méjico (Otero, 2006, p. 108). Trabajó en el Hospital de Muguerza en Monterrey, donde se incorporó al equipo de Wenceslao López Albo. También desarrolló su actividad profesional en el Hospital Español y el Instituto de Neuropsiquiatría, en Ciudad de Méjico, fundado por Rodríguez Lafora y Wenceslao López Albo (Dosil, 2013, pp. 156-157). En 1946 volvió a Madrid para incorporarse al equipo del prof. Jiménez Díaz, llegando a ocupar puestos de poder en las instituciones sanitarias del régimen franquista (Pérez, 2005, p. 202). Como refiere Aztarain (2005, p. 204), en su trabajo sobre el manicomio de Navarra, existen referencias a algunos casos de pacientes tratados con lobotomías practicadas por Sixto Obrador.

468 ADPM, lg. 10152.

Este dato contrasta con lo acontecido en otras instituciones como el Manicomio de Leganés, donde sí hay constancia de intervenciones quirúrgicas. Al finalizar la Guerra Civil, y en el contexto de reformas dentro del establecimiento, se creó una sala para la realización de leucotomías donde se realizaron diez intervenciones (Conseglieri, 2013, pp. 226-227). En su estudio, Conseglieri (2013, p. 228), destaca la carta enviada a la familia de una mujer diagnosticada de psicopatía indicando la leucotomía en 1944, añadiendo que, si no daban su consentimiento, no podría seguir ingresada en la institución. Hay constancia de este tipo de intervenciones en otras instituciones como el manicomio de Valencia y Ciempozuelos a partir de la década de los años 50 (Livianos et al, 2006; López y Díaz, 1991, 2000).



Capítulo 7

En los límites de la cordura: procesos de subjetivación de las mujeres-locas de la sala 20.



Rafael Huertas en su artículo “Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swain”, puntualiza que, a pesar de que el alienismo se inscribió dentro de un movimiento científico positivista que trató de medicalizar la locura, también estuvo relacionado con la introducción de lo subjetivo en el desarrollo de las disciplinas psi, a lo largo de los siglos XIX y principios del XX. Así, a partir del siglo XVIII y XIX, el concepto de moral comenzó a vincularse a conceptos como “lo subjetivo”, “lo psíquico”, con gran interés en la parte psíquica y afectiva (Huertas, 2010, p. 15). El autor define el “problema de la subjetivación del loco”, desde los modelos de interpretación historiográficos. Sin embargo, el problema de la subjetividad de la loca, desde el marco de la investigación feminista, puede añadir interesantes puntos de vista que conforman una nueva perspectiva historiográfica (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010). Desde ésta he abordado el análisis de las historias clínicas, tratando de arrojar luz sobre los diferentes discursos en torno a las mujeres ingresadas en el Psiquiátrico Provincial de Málaga.

El contexto de mi investigación se centra en la primera mitad del siglo XX, donde la nosología Kraepeliniana predominaba y con ella, la intención de positivización del saber psiquiátrico⁴⁶⁹. En las historias clínicas queda reflejada esa intención de objetividad y asepsia en la recogida de información, así como en la forma de redacción, acto diagnóstico y aplicación de tratamientos, como característica fundamental de la positivización del saber psiquiátrico (Caponi y Martínez-Hernández, 2013). Estos documentos clínicos se caracterizan por no estar firmados por los psiquiatras que escriben en ellas, hecho que se puede relacionar con un intento de trabajo objetivo y distante de la paciente mostrando la “ausencia” de un sujeto, de una subjetividad profesional. Los elementos que tuvieron que ver con la subjetividad de las mujeres, las emociones y elementos sociales quedaban fuera del acto diagnóstico, como veremos en algunos de los contenidos de las historias. La realización sistemática de pruebas como el test de Wasserman apoya también esta teoría de objetivación, la necesidad de encontrar datos que hablen por las pacientes. También predominaban las gráficas de piretoterapia y terapéutica por choques. A pesar de estos intentos de positivizar el saber psiquiátrico, existieron elementos que hicieron necesaria la introducción de lo subjetivo en el campo de la clínica psiquiátrica, como fue la irrupción del psicoanálisis y la intensa relación de la psiquiatría con lo ideológico, lo cultural y lo social, como indicó Castilla del Pino (2001). Desde aquí, el estudio de estas historias desde una perspectiva de género, buscando lo específico en el abordaje de la locura en las pacientes ingresadas en

469 La positivización de las disciplinas “psi” ha sido puesta en relación con el gobierno de la subjetividad durante el siglo XX. El hecho de que la psiquiatría fuera una disciplina cuyo objeto ha sido una “enfermedad sin cuerpo” hizo que se vinculara con otras especialidades como la psicología, la estadística, y la neurología, entre otras. Rose entiende las psicociencias como “tecnologías de gobierno” en tres sentidos: por el uso del lenguaje productor de “técnicas intelectuales”; por la producción de técnicas como diagramas, gráficas, cifras y cálculos y, por último, por su influencia en los campos de la vida de los sujetos, como la familia, la escuela o el sistema jurídico (Bedoya-Hernández, Castrillón-Aldana, 2018, p. 23).

la sala 20, cómo se constituyeron los esquemas teóricos sobre la locura en las mujeres por parte de los psiquiatras, y qué elementos de subjetivación intervinieron en este proceso, es el tema que me ocupa en este capítulo. Estas fuentes⁴⁷⁰ son el escenario de una encrucijada de discursos: por un lado, de los expertos y la institución que ha sido objeto del capítulo cuatro de esta tesis; por otro lado, de las familias y las pacientes, e incluso de otras autoridades (médicos de los pueblos, alcaldes, gobernadores civiles, madres superiores de instituciones religiosas) que serán fundamentales en el proceso de ingreso. En este lugar compartido, que es la historia clínica, quedó reflejado qué era una mujer cuerda, una mujer loca, en definitiva, una mujer. Una mujer sana ajustada a los cánones de una psiquiatría y una idea de mujer hegemónica. Y una mujer loca, que se gestó por oposición a este ideal. En este sentido, atravesar los muros de la institución psiquiátrica supuso para las mujeres un cambio en su subjetividad, suponiéndosele loca, donde su palabra no tenía valor, donde su discurso quedaba sometido a otros, pero también donde podemos seguir encontrando elementos de resistencia y confrontación con lo establecido. Desde lo intersubjetivo, se gesta una nueva subjetividad: la subjetividad de la loca.

Desde los estudios constructivistas y desde un conocimiento situado (Harroway, 1988), hay aportaciones de un marco interpretativo historiográfico basado en un abordaje multidisciplinar que trata de analizar las categorías discursivas, trabajando con fuentes escritas desde donde se pueda rastrear esta subjetividad de la loca, doblemente subalterna: por loca y por mujer. Desde el paradigma de la geopolítica del conocimiento, nos situamos en el sur y en la provincia de Málaga, un ámbito geográfico dominado por la pobreza, el trabajo fundamentalmente agrícola, y económicamente deprimido, y en un contexto histórico de la primera mitad del siglo XX. Los cambios sociopolíticos de nuestro país en estos años influyeron en la visión sobre la locura y en la asistencia psiquiátrica. El paso de la intención reformista psiquiátrica de las décadas 20 y 30 al régimen totalitario de Franco, donde el discurso psiquiátrico sirvió a la dictadura para conseguir determinados fines ideológicos fue un momento de fractura en la asistencia a la locura en España. Pero también fue un momento de cambio en el ideal de mujer. Es importante resaltar que, desde las investigaciones feministas, el trabajo sobre las dicotomías público/privado han sido abordadas por diferentes autoras (Pateman, 1996; Nash, 1983; Ramos, 2003b) que señalan la necesidad de investigar los espacios privados, domésticos, donde el trabajo con las fuentes se hace complejo, un lugar a veces criticado por la historiografía más ortodoxa pero necesario puesto que ha sido el locus donde se ha conformado un discurso que ha justificado unas

470 Como se ha reflejado en el capítulo sobre metodología, las fuentes con las que he trabajado son directas e indirectas: por un lado, directas porque dentro de las historias clínicas se han encontrado escritos, cartas de pacientes y familiares, cartas burocráticas, que nos hablan directamente sobre lo acontecido. Pero también indirectas, ya que, a través de lo escrito en la historia clínica, se recoge información sobre las pacientes que quedaba plasmada por quien escribía dentro de ella.

prácticas que son necesarias visibilizar⁴⁷¹. Pura Sánchez (2009, p.22) propone la necesidad integrar en la historiografía de las clases subalternas, el análisis del entramado de elementos religiosos, culturales, sociales, económicos, políticos y de clase, dentro de un contexto histórico determinado. Mi propuesta es ligar estos factores con la experiencia del ingreso en el manicomio y ver cómo han influido en la subjetivación de las mujeres-locas.

Como indica Molinari (2005, p.383) el estudio de las historias clínicas permite trabajar desde una historiografía donde predomina el estudio de las experiencias de internamiento frente al estudio de las instituciones, a pesar de las controversias acerca de quién escribe en la historia clínica y cómo lo refleja. El estudio de las fuentes (directas e indirectas) de las ingresadas en la sala 20, expresan sentimientos, subjetividades y estados de ánimo para hacer una historia de la locura desde las mujeres. Estas fuentes nos permiten analizar y cuestionar la capacidad de agencia y los márgenes de acción individual dentro de instituciones que ejercían una violencia estructural que pretendía anular el poder de voluntad y la capacidad de resistencia de las pacientes (Rodríguez, 2017, p. 376).

En este sentido, el manicomio como dispositivo de poder, en un sentido foucaultiano, puede ser reinterpretado a través de las historias clínicas como una prolongación de lo social, donde el discurso de lo privado, lo doméstico y lo familiar se imbricaba con el discurso de la psiquiatría hegemónica. Además, las recientes investigaciones sobre la historia de las emociones hacen más accesible centrar la tarea en cómo la visión de las emociones ha sido construida también desde lugares asimétricos (Medina, 2012). El concepto de “dispositivo emocional” es definido como “el entramado de discursos que surgen en un periodo histórico, permitiendo la generación de un determinado ‘capital emocional’ que naturaliza y vuelve universal algunas emociones, devaluando otras” (Carrizo, Gutiérrez y Tapia, 2013, p. 1365). El manicomio se constituyó como lugar donde ingresaron mujeres que no respondían al ideal hegemónico de feminidad, como muestran algunos trabajos llevados a cabo en el Manicomio General de “La Castañeda” en Méjico usando historias clínicas como fuentes historiográficas (Arreola, 2012; Carrizo, Gutiérrez y Tapia, 2013). Estos trabajos ponen de manifiesto la interrelación entre los dispositivos de control como la institución manicomial y los dispositivos emocionales de los que las mujeres eran partícipes, asimilándolos y/o resistiéndolos. El papel de la mujer en el hogar, la familia, la educación de los hijos, la relación con el marido, la maternidad y la sexualidad fueron los ejes que permitieron esta

471 “La historia de las mujeres ha aportado a la historiografía la importancia de las representaciones y los discursos, que estructuran y condicionan las visiones del mundo, experiencias y prácticas de vida. Y ello porque muchas veces ha debido trabajar con documentos que, más que referir la realidad de las mujeres, expresan un imaginario social (y con frecuencia masculino) que las define, las idealiza o las denosta, lo que ha obligado a hacer un esfuerzo adicional en la interpretación de unas fuentes en cuyas transparencias nunca hemos podido confiar” (Bolufer, 2007, p. 637).

relación simbiótica entre ambos dispositivos. Sólo accediendo al conocimiento de estas relaciones se hace posible aprehender la naturaleza del tejido sobre el que se estructuró la subjetividad de las mujeres-locas de la sala 20. Veremos como muchas de las mujeres ingresadas conseguían plasmar sus afectos y emociones en la relación con los psiquiatras y el resto del personal de la institución, haciendo oír sus voces, demandas, quejas, resistencias y oposiciones a lo propuesto desde los discursos hegemónicos. Estas mujeres venían de entornos familiares basados en el paternalismo que podríamos considerar constitutivos de estos dispositivos emocionales, donde estaban supervisadas por padres, madres, maridos, hijos, hermanos, hermanas, como mostraré a lo largo de este capítulo. También estos dispositivos emocionales iban a seguir funcionando dentro de la institución, decidiendo la familia el cuándo y el cómo del alta. Sin embargo, en el espacio manicomial había una nueva organización, donde el psiquiatra ejercía de alguna manera una tutela sobre las pacientes, a través de un entramado constituido por el personal auxiliar y religioso que recogía información sobre las conductas de las pacientes dentro de la sala, si trabajaban o no, si eran obedientes o no.

Para abordar el análisis de los discursos en las historias clínicas, y rastrear los elementos relacionados con la subjetividad de las mujeres-locas, he usado el esquema de trabajo de los procesos de subjetivación de Nikolas Rose. Este autor plantea que las disciplinas psi han jugado un papel protagonista en constituir un régimen de verdad en cuanto a la construcción de subjetividades, en la medida en la que el sistema precisaba de subjetividades concretas, subjetividades disciplinadas (Rose, 1996, p. 2). El esfuerzo que realiza el autor va encaminado a establecer relaciones y paralelismos entre el desarrollo de características que se nos imponen (personalidad, individualidad, libertad, capacidad de elección) con elementos que tienen que ver con estructuras sociales y culturas, dependientes de la cronología y el lugar geográfico donde se implanten. Prevalece para el autor, una tendencia a establecer una normatividad común que separe lo aceptable de lo no aceptable, y que permita regular ideales en cuanto a sexo, raza, clase social y locura o cordura. Y esto está basado en una elaboración que adquiere estatuto de verdad. Se trata de visibilizar estas dinámicas que se establecen entre lo deseado por una supraestructura social y cultural y lo que somos, como humanos, como cercanos a la locura, y de comprender la manera en que nos identificamos y/o nos resistimos a dichas dinámicas. Los estudios historiográficos centrados en el análisis de la subjetividad y de las relaciones de esa subjetividad desde este marco teórico tratan de poner de manifiesto cómo los ideales de individuos (en este caso, de mujeres "locas" y "cuerdas") se ajustan a modelos ideológicos de feminidad muy concretos que, por un lado, prometían derechos y privilegios, y, por otro, se convertían en una carga, movida por ansiedades y desacuerdos en relación con esas promesas. Además, desde la crítica feminista, se evidencia cómo las subjetividades de hombres y mujeres se han organizado desde bases asimétricas, y en muchas ocasiones, opuestas: lo que era determinante para la masculinidad

aceptable en la modernidad, era vetado para las mujeres. La importancia de los cuerpos donde se anclan subjetividades es evidente en el caso de las mujeres, y en el caso de la locura, ya que el cuerpo va a ser capaz de actuar lo que el lenguaje, un lenguaje enmudecido por lo cultural y lo social, no va a ser capaz de explicar. Como veremos, en las historias de las mujeres, en ocasiones, hablan más los cuerpos que ellas mismas, lo que también puede ser tomado como un elemento de resistencia último. En las historias del manicomio se puede apreciar cómo la institución era un lugar de ambivalencia, donde lo ideal, lo hegemónico, chocaba con subjetividades disidentes, conformando una frontera entre la locura y la cordura de las mujeres.

Las historias analizadas en este capítulo han sido seleccionadas en base a su riqueza en contenidos, que han permitido extraer los fragmentos necesarios para poder trabajar desde este marco interpretativo.

7.1. Problematicando la experiencia de las mujeres internadas en la sala 20.

El primer eje que describe Rose (1996) en los procesos de subjetivación es la problematización. Para problematizar la situación de las mujeres que ingresaban en la sala 20, en cuanto a esa nueva subjetividad creada dentro de la institución y sus relaciones con el entramado social, cultural, familiar, político y económico que estaba fuera, es imprescindible hablar del concepto de violencia simbólica (Bourdieu, 2000). El mundo simbólico se configura a partir de los factores nombrados anteriormente, pero esta violencia simbólica es invisible por definición, y lo es porque supone un proceso de asimilación de una cosmovisión androcéntrica, basada en el discurso dominante y que genera un estatus de verdad, aparentemente incuestionable. Sin embargo, el sentir y ser diferentes, la extrañeza es lo que configura la experiencia de inadecuación (Gómez, 2004, p. 108). La violencia simbólica tiene que ver con una experiencia emocional y corporal (sentimientos de vergüenza, timidez, ansiedad, tristeza y culpa) en las mujeres, y, precisamente la diferencia, también se construye sobre el malestar y el sufrimiento de las mujeres. Esta experiencia de extrañeza frente a cómo sentían y cómo eran las mujeres ingresadas en la sala 20, va a ser transformada por una institución, la institución manicomial de Málaga, en discursos y prácticas con consecuencias directas sobre la vida de las mujeres, sobre sus cuerpos, sobre su salud. Otras mujeres pudieron pasar a la protesta, a la queja, a la resistencia. No hablo ahora de negar la enfermedad psíquica, sino de todos esos factores que influyen en la creación de los delirios, por ejemplo, en el desarrollo de estados depresivos en las mujeres, en todos esos factores que podían influir en el malestar de estas, y que no eran tenidos en cuenta en numerosas ocasiones; en otras, eran simplemente, acallados o invisibilizados. La experiencia de las mujeres ha sido considerada inadecuada por la hegemonía en tanto en cuanto está integrada en una superestructura androcéntrica “que desvaloriza y debilita los elementos de la experiencia femenina”

(Gómez, 2004, p.109).

7.2.- La institución como dispositivo de control social: la sala 20 como tecnología de un panóptico en torno al discurso psiquiátrico.

Este eje se refiere al ensamblaje constituido por conocimientos, instrumentos, personas, sistemas de enjuiciamiento, edificios y espacios que moldean y definen subjetividades. Foucault determinó lugares como la escuela, las cárceles y los manicomios como ejemplos de estas tecnologías, que denominó dispositivos caracterizados por ser capaces de estructurar el espacio, el tiempo, y las relaciones entre individuos gracias a la imposición de observaciones jerárquicas y establecimiento de normas con las que poder modificar conductas (Rose, 1996, p. 26). A través de los discursos que han quedado reflejados en las historias clínicas, se trata de dilucidar el conjunto de prácticas discursivas o no discursivas que pretendieron conseguir determinados fines, como puede ser en el caso de las historias clínicas la psiquiatrización de las conductas, la coerción y la persuasión (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010, p. 134). La finalidad de los elementos extraídos de las historias clínicas sería la regulación de las conductas de las mujeres y establecer unos criterios de fijeza para crear la idea de mujer hegemónica.

En las prácticas discursivas, podemos encontrar elementos que tienen que ver con el ingreso de mujeres que procedían de otras salas del hospital y sufrían episodios de agitación (bien por causas orgánicas o por causas emocionales). Estas pacientes no estaban clasificadas como “locas”, pero no podían ser mantenidas en las salas con el resto de las enfermas, por lo que se procedía a su ingreso en la sala 20 del manicomio. Así fue el caso de MVC⁴⁷² que ingresó en 1942 y permaneció en otra sala del hospital aquejada de una otitis. La trasladaron a la sala 20 porque “chillaba mucho”⁴⁷³ y fue diagnosticada de oligofrenia. DPG⁴⁷⁴ fue operada en 1942 a los 8 días de dar a luz en la sala ginecológica; presentó posteriormente un cuadro de agitación que propició su ingreso final en Santa Rita, con un diagnóstico de psicosis puerperal. En la historia de MTPR⁴⁷⁵ ingresada en 1947, con 32 años y natural de Málaga, se refleja una situación parecida: ingresó por pulmonía en el hospital, tras hablar con una amiga de una congregación religiosa, pidió un confesor. Se recogió en la historia:

“Desde que cayó mala pensaba que se iba a morir, y ya por la mañana del último día de su estancia en la sala de la Concepción, pidió los santos óleos, a lo que se accedió, dándole una crisis nerviosa al final [...] en este estado de

472 ADPM, lg. 10152:2.

473 Ibídem.

474 ADPM, lg. 10150:20.

475 ADPM, lg. 10567:12.

agitación, fue trasladada a este servicio de psiquiatría⁴⁷⁶.

En la historia de IMR⁴⁷⁷ que ingresó en 1948, quedó reflejado: “Estaba encamada en la sala 22, y se agitó, empezó a dar voces. Por este motivo la trasladaron a Santa Rita⁴⁷⁸. IRS⁴⁷⁹ fue trasladada a Santa Rita por romper cosas en la sala Concepción debido a su marcha atáxica, en marzo de 1948 y allí permaneció 4 meses. RJS⁴⁸⁰ tenía meningitis con trastornos conductuales por lo que pasó a Santa Rita en 1949. ICHD⁴⁸¹, natural de Ardales, que ingresó en Santa Rita en Julio de 1949, procedía de la sala 18 donde ingresó por un proceso infeccioso pulmonar con derrame pleural. En la historia se anotó:

“En esta sala (sala 18) le dio un ataque de nervios: empezó a empujar a las enfermeras, a dar gritos, a tirar los cacharros (no perdió el conocimiento). No decía tonterías. El marido atribuye esta excitación a que se impresionó al verse sola en el hospital, ya antes de salir de casa muy afligida dijo `Yo del hospital no salgo más con vida´⁴⁸².

AMG⁴⁸³ ingresó por un cuadro abdominal, y al agitarse, también terminó ingresada en Santa Rita en 1949.

Con el fin de regular conductas no hegemónicas de las mujeres, encontramos el caso de DNL⁴⁸⁴, que era descrita por el psiquiatra como:

“Caprichosa, expansiva, violenta. Muy independiente. Ha dicho a veces que la pretendían. Rarezas. Fantástica. Su moral algo rara. Siempre ha sido rara, extraña y estrafalaria (...) lleva un mes bebiendo y da escándalos. No come, no duerme, no guisa. Se ha descuidado en el pago. Exhibicionista. Insultaba⁴⁸⁵.

Diagnosticada de personalidad psicopática, y alcoholismo, murió en la institución, donde ingresó en varias ocasiones desde 1943 hasta noviembre de 1950. Desde este último ingreso permaneció en la sala 20 hasta su fallecimiento, en 1962. Ella misma refirió: “estaría mejor en mi casa, pero como me lo han quitado todo, mi hermano lo vendió⁴⁸⁶. El hermano de la paciente era abogado y escribió

476 Ibídem.
477 ADPM, lg. 10152.
478 Ibídem.
479 ADPM, lg. 10152.
480 ADPM, lg. 10152.
481 ADPM, lg. 10152.
482 Ibídem.
483 ADPM, lg. 10152.
484 ADPM, lg. 10153:146.
485 Ibídem.
486 Ibídem.

una carta el 3 de diciembre de 1946 a la reverenda Madre Directora de la Sección de dementes de Mujeres:

“Muy respetable señora:

La dadora de esta sirvienta de la casa va en compañía de mi desgraciada hermana a quien Uds. ya conocen por haber estado ahí varias veces.

Su actitud en estos últimos días ha sido irresistible tanto en la calle como en la Portería de mi casa con insultos y escándalos inaguantables. Hoy se encuentra algo mejor la lleva la criada sin darle importancia, pues le ha dicho que también tiene deseos de saludarle a usted. Yo le estimaría que se quedase ahí, pues de otra suerte me vería obligado a solicitar vinieran por ella los loqueros.

Le escribo a mis hermanos y como ya teníamos hablado con anterioridad, tenemos pensado que continúe en ese establecimiento abonando la pensión que por su estancia sea necesaria.

Le quedaré muy agradecido y saludándole muy atentamente:

JNL⁴⁸⁷.

A nivel diagnóstico, se apuntaron varias opciones: alcoholismo, personalidad psicopática o predisposición a psicosis maniaco-depresiva. Todas esas transgresiones de las normas sociales a las que apunta el hermano precipitaron su ingreso en el manicomio, aunque el discurso de la paciente hablaba de un cierto interés económico por parte de la familia.

Sin embargo, las mujeres también se resistían a estas estrategias, dentro del estrecho margen con el que contaban, tanto dentro como fuera de la institución. Las mujeres que se resistieron a las normas dentro de la institución protagonizaron desobediencias y fugas de la sala 20 (en un total de 35 historias de las examinadas se apuntó “fuga” como motivo de alta). En algunos relatos quedaba recogido cómo las mujeres pedían salir de la sala 20, donde eran retenidas en contra de su voluntad. En este sentido, MSP⁴⁸⁸ ingresó en 1932 a los 23 años refiriendo: “yo me quiero ir con mi madre”⁴⁸⁹; FSR⁴⁹⁰ ingresada en 1942 planteaba abiertamente: “Me quiero ir a mi casa”⁴⁹¹; RLF⁴⁹² que ingresó en 1948 pedía “el alta con impetuosidad”⁴⁹³; MRG⁴⁹⁴, ingresada en 1948 verbalizaba: “Quiero ver a mi niña, irme a Melilla, tengo mi casa abandonada, no sé leer ni escribir y no se la fecha...Tengo una niña con 16 años, por eso estoy peor. Tengo marido, pero no

487 Ibídem.

488 ADPM, lg10143:30.

489 Ibídem.

490 ADPM, lg. 10467:52.

491 Ibídem.

492 ADPM, lg. 10570.

493 Ibídem.

494 ADPM, lg. 10153:15.

estoy con él”⁴⁹⁵.

En el ámbito de la resistencia al poder establecido, la desobediencia de las pacientes a las normas dentro de la sala 20 solían ser anotadas en las historias clínicas, y comúnmente reinterpretadas como signo de mala evolución o poca mejoría. A través de estas resistencias se desvela la sala 20 como tecnología, resistencias puestas en marcha frente al despliegue de prácticas que la institución totalitaria puso en marcha frente a los pacientes⁴⁹⁶. En la historia de MPM⁴⁹⁷ que ingresó en 1933 con 18 años, se apuntaba “no se acuesta a la hora que se le dice, sino cuando ella quiere, y mientras tanto, permanece sentada”. GNP⁴⁹⁸ cuando ingresó en 1948 no quería ni siquiera dar sus datos personales en la entrada.

La historia de MAC⁴⁹⁹ es un ejemplo de resistencia en cuanto a fugas de la sala 20. Ingresó por primera vez en 1947 a los 27 años, a petición de Eduardo Jaúregui⁵⁰⁰. Mediante una carta de recomendación se pedía el internamiento de la joven. Según refiere la historia clínica, quedó huérfana a los 5 años de padre y madre y quedó a cargo de sus tíos. Logró aprender la carrera de maestra y estuvo dando clases en Melilla, de donde fue expulsada por dejación en sus obligaciones. A los 23 años exigió a su tía una gran cantidad de dinero (herencia de sus padres) que gastó en hoteles y “buena vida”⁵⁰¹ entre Cádiz y Alicante. Se apuntó en la historia:

“Procede del manicomio de Granada donde ingresó porque una de sus últimas ‘aventuras’ consistió en querer hacerse practicante y en la fonda donde paraba sufrió un ataque de locura ingresando en dicho centro. Fue dada de alta y se marchó a Alicante, tenía el pelo cortado y con muy mala facha, (...) donde pasó la época roja, escribió y pidió a su tía 2000 pesetas diciendo que iba a hacerse monja. Un señor amigo de la casa la envió embarcada desde Alicante”⁵⁰².

Por otro lado, ella relataba:

495 Ibídem.

496 Erving Goffman describió una serie de prácticas que se desarrollaban en las instituciones totalitarias con la finalidad de aislar a las personas de su entorno, y hacerlas dóciles para aceptar las nuevas normas de la institución. A esto lo denominó “mortificaciones del yo”. Si bien reconocía que, en ocasiones, era una sistemática no intencionada, afirmaba que la primera mutilación del yo es la barrera que marcan entre el mundo exterior y el interior de la institución (Goffman, 2009, p. 29).

497 ADPM, lg. 10150:12.

498 ADPM, lg. 10153:60.

499 ADPM, lg. 10571. La paciente era sobrina de una eminente figura de la política malagueña.

500 Eduardo Jaúregui Briales nació en Málaga en junio de 1902, se licenció en Granada en julio de 1924, dedicándose a la medicina general y enfermedades de los niños. Trabajó como médico en la Beneficencia municipal de Málaga (Prados, 2006, p. 541).

501 ADPM, lg. 10571.

502 Ibídem.

“No quiero ser maestra...porque no se llevar bien el gremio, son ridículos, no me agrada su compañía y dan mucho quehacer los niños, gritan mucho. Tengo que castigar. Mis pensamientos profesionales son medicinas, pero he fracasado porque me gasté todo el dinero en ser practicante y no he podido. El arte.... Ni dejar el temperamento está bien, pero eso no tiene salida. Además, hay peligro en una muchacha si se trata de comediante. En cuanto a escribir.... Para hacer solo romanticismo, ideas sublimes que no son luego verdad, los sentimientos de atracción de las personas, entre los sexos... Que luego en la realidad no existen. Yo notaba como un desdoblamiento, creo que sería el demonio, si creemos en el demonio, será él. Para pecar, instintos de agresividad o de ataques de uno mismo, e ideas sexuales”⁵⁰³.

Permaneció ingresada desde diciembre de 1947 hasta junio de 1948. Posteriormente ingresó en seis ocasiones más, entre la década de los años 50 y 60. En 1954 se apunta en la historia “D. Eduardo Jaúregui no quiere que se le de el alta porque hace tonterías en casa”⁵⁰⁴. El último ingreso fue en septiembre de 1964, sin fecha de alta, con la última anotación en mayo de 1965. En los tres últimos ingresos se fugó de la institución.

En esta historia podemos ver contenidos acerca de la subjetividad de la paciente: estudios que no quería ejercer, como la profesión de maestra; el tono en el que el psiquiatra habla de sus aspiraciones como “aventura” cuando ella quiso ser practicante⁵⁰⁵ y cómo ella misma habla de las limitaciones de las mujeres en el mundo del arte, cuando describió que “hay peligro en las muchachas si se trata de comediante”⁵⁰⁶. A pesar del posible trastorno, vemos una serie de contenidos en la historia que nos hablan de cómo la subjetividad de la paciente no respondía al modelo hegemónico de mujer, y cómo la institución y el entorno insistían en modificarla.

Los discursos de las mujeres raramente eran tenidos en cuenta dentro de la institución, durante los ingresos. Así, algunas mujeres con un mayor nivel educativo, una vez fuera de la sala 20, escribían al psiquiatra para explicar su situación. Augusta Molinari (2005) investigó escritos autobiográficos⁵⁰⁷ de mujeres interna-

503 Ibídem.

504 Ibídem.

505 Aunque las mujeres pudieron acceder al título de practicante a partir de 1904, se consideraba que no estaban tan preparadas como los hombres para realizar tareas como disecar, rajar, amputar, manipular cuerpos anestesiados, y resistir la presencia de sangre durante la cirugía. La polémica estuvo servida durante la primera mitad del siglo XX en torno al conflicto del colectivo de enfermeras y matronas frente a los médicos y practicantes que las relegaban a mantener el papel de cuidadoras dentro del espacio hospitalario. Fue un proceso complicado en el que se puso de manifiesto los diferentes roles de género en las especialidades sanitarias (González Canalejo, 2007).

506 ADPM, lg.10571.

507 En Italia, son varios los estudios en torno a esta cuestión de los escritos de pacientes internados en instituciones psiquiátricas. Molinari estudió 100 historias con escritos autobiográficos

das en un manicomio italiano a principios del siglo XX basándose en la idea de la escritura como nueva terapéutica introducida por la psiquiatría a finales del siglo XIX e incentivada por las nuevas ideas psicoanalíticas (Moliniari, 2005, p.379).

Los escritos pasan a convertirse, en ocasiones, en documentos de denuncia explícita de situaciones durante el ingreso, se transforman en la única vía de expresión para mostrar que se encuentran sanas mentalmente, también reclamando al médico como intermediario, hablan de emociones y de sentimientos (Moliniari, 2005, p. 382).

En el caso de AFA ocurrió así. Se trataba de una mujer de 40 años, que ingresó en noviembre de 1950 y terminó fugándose de la institución el 25 de diciembre del mismo año. En una primera entrevista con el marido, este explica cómo la conoció:

“En 1945 su marido la conoció en Bobadilla de Alcaudete (Jaén), que vivía con sus padres y tenía una farmacia. Él estaba regentando un casino de una hermana viuda; un médico de Madrid que llegó al pueblo para ejercer se hospedó en el casino que tenía también fonda; una de las veces que pasó la farmacéutica (o sea mi esposa) dio una broma, ella sonrió y le pareció que no le había sentado mal. El médico le aconsejó al actual marido que se acercara y le hablara; otro día yo la piropeé, me hacía simpatía, la pretendí; ella me dijo que tenía novio en Frailes, donde tenía la farmacia. Como mi suegro padecía reuma y allí hacía frío, entonces le crearon una plaza en Bobadilla para su hija (...). De ver que llevaba tanto tiempo en la farmacia, yo no sabía que había estado en el manicomio. Ahí se oía decir a los vecinos que no se llevaba bien con la familia, pero luego advertí que dejó al otro novio para hablarme a mí”⁵⁰⁸.

Posteriormente, el marido explicó todo el proceso de separación, cómo lo detienen en el pueblo por regentar la farmacia de la mujer sin título para ello; cómo la paciente expresa sus deseos de separarse, y comienza una nueva relación, entre otros detalles. En febrero de 1951, la mujer remitió una carta a Pedro Ortiz Ramos [sic]:

“Distinguido señor:

Soy AF hace poco más de un mes salí del hospital de Málaga y que vine a casa de mi madre donde estoy, y que gracias a Dios ya estoy bien completamente ya que he recibido carta del señor presidente del colegio de farmacéuticos que entre otras cosas dice lo siguiente: ` Mi distinguida compa-

y un número “considerable” de escritos de las pacientes, donde los diagnósticos más frecuentes para estas mujeres fueron el “estado melancólico”, “estado paranoico” y en mujeres solteras, la “psicosis erótica” (Moliniari, 2005, p.380).

508 ADPM, lg. 10439.

ñera: según la vigente legislación , todo heredero de farmacéutico fallecido, puede continuar con la farmacia abierta, con la correspondiente dirección de un farmacéutico, durante el plazo de un año, dentro del cual ha de vender la farmacia ya que transcurrido este plazo se le clausura la misma y se le cierra. Con esta respuesta quedan contestados las diversas preguntas relacionadas con esposo hijos estos de farmacéutico fallecido con farmacia abierta al servicio público´ .

Tengo dos hijos y el que venga, que pronto dará a luz que comen con mi farmacia, mi marido no tiene absolutamente ningún capital ni dinero, y aunque la farmacia es mía me ha dado bastante dinero siempre, que cuando me casé todo el gasto que hubo que hacerse lo pagué yo: muebles, farmacia... hasta el traje que llevaba puesto. Actualmente no hay ahorrado ni un céntimo, se deben en los centros farmacéuticos unas doce mil pesetas debido a que él es aficionado al juego en los casinos y su familia sumamente humilde, pues sus padres solo tienen 4 fanegas de mala tierra y una casucha humilde donde apenas caben los que les quedan solteros. Todo esto para repartírselo entre 13 hijos que se juntan. Y entre el juego y socorrer a su familia, yo debo en los centros farmacéuticos doce mil pesetas. Tuve un acierto al casarme ¿verdad? Sobran los comentarios.

El asunto es que tengo 3 hijos se puede decir que comen los angelitos con la carrera de su madre, que el día que yo falte (Dios no lo quiera en mucho tiempo) vivirán con lo que su padre gane en el trabajo del campo, escardando, segando etc, que es su especialidad.

Todavía no he ido a ver a mis niños por miedo a que me hagan una mala faena, pienso ir pronto y yo le agradeceré, le ruego por mis hijos que, si me vuelven a llevar al hospital, yo estoy absolutamente bien, y por mis hijos usted no consienta que yo vuelva a donde estuve antes. El médico de Bobadilla es un jovenzuelo de una familia humilde de Madrid, que por 500 o 1000 pesetas es capaz de lo que sea preciso para hacerse de ellas.

En Bobadilla él y yo no vivimos juntos, él vive en la farmacia que está en el centro del pueblo, allí duerme, come y está todo el día. Y yo con mis niños vivo en las afueras del pueblo, que no puede decir que yo lo molesto lo más mínimo.

Todo lo que le digo es absolutamente cierto, yo no tengo costumbre de mentir, bien lo sabe Dios, cariñosos recuerdos a las dos monjas de la sala donde yo estuve.

PD: Si me llevaran a Málaga otra vez, de mi conducta trate de informarse por cualquier otra persona de Bobadilla que no le mienta, no por el médico ni por el Nicolás. Y de otras cosas que de mí se han dicho, me casé con 35 años, iba como va una mujer decente, y aunque sea grosero decirlo estuvo tres días que no pudo hacer nada conmigo"⁵⁰⁹.

509 Ibídem.

Finalmente, en abril de 1951 Pedro Ortiz Ramos escribió una carta al Jefe Provincial de Sanidad, Mariano Fernández Horques, contándole que no había podido encontrar un oficio previamente enviado desde Jaén. Que, según su criterio, la paciente sufría una reacción esquizofrenóide con largos intervalos de remisión.

Como se puede apreciar en la posdata de la carta de la paciente, existía un gran interés en que su estatus de mujer casada y su reticencia a las relaciones sexuales de forma precoz dentro del matrimonio quedaran muy claras. El honor de las mujeres en relación con una sexualidad casta, una sexualidad dentro del discurso que marcaba la iglesia, y el primer Franquismo, era uno de los valores más importantes frente al entorno más próximo. Esta forma de entender la sexualidad formaba parte del ideario de mujer que el régimen franquista quiso imponer a través de ideólogos que escribían panfletos y manuales para mujeres casaderas⁵¹⁰ y para la Sección Femenina, posiblemente en contraposición a ideas del amor libre que impulsó el anarquismo durante la Segunda República⁵¹¹. Así, el pudor y el recato eran los máximos atributos sociales. “En todas partes del mundo y durante toda la vida de la Humanidad, el mayor tesoro de las muchachas ha sido siempre su pureza” (citado en Peinado, 2012, p.153). En este sentido, el honor de las mujeres estaba claramente marcado por estas cuestiones. Así, se han encontrado algunas historias de la sala 20 con datos relativos a relaciones sexuales no hegemónicas, que quedó recogido en el relato clínico. En el caso de IMH⁵¹², que ingresó en 1942, diagnosticada de psicosis puerperal, aparece anotado en el documento clínico que el hijo que había tenido era de su cuñado.

La necesidad de escribir no era sólo una estrategia catártica en las pacientes de la sala 20, sino que también era una forma de denuncia, de hacer oír sus discursos, como ha quedado patente en el caso anterior. Era tal la necesidad que incluso otras pacientes escribían dentro de la institución, en servilletas de papel, como fue el caso de LMS⁵¹³. Ingresó en abril de 1938 cuando tenía 38 años. Al mes del primer ingreso escribió una carta a su hermano (Fig. 1), pidiéndole ayuda económica, pues se encontraba sola, y había tenido que dormir a la intemperie, hasta que se presentó en la comisaría, y fue llevada al Manicomio Provincial. En esta

510 En este sentido, Vallejo Nágera escribió *La sabiduría del Hogar: Antes que te cases*, donde explica las pautas de un matrimonio que respondiera al ideario fascista del régimen (Vallejo, 1946).

511 El concepto libertario de “amor libre” se gestó en contraposición a la doble moral burguesa que prevaleció durante el siglo XIX. Sin embargo, fue a través de artículos de Émile Armand en revistas anarquistas como *La Revista Blanca* (publicada en Madrid entre 1898 y 1905; posteriormente se retomó su publicación en Barcelona entre los años 1923 y 1936) y *Estudios* (1922-1937) cuando esta idea fue divulgada en el anarquismo español (Andrés, 2008, p. 72). Diferentes autores han tratado la cuestión de la sexualidad y el amor libre en el anarquismo español (Masjuan, 2002, Masjuan, 2008; Cleminson, 2008; Andrés, 2008; Jiménez Lucena, Sánchez y García Díaz, 2008; Jiménez-Lucena y Molero-Mesa, 2009; Jiménez-Lucena y Molero-Mesa, 2014; Jiménez Lucena, 2014b). También han sido estudiadas estas ideas en otros ámbitos mediante una comparativa entre la revista *Estudios* y una revista bengalí (Banerjee y Jiménez-Lucena, 2014).

512 ADPM, lg. 10150:28.

513 ADPM, lg. 10150:177.

carta, ella relataba encontrarse “envuelta en algo parecido a lo que a todos suele ocurrir en tiempos de guerra y que en unos como en mí será pasajero y sin consecuencias; no así en otros que hasta se compromete su porvenir y su profesión”.

Estas cartas que han llegado hasta nuestras manos, conservadas en las historias clínicas, debería haber sido entregadas a sus destinatarios. Si no lo hicieron, era porque está regulado explícitamente en el artículo 275 del Reglamento del Manicomio Provincial de 1917, donde se advertía al personal de la sala que:

“En manera alguna darán noticia á las familias del estado de sus enfermos, si no están autorizados para estos por los Médicos ó las Hermanas de la Caridad, ni entregarán escritos ú otros objetos de los dementes á sus familias ó de éstas á áquellos, sin la venia de la Dirección facultativa ó del Profesor del Departamento” (Anexo 2).

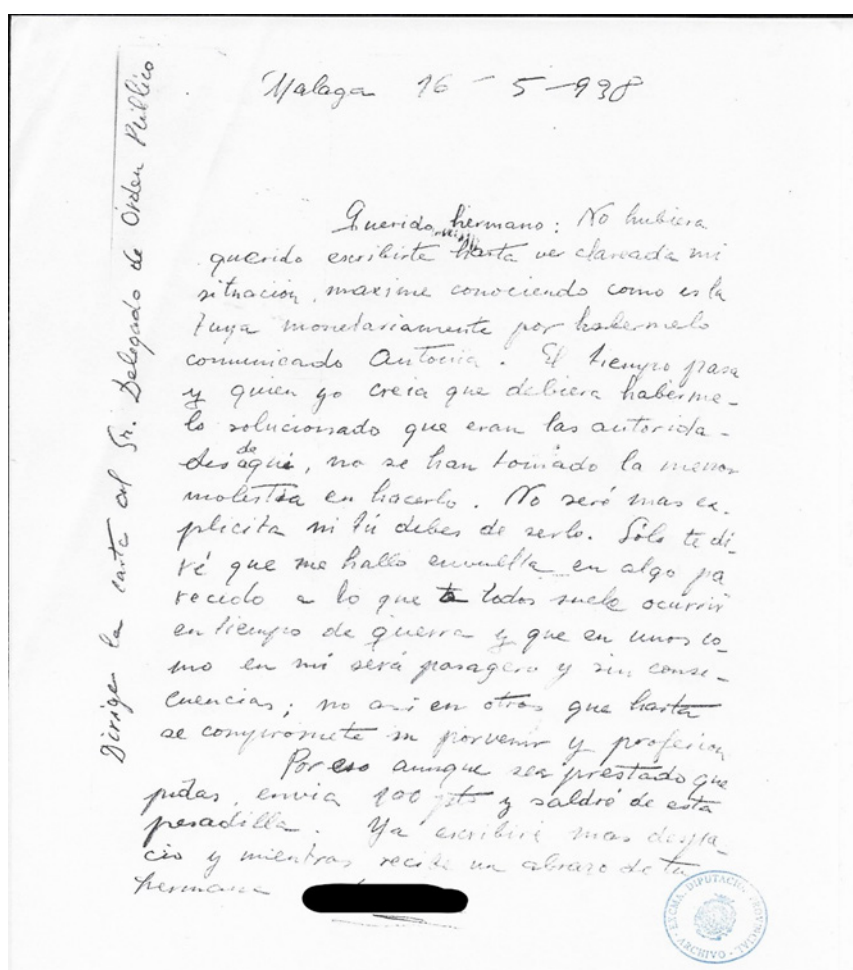
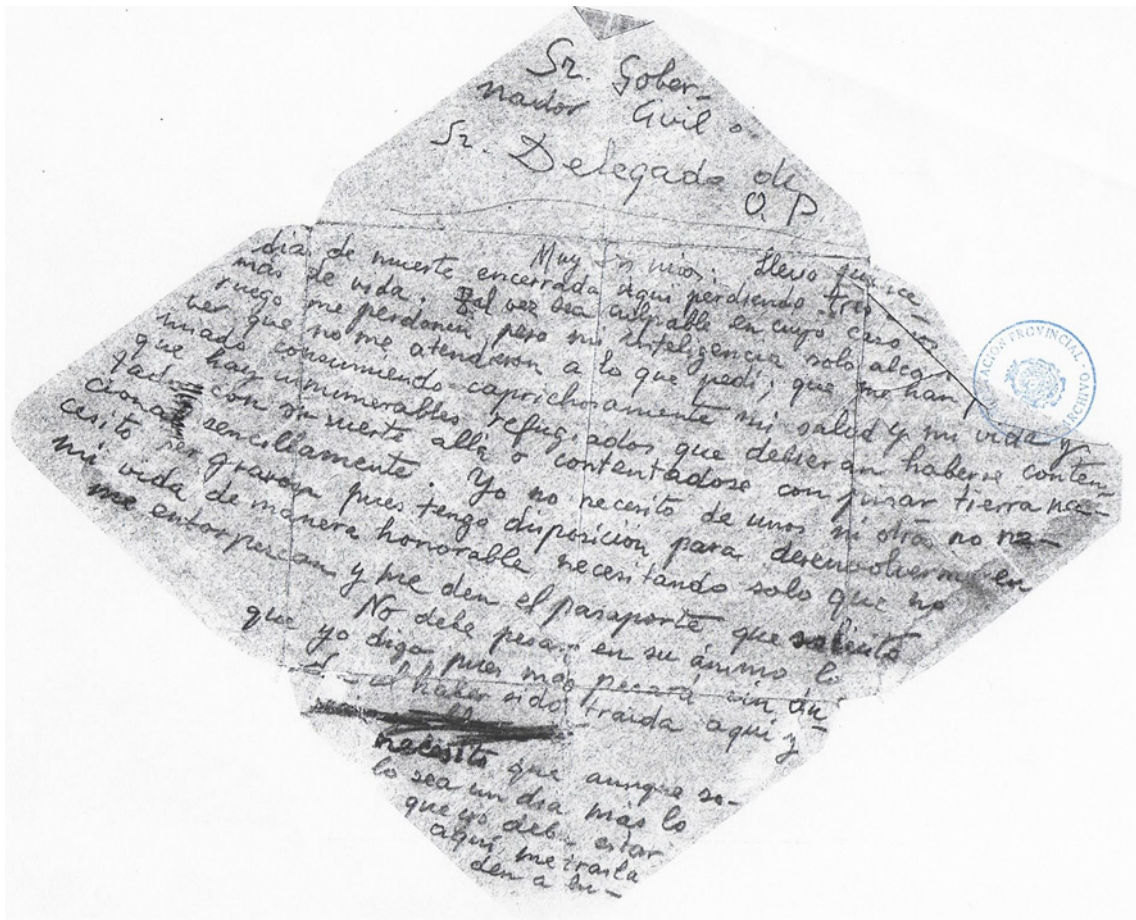


Fig. 1. Carta manuscrita por LMS (ADPM, lg. 10150:177).

Ella misma escribió otra carta en servilletas de papel dirigidas al gobernador civil, donde apelaba a que solicitó un pasaporte que nunca le llegó. Su escrito comenzaba con la frase “Llevo quince días de muerte encerrada aquí, perdiendo tres más de vida”⁵¹⁴ (Fig. 2), y relataba:

“Hay innumerables refugiados que debieran haberse contentado con su suerte allá o contentándose con pisar tierra nacional sencillamente. Yo no necesito ni de unos ni de otros, no necesito ser gravosa pues tengo disposición para desenvolverme en mi vida de manera honorable necesitando sólo que no me entorpezcan y me den el pasaporte que solicité”⁵¹⁵.



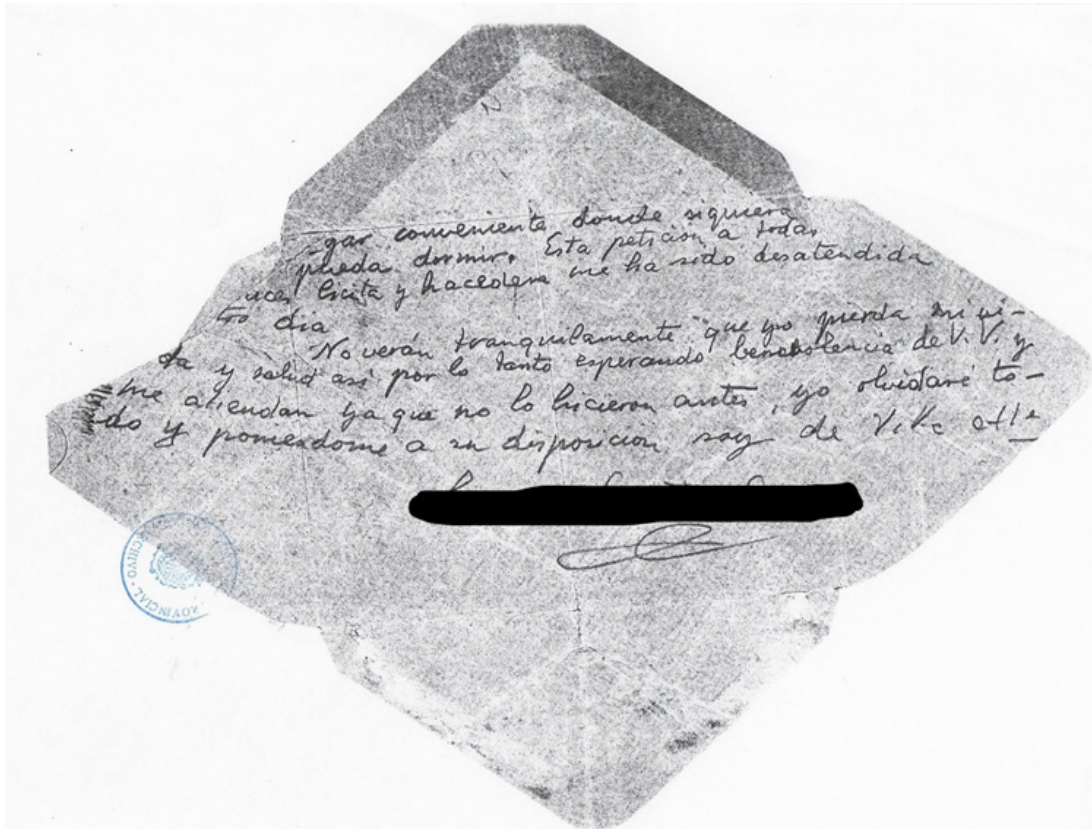


Fig. 2. Carta manuscrita por LMS. ADPM, lg. 10150:177.

Posteriormente, su hermano dirigió una carta a Francisco de Linares⁵¹⁶, donde explicaba los antecedentes familiares:

“Mi distinguido compañero:

Recibí su carta que de corazón agradezco. Me hago cargo de sus dificultades para formar un concepto clínico del estado de mi hermana Lucrecia digna de mejor suerte. Yo iría a esa como es mi deseo mi situación económica de absoluta pobreza me lo impide. Mi sueldo de 5000 pesetas al año está adelantado y no tengo a quien recurrir.

Los antecedentes que Ud. pide debe dárselos, aunque me sea en extremo doloroso recordarlos, ya que el tiempo hace olvidar al parecer todo cuando nos sucede en la vida. Mi Santa Madre (q.e.p.d.) fue recluída en el Sanatorio de Sánchez Herrero en Madrid en el año 1914 por consejo de este Dr. y el Dr. Esquerdo.

⁵¹⁶ Francisco de Linares no pertenecía a la misma familia que Antonio Linares Maza, a pesar de tener el mismo apellido. Este psiquiatra fue el encargado de la atención a las mujeres de la sala 20 durante el tiempo que duró la suspensión de empleo y sueldo de Pedro Ortiz Ramos por parte de las fuerzas nacionales que tomaron Málaga en 1937. Como ha quedado reflejado en el capítulo 3, Pedro Ortiz Ramos se reincorporó al Manicomio Provincial en octubre de 1938. Francisco de Linares y Vivar inauguró en 1935 el hospital psiquiátrico San Francisco de Asís, de carácter privado, en una zona residencial de El Palo.



Yo era casi un niño y no recuerdo del diagnóstico, pero sí del contraste que en mi Madre existía dentro y fuera del hogar. Los celos absurdos y su herencia, puesto que una tía mía murió demente, hicieron martir a mi Padre que desoyendo los consejos del especialista la sacó del Manicomio y la reintegró al hogar. Pocos meses después (19 de Julio de 1915) en nuestra ausencia, descargó un revólver matando a mi Padre y suicidándose de un tiro en la sien. La carta que dejó escrita ese mismo día y otra en días anteriores dirigida a un primo, esta de orden económico, son irreprochables en redacción y concepto. Fuera del hogar, el trato exquisito superior al ambiente pueblerino de su vida hacía imposible presumir tan terrible desenlace. Mi Padre era Médico y aún así, desoyó los consejos que Sánchez Herrero le dio, error que le costó la vida, llevado del entrañable cariño hacia mi Santa Madre; todos se equivocaron menos el especialista.

Mi hermana L. fue reconocida en Madrid ya hace años por un especialista a instancia de mi hermana A. diagnosticó esquizofrenia. Distracción, educación de la voluntad fue el tratamiento. Prácticamente nulo.

En varias ocasiones la he ofrecido mi humilde hogar, paz y pan y prefirió su independencia según ella decía.

De tumbo en tumbo y sin escarmentar nunca fue a Málaga, tal vez sin saber a qué. A pesar de sus fracasos en conducta moral es irreprochable. Mi hermana A. que vive en (...) me escribió varias cartas haciéndome presente su temor por los malos tratos que sin fundamento la hace víctima y sus alternativas de este proceder con el cariño que en verdad siente hacia ella, sospechando sea un caso igual al de su Madre. Si ella quisiera venir aquí, aunque tal vez deshaga mi hogar con sus caprichos yo gustoso la recibo. Dios hará por nosotros y nos ayudará. Ya que Ud. ha sido tan bondadoso aconséjeme con su experiencia y mire lo que más convenga a mi hermana. Agradecido y esperando su contestación soy de Ud. Y colega.

PD: La carta que incluye es relativa a una casa que por mitad y conjuntamente con su hermana A. posee en (...). Renta 100 pesetas al año y eso es todo. Lo que la queda del Patrimonio. Las maderas en referencia salen a 20 pesetas. Esta renta ya fue cobrada por A. Anoto esto ya que por el tono de la carta y desconocedor Ud. De ello pudiera existir el equívoco de intereses que no existen.

Dispéñeme la calidad de este papel, pero en este pueblo no puedo conseguir con urgencia otro"⁵¹⁷.

En este triángulo de subjetividades (paciente, hermano y psiquiatra) no a todas se les daba la misma importancia, ni la misma capacidad para hablar desde su perspectiva. En ningún momento llegó a producirse el deseado encuentro en-

tre la paciente y su hermano, e incluso el psiquiatra llegó a plantearse la existencia de intereses económicos en la dinámica familiar. A pesar de que ambas cartas nunca fueron enviadas, puesto que permanecen dentro de la historia clínica de la paciente, LMS quiso hacerse escuchar, a pesar de ser clasificada o etiquetada como loca (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010, p. 142).

Los intentos de las pacientes por encontrar un espacio donde poder ser escuchadas y donde poder encontrar respuestas a su situación fue una de las situaciones identificadas por Moliniari en su investigación (Moliniari, 2005, p. 382). En este sentido, en la sala 20 puede vislumbrarse ese interés en subjetivizar los relatos de las mujeres con respecto a los facultativos: en el caso de CMM⁵¹⁸ que ingresó en octubre de 1926, quedó recogido en el exámen al ingreso la respuesta de la paciente a la pregunta “¿Está usted contenta o triste?: Casi para morirme, Don Miguel”⁵¹⁹ (Anexo 25). Esta mujer trataba de hacer de la relación terapéutica algo donde, tanto la subjetividad de la paciente como la subjetividad del médico, tuviera un lugar. Sin embargo, también aparecían elementos de resistencia que quedaron reflejados en las historias clínicas que desafiaban el poder de la institución con sus comentarios sobre los médicos, como quedó plasmado en la historia de DGM⁵²⁰ durante un ingreso en 1935: “siempre anda destacando por unas observaciones desconsideradas e inoportunas al médico”⁵²¹.

Algunas de las cartas que no llegaron a su destino, también suponían en cierto modo, un acto de denuncia de la situación en la que se encontraban las pacientes, y por tanto, una forma de resistencia ante las prácticas manicomiales de la sala 20⁵²². En ocasiones, también las pacientes trataban de asegurarse que los familiares no difundieran su estancia en el manicomio, como algo vergonzante. Además, Augusta Moliniari observó que en estos escritos se plasmaba la necesidad de las mujeres ingresadas de tomar contacto con la parte de su vida que la reclusión interrumpió de forma abrupta (Moliniari, 2005, p.381). Ambos elementos aparecen en las cartas que CSB⁵²³, natural de Larache, escribió a su madre y a su tío en agosto de 1941. La paciente insistió en la cuestión de la comida, haciendo alusión a ciertos platos elaborados por su madre, posiblemente en ese intento de reconectarse con su vida fuera de la institución [sic]:

“Gracias a Dios después de mi enfermedad anoche fue la primera noche

518 ADPM, lg 10150:125 (1926).

519 Ibídem.

520 ADPM, lg. 10153:84.

521 Ibídem.

522 Olga Villasante concluye en un reciente trabajo sobre el control de la correspondencia de los enfermos mentales reclusos en instituciones psiquiátricas en España que los médicos de los establecimientos censuraban lo que los pacientes producían por miedo a que se filtrara al exterior las quejas sobre la difícil habitabilidad de los establecimientos, así como la falta de comida, medidas higiénicas o el trato del personal (Villasante, 2018)

523 ADPM, lg. 10468:29.

que dormí y me encuentro como antes de caer mala. Pero aunque estoy en el manicomio (que espero no se os ocurra decírselo a nadie pues la humanidad es muy mala así que ya sabéis que no quiero que no lo sepas nada más vosotros dos). Querida mamá, espero me mandes una tortilla de patatas como la que tu haces en casa y mucha comida que tengo mucha hambre y mándame muchas frutas y muchos dulces. Un abrazo, C."⁵²⁴

En otra de las cartas, hace alusión a que la llevarán a un sanatorio, y, efectivamente, en el alta, se traslada a un sanatorio, aunque no se especifica a cuál:

"Querida mama y querido tío: Hoy viernes me encuentro muy mejorada, hay que ver que mañana hace 8 días que llevo aquí y me encuentro bastante bien. Estoy muy contenta de dar con este médico pues Dios quiere como siga bien la semana que viene me llevarán al sanatorio. Mamá, espero mandes a Tánger por 5 kilos de dulces de Anejar, pues para las inyecciones que me dan tengo que comer muchos dulces. De aquí me mandas un poco de turrón y un poco de tocino, pues tengo mucha hambre. Manda a la familia recuerdos."⁵²⁵

En el último escrito, queda clara la necesidad de la paciente de recuperar sus cosas:

"Hoy domingo gracias a Dios, me encuentro tan bien como antes de caer mala. Desde luego habéis hecho muy bien en traerme a este médico pues su tratamiento me va formidablemente. Tengo un apetito enorme y quiero que mañana me mandes una ensaladilla de atún cubierta con mayonesa y queso de bola y espero mandes a Tánger por los 5 kilos de dulces de Anejar pues debo comer mucha azúcar. Quiero que me mandes a casa por toda mi ropa y el peine fino que compré en Tánger mi [...] y mi estilográfica. Quiero que me compres un rulo de papel higiénico y papel de escribir. Un abrazo, C."⁵²⁶

Que los pacientes usaran los escritos como vía de denuncia de las carencias en los manicomios ha sido documentado en otras instituciones como Santa Isabel de Leganés (Villasante, Vázquez, Consegnieri y Huertas, 2016).

Como ha quedado reflejado en el capítulo 3 de este trabajo, durante la década de los años 40 existió un cierto intercambio de mujeres que ingresaban entre la sala 20 y la Clínica de Reposo Los Ángeles, de Pedro Ortiz Ramos. En la historia

524 Ibídem.

525 Ibídem.

526 Ibídem.

de AWS⁵²⁷ la misma paciente hace referencia a esta situación y escribió la siguiente carta a su madre [sic]:

“Esto no puedo por que no es el Sanatorio de los Ángeles y por eso pienso marcharme. En este momento te escribo estas cuatro letras que tu cojerás con tus manos y quisiera que estuvieses bien. Puedes mandar a la muchacha con tasi como antes, ocino, puedes venir tu, pero en estas ocasiones me fue, este no es el centro que tu me metiste. Recuerdos a todos.”⁵²⁸

Esta mujer fue diagnosticada de psicosis por mixedema, y tras estar ingresada en la sala 20, desde enero de 1946 hasta abril de 1947, en tratamiento con electrochoques, fue trasladada a la Clínica de Reposo.

Dentro del manicomio, las amenazas del miedo, la soledad y el hambre fueron factores fundamentales sobre los que se constituyó una tecnología de coacción/persuasión, quedando reflejado en las historias clínicas. En ocasiones, el psiquiátrico era entendido por las mujeres como un refugio donde poder protegerse y estar alimentada, cuando la familia no se ocupaba de las pacientes. JGG⁵²⁹ ingresó diagnosticada de debilidad mental cuando tenía 30 años en 1926. Al parecer, vagaba por la calle como transeúnte. Permaneció en reclusión definitiva hasta 1963, donde se apunta que falleció en la sala 20 “por quemadura de segundo grado durante el baño”⁵³⁰. Ella misma refería que “si me voy de aquí me muero de pena”⁵³¹. DRN⁵³² ingresó en 1932 a los 70 años. Era planchadora y su hija aportó los datos para el conmemorativo patológico: “Es la 5ª vez que padece perturbaciones mentales. El primer ataque hace unos 20 años; ha estado recluida en este departamento, nunca le han durado más de 3 meses, saliendo completamente bien.... Era planchadora, muy ordenada para las cosas de la casa, tenía pocas relaciones, salía poco. Siempre que se ha trastornado ha empezado por no querer comer. Hace dos meses advirtieron que hablaba mucho, cantaba, se salía de casa, no dormía, últimamente no quería comer, se agitaba, se rompía la ropa y odiaba a la familia. Lo que les obligó a recluirla”⁵³³.

Tras el tratamiento con inyecciones de cianuro, se describe a la paciente como: “poco expresiva, silenciosa. No habla más que cuando se le pregunta, algo desorientada, bien vestida y limpia”⁵³⁴. En un ingreso posterior, en 1939, ya estaba incorporada al trabajo dentro de la institución: “Correcta, buen estado de ánimo.

527 ADPM, lg. 10567:4.

528 Ibídem.

529 ADPM, lg.10153:124.

530 Ibídem.

531 Ibídem.

532 ADPM, lg.10150:139.

533 Ibídem.

534 Ibídem.

No quiere marcharse de aquí, va al costurero a hacer primores: se muestra habladora, sin riqueza de movimientos que acompañen a su conversación"⁵³⁵. MSV⁵³⁶ ingresó a los 20 años en marzo de 1948 en la sala 20, vecina de Íllora, un pueblo de Granada. Se recogió en su relato:

"Esto es Málaga...yo soy casada y tengo un hijo que está en el pueblo, con la Virgen. Yo he venido de Granada andando, estaba en el hospital de los locos...allí ponían unas inyecciones de aceite de esas que huelen a brillantina...fui al hospital de los locos porque me gustaba aquello y fui allí sola... mi madre me sacó.... Como en la casa de una, cuando el padre le pega, se va una, pues me vine a servir a una fonda, pero me encontraba mala y estaba en cama"⁵³⁷.

La mujer fue diagnosticada de esquizofrenia y tratada con electrochoques. Es llamativo como en su relato prefiere estar ingresada en el hospital psiquiátrico a permanecer en su propia casa, haciendo alusión al maltrato por parte de su padre. Más adelante explicaba que realmente no estaba casada, y que el hijo que había tenido, fue fruto de una relación con un muchacho con el que ella estuvo, pero que no reconoció a ese hijo, y ella tuvo que darle apellido. MRC⁵³⁸ ingresó a los 20 años en marzo de 1948 en el manicomio para mujeres. En su historia, ella misma cuenta cómo estaba viviendo con su hermano en Huelin, un barrio obrero de Málaga, y que la echaron de casa: "tengo un hermano, pero como si no lo tuviera"⁵³⁹. Desde entonces, estaba viviendo en una cueva del castillo, posiblemente de Gibralfaro. Con diagnóstico de oligofrenia, fue preguntada en varias ocasiones por la fecha, y permanecía algo desorientada. Se anotó lo dócil que era, y lo que trabajaba dentro del manicomio: "es trabajadora y dócil, y dice `con tal de que no me echen de aquí, todo lo que me digan lo hago´"⁵⁴⁰. Permaneció 3 meses en la institución, y volvió a ingresar en 1949 hasta 1951. En junio de 1949, DSF⁵⁴¹ ingresó en la sala 20 procedente de otra sala, Santa Teresa, donde ingresó por problemas cardíacos. La mujer tenía 27 años. Ella misma refería que pedía limosna, y que la policía la detenía. No tenía familia. El psiquiatra apuntó en octubre de 1949: "al decirle que está bien, se excusa con deseo de quedarse, diciendo que no tiene a nadie, y que ella no se encuentra bien de salud. La enferma argumenta que es trabajadora y limpia. Se le autoriza para que salga a buscar trabajo"⁵⁴². Esta mujer desarrolló varias ocupaciones dentro del manicomio: limpiaba el comedor, cosía, y al final marcaba prendas en la ropería. La razón por la que se recogían estos

535 Ibídem.

536 ADPM, lg.10567: 43.

537 Ibídem.

538 ADPM, lg. 10152.

539 Ibídem.

540 Ibídem.

541 ADPM, lg. 10153.

542 Ibídem.

deseos de permanecer en el manicomio y no otras expresiones, podía estar en relación con un intento de legitimación del psiquiátrico y de sus prácticas. Puede ser considerado una tecnología de persuasión, con un carácter ambiguo, en un sistema de control que mantiene a las personas en situación de dependencia absoluta, y búsqueda del consentimiento de las dominadas como forma de autorización en un sentido gramsciano de hegemonía (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010, p.138).

7.3. Las autoridades generadoras de “verdad” en torno a las vivencias de los pacientes.

El poder hegemónico en la modernidad se legitima en el saber, y el conocimiento psiquiátrico supone la autoridad que puede interpretar conductas y argumentos como datos positivos, asumiendo entonces un poder para autorizar la coerción en casos de actitudes rebeldes y de clara resistencia al poder establecido (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010). El discurso científico, o más bien, los acontecimientos discursivos y las relaciones que se establecen entre ellos y las estructuras económicas, sociales políticas o institucionales, proporcionan un régimen de verdad que le hace tener un interés político concreto, permitiendo que este poder circule de forma constante, ininterrumpida, que se adapte y se individualice en el cuerpo social entero. En este sentido, el discurso vehiculiza un poder que resulta más efectivo que la represión o la coerción, siendo más difícil (aunque no imposible) establecer resistencias y siendo menos aleatorio en sus resultados (Deleuze y Foucault, 2001).

La autoridad de la institución psiquiátrica para la codificación de las secuelas de los conflictos sociopolíticos en términos de síntomas y diagnósticos psiquiátricos quedó reflejada en historias clínicas de la sala 20. ALB⁵⁴³, vecindada en Coín, ingresó en julio de 1937 a los 56 años y permaneció una semana en la sala 20. Fue diagnosticada de “Excitación maníaca en sujeto histérico”. Su hijo y su hermano describieron así lo que le ocurría:

“[...] separada del marido desde hace 26 años. Tres hijos, no recuerdan en la familia enfermedad mental. Empezó el día 16 de febrero del 1936, pues al ver el resultado electoral dijo que la iban a matar, poniéndose muy nerviosa, pensando en sus hijos, pues eran católicos. Durante la época roja, fue necesario quitarla de en medio pues a veces decía que era fascista y que tenía muchos hijos fascistas, y santos escondidos, se daba cuenta que eso podía costarle la vida, pero a pesar de eso, no podía dominarse y lo decía. Cuando detuvieron a sus hijos pasó muchísimo. Después de la entrada de las Fuerzas Salvadoras ha seguido con la misma excitación y el mismo temor. Se niega a comer, habla sin parar... ya se hace imposible te-

543 ADPM, lg.10150:212.

nerla en casa por lo que la traen aquí, de donde la trasladan al sanatorio de Señoras”⁵⁴⁴.

Fue trasladada al llamado Sanatorio de Señoras, de la orden de las Hermanas Hospitalarias, situado en Málaga capital.

SGG⁵⁴⁵ ingresó en octubre de 1940 a la edad de 56 años, y permaneció sólo 6 días en la sala 20, con un diagnóstico de demencia presenil. Queda reflejado en su historia:

“Al poco de iniciarse el movimiento, empezó a ponerse nerviosa: le dijeron que su hijo que estaba en el frente con los nacionales lo habían matado... ha ido empeorando al punto de decir que su hija es la querida de su marido. Cuando no tenía a su hijo y no sabía nada de él, no comía y le dio por beber”⁵⁴⁶.

Esa autoridad del discurso científico-médico en general, y del psiquiátrico en particular, permitió y facilitó un uso político muy acentuado durante la posguerra y el primer Franquismo de forma que en las historias clínicas se hacían referencias explícitas a la vinculación de mujeres internadas con los derrotados de la Guerra Civil, diagnosticadas de psicosis reactivas, oligofrenias, entre otros. Estos diagnósticos encubrían el miedo a sufrir la persecución y el exterminio de las pacientes y sus familiares. La entrada de las tropas franquistas en Málaga fue uno de los episodios más crueles de la contienda, con el resultado del éxodo de miles de personas por la carretera Málaga-Almería, en la conocida “desbandá”, entre el 3 y el 8 de febrero de 1937⁵⁴⁷. Los fusilamientos de personas no afines al movimiento se sucedieron en la capital, dejando secuelas en las familias y las mujeres que ingresaban en la sala 20, con el consiguiente miedo de poder ser asesinadas ellas también. CAP⁵⁴⁸ ingresó a los 38 años el 20 febrero del 1937. Era profesora de primaria natural de Carratraca. Su hermana la llevó al psiquiátrico y aportó el siguiente relato sobre lo sucedido:

“Esposa de un suboficial que, en el mes de octubre, obligado por las circunstancias hubo de ponerse al servicio de los rojos; a la entrada de las fuerzas nacionales sufrió una enorme impresión, se pensaba que la iban a matar. Su marido estaba ausente. A los tres días se presentaron en su casa una pareja de falangistas con ánimos de interesarse por ella pues habían recibido órdenes de Cádiz, del secretario del gobernador para que así lo hi-

544 Ibídem.

545 ADPM, lg.10150:60.

546 Ibídem.

547 Para profundizar en esta cuestión ver Barranquero y Prieto (2007). Varios autores han escrito en los últimos años sobre el éxodo de la población malagueña por la carretera de Almería en diferentes géneros como la novela gráfica (Guijarro 2015) y la novela histórica (Melero, 2015).

548 ADPM, lg. 10150:159.

cieran, y ella interpretó aquella visita como orden de detención o quizá algo más catastrófico y estalló en cuadro de agitación psicomotriz y negativismo que ha motivado el ingreso”⁵⁴⁹.

Más adelante se anotó:

“dice que su marido está en Jaén, para pasarse al ejército nacionalista...porque aquí no pudo pasarse. (antes había dicho que su marido está en Jaén, y que es capitán del ejército). Tras ocho meses de ingreso agítadísima, verborrea, fuga de ideas, manierismo, teatralidad dramática `me van a fusilar con un invento ; ah! La ciencia! Por eso la ciencia no debe ¿?, la ciencia es infinita!!´ (dominante)”⁵⁵⁰.

Estuvo ingresada 8 días en la sala 20, con diagnóstico de psicosis reactiva.

JPT⁵⁵¹ ingresó a los 25 años el 9 de enero de 1938, pero no se recogió fecha de alta. Ella misma relataba:

“Casada, su marido huyó a la entrada de las tropas y ella quedó sola y embarazada; al tener su hijo, su suegro le pasaba la leche condensada y criaba a su hijo con esto y con el pecho; ella vive de la caridad de las vecinas. Al retirársele el pecho, ella se preocupó muchísimo, de manera imprecisa teme que le han hecho algo; con estas preocupaciones descuida a su hijo y las vecinas la traen aquí”⁵⁵².

ALV⁵⁵³ huyó con su marido dejándolo todo atrás, en septiembre de 1936. El marido relataba lo ocurrido:

“No existen enfermedades mentales ni tampoco ella ha dado muestras de trastorno psíquico. Atribuye el marido su enfermedad a los episodios convulsivos tan violentos de la presente revolución. Vivían en San Roque con seis hijos; cuando entraron las fuerzas militares huyeron dejando a los hijos con los abuelos, entonces empezaron los trastornos mentales, el marido la llevó en peregrinación de pueblo en pueblo: Manilva, Casares, Estepona, deteniéndose algunos días, pero en este último punto el estado psíquico empezó de tal manera, con alteraciones motoras y de la afectividad, que hubo de ser trasladada a este manicomio”⁵⁵⁴.

El diagnóstico de oligofrenia durante el primer Franquismo estuvo muy aso-

549 Ibídem.
550 Ibídem.
551 ADPM, lg. 10150:230.
552 Ibídem.
553 ADPM, lg. 10150:78.
554 Ibídem.

ciado a la idea de que los marxistas eran seres inferiores, degenerados, menos inteligentes, como se mostró en el artículo de Rafael Huertas sobre la psicobiología del marxismo que elaboró Vallejo Nájera basándose en los experimentos que llevó a cabo en la cárcel de mujeres de Málaga (Huertas, 1996). TCM⁵⁵⁵ ingresó el 25 de abril de 1939, justo al terminar la Guerra Civil, y se apuntaba: "Se relaciona. Está orientada. Aparte de un marcado déficit no presenta otros signos de enfermedad mental. Declara que huyó al entrar las tropas y ha estado refugiada en varios pueblos y ciudades de la zona roja"⁵⁵⁶. Quedó como transeúnte y fue diagnosticada de oligofrenia, e ingresó durante 23 semanas, siendo tratada con malarioterapia. AVG⁵⁵⁷ tenía 25 años cuando ingresó en la institución, en junio de 1939. Provenía de la Prisión de Mujeres diagnosticada de oligofrenia. Se apuntó sobre su proceso:

"Entra correcta. Viene mal vestida. Lloro y refiere que siempre la han tratado mal, los chicos la apedreaban. Oye hablar a su madre. Rápidamente se anima cuando habla de su matrimonio con un francés de las Brigadas Internacionales que conoció en Barcelona. Se tuvo que separar por cocainómano. Habla francés: conoce las expresiones y el argot. Si se queda empleada no le importaría estar aquí, cuenta que ha recorrido muchos colegios de pequeña en Madrid. La han traído de la Aduana, iba por la calle con unos pantalones y le pegaron y entonces fue detenida. Sabe leer y algo escribir"⁵⁵⁸.

Fue tratada con malarioterapia, pero se fugó a los dos meses del manicomio. Volvió a ingresar en marzo de 1940 para volver a fugarse a los 7 meses. Como vemos, el hecho de vestir pantalones podía hacer que la mujer fuera asociada a una tendencia política, y susceptible, por tanto, de ser humillada en público⁵⁵⁹.

EMB⁵⁶⁰ ingresó en varias ocasiones en la sala Santa Rita. El primer ingreso del que hay constancia fue en 1934 cuando tenía 40. Posteriormente permaneció en la institución varios años, siendo llevada allí por orden del Ministerio de Orden Público. Ella misma relató que vivía en una hamaca en la playa de San Andrés, no podían comer. Padecía PGP, por lo que fue impaludizada. Uno de los ingresos fue porque quería tirarse al mar. Durante la contienda, permaneció en la sala 20, y se apuntaba en 1936: "Perfectamente remitida. Se ocupa haciendo flores de miga de pan que son maravillosas. Habla demasiado"⁵⁶¹. En 1938 se recogió: "Dice que ha perdido dos hijos luchando por España en los frentes de los ejércitos"⁵⁶². Y al año siguiente, en 1939: "Correcta y angustiada. Muestra deseos de marcharse. Habla

555 ADPM, lg. 10150:150.

556 *Ibídem*.

557 ADPM, lg. 10150:94.

558 *Ibídem*.

559 Como indica González Duro, el estereotipo de miliciana ataviada con el mono azul, fue producto de la retórica antifascista durante el verano de 1936 (González Duro, 2012, p. 19).

560 ADPM, lg.10150:76.

561 *Ibídem*.

562 *Ibídem*.

de que sus hijos tienen muy buena conducta, y que fue detenida por ser acusada de que uno de sus hijos era rojo. Cuando salga lavará y planchará, lo que ha hecho siempre.”⁵⁶³ El miedo de muchas mujeres a ser detenidas por ser familiares de personas adheridas a la República se hace manifiesto en este tipo de contenidos. En el relato de la historia clínica de JCO⁵⁶⁴, que ingresó por primera vez en 1941 a los 24 años, se manifestaba también este temor:

“[...] se la lleva a un cuarto y se la aísla por motivo de la epidemia ha vivido en una casa donde ha habido un caso de tifus exantemático. Orientada. Refiere que no está loca, insulta a su suegra habla mal del marido y cuenta de él cosas que resultan contradictorias y confusas. Repite las palabras, algo manierista, afectada. En un principio negativista, ha habido fiebre y continúa un exantema no tífico, en el vientre...”⁵⁶⁵

Más adelante el psiquiatra apuntó: “parece ha desaparecido un pequeño delirio de relación que presentaba con su suegra; sin embargo, continúa hablando que no tiene culpa de que el marido sea rojo”⁵⁶⁶. Las secuelas de la guerra en la vida de las mujeres fueron patologizadas y psiquiatrizadas, como en el caso de CRV que ingresó en 1938 a los 20 años en el manicomio provincial. En su historia sólo se recogió el conmemorativo patológico:

“Hace un mes y medio poco apetito, hacía las cosas de su casa, dormía poco... anoche hasta las doce se acostó muy natural, pero antes de la una se despertó llamando a su madre, gritando `la guerra, mi hermano, el perro´ y varias palabras más, fue requerido el médico a la barriada quien aconsejó el ingreso en este establecimiento. Amanece muy tranquila dice que le duele la cabeza por no haber dormido. Ve a su padre, y le abraza aconsejándole que no llore pues allí está el padre”⁵⁶⁷.

Sin más información adicional, esta mujer estuvo ingresada sólo un día y salió a petición familiar. El diagnóstico fue psicosis de situación.

El caso de REA⁵⁶⁸ ya ha sido comentado en el capítulo 6, se trataba de una niña que, tras el fusilamiento de su padre, ingresó en la sala 20 en 1941, a la edad de 10 años, y en su historia se recogía que “sólo quería que la abrazaran y la mecieran”⁵⁶⁹.

563 Ibídem.

564 ADPM, lg.10467:10.

565 Ibídem.

566 Ibídem.

567 Ibídem.

568 ADPM, lg. 10468/25.

569 Ibídem.

CMT⁵⁷⁰ tenía 20 años cuando ingresó en 1948, era de Almargen y fue diagnosticada de psicosis reactiva también. Se recogió en la historia:

“Esta casa es el hospital. Yo vine aquí hace 2-3 días, a Málaga... decían que me había perdido el novio, pero era mentira. ‘Se nota con un poder enorme, y con mucho conocimiento. Soy capaz de la que ha matado a mi padre, hacerla polvo. No estoy cierta de si lo han matado, lo mataron justito el año de mi hermano. Lo mataron cuando el movimiento, cuando la toma de Málaga. Sueño muchas cosas malas: la que ha matado a mi padre vive enfrente de mí.... Mi hermano vino de Francia y lo mataron; y yo soy capaz de ir a la cárcel’ ”⁵⁷¹.

Fue tratada con electrochoques.

La relación entre el discurso científico y el ámbito político se expone abiertamente en periodos dictatoriales. Durante el primer Franquismo, el discurso psiquiátrico legitimó determinadas conductas como patológicas asociadas a un ideario de mujer republicana roja. Como ha señalado Pura Sánchez (2009, p. 13) a través de su estudio sobre mujeres represaliadas en Andalucía, no sólo eran encausadas por tener ideas republicanas, sino que también lo eran por haber transgredido doblemente espacios sociales y morales. Las mujeres republicanas habían entrado en espacios que “no les pertenecían”, como el espacio de la política, abandonando el espacio doméstico y dejando las “labores propias de su sexo” a un lado. Eran juzgadas también por haberse alejado de los preceptos morales cristianos, por lo que eran llamadas “mujeres de dudosa moral” en muchos de los expedientes investigados por esta autora.

La brutalidad del régimen para reprimir cualquier tipo de transgresión de la norma también queda patente en los relatos de las historias clínicas. DRG⁵⁷² tenía 24 cuando fue llevada a la sala 20 por su marido, en julio de 1949. Se apuntó en la historia:

“Enferma desde hacía 27 días. El marido fue detenido, le hicieron una denuncia de que había robado espigas. A su mujer (nuestra enferma) le pidieron declaración y para que hablara fue maltratada. A consecuencia de los golpes echó sangre por la boca (informa el marido). Estuvo detenida 24 horas. Luego se descubrió que el robo no lo había hecho el esposo de nuestra enferma. A partir de entonces aquejó dolor de cabeza, desgana de comer, y a las dos noches, le dio un ataque dando gritos y bocados, tuvo el marido que ponerla en el suelo porque iba a destrozar a un pequeño que dormía

570 ADPM, lg. 10571.

571 Ibídem.

572 ADPM 10452.

con ellos⁵⁷³.

Ella fue diagnosticada de depresión, de psicosis maniacodepresiva y epilepsia. Finalmente, tratada por electrochoques.

En algunas historias quedaron anotadas expresiones de las pacientes que nos hablan de actitudes de resistencia al reconocimiento de la autoridad absoluta del psiquiatra, como en el caso de ALV⁵⁷⁴, que protagonizó conductas oposicionistas a la norma que regía dentro de la institución psiquiátrica: "Al entrar pide permiso para sentarse haciéndolo en la silla que le decimos que no. Se niega a contestar, manierismos, gesticulante, mutista. En el departamento se rompe la ropa, gustándole estar siempre en pantalones, al parecer tendencias homosexual (?)⁵⁷⁵ fue diagnosticada de esquizofrenia, y, tras tratamientos como abscesos de fijación y nucleinatos, salió de la institución en 1940 a petición familiar. DBJ⁵⁷⁶ ingresó en la sala 20 en 1940 a los 54 años, natural de Ardales. Fue diagnosticada de psicopatía, y estaba a disposición del psiquiatra militar. Ingresó con un fallo del Tribunal de Justicia de Tetuán en el que se rechaza la causa por padecer una reacción de tipo paranoide.

"Cuidada, correcta, Tranquila. Orientada. Se queja de estar incómoda con su familia pues no tiene correspondencia. Explica que por haber subarrendado en Tetuán una habitación a su señor, y como le dije sé que le hacía falta, la denunció como persona no adicta al movimiento. No me han juzgado la causa. No quiere explicar otras cosas, 'por no ser usted mi juez, sino mi médico y no es preciso'. ... `no tiene conciencia de enfermedad`"⁵⁷⁷.

Finalmente, se fugó de la institución.

En el caso de AAM⁵⁷⁸ de 54 años, que ingresó en 1941 se describió en la historia:

"Se encuentra en un cuarto con contención. Está agitada. Orientada autopsíquicamente. Cree que esto es una perrera. Que la van a matar, que le quieren cortar un brazo, los falangistas porque dicen que ella es roja.'usted es un falange'. Su delirio ocupa todo su interés en la conversación, no es sistematizado. Coprolálica. Come"⁵⁷⁹.

573 Ibídem.
574 ADPM, lg. 10150:78.
575 Ibídem.
576 ADPM, lg.10150:39.
577 Ibídem.
578 ADPM, lg. 10150:67.
579 Ibídem.

Fue diagnosticada de psicosis de la involución y al mes dada de alta.

Otra cuestión destacable fue el interés que existió por parte del psiquiatra o quien anotara los antecedentes de las pacientes, en dejar constancia en la historia clínica de que el advenimiento de la Segunda República o la época del “dominio rojo” habían sido factores precipitantes de enfermedad mental en las mujeres: AAP⁵⁸⁰ era una mujer con buena posición, casada con un banquero. Ingresó en agosto de 1932. El marido la llevó al hospital y refirió que:

“el día de la proclamación de la República (14 de abril de 1931) uno de los vecinos arrojó una maceta desde el balcón a la bandera republicana por esto hubo mucho alboroto en su casa, subiéndose la gente al piso, rompiendo cristales y decían que iban a quemar la casa. Pensaba que iban a matar al del banco (su marido). El marido la notaba anteriormente con rarezas, pero esto no le impedía hacer vida de familia”⁵⁸¹.

La ingresaron porque al volver de su pueblo, seguía estando mal. Fue diagnosticada de psicosis de la involución (paranoide) a los 42 años.

IVG⁵⁸² ingresó en octubre de 1937, procedente de Cortes de la Frontera, cuando tenía 28 años. La información fue dada por un hermano:

“Niega ataques mentales, alcohólicos, suicidas. De pequeña sarampión tos convulsiva. No se le conoce más enfermedades. Siempre ha vivido con su madre en el pueblo, solo le ha conocido un novio que no le duró el año. De pequeña con 10-12 años fue a la escuela con asistencia irregular, así un año. No aprendiendo a leer ni escribir. Siempre de carácter alegre. Al proclamarse la república un día sobre la una de la madrugada se despertó llorando y diciendo, “que miedo” y así siguió, al principio dormía poco pero luego bien. El traerla aquí seguramente será por queja de los vecinos, pues, aunque no sale de casa, habla mucho y ofende a todos”⁵⁸³.

No hay datos del tratamiento a pesar de que fue diagnosticada de esquizofrenia.

En el caso de APP⁵⁸⁴, que ingresó en octubre de 1940 en la sala 20, a los 19 años, se anotó la explicación que aportó su tío en el momento de su ingreso: “El 13 de Junio, día de su santo, recibió una caricatura anónima y se impresionó. La

580 ADPM, lg.10143:25.

581 Ibidem.

582 ADPM, lg. 10150:185.

583 Ibídem.

584 ADPM, lg. 10470:11.

notaron que al día siguiente estuvo triste, y llorosa... comía poco, se irritaba [...]. Con 7 años se puso mala, coincidiendo con el advenimiento de la república, esto le ocurrió unas horas"⁵⁸⁵. Durante el ingreso ella relató:

"Correcta, cuidada, tranquila. Trabaja en el costurero. Se encuentra bien. Refiere su enfermedad: que ha estado trastornada de los cañonazos de Gibraltar. Se asustó de los hombres. Sueño y apetito bien. Buena actividad. Desea marcharse pronto. Antes de venirse se ha disgustado con el novio (rompió la carta del novio, pero estaba enferma). Después dice que no le gusta el chico"⁵⁸⁶.

Más adelante, a la semana "Se encuentra bien. Refiere lo que ha tenido relacionándolo con los bombardeos, lo que ha ocurrido es como un sueño"⁵⁸⁷.

Diagnosticada de reacción esquizofrénica, fue tratada con choque cardiazólico y su ingreso duró un mes.

LLG⁵⁸⁸ fue llevada por su hermana, una monja que trabajaba en el colegio de San Manuel de Málaga, a la sala 20 cuando tenía 21 años, en 1940. Nacida en Madrid, su hermana contó lo que le había sucedido:

"Durante la época roja sufrió mucho. Con seis días de intervalo fallecen sus padres. Empezaron a notarle que se quedaba callada y lloraba mucho. En abril del 39 va a Madrid y la encuentra triste, no hablaba nada, no quería comer. Y deseaba morir. Se la traen a Málaga y va mejorando, pero no del todo. Se va a Madrid y desde allí escribe una carta muy expansiva 'demasiadas palabras'. La llevan a pasar el verano a Lérida con otra hermana que es de la caridad también y a un par de días sufre agitación también, por lo que la traen a Madrid y a Málaga. Aquí habla mucho, hacía poesías, bufonadas, expansiva [...]. Durante su estancia en Madrid con los rojos tenía mareos y vómitos"⁵⁸⁹.

En la evolución se recogió: "habla de que ha tenido cuatro pretendientes que no los han querido los hermanos. En tratamiento con pentazol [...]. 'Yo me encuentro bien, lo que pasa es que la gente dice que estoy mal...estoy leyendo mi novela'; escribe en un cuaderno. Le recomiendo que no escriba [...]. Mis hermanas no me han comprendido"⁵⁹⁰.

585 Ibídem.

586 Ibídem.

587 Ibídem.

588 ADPM, lg. 10470:4.

589 Ibídem.

590 En este fragmento de la historia se puede apreciar como el psiquiatra recomendaba que no escribiera, limitando lo catártico de la escritura para las internadas en instituciones psiquiátri-

El discurso dentro de las historias clínicas no es estéril. Como indica Pura Sánchez (2009, p. 19) “el lenguaje tiene capacidad para ocultar, transformar, construir, legitimar, imponer o evidenciar la realidad”. Los relatos eran construídos de forma diferente en función de la proximidad de las pacientes a la ideología del psiquiatra. CMR⁵⁹¹, que ingresó a los 35 años en 1944, era la esposa de Carranza⁵⁹², y su relato en la historia se encabeza de forma muy diferente del resto de mujeres dentro de la institución “Historial de Doña CMR, Viuda de Carranza”. Este es el relato que recoge Pedro Ortiz Ramos de su proceso:

“Marchó a Mahón en mayo de 1936 en unión de su marido, D. Fernando de Carranza capitán de Artillería y de su hijo Jose Antonio. Se hospedaron en el hotel Bustamante en donde les sorprendió el Movimiento, a los tres meses escasos de su estancia. Inmediatamente que se declaró el movimiento, los presidiarios asaltaron el hotel siendo linchado el Capitán Carranza es ingresado en grave estado en el hospital. Como es lógico, estos hechos repercutieron hondamente en el ánimo de su esposa, aunque por el momento (según nos informaron) no hicieron zozobrar su razón. Esta señora quedose sin medio de vida alguno ya que le fue suprimida su paga, siendo expulsada junto con su hijo, por falta de pago. Como único medio de alimentar a su marido que continuaba en el hospital, así como a su hijo, se dedicó a la confección de labores, empleando sus cortos ingresos en llevar todos los días la comida a su marido que aún se encontraba en el hospital. A medio curar, fue sacado el Capitán Carranza del hospital para ser internado en la fortaleza La Mola, donde ella continuaba llevándole la comida. Durante todo este tiempo sabemos por referencias fidedignas, no se había resquebrajado su razón. A los cuatro meses del Movimiento, fue maltratado cruelmente e inmediatamente fusilado el Capitán Carranza. Como de costumbre fue a llevarle la comida a su esposo, sin saber que el mismo día había sido asesinado. Los milicianos la informaron tajantemente: ya lo hemos matado. CMR terriblemente impresionada marchó en compañía de otras viudas de militares al cementerio. Como era casi de noche tan solo ella se atrevió a entrar y empezó a buscar entre los cadáveres el de su marido. Suponemos que en estos momentos se perturbase algo su mente. Como todos los cadáveres eran de personas recientemente asesinadas, la viuda de Carranza salió del cementerio completamente empapada en sangre. Inmediatamente marchó al Comité Rojo, abofeteando al comandante, arañándole, quitándole las in-

cas. Esa estrategia tenía que ver con acallar los discursos, las palabras, sus emociones, en un complejo ejercicio de traducción hacia lo sintomático, donde poder ser controladas y aisladas, donde poder sujetar sus cuerpos otros, extraños, no inteligibles (Ospina, 2006: 313).

591 ADPM, lg.10153:77.

592 Fernando de Carranza, provenía de una familia de militares vinculados históricamente tanto a la dictadura de primo de Rivera como posteriormente, en 1936, al Franquismo. Ramón de Carranza, fue ensalzado por el general Queipo de Llano como “guerrillero” ya que se organizó, junto con otros oligarcas de la zona, en pequeños grupos paramilitares que ejercían la represión política en el campo andaluz, llegando a denominarse “La columna de la muerte” (Espinosa, 2017).

signias y pisoteándolas. Salió huyendo del comité siendo perseguida a tiros por los milicianos, logrando internarse en unión de otras viudas en un pueblo cercano, siendo recibidas a pedradas por la chusma. Los milicianos buscaban a la viuda de Carranza para vengarse de la ofensa que le proferiera a su comandante, dando con ella e internándola en un patio de locas. Antes de que los rojos la internasen, su hijo Jose Antonio llegó magullado en varias ocasiones al encuentro de su madre, pues los golfillos le tachaban de fascista, aumentando con esto los enormes sufrimientos de su madre. El hijo que entonces tenía 7 años fue recogido por una lavandera y no volvió a ver a su madre hasta la liberación de Mahón⁵⁹³.

Esta mujer fue diagnosticada de esquizofrenia, y tratada con electrochoque y abscesos de fijación. Permaneció ingresada hasta julio de 1966 fecha en la que falleció por caquexia.

Sin embargo, el mismo psiquiatra relataba de forma muy diferente las vivencias traumáticas en el caso de la paciente MOF⁵⁹⁴. Se trataba de una mujer de 45 años que ingresó en diciembre de 1947. Natural de un pequeño pueblo de Almería, el psiquiatra recogió en su historia:

“Al año de terminar la guerra, fue detenida en unión de otros vecinos y la llevaron a prisión de Canjáyar. Entonces se encontraba bien. En la prisión le daban calabazas, escasas patatas, panizos (no carne, ni huevos, ni leche). La escasa alimentación y el estado de ánimo de la enferma la desnutrieron mucho, estuvo en dicha prisión mes y medio, y fue trasladada a la Prisión Provincial de Almería (describe lo que comía en la prisión). Allí estuvo otro mes y medio, y empezó a notar una sensación de frío en el estómago, orinaba a cada instante. Después frío en las rodillas y pérdida de fuerza en ellas. Iba andando y era como ir pisando lana `me parecía que me iba a caer´. Cuando salió de la cárcel ya no podía moverse [...] antes de ser detenida aclara que no tomaba ni pescados ni carnes en días de fiesta, ni huevos... pero en aquella fecha no se sentía enferma⁵⁹⁵.

Mientras el psiquiatra focalizó la etiología del padecimiento en la alimentación deficitaria, la mujer trataba de centrar el problema en lo que supuso para ella la experiencia de internamiento en la cárcel y la separación de su marido, que fue conducido a otro penal de Almería (Béjar).

Pero no solo los expertos tomaban la palabra y decidían cuándo una paciente debía estar en el manicomio y cuándo no: también los familiares y las mon-

593 Ibídem.

594 ADPM, lg. 10152.

595 Ibídem.

jas influían en esta toma de decisiones, y las pacientes asimilaban estos argumentos o se resistían a ellos de diferentes formas. Así, se establecieron redes donde los acuerdos entre expertos, personal subalterno y familiares crearon un régimen de verdad incuestionable⁵⁹⁶, por el respaldo de un discurso médico científico basado también en la elaboración de un proyecto de feminidad hegemónica. Como indica Molinari (2005, p. 383), la familia jugó un papel protagonista, entre otros factores, para la reclusión de las mujeres en instituciones italianas, y el motivo era, en la mayor parte de los casos, porque la familia consideraba el comportamiento, tanto privado como público como “indigno”. Por tanto, el objetivo de la reclusión era reconducir este comportamiento de nuevo al ámbito socialmente aceptable, y que las mujeres pudieran seguir ocupando su puesto en la jerarquía familiar, quedando sujetas a los roles tradicionales. En las historias del Manicomio Provincial de Málaga también se observa esta circunstancia: en la gran mayoría de los casos, las mujeres iban acompañadas de sus familiares al ingreso, y eran ellos los que aportaban la información sobre el proceso de la paciente, que quedaba registrado en el apartado de “conmemorativo patológico”. Dentro de las familias, tanto el marido, como el padre o la madre eran los que solían aportar esta información. En el caso de CSM⁵⁹⁷, natural de Campillos, ingresó con 30 años en 1949, y no hay rastro en la documentación clínica sobre ningún diagnóstico. El psiquiatra recogió el discurso del marido:

“tuvo un disgustillo [...] porque yo le dije que limpiase los platos, y no porque ella se descuidara en el trabajo últimamente, y después en broma le dije ‘te voy a mandar una temporada con tu madre al pueblo’ y a ella le cayó esto con mucho entristecimiento y como a ella le dan ataques desde la guerra, y cuando se impresiona con caída al suelo y se queda como muerta, en esta ocasión también tuvo un ataque”⁵⁹⁸.

El marido la contagió de sífilis, y ella había estado en tratamiento en varias ocasiones. El ingreso duró sólo dos días.

La decisión última sobre la pareja de una mujer no estaba en ella misma. En numerosas ocasiones, los novios tenían que tener el visto bueno de la familia para poder entrar en la casa y formalizar las relaciones. En las historias clínicas queda

596 Este proyecto no estuvo sujeto a cambios importantes según los diferentes momentos históricos que atravesó nuestro país en la primera mitad del siglo XX. A pesar de las reformas legislativas que impulsó la Segunda República sobre los derechos de las mujeres, el papel de la mujer en la sociedad no caló lo suficiente debido a la corta duración en el tiempo de todas estas reformas truncadas por la Guerra Civil (Merino, 2016). Sin embargo, durante el primer Franquismo, la familia fue la estructura a través de la cual se transmitió ese ideal de mujer franquista, haciéndola depositaria y responsable del bienestar de su marido, y de sus hijos. También la culpa recaía sobre las mujeres si algo no iba bien, lo que pudo conformar, en ocasiones, la idea de la familia como estructura opresora (Peinado, 2012, p. 150).

597 ADPM, lg. 10152.

598 *Ibidem*.

reflejado también esta dificultad de las mujeres para poder elegir con quien compartir su vida. En el caso de MAM⁵⁹⁹, una mujer de 18 años que ingresó en 1950 en la sala 20, se describe cómo el tío desaconsejó a un muchacho que a ella le gustaba, que la pretendiera. Ella fue diagnosticada de esquizofrenia durante el ingreso, que duró dos meses. MGJ⁶⁰⁰, fue acompañada al ingreso por su hermano en 1946, que era sacerdote. Él comentó que su hermana quería a otro hombre, pero que su madre la obligó a casarse con otro que ella no quería.

Otras mujeres sí consiguieron hacer valer sus decisiones, aunque el coste de estas, en ocasiones, fuera enloquecer. En la historia de MCD⁶⁰¹ la madre hizo un relato de lo acontecido meses antes de su ingreso:

“Tuvo un novio que no le agradaba, pero era bueno y se lo habían conseguido unos familiares. Ella no podía seguir aquellas relaciones y las interrumpió. Alguien le dijo que había hecho un disparate terminando con aquel joven tan bueno que podría haberla hecho feliz. Ella sufrió con esta incertidumbre”⁶⁰².

Ella ingresó a los 21 años en 1931, quedándose dos meses en la sala 20, con diagnóstico de esquizofrenia. Si bien la esquizofrenia es el diagnóstico más frecuente dentro de las historias clínicas analizadas, en muchas de estas historias se evidencian situaciones de ruptura entre las demandas sociales o familiares, y las expectativas y deseos de las mujeres. Desde la antipsiquiatría, R.D. Laing trató de dar explicación a este fenómeno, que se llegó a comparar con la “epidemia” de histeria del siglo XIX. Él describió algunos elementos que funcionaban en el desarrollo de la esquizofrenia en las mujeres, y que tenían que ver con el desempeño de un rol social diferenciado: la inseguridad ontológica, la dependencia de las definiciones externas del self, generalmente aportadas desde el patriarcado; la división-fragmentación entre el cuerpo como objeto sexual, y la mente como sujeto y la vulnerabilidad ante los mensajes sociales conflictivos sobre feminidad y envejecimiento. Como argumentaría Chesler (1979, pp. 126-128), al igual que las madres estaban “recluidas” en sus matrimonios, sus hijas pasaron a ser recluidas en establecimientos psiquiátricos. En la historia de FOL⁶⁰³ ella misma cuenta como sus padres querían casarla con otro hombre, pero ella quería a su marido. Apuntan “desde entonces, mal”⁶⁰⁴. Ingresó en 1942 a los 21 años, y fue diagnosticada de ataque psicógeno, durando su estancia en la sala 20 dos semanas. Fue tratada con electrochoques.

599 ADPM, lg. 10439.

600 ADPM, lg. 10567:1.

601 ADPM, lg. 10143:31.

602 *Ibidem*.

603 ADPM, lg. 10467:36.

604 *Ibidem*.

Los problemas con la pareja aparecen en numerosos relatos clínicos, situaciones irregulares en las que las mujeres tenían hijos y luego no eran reconocidos por su padre. Como indicó Busfield (1996, p. 127) los manicomios públicos estaban nutridos fundamentalmente por mujeres muy pobres, dependientes económicamente, y que caían en la pobreza con más facilidad. Cuando tenían algún hijo ilegítimo, eran vistas como inapropiadas, y eran más susceptibles de llegar a ingresar para revertir su conducta.

RVS⁶⁰⁵ ingresó en 1927 cuando tenía 20 años:

“me pasó una desgracia con un hombre, pero estaba honradamente viviendo con él, yo lo quería, él parece que a mí no... porque como no viene a verme.... Me trajeron aquí porque me puse mala de la cabeza... estaba en la casa-cuna criando y me vine porque me asustaba mucho de mi niña... me fui a mi casa y me la quitaron, alguien me debió hacer daño... me trajo mi hermano ... ¡ay Dios mío, me acuerdo de mi niña!”⁶⁰⁶.

Según quedó recogido en su historia, su marido tenía amantes. Ella discutió con una mujer, y fue detenida. Le dieron un trozo de pan, y la llevaron al manicomio, donde fue tratada con piretoterapia mediante inyecciones de esencia de trementina. Fue diagnosticada de reacción psicogenética. FMR⁶⁰⁷ ingresó a los 29 años en la sala 20, en 1939. Permaneció en el manicomio 20 días. Fue acompañada de su madre, quién la describía así: “De pequeña fue al colegio pronto, aprendió a leer y escribir. Ha sido de carácter alegre, no rara ni irritable. No es feliz en el matrimonio dado el carácter áspero del marido. No la maltrata, pero tampoco es cariñoso. Esto le hace tenerlo aborrecido”⁶⁰⁸. AZZ⁶⁰⁹ ingresó a los 34 años en 1942, y fue diagnosticada de histeria. También fue tratada con electrochoques, y el ingreso duró dos semanas. Ella relataba que había tenido un disgusto con la querida de su marido y que pasó varios días trastornada. AMB⁶¹⁰ ingresó a los 24 años en 1948. Estuvo unos 20 días en la sala 20, y explicó que le dio un ataque porque el marido bebía y no le daba dinero para sus hijos. Aunque no llegó a tener un diagnóstico en la historia clínica, sí que recibió tratamiento con electrochoques. En ocasiones, la dificultad con la pareja se inscribía dentro de problemas económicos, como relataba MGT⁶¹¹ en 1949 al ser preguntada si era feliz en su matrimonio: “sufriendo, él depende de un jornal ¡el carbón ha caído, es carbonero!”⁶¹². Ingresó por cefalalgia y fue tratada con electrochoques.

605 ADPM, lg. 10467:32.

606 Ibídem.

607 ADPM, lg. 10150:26.

608 Ibídem.

609 ADPM, lg. 10468.

610 ADPM, lg. 10567:56.

611 ADPM, lg. 10152.

612 Ibídem.

Otro de los aspectos a resaltar en la reconducción de las mujeres hacia un ideal hegemónico desde la perspectiva de las autoridades, es el ámbito de los cuidados. La felicidad de la mujer española durante el primer Franquismo estaba fuera de sí misma, en la felicidad de los suyos. Por otro lado, la felicidad de la familia dependía de ellas, operándose en palabras de Pierre Bourdieu, la “alquimia simbólica”, es decir, una mezcla de las relaciones de dominación y explotación con relaciones naturales y de afecto familiar, que generaba una transformación de la dominación en fascinación afectiva. Así, no podía quedar lugar a la queja, ya que se trataba de un mandato social (Peinado, 2012, p. 135), reforzado por la ideología del Nuevo Estado. MCG⁶¹³ ingresó en la sala 20 en enero de 1942, aquejada de un cuadro aquinético. Apuntaba el psiquiatra que ella misma atribuía su malestar a haber cuidado a una prima suya enferma de tifus exantemático. Según afirmaba, no tenía miedo al contagio, sino que la llevó al Hospital donde falleció. En la personalidad premórbida era descrita por el psiquiatra así:

“Sensiblería, aprensiva, preocupadiza, con tendencia a manifestaciones histeroides. Desengañada de la vida, por haber asumido responsabilidades que no le correspondía; así, por ejemplo, tiene en su casa recogida como hija una muchacha ciega y oligofrénica que le da mucho que hacer. En realidad, está arrepentida de las atenciones que ha tenido con su prima enferma de tifus, (que finalmente murió, y ella se culpaba de haberla golpeado, cosa que no era cierta) y así se le oye decir ‘yo tengo la culpa por meterme donde no me importa y echarme cargos encima que no me corresponden’ ”⁶¹⁴.

En el caso de ERF⁶¹⁵ llegó a negarse a ingresar en el manicomio en 1947 en una visita a consultas externas derivada desde ginecología, donde consultó por hemorragia vaginal tras el parto. Prefirió volver al pueblo para cuidar de sus hijos, a pesar de tener el domicilio en Yunquera, una localidad muy alejada de la capital. Sin embargo, en la misma historia se refiere que llegó al pueblo y se agitó, por lo que finalmente permaneció en la sala 20 dos semanas, diagnosticada de psicosis puerperal. Nora Levinton (2000) ha descrito en su libro *El superyó femenino. La moral en las mujeres* cómo esta estancia psíquica descrita por Freud, se hace depositaria de todas las exigencias sociales y culturales que el patriarcado despliega sobre las mujeres. Así, incluso estar enferma podía convertirse en foco generador de culpa por no estar desarrollando en casa las funciones esperables.

En la historia de DCV⁶¹⁶ de 22 años, que ingresó en 1948 en la institución, se recoge el comentario de su hermano, que informaba de lo siguiente: “Estaba

613 ADPM, lg. 10468:41.

614 Ibídem.

615 ADPM, lg. 10567:3.

616 ADPM, lg. 10570.

completamente bien, se ocupaba de la limpieza de la casa de sus padres, y no se quejaba. Hace dos meses le dieron calenturas, cada tres días le daría 38°...⁶¹⁷. En la historia de LLG⁶¹⁸ de 21 años, que ingresó en 1940, el psiquiatra apuntó como signo de mejoría:

“Correcta, buen apetito y sueño bueno. Conciencia de enfermedad. Nota el cambio hacia la normalidad. Desea llevar su casa. Ahora recuerda y se preocupa de sus hermanos: esto lo interpreta como un síntoma de curación. No desea precipitar el tratamiento, quiere que se haga el criterio médico”⁶¹⁹.

FLN⁶²⁰ que ingresó en la sala 20 en 1949 aquejada de un cuadro de miastenia, pensaba que tenía a sus 5 hijos abandonados.

Algunas mujeres expresaban la incapacidad para poder criar a sus hijos, en situaciones muy difíciles a nivel económico: CHM⁶²¹ ingresó a los 40 años, en 1948. Estaba casada en segundas nupcias, y con el segundo marido había tenido 3 hijos. Cada vez que tenía un hijo, se sentía triste y deprimida. Al ingreso, se anotó: “hace un mes viene muy triste, llorosa, sin ganas de nada, ‘no sirvo para nada’; no se ocupa en los quehaceres de la casa. El otro día gritaba ‘llevarse a mis hijos, que no los quiero! Me estáis dando que morir... por qué no me lleváis al hospital’ “. Tras ser sometida a tratamiento con electrochoque se plantea el alta por mejoría a doce días de ingreso. Fue diagnosticada de depresión puerperal, pues hacía 5 meses había tenido a su tercer hijo.

MAC⁶²² que ingresó en 1950 a los 25 años, en su segundo embarazo cayó deprimida, porque reconocía no tener medios para criar, estaba disgustada ya “que no hay medios para alimentar a uno, cuando menos a dos”. Fue diagnosticada de depresión y permaneció en el hospital. Estuvo una semana ingresada y recibió tratamiento con electrochoques. APD⁶²³ ingresó con 25 años procedente de la sala de ginecología. Se negaba a darle el pecho a la niña, ella misma decía “¿para qué?”⁶²⁴ permaneciendo rígida y sin moverse, por lo que fue encamada por Galvez Ginachero. Al parecer, se agitó en esta sala (S. Antonio) y pasó a la sala 20. donde estuvo un solo día, sin diagnóstico ni tratamiento.

Pero la familia no sólo aportaba información sobre la propia paciente, sino sobre sus antecedentes familiares, con lo que influían de forma importante en la visión del caso por parte del psiquiatra. En esta entrevista, que solía quedar

617 Ibídem.

618 ADPM Ig 10470:4.

619 Ibídem.

620 ADPM, Ig. 10152.

621 ADPM, Ig. 10567.

622 ADPM, Ig. 10152.

623 ADPM, Ig. 10152.

624 ADPM, Ig. 10152.

plasmado en el apartado “conmemorativo patológico” se producía una especie de traducción desde el discurso de la familia hacia el saber psiquiátrico/discurso médico, hablando de posible familias previamente anormales o degeneradas que justificaran la locura de la mujer que ingresaba.

A DGS⁶²⁵ la llevó su hijo a ingresar en Julio de 1932, cuando tenía 62 años. En la recogida de información el hijo añadía incluso su propia hipótesis sobre lo que le ocurría a la madre, desde el pensamiento mágico:

“Se le analizó la sangre y resultó que la tenía envenenada. Se negó a tomar medicación. Se agita, exhibiciones. Ella ha hecho a sus hijos desgraciados. Les ha hecho mucho daño, Dios tiene que castigarla. Cree que van a envenenarla y otras ideas persecutorias. Su hijo cree que una mujer, antigua querida de él, la ha debido envenenar por medio de dulces, o bien por intermedio de una fotografía con embrujos y procedimientos malos y prueba de ello- me dice- que todas las noches a la una le da el ataque, debe ser cuando están rezando o embrujándola, porque hay otros momentos que se encuentra normal”⁶²⁶.

En los antecedentes de ATC⁶²⁷, que ingresó en 1932 a los 34 años en la sala 20, el marido dejaba claro los antecedentes de conductas suicidas de la familia:

“Siempre ha padecido de dolores de cabeza y espalda, ha tenido la gripe, poco inteligente, corta de genio. La abuela materna, su madre y una hermana de su madre se han arrojado a un pozo en diferentes ocasiones; por lo que la familia tiene miedo y la han traído al manicomio. Hace unos días se queja de dolores de cabeza y espalda, dormía poco, se tiraba de la cama; decía que veía muñecas, que oía ruidos, estaba triste, se desnudaba, no quería comer lo que les obliga a recluirla”⁶²⁸.

En algunas ocasiones, la familia aportaba esta información por carta, dirigiéndola tanto a las monjas de la sala, como directamente al psiquiatra. MFP⁶²⁹ ingresó en marzo de 1938 y salió en septiembre. En 1939 volvió a ingresar desde marzo hasta noviembre. Tenía 20 años y era natural de Melilla. Un mes después de su primer ingreso, la madre redactó una carta para pedir información y para contar el proceso de su hija:

“Melilla, 8 de abril de 1938.

625 ADPM 10143:26.

626 Ibidem.

627 ADPM 10143:29.

628 Ibídem.

629 ADPM, lg.10150:129.

Señora Madre Superiora del Hospital Civil de Málaga:

Mi más respetable señora:

Mucho le agradeceré tenga la bondad de darme las noticias de mi hija (MFP). Ésta ingresó en ese hospital civil que tan dignamente regenta, el día 30 de marzo pasado, procedente desde esta plaza, con objeto de que le fuera reconocida y que procedieran a su cura la enfermedad que aquí le pronosticaron los médicos del mismo 'anemia cerebral', y no teniendo ninguna noticia hasta la fecha de si ha sido reconocida y puesta en cura, me tomo la libertad de dirigirme a su bondadoso corazón, esperando ser atendida, pues como madre que soy de ella, estoy con mucho cuidado y me hace estar mi corazón en continuo sobresalto, y deseo al mismo tiempo saber, si la enfermedad que aquí le diagnosticaron los médicos es esta u otra diferente para mi tranquilidad.

Espero me perdone esta libertad, y me pongo a su disposición ofreciéndome en cuanto pueda serle útil, esperando ser complacida.

Mil gracias anticipadas de su afectuosísima.

A ruego de la interesada por no saber firmar:

J.C."⁶³⁰.

Así, en la historia de ADC⁶³¹ que ingresó en 1941 en la institución, el marido describió a los familiares de la paciente "una hermana terca, un hermano serio, otra hermana despilfarradora. Los demás hasta 6 normales"⁶³².

En la historia de FVM⁶³³ quedó una carta de un hermano sobre la historia de la paciente: esta mujer ingresó en la sala 20 en octubre de 1949, y no llegó a reflejarse diagnóstico alguno en su historial. Vivía en Tetuán, aunque era natural de Marbella:

"Esta enferma casó en Gibraltar con un soldado británico, teniendo que ser evacuada por la guerra para Londres, sufriendo en esta capital los bombardeos a que fue sometida dicha ciudad, resultando herida ella y su hijo mayor, en uno de ellos al parecer, sin grandes consecuencias. El último parto fueron mellizos, que viven. Empezó a sufrir los primeros trastornos mentales por el año 1945 precisamente después del parto de los mellizos, parece ser que fue por debilidad. En Londres ha estado dos veces recluída en centros psiquiátricos, la primera vez del 46 al 47 y la segunda en el 48. Jamás padeció ni ella ni sus padres de ninguna enfermedad que no fuera el corriente sarampión, teniendo que registrar por parte de su madre, dos casos de locura. El primero, hermano de su madre, como consecuencia de un

630 Ibídem.

631 ADPM 10150:38.

632 Ibídem.

633 ADPM, lg. 10439.

susto que sufrió a los 12 años, durándole esta enfermedad hasta su muerte que fue a los 50 y pico de años visitando este mismo establecimiento varias veces, su locura era tranquila pero, a veces, se ponía un poco agresivo que era cuando había que recurrir a su evacuación a este hospital, su muerte fue accidente fortuito sin ninguna relación con su padecimiento. El otro caso una hermana de su madre, por asunto de familia, siendo una locura muy agresiva, pero también en este mismo hospital fue tratada y curada, no volviendo a caer más enferma de esta enfermedad.

Ha estado hospitalizada en el hospital Militar de Tetuán, siendo adjunto certificado médico de los doctores que allí la han atendido.

Su hermano.

PD: Su marido la tiene abandonada teniendo que ser recogida ella y sus cuatro hijos por su hermano Brigada de Ingenieros⁶³⁴.

Durante el primer Franquismo, la sala de mujeres también funcionó como lugar de vigilancia y depósito de menores que, bajo el argumento de que transgredían las normas impuestas por el nuevo régimen político cometiendo actos de pillaje y pequeños hurtos, eran ingresadas. La mayoría de estas menores no tenían familia, por lo que las autoridades que vigilaban las calles, el manicomio y los colegios de religiosas constituyeron una red de control de este grupo social.

En el caso de Málaga, está documentada la existencia de muchos menores, hijos de represaliados del régimen franquista⁶³⁵, que, durante la década de los cuarenta, vagaban por las calles, y se dedicaban al contrabando de pan y tabaco, actuando en pandillas. Tal y como se recogía desde el Tribunal Tutelar de Menores, debido al hambre, caían los niños mayoritariamente en la delincuencia y las niñas en la prostitución (Prieto, 2006, p. 683). En la historia de MPV⁶³⁶, una joven de 20 años que fue llevada al manicomio por su hermano, se encuentra una carta de la jefatura Provincial de Sanidad, concretamente del dispensario de higiene infantil de Málaga, donde se remite a la paciente por presentar “síntomas de peligrosidad”, pidiendo su ingreso en la sala 20⁶³⁷, en 1948 (Fig. 3).

634 Ibídem.

635 Cabe señalar que, durante los años 40, la represión franquista con las familias de los perdedores de la Guerra Civil fue muy importante, sobre todo en el ámbito rural de la provincia (Barranquero, 2007).

636 ADPM Ig.10452.

637 La peligrosidad ha estado más relacionada con los hombres en algunos estudios sobre instituciones psiquiátricas en nuestro país (Conseglieri, 2013, p. 87) y también en estudios como el de Ospina (2006) bajo el argumento de que los casos que salían publicados en prensa sobre delitos cometidos por dementes los protagonizaban más los hombres. En la sala 20, vemos como la idea de peligrosidad también estaba asociada a las mujeres, como en el caso de esta paciente.

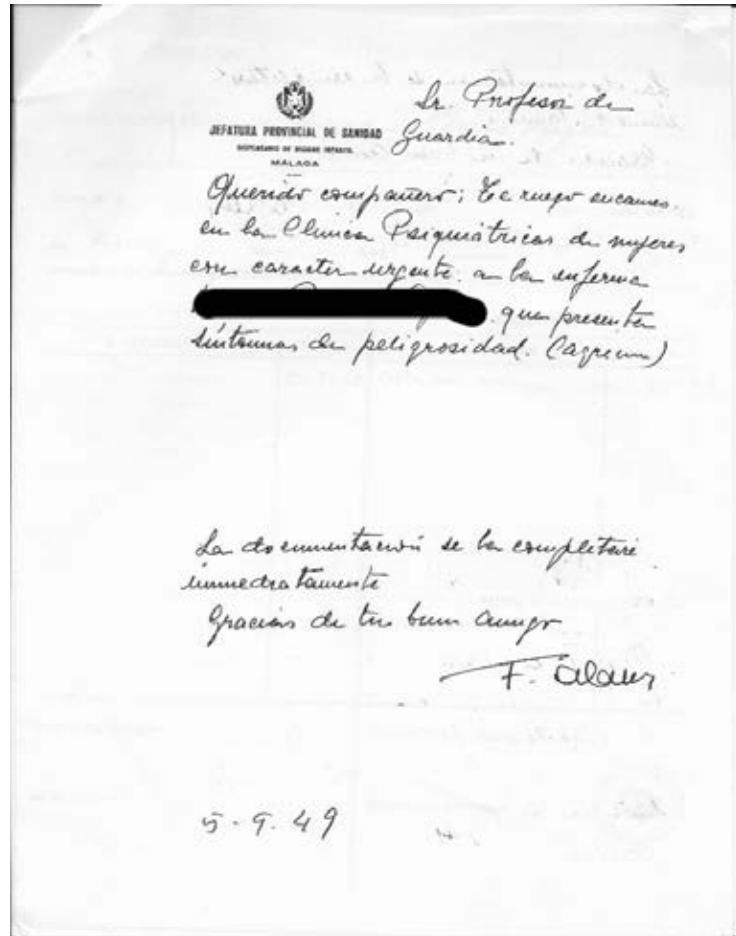


Fig. 3. ADPM, lg. 10452.

Posiblemente EPG⁶³⁸ formara parte de esa masa de niños y niñas sin familia que tenían el pillaje como única forma de vida. Ella fue llevada al manicomio a los 16 años en 1949 porque le dio un ataque. Este fue desencadenado porque ella vendía pan de estraperlo, la pilló un guardia y le pegó. Del susto, “se puso mal”, según se apuntaba en la historia. MJSC⁶³⁹ ingresó en abril de 1950 a los 17 años, por orden del médico de guardia. Su padre relató lo sucedido: “de un Laboratorio cogió unos tubos y los vendió. La detuvieron unos guardias y de la impresión se puso como atontada, hablaba de los guardias, que si la amenazaban... y le daban ataques”⁶⁴⁰. Tenía heredolues, ya que su madre padecía la enfermedad durante su embarazo por contagio de su marido. Estuvo en un colegio de monjas, en el Colegio de San Manuel en la Goleta, “pero las monjas no podían con ella, era incorregible, quitaba las cosas a los niños y desobedecía a las monjas”⁶⁴¹, por lo que tuvo que salir de la institución.

638 ADPM, lg. 10152.

639 ADPM, lg. 10440.

640 *Ibíd.*

641 *Ibíd.*

7.4. Teleologías: cuerpo, sexualidad y religión en las mujeres de la sala 20.

En este eje trataré de mostrar a partir de los contenidos de las historias clínicas cuales eran los ideales, las finalidades, o los objetivos que transgredían lo hegemónico, con respecto a comportamientos esperados a nivel sexual, la importancia del cuerpo en las historias clínicas a través de experiencias como la menstruación o la maternidad, y el papel de la religión en el estereotipo de mujer aceptado socialmente.

La relación entre el cuerpo de las mujeres, los mandatos sociales y la locura ha sido objeto de numerosas investigaciones feministas a partir de los 70 (Lupton, 1994; Showalter, 1985; Ussher 2002). Además, el discurso médico- psiquiátrico generizado basado en la biología femenina que justificaba un orden social determinado, también ha sido objeto de numerosos estudios en nuestro país (Castellanos, Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1990; Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999; Ortiz, 2002; Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena 2003; García Díaz y Jiménez Lucena, 2010; Jiménez Lucena, 2014a). Como refiere Bolufer (2007, p. 638): “El cuerpo de las mujeres ha sido un objeto privilegiado del discurso, en tanto que ellas han sido definidas a lo largo de la historia en relación estrecha con lo material, lo corpóreo, donde la biología se hace destino”. El estudio de la maternidad, la sexualidad, la menstruación, los partos, en definitiva, lo relacionado con los ciclos vitales de las mujeres han requerido aproximaciones historiográficas muy centradas en aspectos particulares, en las experiencias individuales, cercanos a planteamientos de la microhistoria (Bolufer, 2007, pp. 638-9).

La relación entre aparato reproductor femenino y el sistema nervioso constituyó la base para la legitimación de la medicina mental durante el siglo XIX, como ha quedado plasmado en el capítulo 2 de mi trabajo. Por el carácter relacional entre los discursos médicos, la divulgación de estos, y el sistema de creencias y representaciones sobre qué era “ser una mujer”, los procesos de subjetivación han dotado de un marco teórico de explicación para todos esos elementos discursivos y no discursivos que han influido en la conformación de la subjetividad de la “mujer-loca”. El discurso de los familiares que ha quedado recogido en numerosas historias clínicas de las mujeres de la sala reforzaba y/o perpetuaba estas creencias acerca de la menstruación:

En el caso de MSP⁶⁴² de 23 años, ingresada en 1932 se pone en relación con la cuestión de los baños: “Tuvo el periodo a los 14 años siempre bien reglada [...] por temporadas hablaba más, y otras menos; andaba de un lado para otro, triste, pensativa (le han dado muchos baños)”⁶⁴³. También en el caso MPM⁶⁴⁴ que

642 ADPM lg. 10143:30.

643 Ibídem.

644 ADPM lg. 10150:124.

ingresó en la institución en 1933, los familiares afirmaban que creían que “se había puesto mal de la cabeza al lavarse el cuerpo entero mientras tenía la regla, y desde entonces, la veían triste, suspiraba mucho, no quería salir de casa, y decía que tenía pena por hacer sufrir a sus padres”⁶⁴⁵. En la historia de DGC⁶⁴⁶, ingresada en 1940, también aparecen referencias a la importancia de la menstruación en la enfermedad de la paciente. El marido redactó una carta a Pedro Ortiz Ramos en 1950, donde explicaba:

“[...]me da mucha pena tener que dejarla en esa sala una temporada , sabiendo que yo que mi esposa no es loca como las demás, pues su enfermedad consiste en que mensualmente, cuando tiene la menstrosidad, es cuando se trastorna un poco y es tan fuerte el estado nervioso que le entra que le da por pelearse conmigo y con nuestra hija; yo he podido soportarla todas las fuerzas de su enfermedad nerviosa y la he sobrellevado más o menos tiempo hasta que se le ha pasado y ha vuelto nuevamente a la normalidad, pero como tenemos una hija que solo tiene 14 años, pues está muy pequeña para dar frente a la enfermedad de su madre, pues la niña la he tenido cerca de un año en casa de un tío en Tetuán, pero al mes de estar la niña en nuestra compañía, le dio un ataque a la madre, y un día al irme al trabajo me avisó una vecina, que le estaba pegando mucho a la niña, yo me alarmé más de la cuenta y tuve que reenviarla al hospital de la Cruz Roja (Melilla) y este es el motivo de que nuevamente mi esposa vaya al salón de Santa Rita”⁶⁴⁷.

El marido de la paciente pidió en el escrito que no se le pusiera electrochoques a su esposa, y que estaría dispuesto a ingresar a la paciente en la clínica privada del doctor Ortiz Ramos (La Casa Reposo Los Angeles), para que se le ponga “un buen tratamiento”⁶⁴⁸.

En este sentido, los estudios historiográficos en torno a la cuestión de las alteraciones nerviosas antes de la menstruación han demostrado que jugaron un papel fundamental durante los procesos de peritajes de mujeres⁶⁴⁹. En la actualidad, aún sigue discutiéndose la solidez del diagnóstico de Síndrome disfórico pre-

645 Ibídem.

646 ADPM Ig 10468.

647 Ibídem.

648 Ibídem.

649 José Ingenieros, un psiquiatra italo-argentino afincado en Buenos Aires en el primer tercio del siglo XX, llevó a cabo investigaciones para diferenciar las locuras menstruales de las simulaciones. Llegó a describir un caso de “Locura menstrual con impulsos cleptómanos” en 1903 de una mujer que llevó engañada a su sobrina al escribano para que le donara sus bienes. Argumentó una serie de trastornos porque estaba menstruando en ese momento, pero Ingenieros advirtió la simulación al comprobar el reflejo faríngeo que, según él, faltaba en las histéricas con episodios psicopáticos (Narvalaz y Jardón, 2010, p.398).

menstrual⁶⁵⁰. En el caso de JMG⁶⁵¹ que ingresó en 1934, los familiares achacaron la desaparición de la menstruación a un tratamiento que recibió para la erisipela; desde entonces estaba mal, “estuvo con un hombre y luego con otro”⁶⁵², porque según ella “la envenenaron”⁶⁵³. En el caso de DDM⁶⁵⁴ ingresada en 1948 se anotaba el comentario del acompañante: “cuando le baja la regla, mejora”⁶⁵⁵. Cuando CRR⁶⁵⁶ entró en la sala 20 en 1949, el marido relató que, al operarse de la matriz y los ovarios, “se le quitaron las preocupaciones de todos los días, sólo dos días antes de venirle el periodo, se pone así”⁶⁵⁷. En el caso de RCF⁶⁵⁸ también ingresada en 1949, se apuntaba que las crisis le venían después de la regla.

Una base material, un cuerpo, que la conducía inexorablemente a un destino: ser mujer era decir ser inestable. Esto se refleja en la importancia que se les daba a los aspectos fisiológicos en las historias psiquiátricas analizadas. La amenorrea estuvo asociada a la idea de causa de locura en las mujeres, en el último tercio del siglo XIX, llegándose a crear diagnósticos como “locura amenorreica”, relacionada con la aparición de la histeria. Algunos autores sostenían que las mujeres con amenorrea tenían más predisposición a la locura (Strange, 2000, p.618). En el estudio de historias clínicas que ha realizado Julie-Marie Strange en el manicomio de Pen-y-Fal, en Gales, recoge interesantes descripciones de los médicos sobre la amenorrea. Sin embargo, plantea cómo a partir de la Primera Guerra Mundial, el discurso sobre la debilidad de la mujer con respecto al hombre por la menstruación comenzó a cambiar: no podía sostenerse cuando las mujeres trabajaban en campos y fábricas, ocupando puestos tradicionalmente masculinos y constituyendo el motor económico de los países después de la guerra. La estrategia entonces fue modificar el discurso en torno a la menstruación, por lo que la Medical Women’s Federation⁶⁵⁹ en 1925, redactó un folleto informativo titulado “Menstruation: an authoritative statement”. Se concretaba una nueva visión que despatologizaba, parcialmente, la menstruación, afirmando, entre otras cuestiones, que las mujeres durante la menstruación podían trabajar (Strange, 2000, p. 623)⁶⁶⁰. En este sentido, como plantean Castellanos, Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla (1990, p. 884), el interés sobre la menstruación a principios del si-

650 Para profundizar más en la construcción de esta etiqueta diagnóstica en relación a su influencia en la subjetividad femenina ver Ussher (2003).

651 ADPM Ig10143.

652 *Ibidem*.

653 *Ibidem*.

654 ADPM 10567.

655 *Ibidem*.

656 ADPM, Ig. 10152.

657 *Ibidem*.

658 ADPM, Ig. 10152.

659 Se inició una campaña de reforma, para educar a la población, con el reparto de panfletos educativos en las escuelas, y a los familiares. Deconstruyeron la falacia de que las mujeres se ausentaban del trabajo por la menstruación. Igualmente hicieron con la menopausia.

660 Realmente la despatologización fue parcial ya que las políticas iban destinadas a suavizar el tema de la menstruación, a “disimular” y “ser discreta” cuando se menstruaba, e incluso estaba mal visto reconocer casos de dismenorrea (Strange, 2000, p.624).

glo XX en nuestro país, tuvo la finalidad de justificar un orden “social” aportando argumentos naturalizadores sobre el cuerpo femenino, en un momento histórico donde las mujeres comenzaron a asociarse y a luchar por cambiar su posición en la sociedad.

También hay referencias a la amenorrea de las mujeres, ya que, el hecho de que la menstruación desapareciera se relacionaba con la mayor probabilidad de padecer enfermedades nerviosas, argumento protagonista durante la segunda mitad del siglo XIX (Strange, 2000) y que, en la institución de Málaga, se mantuvo durante toda la década de los 40 y parte de los 50. De este modo, en la historia de CCT⁶⁶¹ que ingresó en 1937 se apuntó “A veces amenorreica”; en el caso de GCS⁶⁶² la madre refirió que creía que el mes que estuvo ingresada “le faltó la regla, pero siempre la ha tenido bien”⁶⁶³. En el caso de MVD⁶⁶⁴ ingresada en 1948 se recogía: “Hace 3 meses se le cortó el periodo; después, dos meses más tarde le bajó de nuevo la regla abundante, se quejaba mucho del lado derecho, creen que le daban fiebres muy altas”⁶⁶⁵. En la historia de CLS⁶⁶⁶ el hermano refiere en 1948 cual podía ser la causa de la enfermedad de la hermana: “Desde que se desarrolló (o algo después) desde los 16 años, por un susto que se llevó, se cayó por la escalera”⁶⁶⁷.

Otra área de interés para los psiquiatras fue la maternidad y los partos de las pacientes. Moliniari (2005), en su trabajo sobre escritos autobiográficos de mujeres ingresadas en manicomios italianos a finales del siglo XIX, señala: “para casi todas las mujeres que escribían autobiografías, la maternidad había sido un trauma difícil de superar” (Moliniari, 2005, p. 383). Desde los estudios feministas, la maternidad ha sido entendida como una construcción imaginaria e histórica, sobre la que se sostiene una identidad y se definen los deseos de las mujeres, en el diseño de una función social que ha permitido la organización de discursos y prácticas culturales alrededor de esta idea. Así el modelo de madre abnegada, sacrificada y sensible se ha asimilado con la idea de feminidad hegemónica, participando en la construcción de un imaginario colectivo y de una subjetividad de las mujeres-madres dentro de las estructuras sociales y de poder (Sánchez Rivera, 2016, p. 937). Por ello, la maternidad ha sido un concepto ligado a un modelo de mujer hegemónico, quedando fuera todas aquellas mujeres que, por el contrario, plantearan dificultades con la maternidad, bien por no poder tener hijos, o por no querer⁶⁶⁸. El concepto de “madres desnaturalizadas” habla de hasta qué punto “lo

661 ADPM, lg. 10150:71.

662 ADPM, lg. 10452.

663 *Ibidem*.

664 ADPM, lg. 10571.

665 *Ibidem*.

666 ADPM, lg. 10152.

667 *Ibidem*.

668 Foucault habló de la transformación de la maternidad en valor social en la transformación del proceso biologizador de los cuerpos, lo relacionó con el nacimiento del pensamiento ilustrado,

natural" se ha construido (y se construye) en relación con intereses determinados. Hay casos de mujeres que llegaron con sospecha de embarazo a la institución como FSL⁶⁶⁹, que tenía 22 años, natural de Antequera, y que trabajaba como sirvienta en Málaga en 1945. Se hacía referencia a que no estaba casada con su marido, pero se anotó que no era enferma mental, se diagnosticó como psicópata, y a pesar de todo ello, permaneció ingresada 3 años en la sala 20. También se anotó "no se le autoriza a salir"⁶⁷⁰. Era una práctica frecuente mantener relaciones sexuales con las sirvientas por parte de los señoritos de las casas burguesas, y luego mantenerlas alejadas de la vida social, para no dar escándalos. En este caso, quizá el manicomio funcionó como lugar de confinamiento para esta mujer. En otras ocasiones, las mujeres hablaban de historias de abusos, con resultado de embarazos no deseados. CTT⁶⁷¹ ingresó en 1937 desde el colegio de las Adoratrices, a los 17 años. Ella misma decía que tras llevar "tres meses sin la regla, me declaré a la superiora"⁶⁷², y decía más adelante "el que hizo esto conmigo me debía haber pagado por toda la vida"⁶⁷³, sin más comentarios con respecto a su situación. Permaneció hasta diciembre de 1939, y finalmente diagnosticada de psicopatía. Recibió tratamiento con cacodilato y nucleinatos.

La experiencia del parto también era una situación traumática. Según el marido de TGLL⁶⁷⁴ ingresada en 1932:

"Hace 23 años que se perturbó a raíz de un parto, estuvo tres meses atada porque se agitaba mucho, se mejoró. Al año siguiente nuevo embarazo y nuevo estado mental que le duró 5 meses. 4 hijos dos muertos al nacer.... Desde hace un año la enferma presenta reiteradas tendencias suicidas, que ha sido la causa de la reclusión... deseos especialmente de tirarse por un pozo. Aquí en Málaga ha querido dejarse coger por los autos"⁶⁷⁵.

En el caso de MSM⁶⁷⁶ ingresada en 1935 el marido señaló que "tras el parto de su primera hija y durante la lactancia la paciente comenzó a decir que veía a hombres que tocaban música y sentía miedo"⁶⁷⁷.

En el caso de algunas mujeres, se explicitaba en sus historias clínicas complicaciones durante el parto que no podían ser abordadas desde sus domicilios,

en la separación de los ámbitos públicos y privados. Se gestó un discurso biopolítico en torno al cuerpo de las madres, cuerpos que debían ser vigilados, manipulados y regulados por técnicos o especialistas, para favorecer la reproducción con fines sociales (Sánchez Rivera, 2016, p. 937-938).

669 ADPM, lg. 10152.

670 Ibídem.

671 ADPM, lg. 10150:71.

672 Ibídem.

673 Ibídem.

674 ADPM, lg 10143:27.

675 Ibídem.

676 ADPM, lg 10150:4.

677 Ibídem.

como fue el caso de ARM⁶⁷⁸, ingresada en 1948: “Tuve una hija que se murió, y yo me desangré, mientras llamaban al médico, porque la partera no era muy estudiá, y se me infectó el vientre”⁶⁷⁹. Ingresó en la sala 20 por un cuadro de agitación que le valió el diagnóstico de psicosis puerperal y varias sesiones de electrochoques.

Durante el postparto, la elevada mortalidad infantil y las dificultades para alimentar a los hijos suponían una fuente de angustia manifestada por los familiares de algunas de las pacientes del manicomio de Málaga, que fue relacionada claramente con la perturbación mental de las mujeres. El proceso de SRC⁶⁸⁰ de 38 años que ingresó en 1933, fue explicado por su marido de la siguiente forma:

“Inteligente, trabajadora, muy parada. Se casó a los 32 años, a los 6 años tuvo el primer hijo, que murió a los 20 días (hace 3 meses) desde entonces habla muchos disparates, decía que su niña había resucitado, que se la estaban criando en el hospital, veía muchos negros, se peleaba con las vecinas; no quería comer, dormía poco, ha intentado suicidarse, lo que les obliga a recluirla”⁶⁸¹.

Durante el ingreso, el psiquiatra apuntó: “Llora desconsoladamente. Llamando a su marido. `Yo quiero a mi hija, y a mi marido, quiero a los dos, a los dos, a los dos, no, a los tres, a mi tío Frasquito también lo quiero. Que venga mi marido, que lo busquen por las iglesias´”⁶⁸².

CCM⁶⁸³ fue llevada al manicomio por la comisaría de vigilancia y acompañada por su marido, que relató lo sucedido. Ella había tenido un bebé, que precisaba un tratamiento, pero no tenían medios para pagarlo. Le pidió el dinero a un tío suyo “adinerado”⁶⁸⁴, que se lo negó. A los dos meses, el niño falleció y ella amenazó de muerte a su tío, motivo por el cual, fue detenida y llevada al manicomio. Permaneció ingresada desde el 8 al 25 de noviembre de 1949 donde se le aplicó tratamiento con electrochoques.

La relación entre menopausia y locura también fue muy importante durante la segunda mitad del siglo XIX. Médicos de la institución galesa estudiada por Julie-Marie Strange, llegaron a asegurar que con el climaterio se desarrollaba una neurosis, o que las mujeres hacían “interpretaciones delirantes” de sus síntomas menopáusicos: por ejemplo, las mujeres relacionaban cambios en su piel con el contagio de sífilis por parte de un marido infiel (Strange, 2000, p.620). El discurs-

678 ADPM, lg. 10567:58.

679 Ibídem.

680 ADPM, 10143:19.

681 Ibídem.

682 Ibídem.

683 ADPM, lg 10452.

684 Ibídem.

so del médico estaba al lado del marido que era considerado como “un hombre desafortunado por vivir bajo esas condiciones tan graves” (Strange, 2000, p.620). Incluso homicidios, suicidios o infanticidios⁶⁸⁵ quedaban justificados como consecuencia de la menopausia. En el manicomio de Málaga las alteraciones nerviosas en mujeres de edad avanzada estuvieron relacionadas con esta cuestión, como en el caso de AHS⁶⁸⁶, que ingresó en 1947 y fue diagnosticada de psicosis de la involución porque intentó matar a un hijo deficiente.

El cuerpo de las mujeres también fue cosificado y usado, tanto por otros como por las propias mujeres, para sobrevivir en condiciones de extrema necesidad, a través del ejercicio de la prostitución. En las historias analizadas, se han encontrado relatos de mujeres que ejercieron la prostitución de forma puntual o continuada y que fueron llevadas al manicomio provincial por diferentes motivos. En el decreto republicano de 1935, se suprimió la prostitución reglamentada. Al finalizar la Guerra Civil, en 1941, el régimen franquista creó el Patronato de Protección de la Mujer, que dependía del Ministerio de Justicia y en cuya presidencia de honor figuraba Carmen Polo Franco (Prieto, 2006, p. 669). Se han realizado aproximaciones historiográficas a esta cuestión en las últimas décadas en nuestro país (Guereña, 2003; Roura, 1998; Nuñez-Díaz, 2003) y en concreto, estudios llevados a cabo en Andalucía que han arrojado luz sobre esta cuestión (Vázquez García y Moreno, 1998; Prieto, 2006). Según el censo de 1940, elaborado por este patronato, Málaga tenía 850 prostitutas fichadas. En números relativos Málaga estaba entre las provincias españolas con mayor número de prostitutas por cada 1000 habitantes, junto con Jaén, Palma de Mallorca, Orense y Cádiz (Prieto, 2006, p. 672). Ciudades “rojas” de Andalucía, como Jaén y Málaga, eran señaladas por el régimen como mayoritarias en referencia a la prostitución (Prieto, 2006, p. 681). En el imaginario del régimen franquista, Málaga quedó como ciudad “roja”⁶⁸⁷, y se culpaba a la ideología de los vencidos en la guerra de la miseria que padecieron durante la posguerra. Esto era verbalizado por algunas mujeres, como CGR⁶⁸⁸, que tenía 34 años cuando ingresó en la sala 20 en 1939. Fue diagnosticada de psicosis del climaterio. Ella misma relataba: “Ahora estoy loca de hambre y de sufrir... y

685 La cuestión de los infanticidios como consecuencia de la nula educación sexual, y la ausencia de políticas que legalizaran el aborto y la anticoncepción, fueron factores que favorecieron los embarazos no deseados, y por tanto, el odio a hijos/hijas no deseadas. En el marco de reformas legislativas llevadas a cabo por el gobierno de la Segunda República, el Decreto del 25 de diciembre de 1936 regulaba la legalización del aborto como medida para paliar tanto la elevada mortalidad de las mujeres que se sometían a abortos clandestinos como bajar los casos de infanticidios (Merino, 2016, p. 372).

686 ADPM, Ig. 10150.

687 La asociación entre mujeres “rojas” y libertinaje femenino fue fundamental en los primeros años del Franquismo y Málaga se convirtió en objeto de la propaganda de ciudad republicana, asemejada a centros de vicio e inmoralidad. En febrero de 1937 los Servicios de información del Ejército nacional difundieron la idea que Málaga era un inmenso prostíbulo, donde todos los hospitales estaban destinados al tratamiento de enfermedades venéreas. De hecho, el elevado número de prostitutas, uno de los más altos de España, no parece que fuera casual en una de las ciudades donde hubo un mayor número de ejecuciones (Prieto, 2006, p. 685).

688 ADPM, Ig. 10431.

de verme fuera de mi casa estoy loca [...]. Tengo una enfermedad moral”⁶⁸⁹. En el informe de 1942 del Patronato de Protección de la Mujer titulado “Informe sobre la moralidad pública en España se recogió:

“[...] Durante el período marxista en esta capital, el nivel moral experimentó el mayor descenso que se ha conocido, ya que las masas populares, carentes de ética y sin freno alguno por parte de las autoridades rojas, se entregaron al libertinaje, desapareciendo los matrimonios legales, efectuándose únicamente la unión carnal de hombres y mujeres a su libre albedrío; y, como consecuencia de este estado de inmoralidad, quedaron infinidad de mujeres jóvenes separadas de sus seudomaridos, puesto que los vínculos que los unían no tenían fuerza legal; y una vez en esta situación (algunas ya con hijos, otras viudas por desaparición, reclusión o muerte de sus esposos, otras huérfanas por idénticas causas), constituían un número considerable, que, desorientadas en su nueva vida y con escasez de recursos para su sostenimiento y para los suyos, eran materia propicia para la prostitución. [...]” (Citado en Prieto, 2006, p. 684).

Dentro de la cuestión de la prostitución, estaba la llamada “mantenida” o “querida”, mujeres que eran pagadas por un solo hombre de alto poder adquisitivo, que no trabajaban en la calle ni en burdeles, constituyéndose en propiedad de ellos, que muchos usaban como imagen de su propia riqueza (Prieto, 2006, p. 682). MRP⁶⁹⁰ respondía a este perfil. Ingresó en 1934 en la sala 20 con 20 años. No sabía quién era su padre y su madre, y no tenía domicilio, vivía en el muelle del puerto, era transehúnte. En noviembre de 1934 acudió al hospital acompañada por los Guardias de Asalto. A su ingreso se anotó:

“Se dedica a comerciar con su carne entre la peor gente del puerto. Ha estado en casas de lenocinio. Presenta dientes de oro y llama la atención este pequeño lujo dentro de una miseria tan espantosa. Comía algún rosco que compraba. Le daban los marineros café o pescado (Es buena la gente del muelle, tienen buen corazón)”⁶⁹¹.

Más tarde, en febrero de 1935:

“Dice que es de un pueblo de esta provincial, pero no sabe cuál. Siendo pequeña se trasladó con sus padres a Melilla, donde se ha criado. Su padre murió siendo ella pequeña, quedando con su madre y dos hermanas. Sus hermanas se casaron y hace seis años murió la madre, yéndose ella a vivir con una hermana. Al cabo de algún tiempo conoció a un hombre casado,

689 Ibídem.

690 ADPM, lg. 10150:213.

691 ADPM, lg.

que la llevó a una fonda donde la tuvo un año; pero habiendo hecho quiebra en la tienda que poseía se fue a Orán con la familia y ella volvió a casa de su hermana. Al poco tiempo se fue con otro muchacho, a otra fonda, pero se disgustó con él y se vino a Málaga, donde estuvo viviendo de lo que le daban unos y otros durmiendo a veces en los tinglados del muelle, hasta que una mañana se peleó con un hombre y se puso a llorar y un guardia de asalto que la encontró la trajo aquí en su coche. Desea marcharse a la calle, pues se encuentra bien y quiere volver con su hermana, a Melilla. Tranquila, cuidada. Medianamente orientada. Su mayor deseo es que la dejen marcharse a la calle sola, insistiendo obstinadamente en esto. Se le propone escribir a su familia para que se haga cargo de ella y contesta que ella ya es dueña de sus actos y que deben dejarla ir sola”.

En este caso, la mujer ejerció su derecho a decidir, a pesar de ser diagnosticada de oligofrenia por el psiquiatra. Otras veces, las mujeres eran inducidas a la prostitución por familiares, como en el caso de DGM⁶⁹² que, en 1933, dos años después de su ingreso, le dijo a Pedro Ortiz Ramos “Esto no puede seguir así D. Pedro, todos van en contra de nosotros... me asusto cuando entro aquí, mi cuñado me echó a la prostitución...yo no soy republicana... él sí”⁶⁹³. Era colillera. Posteriormente, en 1935 el psiquiatra reflejó lo que refería: que cuando saliera del manicomio, iría al Ayuntamiento, a la Diputación y a la Audiencia para denunciar lo que a ella le habían hecho en el manicomio.

En febrero de 1936⁶⁹⁴ ingresó EDO⁶⁹⁵ natural de Motril y con domicilio “accidental” en calle Camas, una de las zonas de prostitución de la ciudad de Málaga (Prieto, 2006, p. 276). Su hija la llevó al manicomio porque padecía ataques epilépticos. Ella relató que desconocía al detalle los antecedentes sólo sabía que su madre hizo vida marital con su padre, hasta la muerte de éste, y que no quiso reconocer a ella como hija. La hija era casada y también tenía ataques epilépticos, y que, por disgustos e incompatibilidades de carácter, se separó de su marido dedicándose a la “vida fácil”. Estuvo ingresada durante 5 días.

PGP⁶⁹⁶ ingresó en 1942 con 17 años, natural de Casarabonela. Fue llevada por su hermana al manicomio, por un episodio de parálisis en miembros inferior-

692 ADPM, lg. 10153:84.

693 Ibídem.

694 La Lucha Antivenérea, de larga tradición en el discurso higienista de la clase médica, fue una de las preocupaciones de los gobiernos de ambas zonas, durante la Guerra Civil. La abolición total de la prostitución y la rehabilitación de las prostitutas, en los llamados Liberatorios, desde perspectivas sanitarias, psicológicas y sobre todo, de alternativas profesionales, se convirtió en un de los más innovadores proyectos defendidos por la organización anarquista femenina “Mujeres Libres” que concibió el problema como una cuestión esencialmente social y no exclusivamente moral (Prieto, 2006, p. 680).

695 ADPM, lg. 10150:222.

696 ADPM. lg. 10150:18.

res. Según el relato de la familiar: “cuenta que tuvo Corea de pequeña. Después regular de conducta y carácter difícil. Lleva tiempo sirviendo en Málaga. Últimamente se marchó con un hombre, parece que estuvo en casas de prostitución y de citas. Tuvo una fiebre de 15 días y después se ha quedado paralítica”⁶⁹⁷.

JCG⁶⁹⁸ ingresó en la sala 20 cuando tenía 16 años, en 1948, llevada por el Patronato de Protección de la Mujer. Era apodada “la niña chica”. Su madre refirió en el conmemorativo patológico:

“Le ha dado por estar todo el día en la calle, si le dan dos perras, se va detrás de cualquier hombre. El otro día la cogieron con dos hombres. La trajeron a su casa. Yo no puedo atenderla. Mi marido se quedó parado, vendió la casa y se marchó. Yo padezco de la vista y no puedo trabajar”⁶⁹⁹.

La paciente estaba diagnosticada de oligofrenia. Permaneció en la sala 20 desde 1948 hasta 1967, desarrollando diferentes trabajos que quedaron apuntados en su historia: limpiaba el recibidor, el pasillo, cuidaba los patos.... Finalmente, salió en agosto de 1967 a petición familiar, y acompañada de una tarjeta de un capitán de infantería retirado de la guardia de Franco.

En el caso de MDB⁷⁰⁰ el Patronato no tuvo que ver en su traslado. Se trataba de una mujer de 28 años natural de Sevilla, que ingresó en abril de 1950 y en su historia no figura diagnóstico alguno. Ella misma relató cómo sucedió todo: “Estaba en una casa de prostitutas en Málaga en calle Canasteros. Fueron allí dos hombres, estaba yo acostada y me trajeron aquí. Yo no estaba mala. Me dijeron: ‘anda, que te van a llevar a la venta’ ”⁷⁰¹.

Se apuntó un poco más adelante, al mes siguiente del ingreso: “ataque de pelagra”, por lo que comenzó a tomar una dieta especial. Se apuntaba el peso con el que ingresó, 42 kilos y el peso que llegó a alcanzar durante el ingreso, casi 60 kilos cuatro meses después. También recibió 3 sesiones de electrochoques a partir de esta fecha, hasta su alta, en agosto de 1951.

En cuanto a lo creencial, el estereotipo de mujer estaba muy relacionado con lo religioso, siendo usado para clasificar a las mujeres de la sala 20 tanto en lo positivo como en lo negativo (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010, p. 143). Tras la Guerra Civil, la ideología franquista asumió tesis “espiritualistas” que conformaron una adaptación del término “raza” que caracterizó a este periodo: así, esta “nueva

697 Ibídem.

698 ADPM, lg., 10152.

699 Ibídem.

700 ADPM, lg. 10439.

701 Ibídem.

raza" estaba constituida sobre factores psicológicos y morales que tenían su base en un sobrenaturalismo religioso (Jiménez Lucena, 1998, p.119). Según esta autora (1998, p. 120), durante el Franquismo: "No fue necesario ningún elemento antinatalista o de eugenesia negativa para depurar la raza, porque cualquiera podía llegar a ser parte de esta raza por los ideales y la moral, es decir, por elementos espirituales e ideológicos, lo biológico quedaba en un segundo plano." Sin embargo, a pesar de que durante el Franquismo se acentuó mucho más esta cuestión con el desarrollo de la ideología nacional católica, la cuestión de la religión también apareció en las historias clínicas de otros periodos.

La falta de sentimiento religioso cristiano fue visto como factor que incrementaba el riesgo de padecimiento de cualquier enfermedad⁷⁰² (Jiménez Lucena, 1998, p. 119), y por ende, de enfermedad mental, por lo que era necesario que en la historia clínica quedara plasmado si la paciente era o no religiosa y en qué grado.

FDF⁷⁰³ ingresó en la sala 20 desde diciembre 1947 a enero de 1948. Se apuntaba en la historia que era muy católica y religiosa, y que tuvo problemas con los vecinos porque no quería ver "escenas indecorosas"⁷⁰⁴. GCS⁷⁰⁵ tenía 18 años cuando ingresó en 1949, procedente del instituto de las Hijas de María Inmaculada, donde se formaba para ser sirvienta. Diagnosticada de catatonía, fue aportada su información por una de las monjas del colegio:

"Padre desaparecido hacía 12 años, expatriado por causa de guerra, era peon albañil. El día que se puso mal en el colegio decía 'pienso mucho, ¿no voy a sufrir? Con mi padre ausente...' siempre había sufrido al ver el estado desfavorable en que se encontraba la familia para mantenerse. 'yo sufro mucho pero no me importa sufrir, morir...pero Señor, lo que tú quieras' (se quería peinar igual que una santita que había sufrido mucho)"⁷⁰⁶.

Las vidas de las santas constituían una de las lecturas más frecuentes entre las jóvenes de la época, por lo que no era raro ver cómo querían parecerse a ellas, a través de la ideología católica del sufrimiento y la resignación. RPY⁷⁰⁷ también refería lo devota que era de la Virgen del Carmen, y cómo esto actuaba como elemento protector frente al deseo irrefrenable que sentía de pronunciar frases ofensivas e insultantes a los santos.

702 Como ha señalado Jiménez Lucena (1998, p. 119) la falta de preparación cristiana suponía un riesgo para el nivel de salud de la sociedad del Nuevo Estado, asegurando que, sin el cultivo de espiritualidad, no se podría llegar a conseguir la mejoría somática en enfermos tuberculosos, por ejemplo.

703 ADPM, lg. 10570.

704 Ibídem.

705 ADPM, lg. 10452.

706 Ibídem.

707 ADPM, lg. 10153:135.

CTT⁷⁰⁸ sostenía que “tenía que echar promesas de andar descalza”⁷⁰⁹ cuando saliera del hospital. Por otro lado, se recogía en otras historias en sentido negativo: ATC⁷¹⁰ fue descrita por su marido como “terca, obstinada, poco religiosa”⁷¹¹. En el caso de una de las mujeres que trabajaba como sirvienta, la cuestión religiosa fue una excusa para que no volviera a trabajar en la casa de los señores. JHL⁷¹² había trabajado para una familia alemana protestante, y ante los problemas que surgieron, el señor argumentó que no podía volver a servir a su casa por ser ella muy católica y ellos protestantes (1942).

Otra cuestión reflejada en los contenidos de las historias clínicas era la cuestión de la sexualidad. Como indica Molinari: “Una práctica terapéutica que se funda sobre la criminalización del cuerpo y de la sexualidad femenina no puede más que agravar el malestar mental de mujeres que ya han experimentado relaciones conflictivas con su propio cuerpo y la propia sexualidad” (Molinari, 2005, p. 387). En este sentido, durante el Franquismo existió un discurso que pretendió controlar la cuestión del cuerpo femenino y su sexualidad, fomentando políticas concretas como el aumento de la natalidad. Abundaron los consejos sobre cómo debía ser una mujer, bajo la perspectiva de la Iglesia y el Estado⁷¹³, que fueron vehiculizados hasta los lugares más recónditos de nuestro país por la Sección Femenina. En la sala 20 se puede observar un incremento en el interés de los datos sobre la sexualidad de las mujeres a partir de finalizar la Guerra Civil. Las historias del Franquismo reflejan con mayor frecuencia comentarios acerca de las prácticas sexuales de las pacientes. El interés en la psicoterapia y el psicoanálisis que mostró Pedro Ortiz Ramos puede estar relacionado con la mayor recogida de este dato. En la historia de DGS⁷¹⁴, que ingresó en 1940, se recogió la información que aportaba el marido sobre la paciente, y se le preguntaba por su sexualidad: “Practicaban el coito interruptus para evitar el embarazo, entonces no notaba placer sexual. Cuando lo practicaban normalmente, sí”⁷¹⁵. La sexualidad era un tabú para la mujer. En este caso se apunta que se le “hace psicoterapia”⁷¹⁶. En el caso de ITR⁷¹⁷ se apuntaba en 1948 que “tenía relaciones amorosas sin problema”.

La cuestión de la honra, como indica Peinado, era una cuestión fundamen-

708 ADPM, lg. 10150:71.

709 Ibídem.

710 ADPM, lg. 10150:38.

711 Ibídem.

712 ADPM, lg. 10150:27.

713 Fueron retomados textos del siglo XVI de Juan Luis Vives, acerca de cómo debía comportarse una mujer siguiendo este ideal estereotipado, que incluso podía regular hasta la dieta; también textos como *La Inferioridad mental de la mujer* en el siglo XIX, traducido por Carmen de Burgos, para apoyar la difusión de este modelo de mujer, tan concreto y tan necesario para el régimen franquista. Para profundizar en esta cuestión, ver Morcillo (2015).

714 ADPM, lg. 10468.

715 Ibídem.

716 Ibídem.

717 ADPM, lg. 10571.

tal, no solo debía considerarse ella honrada, sino su familia, y su comunidad. Situaciones que pusieran en duda esta honra serían perseguidas por la Iglesia, el juez, la cuestión de las relaciones extramaritales (Peinado, 2012, p. 61). Casarse con una mujer era la máxima aspiración de cualquier hombre, y lo único que las mujeres más pobres podían ofrecer como “garantía” en estos matrimonios que muchas veces, ni ellas mismas decidían, era la honra, la castidad. Que la comunidad la pusiera en duda, suponía para muchas mujeres un duro trance, a pesar de que se veían sometidas a situaciones vejatorias por parte de otros hombres. La historia clínica de MML⁷¹⁸ así lo plantea. Ella ingresó a los 26 años en 1932, y fue diagnosticada de reacción esquizofreniforme-psicogenética. El marido describía así la situación:

“Ha sido de carácter tímido, muy recatada. No tuvo más relaciones amorosas que las del marido. Un día se le acercó a pasear un primo de ella.... No lo permitió porque tenía relaciones y no debía hablar con más hombre que con su novio. El matrimonio vivió feliz el marido es buen trabajador y en su casa tenían una situación desahogada. Él es hombre de pocas palabras, ella lo respetaba mucho. Vivían en una finca que él tenía a media hora del pueblo (Benalmádena). Cuando él tiene que ir al pueblo debía ser acompañado por ella porque era miedosa y no quería quedarse sola. Una noche (hace 6 meses) un vecino, aprovechando una ligera ausencia del marido, entró en la casa violentamente, con ánimos de violentarla, ella se defendió; en la lucha, se rompió el quinqué, los niños despertaron y el asustado huyó sin conseguir sus propósitos. Ella quedó desvanecida después fue a buscar el auxilio de los vecinos. Al día siguiente se estableció un síndrome psíquico con gran agitación motora, con ideas delirantes ‘su casa es una casa de putas’, ella no podía vivir, intento suicidarse varias veces ingiriendo dos cajas de cerillas, bebiendo petróleo e intentando arrojar a un precipicio. Otra vez trató de matar a su marido valiéndose de un hacha y le ocasionó una herida en la cara por fortuna sin consecuencias. Cinco meses estuvo en la casa de sus padres y visto que empeoraba, la trajeron a este servicio”⁷¹⁹.

En las evoluciones decía que quería irse, que ella no había hecho nada malo, “hace grandes esfuerzos por marcharse”⁷²⁰. El hermano fue a visitarla en noviembre, le llevó comida, y finalmente la sacó de la institución, el médico apunta “El hermano emocionado quiere llevársela. Le hago ver lo mucho que sufrirá con ella. A petición le concedo un alta como ensayo”⁷²¹.

718 ADPM, lg. 10143:22.

719 Ibídem.

720 Ibídem.

721 Ibídem.

La historia de SZM⁷²² muestra en qué posición quedaban las mujeres que había sido sometidas a una violación. Se trataba de una joven de 19 años con un retraso mental. La familia denunció la violación, y la joven fue llevada a la sala 20 por orden judicial en 1949, para que Pedro Ortiz Ramos emitiera un informe sobre el estado mental de la paciente. Finalmente, su informe afirmaba que la palabra de la paciente no tenía validez jurídica alguna porque tenía una edad mental de 5 años, por lo que no había una base firme para la acusación.

ALA⁷²³ en octubre de 1948, permaneció ingresada durante un mes en la sala 20. Relató como una noche, tras enfadarse con su novio, sintió que un hombre entraba en su habitación y le tiró de la sábana:

“Sí tenía un novio, pero se disgustaron por celos de él... Y hace un mes entró un hombre desconocido en su cuarto y empezó a tirarle de la sábana suavemente. Ella dormía con otra hermana, pero ésta no se despertó. Nuestra enferma dio un grito, pero el hombre logró huir. Sí, ese hombre me pretendía (adviértase que antes dijo que era un hombre desconocido)..pero no lo quería. Tiene miedo ‘me parece desde que me pasó eso, que va a entrar otra vez en mi cuarto’.... Luego al ser preguntada, dice que al hombre lo detuvieron por esto: él negaba el hecho, luego lo pusieron en libertad. Pero a sus amigos les dijo que sí había entrado en la habitación (quizás-opinamos nosotros- por resarcirse el sujeto en cuestión del daño que se le había causado)”⁷²⁴.

Ella aseguraba en varias ocasiones que no eran fantasías lo que había relatado. Diagnosticada de psiconeurosis, el psiquiatra trataba en la historia de desmentir o justificar esta situación, mediante apuntes sobre el juicio de realidad de la paciente.

DGA⁷²⁵ tenía 16 años cuando ingresó en la sala 20, en abril de 1947. Llegó con carta de recomendación del negociado de Beneficencia de Torremolinos. En esta carta, dirigida a Pedro Ortiz Ramos, se recogió que su padre era jornalero en la casa del remitente, y que tenía mucho interés en que D. Pedro hiciera “todo lo que pudiera por ella”⁷²⁶. Tras ser diagnosticada de esquizofrenia, y tratada con electrochoque, insulina e incluso ser sujeta con camisa de fuerza, fue dada de alta, y permaneció en seguimiento en consultas externas. En 1951 volvió a consulta y cuenta que está trabajando como sirvienta con una familia de Madrid. Cinco años más tarde, vuelve a aparecer personalmente este recomendador, contando que

722 ADPM, lg. 10152.

723 ADPM, lg. 10571.

724 Ibídem.

725 ADPM, lg. 10570.

726 Ibídem.

un novio que tuvo en Madrid la dejó embarazada y que su hermano no podía hacerse cargo de ella. La paciente misma relató lo sucedido:

“Estoy disgustada porque mi novio abusó de mí y luego no quiere casarse. Después me dijeron que se había ido a Barcelona. Me metió en una casita que estaba haciendo de albañiles. Sólo una vez. Yo creo que será algún hijo que voy a tener. De noche me encuentro la cabeza muy gorda, pienso en matarme, me veo avergonzada... y por eso me he venido a casa de mis padres. Luego me dijeron que él era casado. Llevábamos dos meses de relaciones”⁷²⁷.

Tener un hijo ilegítimo no solo suponía una vergüenza social, y estar estigmatizada para siempre, sino que también se perdía la posibilidad de seguir trabajando.

En algunas historias clínicas se puede apreciar un cierto atisbo de erotización por parte de los comentarios recogidos por el psiquiatra. Esta actitud era atribuida fundamentalmente a las pacientes, donde se recogía como parte de su cortejo sintomático. JCO⁷²⁸ ingresó con 24 años en 1941, por reacciones esquizofrénicas y apunta el psiquiatra en las evoluciones “desmemoriada (tras el electrochoc), me ha dolido algo la cabeza. Todavía le molesta la luz (se nota su libido exaltada). Coquetuela”⁷²⁹. Una semana más tarde igual “Se encuentra mejor, Ruidos de oídos. Algo pueril, cefalalgias. Continúa coquetuela. Sigue de noche con susto”⁷³⁰. Se recoge en el contenido de la historia la queja de la paciente de que el doctor Pedro Ortiz Ramos no tiene interés por ella. Finalmente, se fugó de la institución. En la historia de JDN⁷³¹ de 1937, el psiquiatra también apuntó “fondo erótico” (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010). En el trabajo realizado por Paloma Vázquez sobre las historias clínicas durante la Guerra Civil en el Manicomio de Leganés, también se encontró una historia donde el psiquiatra hacía alusión a la erotización de la paciente, apuntando “erotismo acentuado”. Se trataba de una mujer que mantenía una relación sentimental con un sacerdote, con el que había tenido un hijo, y ambos eran mantenidos por el clérigo (Vázquez de la Torre, 2012, p. 218-219).

727 Ibídem.
728 ADPM, lg. 10467:10.
729 Ibídem.
730 Ibídem.
731 ADPM, lg. 10150:8.

7.5. El trabajo de las mujeres y la gestión del maltrato como estrategia de la subjetivación manicomial.

Dentro del discurso hegemónico sobre la mujer, el desarrollo de los quehaceres domésticos ocupaba un lugar central dentro de la subjetividad femenina. Como indica Ospina (2006, p. 313), la improductividad femenina estaba ligada a su rol de madre, esposa, criada y cuidadora, como fuerza reproductora. En tanto que no podía ser desarrollado plenamente, las mujeres podían ser recluidas y aisladas del resto de la sociedad, a la espera de que la reconducción de las conductas hacia la feminidad hegemónica sucediera dentro del dispositivo psiquiátrico. Las alusiones al desempeño de las actividades domésticas de las mujeres en sus domicilios se constituyeron en elementos que inclinaban la balanza del posible ingreso o no dentro de la institución psiquiátrica⁷³². En este sentido, lo que hacía finalmente que la mujer fuera llevada al manicomio era la dejación de estos deberes domésticos, no tanto su grado de sufrimiento o la aparición de psicopatología. El manicomio podía vislumbrarse como un lugar de depósito de sujetos improductivos (Ospina 2006, p.312), a los que se le sometía a una serie de reglas y normas para tratar de rehabilitarlos como fuerza de trabajo, y donde el fin de mejorar o curar a las mujeres, pasaba porque retomaran el cuidado del hogar. Las mujeres que “no servían” y además presentaban algún tipo de síntoma psíquico, eran llevadas a la sala 20 para su recuperación, no sólo mental, sino social, acorde con el rol hegemónico de mujer de la época. Eran traídas a la institución por familiares en la mayoría de los casos que planteaban la inactividad en casa como detonante del ingreso.

El marido de JMM⁷³³, que ingresó en la sala 20 cuando tenía 30 años, en 1932, escribió, un mes después del ingreso, una carta a las monjas del manicomio para explicar cual había sido el proceso de su esposa:

“Distinguida hermana sor Victoria:

La presente es para saludarla a usted e igualmente a mi esposa y darle los detalles que me exigía en su carta del 25 del corriente atento a la enfermedad de mi pobre mujer. Pues hoy le mando todos los detalles advertidos en mi mujer lo que no dudo de que usted hermana sabrá lo que mi corazón quiere decirle, antes de nada, que acertarán con lo que supone el calor de una Madre que tiene abandonados a cuatro hijos y un Marido. Dios es solamente y el buen corazón de usted para que se tomaran el medio de decirles lo único de que deseo, que se den exactas ideas de los síntomas expuestos

732 Según el estudio de Ospina, “En los casos de la melancolía, la epilepsia, la esquizofrenia y el retardo mental en mujeres, vemos que la reclusión parecía obedecer al alto nivel incapacitante que estos trastornos producían en la labor doméstica” (Opina, 2006, p.311).

733 ADPM, lg. 10143:20. Carta del marido encontrada dentro de la historia clínica.

en esta los cuales son los que ha tenido y mucho más peores de los que les cuento pues son los que les copian cuando tuvo el segundo hijo , ataques de loca, destrozándose la ropa y sin poderla sujetar, siempre sostuvo intento de suicidio, para ella al cambio de un tratamiento médico se puso peor, le daba por abandonar su casa y no volver hasta que le parecía, todo lo que veía en la calle decía que era suyo, dejaba los hijos abandonados, entraba en los comercios y todo lo que cogía se lo traía si no la veían cada instante con guardias en mi casa, y yo pasando bochornos, cogía los taxis del servicio público y los tenía el tiempo que le parecía, y luego las quejas a mí. De noche, se acostaba y no dormía, nada más pegando, yo hermana no tenía descanso ninguno. Llegar a la iglesia, cogía los cepillos y tener que devolverlos yo mismo; a todas las vecinas las trataba de mujer mala, a consecuencia de esto también ha pegado varias veces; en fin, una serie de disparates que es imposible poderlo recordar todo, lo cual no se pueda usted dar una idea lo que esto significa para un Padre que se encuentra con cuatro hijos todos pequeños. Pero también quisiera hermana, que haga usted lo posible, prefiero que quede ahí el tiempo necesario para su total curación. Pues quisiera Dios que usted hermana fuera benévola en decirme la verdad de su carácter, los cuales estoy por no tener que decir más que si se pone buena totalmente, si no, prefiero que quede toda la vida en ese lugar.

Sin más por el momento, le saluda a tan respetada hermana, este SSS agradezco:

....

PD: En caso de tener a bien de contestar le doy esta su casa 3er patio, nº33 Bateria Jota Melilla⁷³⁴.

En la historia de MSM⁷³⁵ que ingresó en 1935 y fue diagnosticada de esquizofrenia, fue descrita por su marido así: "Rarezas. Se va a la calle. Caprichosa. No quiere estar en la casa. Trabaja cuando le parece"⁷³⁶; en el caso de DGS⁷³⁷ de 26 años, que ingresó en la institución en 1940 con diagnóstico de psicosis puerperal, fue llevada por su marido al manicomio y el psiquiatra refleja en la historia "el marido la trae por su inactividad"⁷³⁸. AGG⁷³⁹ era descrita en el conmemorativo patológico de la siguiente forma: "carácter irritable, díscolo, poco trabajadora y poco

734 Ibídem.

735 ADPM, lg. 10150:4.

736 Ibídem.

737 ADPM, lg. 10468.

738 Ibídem.

739 ADPM, lg. 10150.

inteligente”⁷⁴⁰. En la historia de DFS⁷⁴¹ en 1940 se anotó: “Desde hace 4 años que el marido falleció en Gerona, la notan mal. Empezó a tener mal genio, contestaba a su madre, trabajaba poco en la casa...actualmente no se ocupa en nada, muy arreglada, le sonrío a los hombres”⁷⁴². Según lo anotado en la historia de ADC⁷⁴³ “Refiere el marido que lleva bastante tiempo que la nota rara. Desde febrero no se ocupa en nada, se niega a comer a veces, y dice tonterías”⁷⁴⁴.

Las diferencias entre las pacientes y la familia podían ser tomadas como síntomas, hecho que ha sido constatado en otras instituciones como Santa Isabel de Leganés, donde una mujer joven de 24 años de edad, ingresó en 1914 con diagnóstico de psiconeurosis, descrita por el psiquiatra que la atendía como “locuaz, un tanto excitada, con insomnio y formulando protestas acerca de la conducta de su familia con ella por cuya causa se encuentra atendida de su neurosis”. Posteriormente, se apuntaba “pasado un mes se tranquiliza, realizando las (...) de su sexo y mostrándose más comunicativa y afectuosa” (Candela, 2017, p. 221). En su historia se conservaba una carta, donde la paciente trató de plasmar esos problemas de relación con familiares, que no tuvieron cabida dentro de la institución.

Las mujeres (incluso cuando eran aún niñas) suponían el sostén de las familias cuando la madre fallecía, como se explicita en la historia clínica de DMZ⁷⁴⁵, que ingresó a los 30 años en la institución en 1932, y según refirió el hermano en la recogida del conmemorativo patológico:

“No hay antecedentes de sífilis en la familia. La abuela paterna alcohólica y maniática. La madre murió del corazón: han sido 9 hermanos, 3 muertos uno al nacer, y dos de meningitis. La enferma es la tercera, nació y se crió bien, fue al colegio, inteligente, trabajadora, muy formal. Desde que su madre murió ella ha estado al cargo de la casa. Su padre se casó por segunda vez, esto la contrarió mucho, desde entonces siempre estaba triste, pensativa, no quería salir de casa: así estuvo un año, después empezó el delirio”⁷⁴⁶.

El hecho de volver a ocuparse de las tareas domésticas era tomado como un signo de recuperación, como en el caso de MPM⁷⁴⁷ que se apuntaba en la historia: “Desde hace 15 ó 20 días viene mejorando. Muy activa, se ocupa en los quehaceres de la casa”. Esta idea puede estar apoyada por la alta frecuencia de mujeres que eran dadas de alta en la institución a petición familiar, en algu-

740 Ibídem.

741 ADPM, lg. 10468:12.

742 Ibídem.

743 ADPM, lg 10150:38.

744 Ibídem.

745 ADPM, lg. 10143:14.

746 Ibídem.

747 ADPM, lg. 10150:12.

nas ocasiones, en contra incluso del criterio médico como en el caso de AJC⁷⁴⁸ y AMC⁷⁴⁹ (Fig. 4). Este dato puede estar en relación con la necesidad de reinstaurar un régimen de normalidad en el domicilio, reubicar a la mujer en su posición como cuidadora de la casa y de la familia.

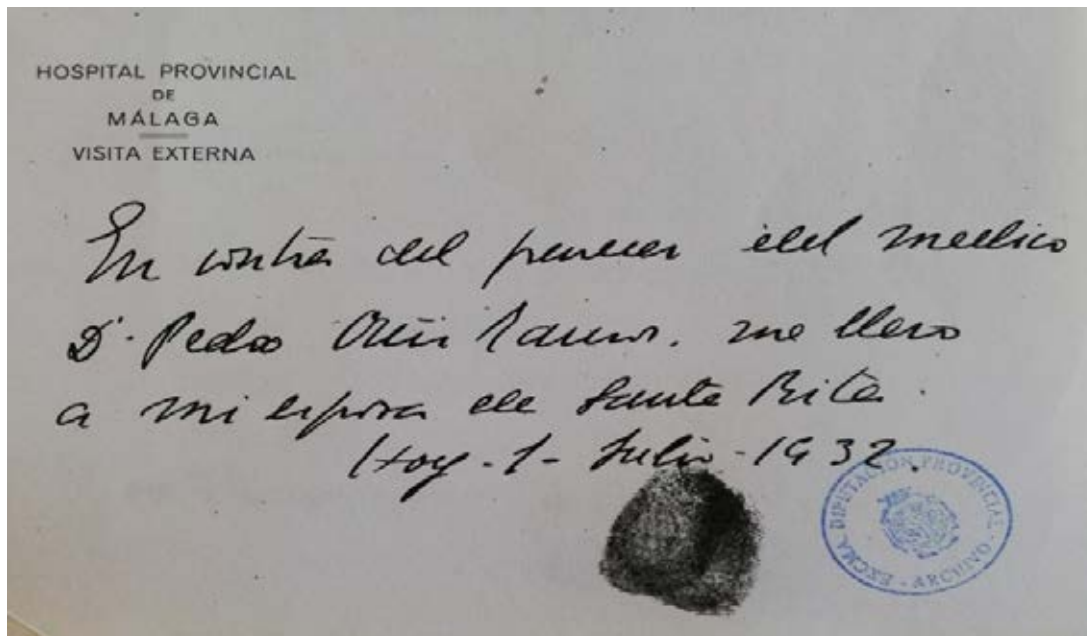


Fig. 4: Escrito de alta de la paciente en contra de la voluntad del psiquiatra de la sala 20, Pedro Ortiz Ramos (ADPM, lg. 10150:31).

La ausencia de los maridos era recogida frecuentemente en las historias clínicas como motivo de alteración nerviosa de las mujeres. En algunas ocasiones, que el marido no estuviera en el domicilio hacía que el sostén económico fuera imposible, y la frustración de algunas mujeres se tradujera en desesperación. EHN⁷⁵⁰ ingresó a los 40 años, natural de Ronda, en 1932 y permaneció casi un año en la institución, sin diagnóstico alguno. Su marido acababa de fallecer, y decía que los vecinos le quitaban la ropa y los zapatos. A pesar de ser descrita por su hijo como "muy buena, trabajadora y ordenada para las cosas de la casa"⁷⁵¹, fue capaz de denunciar explícitamente cómo la habían trasladado al manicomio, a la fuerza, y señalaba "este es el primer daño que me habéis hecho, traerme aquí"⁷⁵². En el caso de JBR⁷⁵³ que ingresó en 1950, se describió: "Atribuyen los ataques a los disgustos y necesidades que pasa: el marido no está con ella; tiene 3 hijos, no trabaja en nada (el marido desde hace 2 años no ve a la mujer). Mucha desespera-

748 ADPM, lg. 10152.

749 ADPM, lg. 10150:31.

750 ADPM, lg. 10143:16.

751 *Ibidem*.

752 *Ibidem*.

753 ADPM, lg. 10152.

ción, dando gritos”⁷⁵⁴. En el caso de CRP⁷⁵⁵, que ingresó en 1950 era el propio marido el que reconocía el exceso de trabajo de su mujer como origen de su malestar.

En el primer tercio del siglo XX, las mujeres participaron de forma activa en el mercado laboral con carácter remunerado como se ha puesto de manifiesto en estudios referentes a otros países europeos (Duby y Perrot, 2003). Sin embargo, por la no participación de España en la Guerra Mundial, este argumento no podría explicar el aumento de las mujeres en los trabajos fuera de casa. Esta cuestión seguía estando más relacionada con la necesidad económica que con otros supuestos. A pesar de esto, durante la Segunda República hubo una entrada de mujeres altamente cualificadas en política que ocuparon cargos relevantes⁷⁵⁶. Sin embargo, con el estallido de la Guerra Civil Española, y la instauración posterior de la dictadura franquista, el trabajo como fuente de realización personal, independencia económica o como plataforma de movilidad social (Peinado, 2012, p. 88) comenzó a ser sustituido por los ideólogos del régimen por la necesidad de que la mujer afianzara su lugar en el ámbito de lo doméstico y los cuidados⁷⁵⁷. El trabajo fuera de casa como elección, era visto como el culpable de la desatención y el descuido, como lo que alejaba a la mujer de su principal función para la que estaba biológicamente preparada⁷⁵⁸. Como indica Jiménez Lucena (1998, p. 124) el Franquismo elaboró un discurso ideologizado sobre el trabajo de las mujeres, acompañado del desarrollo de estrategias políticas para mantener a las mujeres en el ámbito de lo doméstico. La medicina se constituyó en herramienta ideológica al servicio del régimen, que además se cruzaba con un discurso eugenista, en términos de raza. El Franquismo diseñó un plan para mitigar los efectos negativos que en la población tuvo la Guerra Civil, queriendo hacer una raza de nuevos españoles, afines al régimen, y ocupándose de desmarcarse del “peligro rojo”, más cercano a lo animal que a lo humano (González Duro, 2012, p. 23). La mujer hegemónica del Franquismo tenía que permanecer en casa, y debía ser portadora y transmisora de los ideales religiosos y políticos del régimen. Para ello, se elaboraron leyes como la de la duplicación del préstamo por nupcialidad (1941) en el caso de que la mujer renunciara a su puesto de trabajo. Además, las mujeres que desempeñaban trabajos más “hombrunos”, estaban más expuestas a los vicios del sexo opuesto como el alcoholismo y el tabaquismo (con el consiguiente riesgo para su papel maternal y el perjuicio para la raza); si renunciaban a esos trabajos, se les daba prioridad para recibir el mencionado préstamo (Jiménez Lucena, 1998, p. 124). Por ello, debían intervenir en la raza y el trabajo femenino “[...] a fines de prevención y corrección de los efectos patológicos resultantes de que la mujer se

754 Ibídem.

755 ADPM, lg. 10440.

756 Son conocidos los casos de Federica Montseny, Victoria Kent, Margarita Nelken que ocuparon puestos políticos durante la Segunda República.

757 El papel de la Sección Femenina fue fundamental en la difusión de esta nueva ideología sobre el trabajo femenino (Peinado, 2012).

758 Vallejo Nágera en *La sabiduría del hogar: Antes que te cases: manual para mujeres y hombres jóvenes*, informaba acerca de la relación entre la biología de los sexos y el papel dentro de la pareja (Vallejo, 1946).

dedica a tareas para las que no está dotada biológicamente. A la sociedad le importan madres robustas y hembras prolíficas, mantenidas por varones vigorosos, aptos para la guerra y para la caza” (citado en Jiménez Lucena, 1998, p. 124).

Sin embargo, al trabajar con las historias clínicas de la sala 20, se hace necesario introducir el análisis de clase en esta cuestión del trabajo. El discurso del régimen Franquista con respecto al trabajo femenino no pudo calar de igual forma en las clases más pobres. Si bien las mujeres burguesas pudieron ceñirse a esta ideología donde primaba su papel como madres y cuidadoras de esa nueva “raza”, las mujeres pobres no pudieron elegir. En las historias clínicas se pone de manifiesto que las mujeres trabajaban tanto dentro como fuera de su casa, y que su aportación económica en la familia era fundamental. Si bien estas ocupaciones no estaban recogidas en las historias clínicas dentro del apartado “profesión” en los datos administrativos, en el relato de los procesos emergían estos trabajos “silenciados”: planchadoras, bordadoras, mujeres que se dedicaban a encalar casas, costureras, entre otras⁷⁵⁹. RAN⁷⁶⁰ ingresó en 1931 a los 40 años, aquejada de parálisis general progresiva y tratada con piretoterapia (aunque no se especifica con qué agente se producen los accesos febriles). Ella refería: “Yo he venido a Málaga a ver las procesiones, pero lo que yo quiero es blanquear para ganar dinero”⁷⁶¹.

En algunas de las historias clínicas analizadas se pone de manifiesto la importancia de estos trabajos fuera del ámbito de lo doméstico, y cómo las mujeres se resistían a ser despedidas. La sala 20 se constituyó también en un lugar de denuncia de estas situaciones, quedando plasmado en la historia clínica la rabia de las mujeres, reconvertida en síntoma: JHL⁷⁶² ingresó en la institución en 1942, cuando tenía 30 años, diagnosticada de psiconeurosis. Estaba trabajando como sirvienta en una casa del Paseo de Miramar (una zona de alto poder adquisitivo de la época en Málaga). Según se anotó en la historia, el 4 de abril del mismo año, tuvo una crisis y no podía dormir, por lo que los señores de la casa la trasladaron al manicomio. El psiquiatra apuntó:

759 La cuestión del trabajo de las mujeres fuera de sus domicilios quedaba invisibilizado no sólo en la estructura manicomial, sino que respondía a una estrategia generalizada. En este sentido, el estudio que realizó Pérez (1993, p. 40) ponía de manifiesto cómo en el padrón de habitantes del Puerto de Santa María durante la Segunda República, las mujeres constaban como dedicadas a “su casa” en un 90-95%, y no quedaban registrados muchos trabajos que las mujeres desarrollaban porque eran considerados prolongaciones de sus “quehaceres”. Sin embargo, en este estudio, se pone de manifiesto cómo las trabajadoras de las conserveras del puerto tenían una actividad sindical importante, participando en las reuniones, cotizaban, participaban en la propaganda política, aunque con un carácter temporal. En la investigación llevada a cabo por Pura Sánchez sobre las mujeres represaliadas en el Franquismo por el Tribunal Militar Territorial Segundo, en la mayoría de los expedientes consta como profesión “su casa”, mientras que se explicitan en los contenidos otras ocupaciones como garbanceras, carboneras, vaqueras y, mayoritariamente, sirvientas (Sánchez, 2009, p. 21). Para profundizar en la cuestión de la situación laboral de las mujeres durante la Segunda República, véase Núñez (1993).

760 ADPM, lg. 10143:24.

761 Ibídem.

762 ADPM, lg. 10150:27.

“El día 1 del corriente está en casa de sus señores, y se encuentra en cama. Se queja hipocondríacamente. Habla irónicamente. Dice que no la molesta nada, pero que la han tomado con ella y se ríen, especialmente los señores de arriba. A veces tiene tendencia a enfadarse. Obedece al decirle que tiene que venir al hospital. Es ingresada esa misma noche. Sin concepto de enfermedad psíquica”⁷⁶³.

Posteriormente, queda reflejado en la historia el discurso de la mujer:

“Refiere que los señores de arriba tienen una chica, y le preguntó si sabía algo de su marido y le contestó que no. `Esa chica me dijo que mi marido debía pagar ahorcado´”. Se aflige. Su marido es obrero. Desde el movimiento no sabe nada de él. Lo conoció en Sevilla, hace más de diez años. Ha vivido dos años con él, después fue operada de mellizos. Ella estaba en Sevilla con su señora y desde allí se vino a Málaga con ella”⁷⁶⁴.

La mujer relataba los comentarios que oyó sobre ella, como malos informes de su proceder “que mi marido era un rojo peligroso... y todo esto se lo ha dicho a mi señora la criada de los señores de arriba”⁷⁶⁵. Contaba cómo la señora a partir de estas referencias quería que dejara de servir en su casa y cuáles podían ser las consecuencias: “Tengo mucho sufrimiento, porque mi padre y mi madre están enfermos y sufro al pensar que pueden no vivir por esto”⁷⁶⁶. El psiquiatra apuntó que “le hace psicoterapia”⁷⁶⁷. La mujer permaneció ingresada nueve días, en los que, tras plantearle el alta, se le comunica que los señores de la casa no la podían admitir “por el miedo a que se reproduzca la situación difícil anterior y que debe irse a Sevilla a reponerse con su familia”⁷⁶⁸.

En el caso de JCH⁷⁶⁹, natural de la Línea de la Concepción y que ingresó en 1942 cuando tenía 30 años, se apuntó que la paciente desarrollaba su actividad laboral como cigarrera⁷⁷⁰, al parecer, en una fábrica de Gibraltar, a la que se hace alusión en el contenido de la historia. Tras ser sometida a varias sesiones de electrochoques, y que el psiquiatra detectara un síndrome amnésico como posible efecto secundario de este tratamiento, al preguntarle donde estaba, quedó reco-

763 Ibidem.

764 Ibidem.

765 Ibidem.

766 Ibidem.

767 Ibidem.

768 Ibidem.

769 ADPM, lg.10467:9.

770 La lucha en nuestro país de las cigarreras por mejorar sus condiciones laborales ha sido abordada por investigadoras feministas que han puesto de manifiesto el papel protagonista de las mujeres en las luchas obreras durante el siglo XIX. No he encontrado historias de mujeres que trabajaran en la fábrica de tabacos de Málaga, a pesar de que constituyó una de las industrias más importantes en cuanto a empleo femenino. Para profundizar en esta cuestión, ver Campos Luque (2004).

gido en la historia: “Esto es Gibraltar, esta es la casa de Don Jaime, Don Jaime es un caballero que tiene esta fábrica, que sirve para el negocio del tabaco. No sé el tiempo en que estamos. Estoy aquí en la fábrica porque había poco negocio, pero ya me encuentro bien”⁷⁷¹.

El caso de DFL⁷⁷² que ingresó en la sala 20 en diciembre de 1947 cuando tenía 21 años también es un ejemplo de resistencia en el ámbito del trabajo. Ella era empleada dentro del Colegio de Huérfanos de Ferroviarios⁷⁷³, localizado en Torremolinos. Allí, Eduardo Jáuregui redactó una pequeña carta para que fuera reconocida por Pedro Ortiz Ramos, y para que éste elaborara un informe donde quedara claro su estado mental y su capacidad para desempeñar el trabajo que desarrollaba en ese momento. Según ella misma relataba: “yo creo que como intento entrar de nuevo en el colegio y me puse mala antes, ahora no quieren tenerme allí, y por eso me mandan aquí”⁷⁷⁴. El psiquiatra recoge que la madre no la veía mal, sólo que tenía escasa actividad para la casa. Según la paciente expresaba:

“si no hemos vuelto a visitarle (a Pedro Ortiz) es porque me encuentro bien. El médico del seguro me dio el alta porque me encontraba bien; sólo la directora del colegio, al conocer que visité a usted, sospechaba que yo estaba mal de la cabeza, eso es lo que la directora cree y por eso pide un certificado. Yo estaré aquí si usted me lo exige para observarme; pero ella no tiene derecho a dejarme fuera del trabajo”⁷⁷⁵.

Un mes después después del ingreso aseguró que Eduardo Jáuregui, médico del colegio, le dijo que ella no podía estar allí. Cuando iba a ser dada de alta, el psiquiatra apuntó el cambio en su discurso: “Sí, la señora directora del colegio es seria pero buena: como yo no me comportaba bien, pues me tuvo que llamar la atención”⁷⁷⁶. Permaneció 3 meses ingresada en la sala 20. Finalmente volvió a ingresar en 1954, cuando trabajaba en el Hotel Belaire, a consecuencia de una intoxicación de sedantes.

El trabajo más frecuente después de “sus labores” o “su sexo”, era el de sirvienta. Málaga fue destino de numerosas mujeres al final del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX que llegaban desde zonas rurales a la capital para trabajar en casas de familias burguesas como sirvientas (Martínez López, 2015; Campos Luque, 1999). Estas mujeres solían ser muy jóvenes, con un nivel cultural muy

771 ADPM, lg.10467:9.

772 ADPM, lg.10570.

773 En 1930 en Madrid, se abrió el primer colegio de Huérfanos de Ferroviarios por la Asociación General de Empleados y Obreros de los Ferrocarriles de España. Cinco años más tarde, en septiembre de 1935, se inauguró en Torremolinos un “Colegio sucursal”. Esta institución permaneció en funcionamiento hasta su cierre en 1973 (Ventajas, 2013, p. 577).

774 ADPM, lg. 10570.

775 Ibídem.

776 Ibídem.

bajo y, en ocasiones, pasaban antes un tiempo internadas en una institución, el Instituto de la Inmaculada, donde eran “instruídas” para trabajar en las casas. Esta instrucción tenía que ver con sus habilidades en el desarrollo de las actividades domésticas (planchado, bordado, cocina...) pero también conllevaba un “adiestramiento” ideológico-religioso, donde debían aprender a ser buenas cristianas⁷⁷⁷ (Campos Luque, 1999, p. 103). GCS⁷⁷⁸ ingresó en la sala 20 en 1949, cuando tenía 18 años, procedente de Sevilla. Fue llevada al manicomio por la madre superiora del Instituto de la Inmaculada, donde estaba para aprender el oficio de sirvienta. En el instituto había permanecido 6 años, por lo que ingresó cuando tenía unos 12 años. La monja relataba lo sucedido:

“Anteanoche, después de cenar, comenzó súbitamente a dar carcajadas, lloraba, decía `no me hagas sufrir que yo no hago sufrir a nadie. Yo soy así fuera, yo soy buena y quiero mucho a la hermana Francisca o a esta otra hermana´. Durmió con hipnótico sedante, al día siguiente tuvieron que salir para distraerla, preguntaba por datos de la familia que antes no lo hacía `¿y mi madre?´ ...Anoche estaba muy excitada, a gritos, no paraba de hablar en toda la noche, tuvieron que sujetarla, se rompía la ropa, exaltación religiosa `quiero hacer de este infierno un cielo. Atribuye la madre firmante que se haya impresionado por el estado de necesidad que están pasando sus hermanos y la madre. A veces ella guardaba el pan para sus familiares y como el domingo tuvo visita, y le hablaron de que se quedaban sin comer.... Padre desaparecido hacía 12 años, expatriado por causa de guerra, era peon albañil. El día que se puso mal en el colegio decía `pienso mucho, ¿no voy a sufrir? Con mi padre ausente...´ siempre había sufrido al ver el estado desfavorable en que se encontraba la familia para mantenerse `yo sufro mucho pero no me importa sufrir, morir...pero Señor, lo que tú quieras´ (se quería peinar igual que una santita que había sufrido mucho)”⁷⁷⁹.

Fue tratada con electrochoques, y estuvo internada durante 4 meses.

Otras mujeres que trabajaban como sirvientas, argumentaban problemas que habían tenido con la señora o el señor de la casa. Las sirvientas no solo debían conocer todo lo que tenía que ver con las actividades domésticas, sino tratar de no dañar la imagen de un buen servicio (Ospina, 2006, p.307), lo que podía tener que ver con cuestiones religiosas y políticas. Otras veces, se establecían relaciones amorosas con los señores de la casa, desde una doble moral, cuya base era el poder ejercido desde el señorito hacia la sirvienta, y que confluían en un

777 En esta institución también organizaban escuelas nocturnas para obreras donde se le enseñaba labores, caligrafía, aritmética, música y sus deberes como cristianas. En ocasiones, esta “catequización” era llevada a cabo por las señoras de las casas donde servían (Pérez, 1993, p. 41).

778 ADPM, lg. 10452.

779 Ibídem.

espacio difícil de delimitar, entre el trabajo y lo amoroso. MGA⁷⁸⁰ tenía 42 años cuando ingresó en la institución en mayo de 1934. Natural de Teba, fue a trabajar a Córdoba como sirvienta. El psiquiatra recogió su relato:

“Dice que estaba sirviendo con un hombre que le llamaban Manzano (de apodo). Un abogado de este hombre la puso por loca y la llevaron al manicomio de Córdoba, donde ha estado 10 meses...Ha vivido 6 años con este hombre en calidad de criada ‘y algo más’. Se negó a pagarle un sueldo a base de 6 duros mensuales y además la abandonó reuniéndose él con la mujer. Ella lo defendió y lo cuidaba y hasta labraba la finca con gran ardor. Ahora se encuentra en un manicomio por haber querido defender lo que es suyo y muy legítimo”⁷⁸¹.

Esta mujer quedó en reclusión definitiva en la institución y falleció en 1961.

LGZ⁷⁸², natural de Ojén, ingresó en 1948 en la sala 20 y fue tratada por Pedro Ortiz Ramos. Al ingresar, el psiquiatra apuntó que no sabía leer ni escribir⁷⁸³, y que había sido torpe para los estudios. Finalmente, ella contaba que había ingresado “por una sofocación que me dieron. Me dijo la señora con quien servía unas cuantas palabras que a mí no me agradaron”⁷⁸⁴. Luego sufrió un ataque, y fue trasladada al manicomio, para ser diagnosticada de psiconeurosis reactiva o de situación. Permaneció en la sala 20 quince días, y fue tratada con electrochoques. Aunque la paciente no entra a contar qué había ocurrido, podemos intuir que esas diferencias con la señora de la casa afectaron a su estado emocional hasta provocar una crisis de agitación.

Por otro lado, el trabajo dentro de la institución psiquiátrica constituyó una de las más potentes estrategias para modelar las subjetividades de las mujeres, pero hay que ponerla en estrecha relación con mecanismos de autofinanciación, en el contexto de una difícil situación económica por la que pasaron las instituciones psiquiátricas de la beneficencia en la primera mitad del siglo XX. Aunque

780 ADPM, lg.10153:150.

781 Ibídem.

782 ADPM, lg. 10567:59.

783 Aunque a partir de la segunda mitad del siglo XIX se legisló la obligatoriedad de la educación hasta los 12 años, en 1910 la tasa de analfabetos en Málaga era la más alta del país, 75´83 para los hombres y 82´99 para las mujeres. Sin embargo, desde 1910 a 1930 hubo un aumento en la tasa de alfabetización (Campos Luque, 1999, p. 99), si bien la tasa de alfabetización masculina siempre estuvo por delante de la femenina. Málaga llegó a ser la provincia española con mayor población analfabeta del país en 1920, lo que fue interpretado por la Asociación de Magisterio público como un error, en noviembre de 1922. Fueron los anarquistas los más preocupados por una educación alejada del paternalismo cristiano, abogando por la creación de escuelas racionales. Además, el hecho de que hubiera un mayor nivel de alfabetización en hombres entre 1877 y 1887, y que el crecimiento de la tasa de alfabetización en mujeres no comenzara a ascender hasta 1930 indica que “no fue por una deficiente oferta educativa sino, como venimos argumentando, por el arraigo de unas formas de vida, unas costumbres, y fundamentalmente, una mentalidad” (Peinado, 2012, pg. 41).

784 ADPM, lg.10567:59.

la terapia del trabajo surgió como herramienta terapéutica, algunos autores han indicado su carácter marcadamente ideológico (Comelles, 1988, p. 79). El trabajo constituyó también una forma de “domesticación” dentro de la institución.

Según el primer Reglamento del manicomio de Málaga de 1917, tanto hombres como mujeres que no fueran pensionistas debían desarrollar trabajos dentro de la institución, para ayudar a su mantenimiento⁷⁸⁵. Posteriormente, con el desarrollo de la terapéutica del trabajo o laborterapia que fue propuesta por Hermann Simon a partir de 1918 (Simon, 1937), se trató de introducir el trabajo dentro de la institución como parte de la terapia de los pacientes, basándose en la idea de que permanecer inactiva o inactivo influía negativamente en el pronóstico y la evolución de cualquier enfermedad mental. De hecho, en el siguiente reglamento del hospital elaborado en 1934, en lo que se refería a la organización del manicomio, se reflejaba la necesidad del trabajo para estos pacientes, premiando a los trabajadores con ropas, postres, y tabaco⁷⁸⁶. Gonzalo Rodríguez Lafora mantenía que la laborterapia cambiaría el concepto de las instituciones manicomiales pasando de ser “almacenes de seres reclusos en inactividad y con un constante sentimiento de protesta, a locales de trabajo con orden y tranquilidad” (Rodríguez Lafora, 1931, p.307). Este neuropsiquiatra, referente de la generación de los *Archivos de Neurobiología*⁷⁸⁷, no dudó en establecer las diferentes actividades dentro de la laborterapia que debían realizar hombres y mujeres. Señalaba que el trabajo más beneficioso para los enfermos mentales era el que se desarrollaba al aire libre, sin embargo, destinaba a las mujeres trabajos de elaboración de lápices, punto marca y costura, entre otros (García-Díaz, 2018). Detrás de estos trabajos también había una intención de mantenimiento y de ahorro de las instituciones. El propio Pedro Ortiz Ramos, en la memoria de 1931-1934⁷⁸⁸ describió cómo los pacientes de la sala de hombres habían contribuido a allanar un terreno y construir unos bancos en los alrededores de un nuevo pabellón de varones⁷⁸⁹. El trabajo de los dementes estaba basado entonces en la idea que el mismo Pedro Ortiz Ramos reiteró en dicha memoria: “pues es bien sabido que los dementes ociosos difícilmente se curan, mientras que, trabajando, se distraen y sus ideas se normalizan y además proporcionan ingresos y mejoras de mucho interés”⁷⁹⁰. En el caso de las mujeres, desarrollaban tareas de limpieza, cocina, cosido, planchado, marca y lavandería, que quedaban escasamente reflejadas en las historias (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010).

785 “Los enfermos que no sean pensionistas y cuyo estado físico lo permita, a juicio del director del hospital y durante las horas que éste señale, cultivarán la tierra del parque y labrarán esparto, ayudándose con esa labor al gasto de los vestidos”. BMM, 22/27.

786 BMM, 22/6

787 En el capítulo 3 de esta tesis se hace referencia a esta generación de médicos jóvenes interesados en la asistencia y el tratamiento de los dementes.

788 ADPM, lg. 4820, Memoria Hospital Civil, 1931-1934.

789 *Ibidem*, pp.47-48.

790 *Ibidem*, p. 51.

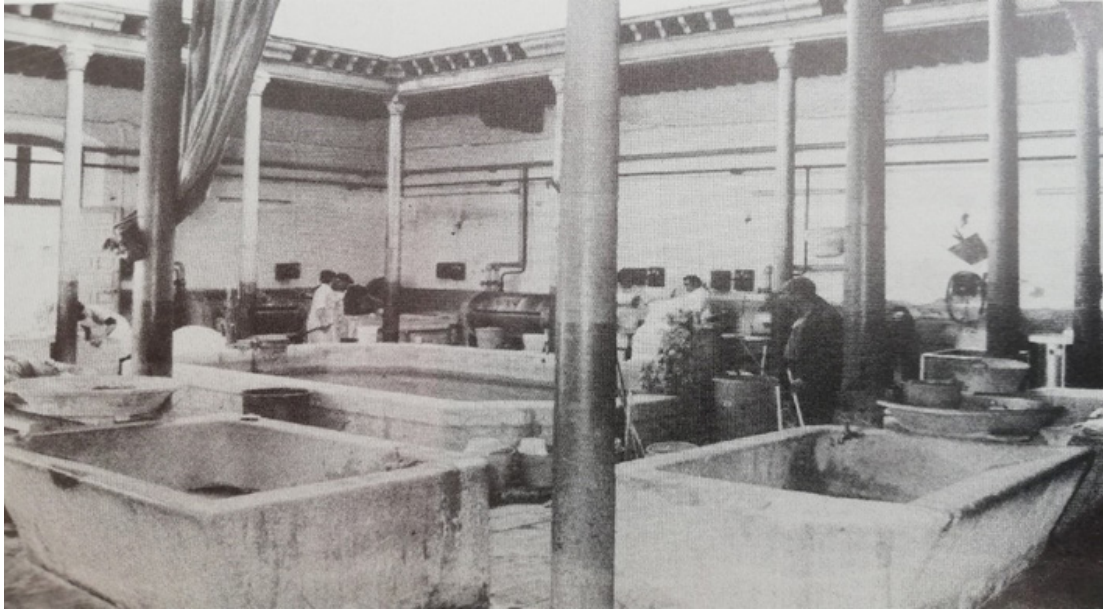


Fig. 5. Lavandería (Castellanos y Carrillo, 1985).

En el caso de Santa Isabel de Leganés, como indica Conseglieri (2008, p. 139), solo en seis historias clínicas correspondientes al periodo de la Segunda República recogían el trabajo desempeñado dentro de la institución, mientras que, según otras fuentes encontradas, apuntaba a que eran más mujeres las que desempeñaban actividades laborales dentro del manicomio⁷⁹¹. De nuevo podemos pensar en una invisibilización del trabajo de las mujeres dentro de la institución y una perspectiva utilitarista de las pacientes, a las que trataban de resistirse algunas de ellas, como veremos más adelante. La sala 20 puede ser redefinida como prolongación del espacio doméstico dentro de la institución manicomial, un espacio de trabajo no remunerado, y sin que conste en las historias clínicas “compensaciones” en forma de postres, tabacos y ropas, tal y como se recogía en el Reglamento de 1934.

En la historia de FMR⁷⁹², que ingresó en 1939 a los 29 años, el psiquiatra apuntó su actividad dentro de la sala 20:

“Desde que ingresa se pone a trabajar en el costurero. La han traído porque ha estado con fiebre. Al preguntarle por qué se fuga, responde ‘salí y me dieron ganas de coger la carretera’ me daba cuenta de que era la carretera de la Torre, pero la afición de irme no sé por qué era”⁷⁹³.

Más adelante se vuelve a apuntar: “como está tranquila se le manda al cos-

791 “De 126 enfermas, trabajan 46. Treinta cosen la ropa de la casa, hacen encaje cuatro, flores una, ayudan a la limpieza de los departamentos con las Hermanas de la Caridad y al lavadero 10. Una se dedica a los trabajos de malla”. Carta del dr. Aurelio Mendiguchía, director de la sección de mujeres, al jefe facultativo en julio de 1933 (Conseglieri, 2008, p. 140).

792 ADPM 10150:26.

793 Ibídem.

turero"⁷⁹⁴.

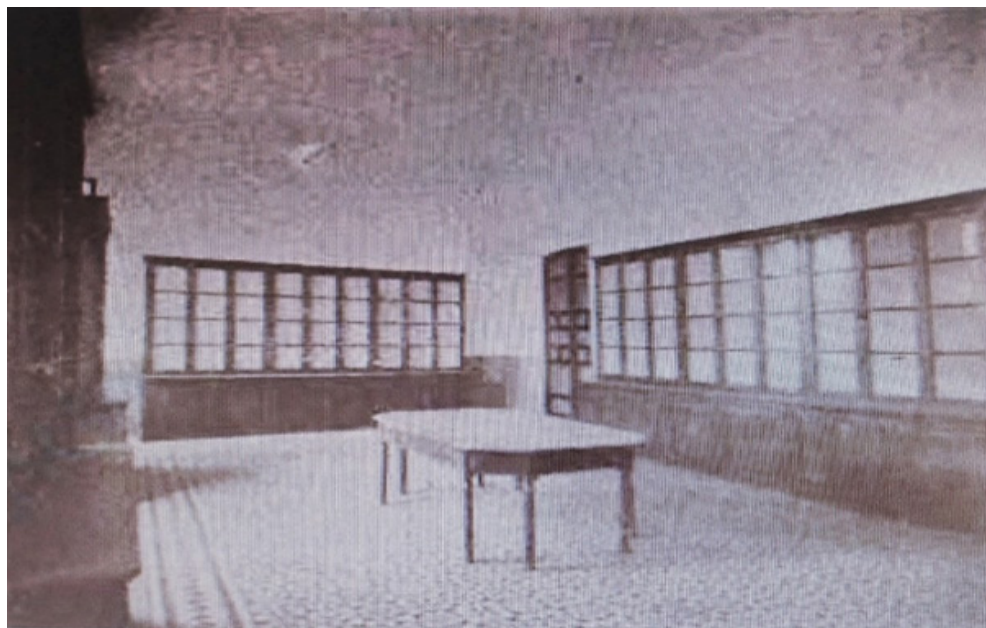


Fig. 6. Ropería. (Castellanos y Carrillo, 1985).

Las historias de mujeres en reclusión definitiva son las más ricas en cuanto a la cuestión del trabajo dentro de la institución. Posiblemente constituyeron el núcleo de mano de obra barata de la sala 20. Así, en el caso de RPJ⁷⁹⁵, que ingresó en 1909 y quedó en reclusión definitiva, lo único que se recogía en los años sucesivos era si trabajaba o no, así como las demandas explícitas que ella hacía de salir de la institución. DPC⁷⁹⁶, natural de Riogordo, ingresó la primera vez en 1924 a los 36 años, reingresando en 7 ocasiones más, hasta el último ingreso en 1949 donde quedó en reclusión definitiva. En 1963 falleció en la sala de mujeres. En esos 12 años, se recoge reiteradamente: "trabaja en la costura, trabaja en el croché, trabaja.... `no me voy porque no vienen por mí´. Trabaja, cose y lava"⁷⁹⁷. DPG⁷⁹⁸ también diagnosticada como oligofrénica, ingresó, procedente de Alameda, en 1925 y quedó en reclusión definitiva hasta 1966 año en el que falleció. Se apuntó en la historia: "Trabaja fregando el suelo, hace cuánto le indican. Está regular de limpia. Tiene carácter"⁷⁹⁹. DGM⁸⁰⁰ estuvo ingresada en la sala 20 desde 1931 hasta 1966. Las mujeres ingresadas en reclusión definitiva realizaban diferentes trabajos, como se plasma en la historia de esta mujer, no sólo trabajaba en la cocina, sino también limpiando.

794 Ibídem.

795 ADPM, lg. 10153: 135.

796 ADPM, lg. 10153:177.

797 Ibídem.

798 ADPM, lg. 10153:71.

799 Ibídem.

800 ADPM, lg. 10153:84.

FGH⁸⁰¹ ingresó en dos ocasiones en la institución, la primera vez en 1920 y quedó en la sala 20 hasta 1932. Fue dada de alta, y volvió a ingresar en tres ocasiones más, hasta que se fugó de la institución en 1941. A partir de 1938 se apunta que trabajaba en la cocina. Además, en su relato, insistía en no saber por qué la habían llevado al hospital:

[...] vino a Málaga desde Coria sirviente de D. Andrés Col, canónigo y pasó las oposiciones a esta Catedral. Salió de la casa ya en Málaga, y ha servido durante 18 años, después aporrearón su puerta de la casa, donde ella vivía y la trajeron aquí ignorando la causa⁸⁰².

Otras pacientes se resistían a la cuestión del trabajo dentro de la institución. Es el caso de TGLL⁸⁰³, natural de Mollina, que ingresó en 1932 y permaneció casi un mes y medio ingresada. Se apuntó en la historia: “No hace nada, pide que le den trabajo, pero nunca ha hecho lo que le mandaban”⁸⁰⁴. En la entrevista, se queja de estar ahí “sufriendo estoy desde que estoy aquí”⁸⁰⁵. MGA⁸⁰⁶ ingresó en la sala 20 en 1934. Comenzó a trabajar en la cocina, hasta que comenzó a negarse a seguir haciéndolo. Según ella misma decía, recogido entrecomillado en el relato clínico “dejaba de hacer los trabajos en la cocina del hospital porque no le pagan una peseta diaria y no quiere ser explotada”⁸⁰⁷.



Fig. 7. Cocina (Castellanos y Carrillo, 1985).

APR⁸⁰⁸ ingresó en 1948 y permaneció en la sala 20 durante diez meses. Na-

801 ADPM, lg. 10150:54.

802 Ibídem.

803 ADPM, lg. 10143:27.

804 Ibídem.

805 Ibídem.

806 ADPM 10153:150.

807 Ibídem.

808 ADPM 10152.

tural de Casabermeja, su madre la sacó del “Hogar Rosa” de la Falange, para llevarla a casa y que trabajara con ella. En su domicilio, no trabajaba, y había altercados con la familia, por ello fue llevada a la sala 20. Ella se resistía al trabajo dentro de la institución, y manifestaba que quería trabajar para que le dieran de comer, aunque resultó inactiva para el psiquiatra y las monjas. Se apuntó en la historia clínica: “Acostumbrada al hogar de la falange, no se adapta a la lucha por la existencia”⁸⁰⁹.

En cuanto a la gestión de la violencia hacia las mujeres, nos hemos preguntado por qué estas mujeres que la sufrieron terminaban en la sala 20, habiendo pasado previamente por otras salas del hospital por la necesidad de atención a las lesiones que presentaban. En la respuesta hemos encontrado que las mujeres, ellas mismas o a través de sus familiares, denunciaban las situaciones de violencia a las que eran sometidas, tanto en el ámbito de la pareja como en la familia. En el caso MGT⁸¹⁰, que ingresó en 1932 y permaneció dos meses en la sala 20, quedó anotado en su historia:

“Dice que es muy desgraciada. Que nadie la quiere. Muy tranquila y ordenada. Algo indiferente. Desde hace más de un año su marido la trata brutalmente. Le dice palabras feas, las vecinas también la tratan mal. Ha visto figuras deformes que no puede describir”⁸¹¹.

No recibió diagnóstico alguno dentro de la institución. MVA⁸¹² ingresó en 1932. Su padre relató sus antecedentes:

“Hace dos años estuvo recluida en este manicomio, el padre no sabe los síntomas, estaba en Cuba. Ha llevado vida anormal: hace un año que se casó, no ha sido feliz en el matrimonio; pues el marido está preso por que al poco tiempo de casados le dio a ella varios tiros; estuvo encamada en este hospital, de donde salió curada. Hace 15 días salió muy impresionada del cine, decía que iba a matar a los ricos... hace unos días arrojó una botella por el balcón, lo que les obliga a recluirla”⁸¹³.

En el caso de PCM⁸¹⁴, ingresada en 1942, el padre fue el que denunció verbalmente la situación de su hija: refería que el marido le daba mala vida, con malos tratos. Además, defendía que su hija no estaba loca, y que el marido se había casado con ella por dinero. El marido la había llevado al hospital para ingresarla. La historia clínica emerge como documento donde se entremezclan diferentes discursos, visiones sobre un problema. A pesar de estas discrepancias, la mujer

809 Ibídem.

810 ADPM, lg. 10143:32.

811 Ibídem.

812 ADPM, lg. 10143:13.

813 Ibídem.

814 ADPM, lg. 10467:3.

permaneció ingresada casi dos meses, y fue sometida a tratamiento con electrochoque. Esta historia nos muestra una jerarquía de decisiones sobre la paciente, donde prevalecía la opinión del marido, frente a la del padre, y sin rastro apenas del discurso de ella.

TLG⁸¹⁵ ingresó en 1942 en la sala de obstetricia por hemorragia vaginal, tras una paliza que el marido le había propinado, quemándole la ropa posteriormente. La hermana la acompañó y facilitó estos datos. Derivado de esta situación, la mujer quedó perpleja, callada, estuporosa y en la misma posición. Por este motivo, fue ingresada en la sala 20, donde recibió varias sesiones de electrochoque. Fue dada de alta dos meses después para ingresar en la sala San Pablo.

TDM⁸¹⁶ ingresó por orden gubernativa en septiembre de 1944 y estuvo un mes en la sala 20, a los 21 años. Su padre refirió lo que había sucedido:

“Debido al estado de mi mujer (LMM) que desde hace un año y medio está irresistible y no me puede ver, llegando a veces a acometerme con herramientas, ha dado ocasión esto a que mi hija al verme pelear con mi esposa, se abalance a mí y me empuja o me da guantadas si puede...o se va a la calle dando voces de que acudan los vecinos que su padre le va a hacer algo malo a la madre. Dos o tres veces ha tenido que intervenir las autoridades debido a estos escándalos. Mi mujer dice que yo no soy su marido; en cuanto a mi hija, porque yo le aconsejo que sujete a la madre y no la deje salir en ese estado de nervios dice que yo no tengo sentido común. En cuanto la madre llora, la hija también. El día 21 de este mes mi esposa se marchó de madrugada, se escondió en casa de una vecina, mi hija se quedó en nuestra casa. Yo me marché al ayuntamiento a dar cuenta de esto. Por la tarde estaba en casa, fue un guardia para detenerla y no fue gritería la que se formó. La hija empieza a llorar. Fueron llevadas al Ayuntamiento, detenidas las dos y el día 23 ingresó en este servicio”⁸¹⁷.

Sin diagnóstico psiquiátrico ni tratamiento, pasó a la sala 24 para ser tratada por tuberculosis pulmonar.

Como se pone de manifiesto, la información sobre el proceso de las pacientes generalmente era aportado por la familia, o vecinos. En ocasiones, portaban cartas de recomendación de personas del pueblo que contactaban con otros facultativos que, finalmente, recomendaban su ingreso en el servicio de psiquiatría, entregando la carta escrita a Pedro Ortiz Ramos. En el caso de EAP⁸¹⁸, el marido

815 ADPM, lg. 10467:37.

816 ADPM, lg. 10152.

817 Ibídem.

818 ADPM, lg. 10150:32.

de la paciente aportaba una primera carta de recomendación de un burgués terrateniente de Antequera, pueblo donde residían la paciente y su familia, José García-Berdoy Carrera, familia vinculada a dos vertientes políticas: el partido conservador histórico y el partido monárquico, relacionados con el desarrollo industrial de la zona. Con este primer documento (Anexo 26), el marido de la paciente contactó con Antonio de Luna Arjona, cirujano del Hospital Civil y éste realizó un segundo escrito para Pedro Ortiz Ramos, insistiendo en la necesidad de ingreso de la paciente. Es posible apreciar el carácter paternalista de las relaciones entre terratenientes y trabajadores tan frecuentes en el campo andaluz (Velasco, 1982) donde, además, la decisión de ingreso pasaba por hombres poderosos que decidían el futuro de la paciente, y el psiquiatra ejecutaba, llegando a justificar incluso las palizas que el marido le propinaba a ella para “persuadirla del consumo de alcohol”⁸¹⁹. En la historia se describe que el marido le pegaba, pero “no había conseguido hacerla aborrecer el tóxico. Reconoce el buen comportamiento de su cónyuge y comprende la necesidad que ha tenido de internarla”⁸²⁰. Recoger estas afirmaciones por parte del psiquiatra, tendrían que ver con una necesidad de justificar las agresiones, como parte de un proceso de reeducación de la mujer que se alejaba de la norma. La cuestión del maltrato dentro de la pareja estaba contextualizada en unas relaciones de género, donde la mujer adoptaba el rol sumiso, pasivo y se sometía al hombre, como correspondía a seguir el ideal hegemónico de feminidad y masculinidad durante la primera mitad del siglo XX (García Díaz y Jiménez Lucena, 2010, p. 142). Los principales atributos de una mujer debían ser: honradez, honestidad, sumisión y religiosidad, elementos que aparecen deslavados en los contenidos, descritos por el psiquiatra o por las monjas que tutelaban a las pacientes. Algunas mujeres normalizaban la cuestión de la violencia de sus parejas o hermanos hacia ellas, ya que era asumido como algo inherente a la relación entre un hombre y una mujer. En el caso de JMM⁸²¹, de 30 años, apuntaron como uno de los factores para un ingreso previo entrar en la iglesia y robar el dinero de los cepillos, destinado a los pobres. Ella misma verbalizaba que la habían llevado al manicomio para que observaran si estaba loca porque había tenido “disgustos con su familia”⁸²². Refería haber sido “feliz, su marido era bueno; si le ha dado algunas palizas se las merecía”⁸²³. Por otro lado, otras seguían denunciando este tipo de agresiones dentro del manicomio, como fue el caso de MCM⁸²⁴. Ella vivía con su madre, pero cuando falleció, fue a vivir con su hermano: “estoy aquí porque me ha traído mi hermano, hace dos meses. Tenía ataques y me los quería quitar a fuerza de golpes. No me quería y me echó de la casa”⁸²⁵.

819 Ibídem.

820 Ibídem.

821 ADPM, lg. 10143:20.

822 Ibídem.

823 Ibídem.

824 ADPM, lg. 10153:59.

825 Ibídem.

La presencia de estos comportamientos violentos contra las mujeres en las historias clínicas y la manera en que son tratados, nos hacen pensar en el manicomio como espacio donde estas situaciones eran gestionadas. La institución manicomial fue un lugar donde la violencia contra las mujeres era normalizada, justificándose como consecuencia a la transgresión de alguna normal social generizada. En este sentido, podríamos hablar de que esta normalización de la violencia también funcionó como estrategia de un proceso de “domesticación” de las mujeres. Tanto la cuestión del trabajo de las mujeres (fuera y dentro de la institución), como la normalización de las respuestas violentas ante las transgresiones de los mandatos de género dentro del hogar y la patologización de las mujeres que las sufrieron, justificaron, en algunos casos, el ingreso y la permanencia en la sala 20.







UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

*Mujeres, locura y psiquiatría:
la sala 20 del Manicomio
Provincial de Málaga
(1909-1950)*

Conclusiones



La historia de la sala de mujeres del Manicomio Provincial de Málaga nos hace resituarnos en el sur y en la periferia, donde la llegada de la institucionalización del tratamiento a los dementes fue tardía y estuvo sujeta a deficiencias económicas que tuvieron que ser subsanadas por donaciones de la burguesía local y eventos benéficos. Las remodelaciones del espacio de la sala de mujeres fueron posteriores a las de la sala de hombres, usando espacios como el sótano de la sala 14, mientras que en el pabellón de hombres se construyó uno nuevo. Estas diferencias en torno a la cuestión del espacio también tuvieron consecuencias en cuanto a lo asistencial.

Existieron diferencias significativas en cuanto a la asistencia en las salas de hombres y mujeres que quedaron patentes en la memoria redactada por Pedro Ortiz Ramos entre 1931 y 1934. En este escrito, manifestaba que las mujeres no tenían un espacio donde poder realizar actividades al aire libre, por lo que se las privaba de los beneficios que la laborterapia y el trabajo agrícola tenían sobre la locura. A pesar de la justificación del trabajo como terapia dentro de la institución, el escaso número de historias clínicas donde quedó plasmado como terapia, contrasta con el relato de los trabajos que desempeñaban las pacientes en la sala 20 y los elementos de resistencia que algunas plantearon. Las mujeres seguían desarrollando actividades domésticas dentro del manicomio, por lo que la dicotomía público/doméstico continuó dentro de la institución.

La Segunda República constituyó un momento político proclive para el cambio a la asistencia a los dementes, propiciado por una generación de médicos interesados en las cuestiones neuropsiquiátricas, como quedó patente en la figura de Miguel Prados Such. Sin embargo, aunque en la sala de hombres se llevó a cabo un intento de reforma asistencial, con la idea de mejorar la situación de los pacientes, esto no llegó a plantearse en la sala 20. La cuestión es si la sala de mujeres también hubiera necesitado cambiar aspectos organizativos y asistenciales, pero fueron escasamente tenidos en cuenta por los profesionales.

Pedro Ortiz Ramos mostró, desde el inicio, interés en el tratamiento de las mujeres. Al finalizar la Guerra Civil, inauguró la Casa Reposo Los Ángeles, como una institución para “señoras y señoritas” con afecciones nerviosas, pero no para enfermas mentales. Estableció una separación entre mujeres ricas y pobres, y diferentes formas de enfermar, que respondía a las necesidades de una oligarquía afín al régimen con un alto nivel económico y que precisaban de un lugar donde poder ingresar a las mujeres que transgredían normas y roles. La sala 20 no era lugar para mujeres adineradas. Por tanto, la disociación de Pedro Ortiz Ramos a nivel asistencial dio lugar a un cierto nexo entre ambas instituciones: por un lado, mientras atendía a las mujeres pobres de la sala 20, procuraba “descanso, cuidados morales y alimentaba el espíritu” de las mujeres ricas que ocupaban la Casa Reposo. Sin embargo, la sala 20 proporcionaba terapias que a veces, fueron usa-

das en algunas mujeres de la Casa Reposo, como el electrochoque. Por otro lado, la sala 20 se constituyó en un lugar desde donde nutrir su institución privada.

La idea decimonónica de la mujer como alguien frágil, que necesitaba un entorno cuidadoso, delicado y que debía recibir cuidados paternalistas y nutrir su alma con actividades de ocio, todo lo que la Casa Reposo proporcionaba, fue recuperada por el Franquismo, pero no para las mujeres pobres: las mujeres de la sala 20 recibían terapias de choque que comprometían su vida, en ocasiones, varios tipos de terapias como el choque insulínico, cardiazol y el electrochoque. Y fueron tomadas como objeto de experimentación y estudio para la publicación de sus resultados. En periodos anteriores, con las piretoterapias, las mujeres eran sometidas a procesos febriles elevados, cuando ya partían de situaciones orgánicas difíciles, de mala alimentación, pobreza y miseria. En ningún momento hay referencias en las historias clínicas de la sala 20 a esta fragilidad de las mujeres, por tanto, el análisis de clase en la asistencia a la locura en las mujeres en ambos dispositivos se hace necesario.

El uso de los diagnósticos en la sala 20 arroja diferencias llamativas con respecto a los diagnósticos estudiados en otras instituciones. La aparición del diagnóstico de psicosis puerperal y de depresión es destacable en la sala 20, siendo minoritario en otras instituciones estudiadas en nuestro país en idénticos periodos históricos. Los diagnósticos encontrados en las historias clínicas están en relación con el interés que mostró Pedro Ortiz Ramos, como referente de la sala, en el estudio de ambas entidades, como muestra su producción científica. También su interés en las terapias de choque durante los años 40 mantuvo este correlato entre la elaboración de artículos y su práctica clínica.

Tanto lo asistencial como lo organizativo participó de una ideología de género donde se filtraba el ideal hegemónico de mujer, a través de los muros de la institución. El saber psiquiátrico no estuvo al margen de estas ideas sobre las mujeres que la ciencia quiso naturalizar y esencializar, por lo que diagnósticos y tratamientos fueron específicamente contruídos y aplicados en mujeres en función a si respondían o no a este ideal.

En los procesos de subjetivación de la “mujer-loca” de la sala 20 los mandatos de género estaban presentes tanto fuera de la institución como dentro: lo que precipitaba la reclusión de la mujer en la sala 20 fue, fundamentalmente, el abandono de “sus labores”, o las “tareas propias de su sexo”, como el cuidado de los hijos, o los quehaceres domésticos. Una vez ingresada, estas mujeres debían seguir reproduciendo estos mandatos de género dentro de la institución. Esta dinámica en torno a la cuestión del trabajo, que participaba del discurso de la psiquiatría hegemónica de la importancia de la laborterapia, también estaba influida por las respuestas de las pacientes que ponían de manifiesto procesos de asimilación y

resistencias dentro de la institución que han quedado reflejados en el análisis de los contenidos de las historias clínicas.

Este ideal de mujer hegemónico, que pudo verse en entredicho durante la Segunda República, pero que volvió a la idea decimonónica de mujer durante el Franquismo, quedó reflejado en las historias clínicas de los tres periodos analizados. El dispositivo psiquiátrico, como dispositivo de control, perseguía la reconducción de las mujeres ingresadas hacia unos parámetros de “normalidad”. Ser “una mujer no-loca” tenía que ver con el desarrollo de las labores del hogar, el cuidado de los hijos, con la maternidad, con una sexualidad no disidente, con la religiosidad y con acatar las normas fuera y dentro de la institución. Y por oposición, una “mujer-loca” era la que transgredía esos límites impuestos desde una sociedad patriarcal que participaba desde lo macrosocial generando un discurso psiquiátrico hegemónico en torno a la locura/cordura de las mujeres y desde lo microsociales, como las familias, generando una matriz de dispositivos emocionales, que identificaron lo transgresor como patológico en el caso de las mujeres.

Los datos sobre las estancias medias de las mujeres en la sala 20 nos hacen pensar en que la sala 20 no funcionó tanto como lugar de reclusión, sino como lugar de reconducción de mujeres, para poder devolverlas al medio sociofamiliar. Las mujeres, con capacidad de agencia, resolvieron este conflicto asimilando o resistiéndose a estas prácticas.





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

*Mujeres, locura y psiquiatría:
la sala 20 del Manicomio
Provincial de Málaga
(1909-1950)*

Anexos



Anexo 2: Reglamento Hospital Civil de la Caridad, 1917. BMM, 22/27.

Capítulo XXVIII

Del departamento de dementes.

Art. 251. Este Departamento estará sujeto técnicamente, como todos los Establecimientos, a la Dirección Facultativa del mismo.

Art. 252. En él serán acogidos en observación ó en reclusión definitiva, los pobres domiciliados en la provincia ó que se hallen accidentalmente en ella, que sufran perturbación mental, cuando concurran en éstos y se cumplan las prescripciones legales que rijen.

Art. 253. Serán también acogidos dementes pensionistas, los cuales disfrutará de otra alimentación y servicio, mediante el pago de una cuota, en armonía con las condiciones y preferencias que hayan disfrutar. El importe de las pensiones ingresarán en la Depositaria Provincial.

Art. 254. El Departamento de dementes deberá constar de seis pabellones o compartimentos para cada sexo, dividido en la forma siguiente:

1º Enfermería para los que se afecten de enfermedades ordinarias ó contagiosas.

2º Departamento de convalecientes.

3º De tranquilos.

4º De sucios.

5º De agitados.

6º De furiosos.

Art. 255. Existirán además salas para aseo, baño, comedor, patios y jardines, donde puedan pasear aquellos cuyo estado se lo permita.

RÉGIMEN INTERIOR.

Art. 256. Los alienados recibirán los alimentos de la cocina general del Establecimiento, y la Farmacia del mismo suministro de las medicinas y material necesario para las curaciones.

Art. 257. Los dementes cuyo estado lo permita, asistirán al sacrificio de la Misa en la Capilla del Establecimiento y serán auxiliados in articulo mortis por los señores Capellanes.

Art. 258. Los enfermos se levantarán en verano á las cinco y en invierno á las siete de la mañana y se acostarán á las cinco y media y ocho de la tarde, respectivamen-

te, salvo en los casos particulares de exención, prescripto por el Médico respectivo, de acuerdo con el Director.

Art. 259. El desayuno se repartirá á las ocho de la mañana, la comida á las doce y la cena á las seis de la tarde.

Art. 260. Los jueves se bañarán en agua templada y cambiarán de ropas; usarán ropa interior de algodón y uniforme consistente el blusa y pantalón azul, alpargata y gorra.

Art. 261. En invierno tendrán ropas de lana.

Art. 262. Los enfermos à que se refiere esta Sección que no sean pensionistas y cuyo estado físico lo permita, à juicio del Director del Hospital y durante las horas que éste señale, cultivarán la tierra del Parque y labrarán esparto, ayudándose con los productos de esa labor al gasto de los vestidos.

Art. 263. El personal asignado al Departamento de que se trata, lo constituirán: Un médico primero, otro ídem supernumerario, una Hermana de la Caridad, un Practicante, un Portero y un enfermero por cada diez dementes. Entre éstos habrá un Superior que vigile el servicio de los demás, y haga cumplir las órdenes que le sean comunicadas por el Profesor y Hermana de la Caridad.

Art. 264. No podrá ser admitido alienado alguno sino por orden estricta del Sr. Gobernador Civil de la provincia, dictada por motivo de orden público, ó por acuerdo de la Diputación ó Comisión Provincial, cuando aquella no estuviere reunida.

VISITA Á LOS ENAGENADOS.

Art. 265. No podrán los enfermos recibir visita extraordinaria no autorizada por el Médico del Departamento ó por el Director del Hospital. Las visitas ordinarias tendrán lugar los jueves y domingos de cada semana, de diez á once de la mañana. A estas visitas sólo se presentarán los enfermos que designe el Médico, y se suspenderán si se observasen en el enfermo signos que hagan temer su exaltación.

Art. 266. No se permitirá á la familia entregar á los enfermos objeto alguno peligroso y alimentos que puedan perjudicarles, á cuyo efecto, cuando se les entregue, serán inspeccionados por las Hermanas de Caridad o enfermeros que se designen. Las visitas á todo el Departamento de alienados podrán únicamente efectuarse con autorización del Gobernador Civil, del Presidente de la Diputación, del Vice-presidente de la Comisión Provincial, Diputado Visitador ó Director del Hospital.

Art. 267. No se permitirá á los visitantes excitar á los enfermos, contrariándolos y dirigiéndoles frases que puedan molestarles.

Art. 268. En caso de epidemia ú otra circunstancia grave serán prohibidas las visitas, previo acuerdo de la Diputación, Comisión Provincial ó Visitador cuando crean que deban de adoptarlo, ó cuando lo propusiere como conveniente el Director Facultativo del Hospital, aun para las personas que tuviesen concedidas licencias anteriormente.

DEBERES Y ATRIBUCIONES. DEL PERSONAL DEL MANICOMIO.

Art. 269. El Médico cuidará del régimen de los enagenados, bajo el punto de vista Médico higiénico; clasificará los enfermos, establecerá las relaciones que estos puedan tener con su familia, determinará los que, á su juicio, puedan darse de alta é indicará las medidas disciplinarias que crea precisas, según las faltas que las motiven.

Art. 270. La correspondencia oficial con la Excm. Diputación Provincial y con las demás Autoridades que se relacionen con los alienados, será llevada por el Director Facultativo del Hospital.

Art. 271. El Profesor pasará visita diariamente al Manicomio en la forma que crea más conveniente para sus enfermos, llevando un libro de historias y observaciones.

Art. 272. El Médico Supernumerario suplirá al Profesor en sus ausencias y enfermedades. Le auxiliará en la formación de historias clínicas y en las autopsias que se juzgen convenientes.

HERMANA DE LA CARIDAD

Art. 273. Cuidará de que se administren los medicamentos en la hora y formas prescritas por los Médicos. Hará el reparto de las comidas y las presenciará. Cuidará de que dos veces al día se registre a los enfermos, para evitar la ocultación de armas u objetos que puedan producir daños. Presenciará las manipulaciones de alimentación forzada, la aplicación de cinturones ó camisas de fuerza, y examinará el estado del vestido y calzado de los enfermos y ropas de cama.

PRACTICANTE.

Art. 274. Pasará la visita con los Médicos, escribiendo los resúmenes para las curas que sean necesarias, en la forma y hora que los médicos designen, y auxiliará á

éstos en los trabajos de inscripción, para llevar el libro histórico.

ENFERMEROS.

Art. 275. Estos dependientes son los encargados de la asistencia inmediata de los enfermos, en cuyo servicio emplearán la mayor consideración y sin usar de formas bruscas y agresivas.

Cuando los enfermos en su delirio profieran contra aquéllos palabras ofensivas, pedirán auxilio á los compañeros y usarán medios coercitivos para evitar una agresión, pero en manera alguna los castigarán con golpes u otros excesos, que serán motivo de expulsión del que los infiera ó cometa ú objeto de denuncia ante el Tribunal de Justicia competente si ocasionaran lesión. En manera alguna darán noticia á las familias del estado de sus enfermos, si no están autorizados para estos por los Médicos ó las Hermanas de la Caridad, ni entregarán escritos ú otros objetos de los dementes á sus familias ó de éstas á aquéllos, sin la venia de la Dirección facultativa ó del Profesor del Departamento. Estarán encargados de la limpieza de las Salas, dormitorios y enfermos que los necesiten á diario y de todos ellos en los días señalados para dicho servicio y darán los baños á los que le sean prescritos. No podrán imponer correcciones, camisas ni cinturones, ni reducir en los cuartos de fuerzas, interin no lo manden los Médicos y en su ausencia, las Hermanas de la Caridad.

Art. 276. Habrá un enfermero mayor que llevará un diario de anotaciones, donde hará constar las novedades ocurridas en el Manicomio, ya en los dormitorios, ya en los patios ó salas de recreo, durante las horas en que los Médicos no estén en el Establecimiento. Si dichas novedades son de las que exigen auxilio inmediato, las comunicarán á la Hermana inmediatamente, y si no fueren de esa índole, quedarán anotadas y serán manifestadas en la visita médica.

Presenciarán los baños y anotarán asi mismo toda circunstancia que observen durante ellos. Hará cumplir á los demás enfermeros el cometido, dando parte de cualquier falta que en él advierta.

CAPITULO XXIX

Del portero.

Art. 277. Cuidará de las entradas del edificio; no permitirá el paso á él de personas no constituidas en Autoridad ó que carezcan de orden escrita que lo autorice, excepto en los días y horas de visita públicas, y dará cuenta inmediatamente á las Hermanas de cualquiera novedad que ocurra; no recibirá escritos ni objetos de los alienados para entregar á sus familias, ni de éstas para aquéllos, y finalmente, llegada la noche, entregará las llaves de la puerta de entrada del Hospital á la señora Superiora de las Hermanas.

CAPITULO XXX

Disposiciones generales

Art. 278. Los precios de las estancias de enfermos de pago serán de dos pesetas cincuenta céntimos y tres pesetas una.

Art. 279. Por los precios señalados anteriormente, tendrán derecho á ocupar una habitación decentemente amueblada y la de dos pesetas cincuenta céntimos á un desayuno compuesto de chocolate, leche ó café con leche, almuerzo de sopa, plato de huevos y otro de carne ó pescado, café y vino y á comida de sopa, cocido, principio, postres, vino y té.

Art. 280. Esta alimentación sufrirá alteración cuando el Profesor así los disponga, sin que por esto se altere el precio.

Art. 281. La pensión de tres pesetas dará opción al aumetno de un plato en el almuerzo ó la comida.

Art. 282. En los precios anteriores no está incluido el importe de los gastos que origine el enfermo por material antiséptico y medicamentos específicos.

Art. 283. Los enfermos de pago podrán ser visitados de tres á cuatro de la tarde diariamente por sus familias, con autorización del Profesor encargado de su asistencia.

Art. 284. Las familias ó allegados á los enfermos, podrán visitarlos los jueves y domingos. En estos días habrá entrada pública de diez á once de la mañana para las mujeres y de dos a tres de la tarde para los hombres.

Los Practicantes, Hermanas de la Caridad y enfermeros redoblarán su vigilancia en estos actos, para evitar se proporcionen a los enfermos, bebidas, alimentos ó impresiones que puedan perjudicarles en su enfermedad ó alteren el régimen á que se encuentran sometidos. Fuera de las horas y días designados en este artículo y el anterior, que completamente prohibida la entrada en el Hospital provincial para toda clase de personas que no estén investidas de Autoridad, á no concurrir circunstancias especiales y atendibles, á juicio de los Profesores Médicos y director Facultativo, para que las autoricen.

Art. 285. Las visitas extraordinarias no podrán hacerse en las horas de limpieza, de reparto de comida y en que se estén verificando las curaciones. Tampoco podrán prorrogarse más de media hora.

Art. 286. En las visitas ordinarias y extraordinarias no se permitirán más de tres personas.

ARTÍCULO ADICIONAL: Queda derogado el artículo 19 del Reglamento de empleados en cuando se contradice en este Reglamento.

Anexo 3. Reglamento para el régimen y administración del Hospital Civil de Málaga, 1934. BMM 22/6.

CAPITULO XXXIV

Psiquiatría

Art. 113. Se dividirá en dos secciones (mujeres y hombres), designándose para las primeras un profesor y para los segundos dos, de la sección de medicina, que tengan práctica psiquiátrica, los cuales se auxiliarán de practicantes y enfermeros especializados.

Art. 114. Las mujeres tendrán un departamento independiente con separación de las menores de diez años, procurándosele distracciones, tales como costura y otras labores propias de su sexo y compatibles con su enfermedad.

Art. 115. Los hombres se encontrarán separados en cuatro grupos, a saber: En un pabellón (actualmente el antiguo) existirán dos secciones, una para los vulgarmente denominados "sucios" y otra para los agitados y epilépticos. Otro pabellón (el moderno) se destinará a los tranquilos y en él una sección para los menores de diez años.

Art. 116. Existirá además una enfermería para enfermedades comunes y contagiosas.

Art. 117. El personal de practicantes, enfermeros y sirvientes al servicio de los alienados deberá ser especializado, rigiéndose por las vigentes disposiciones sobre la materia y de los tres profesores indicados en el art. 113 uno de ellos tendrá el carácter de director de estos departamentos, estando obligado a presentar una memoria en fin de cada año, con estadística del movimiento de enfermos, diagnóstico, causa de las defunciones, fugas, etc... proponiendo las modificaciones o innovaciones que estimara oportunas.

Art. 118. Los alienados tranquilos podrán ser empleados en la confección de esparto y trabajos manuales, bajo la vigilancia de un enfermero, siempre que a juicio del Profesor pueda serle ello beneficioso a su padecimiento.

Art. 119. Bajo ningún concepto se permitirá a los alienados de uno u otro sexo, la salida del recinto que les está acotado, y en caso de fuga, por el Director de estos departamentos, se instruirá expediente informatorio para conocer las causas y deducir las responsabilidades que procedieran.

Art. 120. No se permitirá a la familia entregar directamente a los enfermos objeto alguno peligroso ni alimentos que puedan perjudicarle; cuanto haya de entregárseles será inspeccionado por la Hermana de la Caridad o enfermeros que se designen. La visita a todo departamento de alienados podrá únicamente efectuarse con autorización del Gobernador Civil, del Presidente de la Diputación, Diputado Visitador, Director del Establecimiento y Médicos del servicio.

Art. 121. Queda prohibido en absoluto al personal asignado a estos departamentos usar formas bruscas ni procedimientos de violencia. Las camisas de fuerza y celdas de agitados sólo se utilizaran cuando lo ordene el Profesor médico, consiguéndose en todo caso el tiempo y forma de su empleo.

Art. 122. Conforme a lo legislado y sin perjuicio de las disposiciones dictadas en el presente articulado, el Manicomio tendrá un Reglamento de orden interior de acuerdo con las ordenanzas que dimanen de las leyes vigentes.

CAPITULO XLVII

Manufacturas de dementes y venta de flores

Art. 181. Según se determina en el artículo 118 de éste Reglamento, los dementes tranquilos, a cuya dolencia pueda servirle de provecho, podrán dedicarse a la confección de sogas y otras manufacturas, e igualmente a operaciones de jardinería o análogas, y el beneficio que se obtenga de todo ello habrá de distribuirse en ropas, tabaco y postres entre los que presten tales trabajos.

Art. 182. A tal efecto, por la administración del Establecimiento se llevará un libro de existencia y otro de contabilidad en el que se anotarán las compras de esparto, macetas...etc. Y de cualquier otro gasto que ocasionen los trabajos antes referido, así como las ventas, detallándose en cuanto a éstas, fecha, nombre del comprador y cantidad.

Art. 183. En fin de cada mes el Administrador practicará una liquidación en la que figurarán los detalles antes expresados, y el líquido beneficio que resulte será ingresado en caja.

Art. 184. La liquidación antes referida habrá de ser aprobada por la diputación y llevará en V^oB^o de lo señores Diputados Visitador y Director de la sección de psiquiatría, cuyo Jefe, ha de tener una participación directa no solo en cuanto se relaciona con tales trabajos, sino muy especialmente en la distribución de los fondos.

Anexo 4: Reglamento del Hospital Provincial de San Juan de Dios aprobado por la comisión gestora en abril de 1940. BMM 22/16.

CAPÍTULO XXXVIII.

Psiquiatría

Art. 182. Se dividirá en dos secciones (hombres y mujeres).

Art. 183. Las mujeres tendrán un departamento independiente con separación de las menores de 10 años, procurándoseles distracciones, tales como costura y otras labores propias de su sexo y compatibles con su enfermedad.

Art. 184. Los hombres se encontrarán separados en cuatro grupos, a saber: En un pabellón existirán dos secciones, una para los vulgarmente denominados "sucios" y otra para los agitados y epilépticos. Otro pabellón se destinará a los tranquilos y en él una sección para los menores de 10 años.

Art. 185. Existirá además una enfermería para enfermedades comunes y contagiosas.

Art. 186. El personal de practicantes, enfermeros y sirvientes al servicio de los alienados deberá ser especializado, rigiéndose por las vigentes disposiciones sobre la materia.

Art. 187. Bajo ningún concepto se permitirá a los alienados de uno u otro sexo la salida del recinto que les está acotado, y en caso de fuga el Jefe de servicios instruirá expediente informatorio para conocer las causas y deducir las responsabilidades que procedieran.

CAPÍTULO LII

De las manufacturas de los dementes y venta de flores.

Art. 269. Los productos manufacturados por los dementes, así como las flores cultivadas por ellos, serán vendidas por el funcionario encargado de la Administración, dando cuenta al señor Visitador, dedicándose su importe a mejorar la alimentación y cuidados de los que prestan su trabajo.

Art. 270. A tal efecto, por la Administración del Establecimiento se llevará un libro de existencias y otro de contabilidad en el que se anotarán las compras de material, macetas...etc., y de cualquier otro gasto que ocasionen los trabajos antes referidos, así como las ventas, detallándose en cuanto a éstas, nombre del comprador y cantidad.

Art. 271. En fin de cada mes el funcionario encargado de la Administración practicará una liquidación en la que figurarán los detalles expresados, y el líquido beneficio que resulte será ingresado en Caja en calidad de depósito del señor Visitador y para su aplicación según dispone el artículo 270.

Art. 272. La liquidación antes referida habrá de ser aprobada por la Diputación y llevará el visto bueno del señor Visitador.

Art. 273. Mientras no se resuelva el problema manicomial, el Jefe de los servicios psiquiátricos elevará al señor Visitador, en el plazo de un mes, un proyecto de ampliación de terapéutica por el trabajo.

Anexo 5: Expediente JAE Miguel Prados Such. AREM.

1.

UNIVERSIDAD CENTRAL **FACULTAD DE MEDICINA**

SECRETARÍA

INSCRIPCIÓN PARA EL GRADO DE LICENCIADO

CURSO 1919 a 1920 NÚM. _____

D. Miguel Prados y Such
natural de Málaga
provincia de id, de _____ años de edad, ha
satisfecho la cantidad de PESETAS TREINTA Y SIETE con CINCUENTA
CÉNTIMOS en papel de pagos al Estado, cuya parte superior le ha sido
devuelta, y en virtud de lo que resulta de su expediente académico, el
Ilmo. Sr. Decano le ha admitido a los ejercicios del mencionado grado,
pudiendo con esta papeleta, y previa citación, presentarse ante el Tribunal
examinador.

Para la identificación personal, el alumno exhibirá la TARJETA DE IDEN-
TIDAD ESCOLAR, si la tuviere, y en caso negativo dicha identificación se
verificará por el medio que el Tribunal estime procedente.

Madrid 18 de marzo de 1920

El secretario de la Facultad,
M. Jimeno



Verificados los ejercicios ha obtenido las calificaciones siguientes (1):

Primer ejercicio Admisible al siguiente.
Madrid 10 de Septiembre de 1920

El Secretario del Tribunal,

Pedro Vallés

Repetición del Primer ejercicio [Redacted] al siguiente.

Madrid de de 19

El Secretario del Tribunal,

Segundo ejercicio Admisible al siguiente.

Madrid 17 de Abul de 1921

El Secretario del Tribunal,

Pedro Vallés

Repetición del Segundo ejercicio [Redacted] al siguiente.

Madrid de de 19

El Secretario del Tribunal,

Tercer ejercicio Aprobado

Madrid 17 de Abul de 1920

El Secretario del Tribunal,

M. Peña

Repetición del Tercer ejercicio [Redacted]

Madrid de de 19

El Secretario del Tribunal,

(1) Para el 1.º y 2.º ejercicios, *Admisible* y *No ha lugar*, y para el 3.º, *Suspense*, *Aprobado* y *Sobresaliente*.



Anexo 6. Carta de Miguel Prados Such a la JAE, julio 1921. Expediente JAE Miguel Prados Such, AREM.

102

The Maudsley's Neurological Hospital
Denmark-Hill. S. E.

Londres 27 Julio 1921. C. H. S.
88

H. D. C. B. de Quiros.

Muy Sr mio: Hace bastante tiempo no le hablo de mi trabajo. Me aquí en resumen lo que he hecho a partir de mediados del Diciembre ultimo que llegué aquí: Me asistido a un curso practico de Quimica Fisiológica del Prof. Halliburton en King's College que terminó a mediados de Febrero; paralelamente asistí hasta Marzo a las clínicas neurológicas con el Dr. Collier en The National Hospital for the Paralyzed and Epileptics, Queen's Square y St George's Hospital, Hyde Park corner. Sin embargo mi principal trabajo lo he hecho en el Pathological Laboratory of the L. C. C. Asylums bajo la dirección del Prof. Sir Frederick Mott donde

he hecho investigaciones sobre la histofisiología de las glándulas de secreción interna en la Demencia Precoz comparativamente con la Parálisis general y que será objeto de una publicación que en colaboración con Sir F. Mott aparecerá próximamente en el British Medical Journal y en los Archives of Neurology & Psychiatry. He comenzado también un estudio sobre las alteraciones del sistema nervioso central en la demencia precoz que junto con otro q. Teufel en proyecto sobre el estudio del sistema nervioso vegetativo en la misma enfermedad quisiera que formara parte de una monografía. Probablemente en los primeros días de Agosto marcharé a Oxford al laboratorio del Prof. Sherrington, donde quisiera entrenarme en

ciertos detalles de su técnica para el estudio de los reflejos nerviosos; pero aún no he recibido contestación de dicho profesor. Considero indispensable para la realización de todos los proyectos el permanecer más tiempo aquí. Desearía pues solicitar una prórroga de la pensión que creo termina el 4 de Septiembre próximo. Le quedaría muy agradecido si me indicara a la mayor brevedad en qué forma debo hacer dicha solicitud y si puede decirme aproximadamente en qué fecha sabría la decisión de la Junta, pues como comprenderá tengo que arreglar muchas cosas.

Y también he visitado los Manicomios públicos del London County Council y pienso redactar una pequeña información sobre su organiza-

104
ción que creo pudiera ser de alguna
utilidad en España en donde es casi
denunciada la asistencia de los aliena-
dos en este país. —

Esperando sus noticias, queda de
V atto S. S.

M. Prados y Cuch

Anexo 7: Documentos Primera Reunión anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, junio 1926 (ADPM, lg. 718-27).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRAS
Laboratorio de Medicina legal
Facultad de Medicina
BARCELONA

El Consejo directivo de esta Asociación, y en su nombre el Presidente y el Secretario, enterados del interés grande que tiene la Corporación de su digna Presidencia por todo lo que hace referencia a la asistencia y tratamiento de los enfermos mentales, y estando próxima a celebrarse la 1ª Asamblea anual de la Asociación, que tendrá lugar este año en Barcelona los días 2-23 de junio corriente, y en la que se discutirán temas de una importancia considerable para la Psiquiatría española, que V. E. podrá apreciar al leer la convocatoria circulada, invitan especialmente a esa Diputación provincial para que delegue su representación en un médico de esa ciudad, tan autorizado, como el doctor M. PRADOS SUCH.

El Consejo de la Asociación aprovecha esta circunstancia para ofrecer sus respetos a la Corporación de su digna Presidencia.

Barcelona, 2 de junio de 1926.

El Presidente,

M. Prados




El Secretario,

V. Rodríguez Aris


Excelentísimo Señor Presidente de la Diputación provincial de Málaga.

*En la sección 5ª ny 1ª a
en efecto
El Sr.
Prados*

Asociación Española de Neuropsiquiatras

Primera reunión anual

Barcelona 21 - 23 de Junio de 1926

Todas las sesiones tendrán lugar en el Colegio de Médicos (c. Santa Ana, 28)

21 junio (11 mañana)

Salutación presidencial. Nota-reseña de Secretaría. Lectura y discusión de las ponencias "Proyecto de creación de una Liga de Higiene mental" (doctores M. Saforcada, E. Mira y B. Rodríguez Arias) y "Plan de organización de los trabajos colectivos que puedan presentarse al Congreso de Washington" (doctores G. R. Lafora, J. Sanchis Banús y M. Prados Sach).

21 junio (6 tarde)

Lectura y discusión de la ponencia "Necesidad urgente de una revisión total de la legislación relativa a alienados" (doctores M. Saforcada, T. Busquet y J. Peris).

22 junio (11 mañana)

Lectura y discusión de la ponencia "Plan moderno de asistencia de los alienados" (doctores J. M. Sacristán, J. Marín Agramunt, W. López Albo, J. Fuster y M. Morales).

22 junio (6 tarde)

Lectura y discusión de la ponencia "Creación de un Cuerpo de médicos alienistas" (doctores J. Gimeno Riera, J. Escalas y O. Torras).

23 junio (11 mañana)

Lectura y discusión de la ponencia "Enseñanza de la Psiquiatría y de la Neurología" (doctores M. Saforcada, E. Mira y B. Rodríguez Arias).

23 junio (6 tarde)

Comunicaciones. Asamblea reglamentaria.

Se organizarán visitas y excursiones a Instituciones médicas, principalmente de la especialidad, y se celebrará un banquete en honor de los colegas forasteros.

15 junio de 1926



MIGUEL PRADOS

MÉDICO
ENFERMEDADES NERVIOSAS
ECHEGARAY, 10, 2.^a
MALAGA

2	Viaje Madrid	210
2	id Barcelona	220
4	Cenas y 4 desayunos	50
	W. Rst	
3	dias Hotel Barcelo.	180
	Entrada Madrid y b.	
	gastos gles.	125
		<hr/>
		725



Anexo 8: Memoria redactada por Miguel Prados Such para la Diputación Provincial de Málaga a su vuelta de la primera reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (ADPM, Ig. 718-24).

“LA REUNIÓN. SUS ORÍGENES.

Tras cerca de dos años de trabajos delicados y difíciles, ha sido posible reunir en Barcelona a los especialistas españoles de enfermedades nerviosas y mentales para trabajar reunidos en favor del mejoramiento de la asistencia de los alienados, asunto desgraciadamente dejado en nuestro país en el más completo abandono. El acicate, ha venido de afuera y recogido por un par de personas de buena voluntad que han trabajado sin descanso durante muchos meses, ha cristalizado en la reunión verificada en la capital catalana, con un éxito que parece despertar cierto optimismo aún en aquellas personas menos propensas al entusiasmo fácil, aleccionadas por experiencias dolorosas.

Hasta ahora, tan sólo se habían oído en nuestro país las voces aisladas de especialistas que conscientes de su responsabilidad y conocedores del verdadero estado de las cosas, habían ido señalando el estado arcaico y la dejadez absoluta en que se encontraban los enfermos de la mente. No han faltado campañas hechas tanto en prensa profesional como en la política. No han faltado tampoco conferencias de divulgación ni aún menos, la gestión privada cerca de los poderes públicos de personas altruistas, pero las cosas no se remediaban ni intentaban remediarse. Las voces aisladas caían en el vacío y el entusiasmo desfallecía hasta desaparecer.

En 1922, se reúne en París, el primer Congreso Internacional de Higiene Mental. En medio del mayor entusiasmo comienza la reunión. Analizan la labor de las diversas Ligas Nacionales de Higiene Mental fundadas hasta la fecha y se presenta, ante delegados de 22 naciones allí reunidas los resultados sorprendentes de las Ligas norteamericana y francesa con especialidad. Hasta entonces, existían tan sólo las siguientes Ligas constituídas: Norteamérica, iniciadora del movimiento actual a cuya cabeza figuraba como promotor admirable de toda esta obra, Mr. Clifford W. Beer, Canadá con el Dr. Clarke en su presidencia, Francia dirigida por el célebre Dr. Toulouse, Bélgica por el Dr. Vervaeck, Inglaterra con Sir C. Thomsom, Africa del Sur con Dr. Moll y Brasil con el Dr. Gustavo Riedel. El ejemplo de estas naciones fue seguido, ante el resultado tan halagüeño de sus trabajos, por toda Europa. Los países Escandinavos, Alemania – con el prof. Sommer, de fama mundial a su cabeza- Italia, Rumanía, Grecia, Suiza, Luxemburgo, Finlandia, Estonia, República Checoeslovaca y hasta la misma Rusia Soviética, constituyen sus Asociaciones y comienzan sus trabajos. En aquella reunión, la delegación española acepta el compromiso de organizarla en nuestro país y aún tienen que pasar cuatro años hasta que el deseado proyecto pase a realidad.

Los esfuerzos aislados era necesario unificarlos y como condición imprescindible antes de llegar a la constitución de la Liga, era la de la organización de la Asociación Española de Neuropsiquiatras que al fin pudo constituirse en Barcelona en diciembre de 1924. Desde entonces, la asociación ha venido trabajando hasta lograr reunirse para la discusión de los temas más urgentes y para la organización de la Liga Española de Higiene Mental. Por fin el 21 de Junio del presente año, fue la fecha fijada para su primera reunión.

Con verdadera emoción recibió el que suscribe la misión por parte de la Exma. Diputación Provincial la orden de asistir a dicha asamblea en su representación y de dar cuenta de los resultados de la misma. En las presentes cuartillas vamos a procurar dentro de la mayor brevedad exponer las conclusiones de la misma así como las enseñanzas que de ella hayamos creído oportunas indicar como las interesantes en relación con la práctica.

La liga Española de Higiene Mental:

Su constitución fue aprobada por aclamación y entusiasmo por todos los asambleístas. Hubiera sido esta la única conclusión práctica de la reunión y ya hubiera sido bastante para poder estar satisfechos de la tarea. Tal es su importancia. Veamos cómo se organiza y cuáles son sus fines.

La Liga Española será la ramificación en nuestro país de la Liga Internacional de Higiene Mental, residente en Washington. Existe un comité internacional que trabaja actualmente por reunir para el próximo año un nuevo Congreso Internacional de las diversas Ligas nacionales. En dicho congreso se quieren adoptar conclusiones y llamar la atención de los diferentes gobiernos sobre las medidas necesarias a llevar a cabo en favor de la profilaxis y asistencia de los enfermos mentales. Se intenta constituirse a manera semejante a como ya están constituídas internacionalmente todas las naciones para los asuntos relacionados con las enfermedades infecciosas y se aspira a que la Sociedad de Naciones tome intervención con el fin de hacer más eficaz la lucha en contra de las enfermedades mentales. La Liga tendrá carácter oficial estando bajo el patronato del Ministerio de Gobernación el que de manera oficiosa, ha prometido ya una subvención. Radicará en Madrid y tendrá delegaciones en todas las capitales de España. No estará constituída por médicos exclusivamente. Se aspira a que sea un verdadero movimiento nacional y en ella tomarán parte todos aquellos elementos que a su juicio del comité puedan contribuir de una manera o de otra a sus trabajos. En este concepto, formarán parte de ella: políticos, jurisconsultos, pedagogos, sociólogos, psicólogos, filántropos y en general, toda aquella persona que quiera trabajar en pro de los enfermos mentales. La Liga se reunirá anualmente en Madrid para dar cuenta de los trabajos realizados, tomar acuerdos y nombrar comités.

En la asamblea se nombró una comisión ejecutiva, formada por el dr. Fernandez Sanz y Dr. Lafora, secretario general, para que convoque inmediatamente en Madrid la primera reunión de la Liga y se ponga al habla con el ministerio de la Gobernación para su constitución.

Nos permitimos llamar la atención de la Exma. Diputación sobre el hecho importantísimo de que el programa de comienzo de la Liga, será el trabajar porque las conclusiones de la Asamblea de Barcelona sean puestas en la práctica con carácter urgente y si tenemos en cuenta el extraordinario interés que la Dirección General de Sanidad ha demostrado hasta ahora por la creación de la Liga, es muy posible esperar que las cosas marchen con más rapidez de lo que hasta ahora estamos acostumbrados en materia psiquiátrica. En este sentido, sería motivo de orgullo para esa Exma. Corporación el comenzar a trabajar intensamente y sin desmayos en la dirección ya marcada en otra ocasión por el que suscribe con motivo de una Memoria que se le encargó presentase acerca del estado actual de nuestro Manicomio provincial y en conversaciones privadas que en diversas ocasiones ha tenido lugar de entablar con distinguidos miembros de la misma.

La asistencia de los alienados:

He aquí resumidas, las conclusiones de la ponencia algo reformadas en el curso de la discusión:

1.- En adelante, se sustituirá el nombre de "Manicomio" por el del Hospital Psiquiátrico.

Comentario: el espíritu que llevó a esta conclusión fue el siguiente: desterrar en lo sucesivo de entre las gentes el horror que hasta ahora se siente hacia el envío de los enfermos al "manicomio" palabra que parece lleva incluido en ella el concepto de "incurabilidad" de la locura y la animadversión que la palabra ha conquistado -hasta en la actualidad, desgraciadamente con justicia- hasta el punto de considerar deshonroso y como una cosas que conviene ocultar el tener a una persona de la familia recluida. Si se ha de hacer todo lo posible por curar el lugar donde se curará debe llamarse hospital. Como hay muchas enfermedades mentales curables hay que luchar por desterrar esta idea del vulgo. Si se logra que los enfermos sean enviados tan pronto se inicien los primeros síntomas de la enfermedad, se tendrá mucho más adelantado en el sentido de la curabilidad.

2.- En todo Hospital psiquiátrico se establecerá un servicio abierto de admisión y observación en el que permanecerán los enfermos mentales el tiempo preciso (indeterminado) en que por presentar reacciones antisociales violentas puedan precisar en un momentos dado el internamiento legal y asimismo se admitirán los enfermos mentales que necesitando ser internados no hayan cumplido los requisitos legales . A este servicio "abierto" podrán volver los enfermos del

servicio “cerrado” tan pronto cesen las condiciones que motivaron su reclusión, que pasaran de nuevo al “cerrado” tantas veces como sea necesario a juicio del médico.

Comentario: Esta conclusión tiene extraordinaria importancia, desde el punto de vista humanitario y legal. Es evidente, que en muchas ocasiones, presentan estos enfermos reacciones antisociales extremas que les hace peligroso para la sociedad y necesario su reclusión, pero también no es menos cierto que en la gran mayoría de los casos, el estado es pasajero y aun cuando la enfermedad persista, no existe en cambio la necesidad de su reclusión absoluta. Hay que procurar por todos los medios que estén en nuestro alcance el evitarles a los enfermos la sensación deprimente y angustiosa de la reclusión. Privar a un hombre su libertad es un sufrimiento que producen sobre el espíritu una serie de reacciones emotivas que hay que evitar a toda costa en el individuo enfermo si hemos de intentar curarle. Se le ha de dar, por tanto, la sensación de que se le trata en un hospital, no de que se le encierra en un “manicomio” que para la mayoría de los enfermos es sinónimo de cárcel. El que trata con enfermos reclusos observa constantemente, sobretodo en los primeros días de la reclusión, como el enfermo, atormentado por sus ideas delirantes, pregunta al verse internado en una de las clásicas celdas ¿qué delito he cometido para que me traigan a la cárcel? Y en muchos casos la observación clínica se haya dificultada ante la creencia del enfermo de encontrarse ante el que le explora, no de un médico, sino de un juez, lo que ve por otra parte confirmado, al recibir por los brutales enfermeros el trato carcelario y desconsiderado de presidio. El departamento abierto de admisión y observación sería el verdadero hospital, donde el enfermo recibirá el tratamiento médico apropiado y el enfermo tendrá entonces la sensación de que se le cuida no de que se le castiga y estará en constante relación con el servicio abierto, para trasladarlo de uno a otro tan pronto cesen las condiciones que motivaron su estancia en alguno de ellos. Al mismo tiempo, el departamento abierto tendrá otra misión que cumplir, a saber: con gran frecuencia nos encontramos en la práctica con enfermos que necesitan de un traslado rápido al hospital psiquiátrico y que no es posible su traslado por no tener hecho el expediente necesario y no poder el enfermo aguardar a que se le verifique y generalmente tiene que esperar con grave perjuicio para su salud y a veces para la seguridad de sus familiares. Mientras el RD de 1885 no se derogue y persista en nuestro país una ley tan absurda y primitiva, dictada para favorecer al sano más que para cuidar al enfermo, la existencia de un servicio abierto, adonde el enfermo pueda ser llevado “mientras se le hace su expediente” será una necesidad de urgencia. Algo ha comprendido ya Barcelona en este sentido, y mantenido por el municipio existe el llamado “Asilo del parque” a donde es llevado provisionalmente todo enfermo mental agudo mientras tanto se les incoa el expediente necesario. Por otra parte, puede suceder y de hecho sucede veces que el enfermo mejora rápidamente o desaparecen sus reacciones antisociales y el enfermo puede ser reintegrado a su familia tras pocas semanas de hospitalización.

3.- En el hospital psiquiátrico se creará y mantendrá por las Diputaciones una clínica Neuro-psiquiátrica con un Dispensario, un Servicio social y un Servicio abierto de Hospitalización.

Comentario: si se ha de hacer verdadera lucha contra las enfermedades mentales, no nos hemos de contentar con la asistencia a los enfermos "que nos traigan" al Hospital con su expediente. Hemos de recibir al enfermo o al candidato se le ha de atender y prescribirle un tratamiento que bien puede en muchos casos, seguir en su casa, bajo los cuidados de su familia y venir a consultar tantas veces como el médico le ordene y evitarse de esta manera la hospitalización. En el curso de éste tratamiento pueden surgir momentos en que convenga que el enfermo esté sometido a un determinado tratamiento que no puede recibir en su casa y para ello entrará en el servicio abierto "de hospitalización" donde su estancia será siempre breve y útil para su salud. El servicio social, por su parte, se encargará de la asistencia domiciliaria del enfermo, bien médica -pocas veces- bien de las enfermeras especialmente adiestradas para este efecto y que serán a su vez las encargadas de poner en conocimiento del médico las condiciones sociales, morales, etc. en que el enfermo vive a fin de poder tener un más perfecto conocimiento de la enfermedad que le aqueja al paciente.

4.- En todo Hospital Psiquiátrico habrá un servicio de baños permanente para el tratamiento de los enfermos.

Comentario: hasta hace pocos meses y merced a la generosidad privada no ha tenido nuestro "Manicomio" provincial un servicio de baños, que constituye el ABC de todo tratamiento en psiquiatría. Hay que hacer constar que actualmente el servicio de que disponemos es insuficiente, puesto que existen tan solo tres bañeras y el número de enfermos reclusos asciende a más de diez veces de lo que ese número de bañeras puede suministrar. Es necesario, que por lo menos, cada sala tenga un par de baños, a fin de que se puedan utilizar para el aseo de los enfermos además del tratamiento.

5. - En todo hospital psiquiátrico existirá un laboratorio de Análisis y anatomopatológico, dirigido por un técnico especializado.

Comentario: En el estado actual de nuestros conocimientos psiquiátricos, el diagnóstico de un enfermo, por tanto el tratamiento a seguir, depende del resultado de determinados análisis de ejecución delicadísima que tan solo está en condiciones de realizar el técnico especializado. En nuestro "manicomio" dada la contigüidad en que se encuentra con el hospital, podría evitarse la creación de uno nuevo si se le dedicara por la Exma. Diputación la atención extraordinaria que requiere, colocando al frente de él un técnico especialista que no tuviese otra misión que la de ejecutar todos los análisis que se le pidiesen y se dotara al mismo

tiempo, al Laboratorio, la consignación necesaria para los gastos imprescindibles. Actualmente, el laboratorio es un auxiliar tan poderoso de la clínica que no es posible prescindir de sus servicios, pero el clínico tiene que tener absoluta confianza en el resultado que se le entrega, pues de otra manera, a mi juicio puede ser totalmente erróneo con grave perjuicio para el enfermo y para su experiencia personal, base de todo perfeccionamiento científico. No olvidemos tampoco que todo Hospital Psiquiátrico, debe ser al mismo tiempo un centro de investigación. De aquí la necesidad de los trabajos anatopatológicos, a que la conclusión hace referencia.

6.- Todo hospital psiquiátrico deberá instalar una Granja agrícola, donde los enfermos puedan trabajar. Los que trabajen, recibirán un pequeño jornal que se les ingresará en una cartilla de ahorro, cuya cantidad se le entregará al enfermo al abandonar la clínica por curación.

Comentario: La terapéutica de ocupación, actualmente puesta en práctica en todos los Hospitales psiquiátricos de países civilizados, representa especialmente para los enfermos crónicos, un principio de tratamiento de incalculable valor. Pero no es esto solo. Numerosos enfermos incurables suponen una carga muerta para la sociedad por su improductividad. Haciéndoles trabajar, mejorará extraordinariamente su estado mental y contribuirán más o menos modestamente a su propia manutención. En los hospitales mentales de Londres, todo producto manufacturado, de los que los enfermos y la administración utilizan, son fabricados por los mismos enfermos, con manifiesto beneficio de la administración, toda vez que pudiendo competir en calidad con los adquiridos en el comercio libre, apenas si tienes que pagar mano de obra, pues el jornal que paga al enfermo, descontada su pensión queda reducido a una insignificancia. Su establecimiento en nuestro "manicomio" daría inmediatamente, resultados excelentes.

7.- Jamás pasará de cien el número de enfermos crónicos de que dependerá un médico especializado ni de 50 el de enfermos de agudos. (está escrito en el original en Mayúsculas).

Comentario: Es casi inútil el insistir sobre ello. Fácilmente se comprende que no pueden de ningún modo estar bien atendidos los enfermos, si sobre el médico encargado de ellos, pesa la abrumadora labor de un número mayor de enfermos. La naturaleza de los enfermos mentales es tal que su observación y estudio merecen una cantidad de tiempo un esfuerzo y una atención tan prolongados que como no sea limitando el número de los, todo trabajo tiene que ser prácticamente estéril y servirá tan solo o para agotar las energías del encargado o para fructificar el escepticismo.

8.- Tanto los practicantes encargados de los servicios auxiliares como los

enfermeros deberán poseer una enseñanza especializada, para lo cual se constituirán escuelas de enseñanzas adecuadas.

Comentario: hemos insistido tantas veces sobre este punto en todos los sitios y en todas las formas que no creemos necesario hablar más sobre ello. Las conclusiones 9, 10, 11 se refieren a la legislación, establecimientos de seguridad para enfermos "difíciles" y sobre establecimientos de observación en Servicios penitenciarios, que no creemos sean actualmente interesantes a los fines de tratamiento, que son los que especialmente nos ocupan en estos momentos (...)

.... La diputación vasca ha gastado tres millones de pesetas en reorganizar el Manicomio de mujeres en Zaldívar. Actualmente no llegan a 300 el número de enfermas recogidas. Tiene una independencia absoluta administrativa del Hospital Provincial. Una junta de damas es la encargada de la Administración. El administrador hace las veces de contable. Tiene un presupuesto anual de 300.000 pesetas. Un médico director, dos auxiliares y uno interno, además de un técnico especializado en Laboratorio, acude dos veces por semana para hacer los análisis necesarios. Por dimisión voluntaria del médico director, fue nombrado sin más requisito que solicitar su consentimiento dr. Wenceslao Lopez Albo, persona competentísima, único especialista que a la sazón había en la capital ya que me ha informado a estos respectos".

Anexo 9. Carta de Castillejo a Miguel Prados Such, septiembre 1932. Expediente JAE Miguel Prados Such, AREM.

23-9-1932

Sr. D. Miguel Prados.

Mi querido amigo: De regreso en Madrid el grupo de gentes con quienes trabajo, he iniciado las gestiones sobre la posibilidad de la colaboración de usted de que hablamos la primavera pasada. No ha sido posible todavía encontrar una solución satisfactoria a la cuestión central del Instituto Cajal, porque existen opiniones divergentes y dificultades materiales; pero creo que no pueden seguir así las cosas por más tiempo y he tenido con Cajal la primera conversación. El coincide con mi punto de vista.

La razón de escribir a usted, después de hablar con Lafora, que desearía tener a usted a su lado, es que lo mismo él que yo comprendemos la gravedad de la resolución de usted de dejar la posición que ahí tiene y de embarcarse en esta aventura. Y por tanto me alegraría que

usted, después de haberlo meditado unos meses, me transmitiera su resolución definitiva.

Esto no quiere decir que yo de aquí la cosa como hecha ni como fácil, sino solamente tener la autorización de usted para iniciarla y presentarla a la Junta.

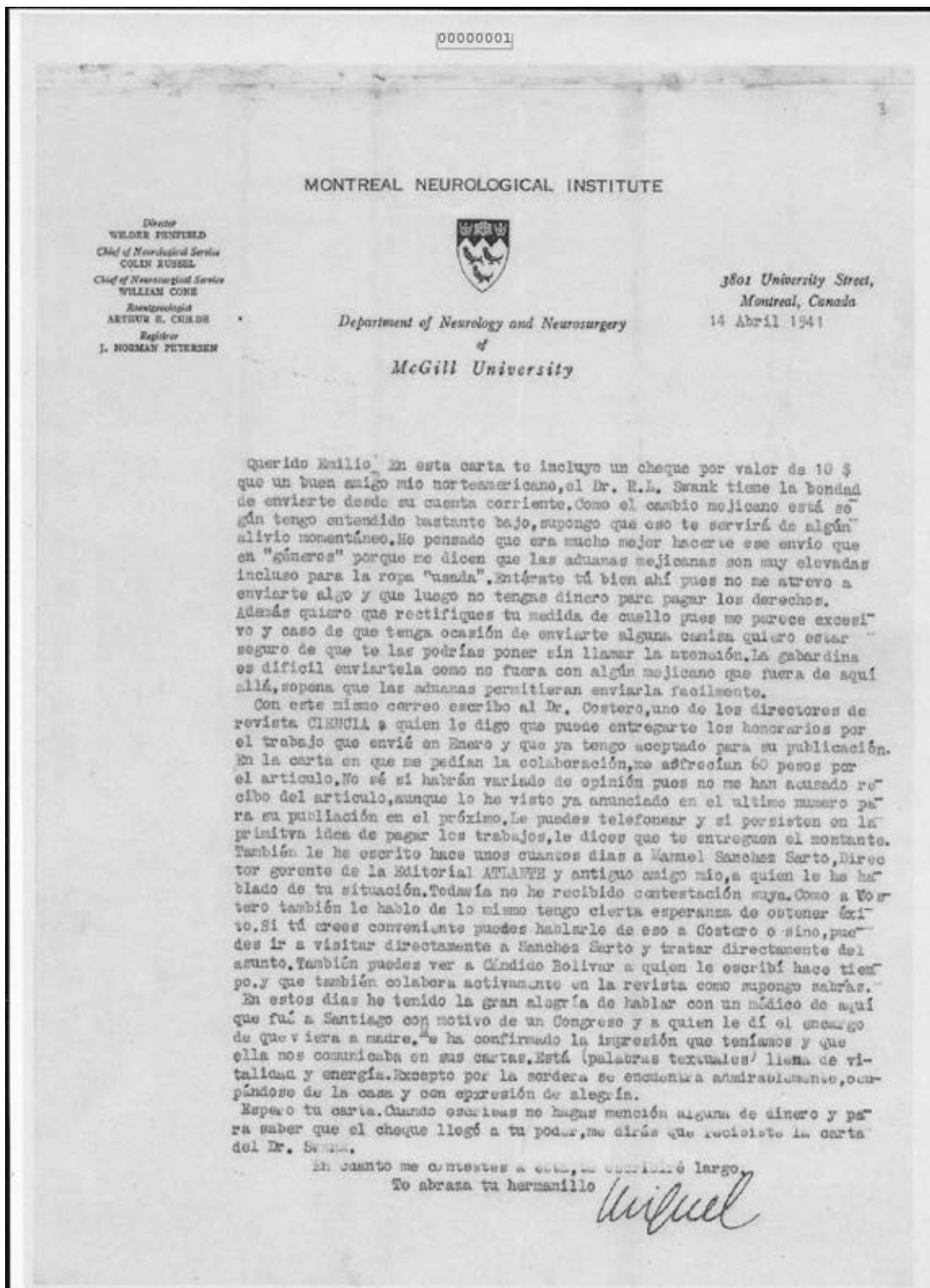
Envío a usted la reseña de un libro que quizá le interese.

Muchos recuerdos a Micaela y un saludo afectuoso de su buen amigo

Firmado: J. CASTILLEJO.



Anexo 10: Carta de Miguel Prados a su hermano, Emilio Prados, abril 1941.
Fondo Emilio Prados, AREM.



Anexo 11: Intervención de Pedro Ortiz Ramos en el Congreso Internacional de Psiquiatría en París (1950).

206

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE

REMARQUES SUR LA PSYCHANALYSE

par Pedro ORTIZ-RAMOS (Malaga)

Il convient chez les malades très « introvertis » d'utiliser la narcoanalyse pour vaincre certaines résistances mais pas de la substituer à la psychanalyse, car, d'après notre expérience, les complexes refoulés ne sont jamais venus à la conscience sous l'action de la narcose.

L'activité démesurée de nos temps est cause du fait que la technique psychanalytique parfaite créée par FREUD est considérée comme trop lente et qu'on tente des réformes sans tenir compte des lignes générales de ce traitement qui ne peuvent être modifiées sans que la géniale conception du psychiatre viennois en souffre gravement.

Les processus mentaux sont lents et leur évolution exige des phases qu'il n'est pas dans notre pouvoir de raccourcir.

Ce serait comme si nous désirions fabriquer des vins généreux dans un temps bref. Il n'y a aucun doute que le bouquet perdrait la richesse de son arôme et sa saveur spéciale et délicate.

Si nous tentions d'abrégier la psychanalyse, il est possible que nous trouvions des voies plus rapides pour établir des réactions de court-circuit mais elles laisseraient inactives d'amples zones cellulaires soumises aux actions de l'inhibition.

Nous vivons trop à la merci de la montre et les travaux de l'homme actuel sont imprégnés des exigences du temps. On prétend tout résoudre avec le « ciment armé » qui n'a jamais ni la beauté ni la majesté des pierres travaillées à force de ciseau et de marteau.

Tout traitement psychanalytique exige beaucoup d'art. Il est difficile d'indiquer des règles générales ou des techniques spéciales qui donnent l'inspiration artistique.

Celui qui est bien informé de la technique analytique, qu'il vaudrait mieux appeler art analytique, comprend tout ce qu'il y a d'inspiration dans ce procédé. Il n'est pas possible d'emporter avec soi « la leçon apprise ». Le psychanalyste ne doit pas préparer son entrevue, ce serait comme s'il voulait créer l'inspiration artistique.

C'est pour ces raisons que nous voyons des jugements tellement contradictoires sur la valeur de la psychanalyse et sur sa technique. C'est ce qui arrive dans l'art de la peinture ! Il n'y a aucun doute qu'elle possède sa technique ! Il faut savoir fixer la réalité sur la toile, capter les couleurs de la nature ou de la figure humaine ou animale, mais par dessus tout est l'inspiration, le don naturel de l'auteur de l'œuvre artistique qui n'entre pas dans les limites étroites d'une technique systématisée. Quand l'inconscient de l'analyste et du malade se synchronisent, des courants mutuels d'énergies psychologiques s'échangent, analyste et analysé éprouvent l'agréable sensation de l'harmonie.

Chaque jour d'analyse n'est pas un jour fructueux. Fréquemment je fais remarquer à mes malades qu'il n'est pas si facile d'arriver au « filon » refoulé, il faut passer du temps à désencombrer, à séparer le matériel qui sert de « gangue » et qui est un obstacle avant d'atteindre les complexes. Il est évident qu'en psychologie comme dans n'importe quelle branche du savoir humain, la recherche exige un facteur de temps qu'il n'est pas à notre portée de pouvoir réduire.

Nous ne devons pas conseiller à nos malades d'écrire leurs rêves qui, nous le savons, constituent la *via Apia* de l'inconscient. Cela n'a pas d'importance qu'ils les oublient, tout au moins en apparence, l'intérêt est dans ce qui est évoqué à la condition que le malade nous parle avec sincérité et qu'il soit persuadé que ce qu'il raconte est ce qu'il a rêvé. On me dira qu'il existe le danger d'une erreur de souvenirs. Pour cette raison tout le monde ne peut pas être psychanalysé, un minimum de conditions est nécessaire pour mener à bien une analyse efficace.

Quand nous lisons le rapport de M. BLEULER sur « les tests de projection dans la clinique psychiatrique » nous sommes tout à fait d'accord avec ses idées. L'esprit ne rentre pas dans les limites étroites de quelques chiffres qui dénotent ses qualités ou ses défauts. C'est un désir louable, mais sans doute chimérique, que la formulation en chiffres de parties d'un tout si complexe, et de limites si peu nettes pour permettre une séparation et une évaluation stricte de chacune d'elles. Nous sommes ici d'accord avec les mots de BLEULER : « Une conversation avec

un malade nous enseigne plus que les « tests » les plus fins et les plus complets. » Nous trouvons cependant quelquefois des symptômes psychonévrotiques chez nos malades et nous demandons s'ils peuvent être ou non candidats à la psychanalyse. Dans ce sens le test de RORSCHACH nous a été d'une grande utilité. Quand nous observons un bon pourcentage de F +, quelques B et surtout des chocs de couleur, nous pouvons assurer que le candidat possède les conditions indispensables à l'analyse et que les symptômes font partie d'un syndrome psychonévrotique dénotant l'existence de complexes refoulés qui sont représentés par les chocs de couleur. Il est absolument certain qu'évaluer les chocs de couleur n'est pas facile, il faut beaucoup de pratique, mais, bien interprétés, ils constituent un précieux moyen d'aide.

Un autre problème est celui de la nécessité ou non que l'analyste ait été « auto-analysé ». Nous ne croyons pas que ce soit une condition indispensable. Quand quelqu'un s'intéresse à la psychanalyse, il fait fréquemment des expériences sur lui-même en interprétant ses propres rêves. Ces essais sont utiles mais ceci vient aussi d'une façon naturelle presque sans y penser ; celui qui s'intéresse à un problème dirige en effet ses idées vers le même objet.

La psychanalyse est la psychothérapie la plus humaine, elle pénètre l'esprit du malade, augmente le conscient, éclaire les complexes refoulés, démonte tout un échafaudage compliqué de transformations que l'énergie refoulée avait organisé pour se dériver vers le côté corporel, et que le malade peut sentir sous forme de symptômes proprement physiques.

La psychanalyse réalise ce travail *in anima vili* avec la collaboration consciente du patient. La psychanalyse ne lutte pas directement contre les symptômes, elle n'est pas à proprement parler de la psychologie, elle interprète et laisse le patient en liberté pour qu'il formule ses jugements, ses objections, pour qu'il accepte ou refuse les explications qu'on lui offre.

Elle n'affecte en rien la liberté humaine, elle n'emploie ni la coercition, ni la menace, ni la terreur, pas même la propre autorité du médecin. Le malade parle avec une absolue liberté. On n'exige de lui qu'une condition : être sincère, ne pas mentir, ne rien cacher, avoir confiance.

Nous sommes effrayés quand nous lisons que la psychanalyse peut être employée par des personnes qui n'ont pas le titre de médecin. Je demanderais à cette assemblée que dans son Pays respectif chacun travaille à ce que les lois ne permettent pas que cette méthode, essentiellement thérapeutique, puisse être exercée par des personnes étrangères à la profession médicale. La psychanalyse est un chapitre de la thérapeutique psychologique qui appartient entièrement au médecin sans que personne ne puisse lui disputer son droit absolu.

La psychanalyse exige une condition tout à fait spéciale : une haute moralité de la part du psychanalyste, qui doit être austère, honnête, simple, indulgent, comprendre les faiblesses humaines sans y tomber. Un autre point sur lequel il convient d'insister se rapporte à l'opinion manifestée par quelques-uns sur l'utilité d'exiger les honoraires après chaque séance pour obtenir non seulement la compensation de notre travail mais aussi un effet psychologique sur le patient. Puisque le malade a tout résolu avec le médecin après la séance, il lui reste davantage de liberté pour venir à des séances successives ou pour interrompre le traitement étant donné qu'aucun lien d'engagement ne le lie au médecin. Pour notre part, nous n'avons jamais mis en pratique cette manière de faire et nous n'avons pas eu à nous en plaindre. Ici comme dans tout notre travail psychanalytique, nous nous sommes manifesté avec spontanéité et simplicité, ce qui donne précisément un relief plus accusé à cette méthode de recherche et de traitement.

Dans cette Assemblée, des autorités de premier ordre ont parlé de conseiller des techniques pour abrégé le traitement psychanalytique. Nous insistons sur les difficultés de systématiser la technique. Les forces de l'inconscient du médecin dictent d'une façon naturelle la manière de procéder.

Tous les analystes sont d'accord pour donner le maximum d'importance au transfert. Nous avons observé qu'il est très difficile d'aboutir à une guérison si l'on n'éclaircit pas pour le malade le problème du transfert. Ceci crée des situations très délicates chez les femmes et encore plus s'il s'agit des hommes parce qu'il n'y a aucun doute que le transfert se base sur l'énergie libidinale. L'habileté, la délicatesse, l'opportunité avec lesquelles nous expliquons le transfert constituent le fondement



du succès thérapeutique. Combien de fois nous avons regretté notre manque de décision de n'être pas rentré plus à fond et de n'avoir pas profité de cette occasion unique qui nous a été offerte ! Dans d'autres cas, au contraire, par véhémence, nous avons détruit tout le travail ou une grande partie du travail réalisé. En psychanalyse comme dans la vie, on triomphe par opportunité, compétence et constance.

Il est curieux d'observer les plaintes et les protestations qu'occasionne la théorie libidinale des névroses. Nous sommes partisans de l'unité des instincts. La nature se penche toujours vers le plus simple. La première chose est d'exister et puisque nous existons, de conserver l'existence. De quoi dépend le fait d'exister. Si nous contemplons le monde depuis le piédestal de l'Histoire, nous voyons se succéder une série indéfinie de générations, vases de cette immense *noria* mise en mouvement par la libido. Le freudisme ou psychanalyse ne signifient pas la dépravation sexuelle ni la liberté sexuelle et moins encore l'exercice immodéré des fonctions sexuelles. A mon avis la satisfaction ou insatisfaction n'est pas forcément la cause ni l'effet des névroses ou de certaines psychoses.

La base fondamentale se trouve dans les répressions de l'énergie libidinale mais répressions purement psychologiques, sans intervention du soma ou avec l'unique intervention de recevoir cette énergie dispersée qui, pour ne pas dûment agir, se transforme en symptômes névrotiques.

S U M M A R Y (1)

We are not the partisans of the modifications of the analytic technique for the shortening of the treatment. Systematic technical rules cannot be given, for Psychoanalysis has more art than technique.

The interpretation of dreams has been almost exclusively the material used in our experiences. Narcoanalysis cannot replace Psychoanalysis.

Psychoanalysis should be practiced only by physicians. Honesty and austerity should be the necessary moral conditions of analysis. We consider the transference and the delicate problem of the necessary informations to the patient of the greatest importance.

(1) Summary translated in English by Dr HASSAN AZIMA.

RESUMEN (1)

No somos partidarios de las modificaciones de la técnica analítica para acortar el tratamiento. No pueden darse reglas técnicas sistemáticas, ya que el análisis tiene más de arte que de técnica.

La interpretación de los sueños ha constituido casi exclusivamente el material empleado en nuestra experiencia. El narco-análisis no puede remplazar al psicoanálisis.

El test de RORSCHACH nos ha demostrado su utilidad en la elección de los pacientes aptos para el análisis.

El psicoanálisis debe ser ejercido sólo por los médicos. La honestidad y la austeridad deben ser las condiciones morales indispensables para el analista. Consideramos de la más alta importancia la transferencia y de la información necesaria al enfermo.

CONSISTENT DEVELOPMENT OF REICH'S
CHARACTER-ANALYSIS

par Tage PHILIPSON (Copenhagen)

Like many other psychologists and sociologists for some time Reich has been of the opinion that if our civilization is to survive the present world crisis it is necessary to change human nature itself.

Consequently the main sociological task for psychology and psychiatry must be to change mankind so that he can master his own technique and civilization.

Now, has psychology any possibility to solve this problem ?

As early as about 1930 Reich has shown how through character-analysis it was possible to turn an ordinary neurotic character into a genital one. The genital character, which he described in some detail, differs from the neurotic one by the Ego, Id, and Super-ego being in harmony with one another and having an affirmative relation to the fundamental sexual impulses.

Notwithstanding one's attitude to Reich's later development it is natural now that he for more than 2 decades has practised

(1) Traducción al español por el Dr. BARRIAS CASTRO.

Anexo 12: “Reflexiones sobre la leucotomía”. Discurso de Pedro Ortiz Ramos al ingreso en la Real Academia de Medicina de Granada, 6 de diciembre de 1955 (Pérez Ortiz, 2010, p. 188-205).

“ (...) Conocí al profesor Egas Moniz en Zaragoza, en 1930, en la reunión de la `Asociación Española de Neuropsiquiatras´. Me impresionó su cordialidad, su talento, su gran personalidad. Había descubierto ya la arteriografía cerebral, y por esta causa nuestra asociación le invitó a dar una conferencia. Yo empezaba entonces mis estudios de neuropsiquiatría e hice el propósito de visitarle en Lisboa. Recuerdo, además de la magnífica conferencia que pronunció y de sus afortunadas intervenciones, su brillante discurso en el banquete de confraternidad (...). Años después pude llevar a cabo mi propósito de visitar la Clínica del Profesor lusitano. Estuve en su servicio del Hospital de Santa Marta, oí sus explicaciones, me hice partícipe de sus trabajos. Precisamente se encontraba entonces experimentando la leucotomía, que había ideado para curar las psicosis no orgánicas, cortando fibras de asociación en el centro oval prefrontal. Se encontraba presente el profesor de psiquiatría de Lisboa, el malogrado Dr. Sobral Cid, hombre cultísimo, gran psiquiatra. Bien claro se veía que no le agradaba contradecir a Egas Moniz, pero no parecía participar de sus ideas. Confieso que me quedé perplejo ante sus explicaciones: Egas no era psiquiatra, la base de sus experimentos parecía ser intuitiva, y buena prueba de ello es que aún hoy día no se ha dado una explicación única y convincente del mecanismo de acción de la leucotomía.

Los primeros ensayos fueron moderados. Egas Moniz abría dos agujeros de trépano en lugares simétricos de la región prefrontal, por ellos introducía el leucotomo inventado por él, especie de conductor metálico provisto de un alambre cortante en su extremo, que se abría a voluntad en forma de ojal mediante un mecanismo en el mango, determinando secciones a ciegas de la masa cerebral, a diversas alturas del centro oval en el lóbulo frontal, con el fin de destruir “fibras de asociación”, a través de las cuales creía que pasaban los `estímulos nerviosos inhibidores o excitadores que producían y mantenían los síntomas de las enfermedades mentales´.

Reconozco que, aunque me ha quedado un recuerdo imborrable de aquella entrevista con el prof. de Lisboa, jamás me han convencido del todo esas intervenciones. No se trata de ningún nihilismo terapéutico, ni tampoco de un exagerado respeto a la sustancia cerebral. Al contrario, considero que debemos abrir nuestro espíritu a todo nuevo cauce que intente mitigar los sufrimientos humanos. Sin embargo, la teoría de destruir fibras de asociación para que a través de ellas no pasasen los estímulos nerviosos que mantenían los síntomas de las enfermedades psíquicas, no encontraba plena resonancia en mi espíritu.

Como es sabido, hay dos modalidades de leucotomía frontal: una que se

realiza en el plano anterior, llamada tipo Moniz, que ya hemos descrito; y otra en el plano posterior, tipo Freeman-Watts, sección del lóbulo frontal a nivel de la sustancia coronaria.

En general, en los enfermos tratados por el primer método, pasado algún tiempo, no se encontraba ningún rasgo en su psiquismo que pudiera referirse a la leucotomía. En cambio, en el segundo tipo dejaba al enfermo con un gran defecto psíquico. Esta leucotomía mutilante, llamada también lobotomía, quedaría reservada a las neurosis obsesivas graves y a los procesos esquizofrénicos muy avanzados.

López Ibor describe la leucotomía transorbitaria propuesta por Fiamberti en 1937, defendida después por Freeman. Los resultados en la primera serie de enfermos `no son evidentemente demasiado satisfactorios´, lo que atribuye a haber sido muy severo en la indicación. Después de la intervención se observó apatía, euforia y desinhibición. Las ideas delirantes persistieron.

Baruk se opone radicalmente a la leucotomía, que afirma no ha sido estudiada sobre base científica ni desde el punto de vista fisiológico ni clínico. Este autor analiza detenidamente casos operados de lobotomía asegurando que `aunque los partidarios de la psicocirugía se basan en el hecho de que el enfermo se siente aliviado de sus sufrimientos, lo cierto es que la satisfacción aparente de algunos de estos enfermos es la expresión de un estado demencial producido por la intervención. Hemos observado -dice- personas psicasténicas, tímidas, obsesivas y escrupulosas antes de la operación que presentaban después un desenfado, una falta de tacto y actitudes sorprendentes y a veces escandalosas´. Impresionado por sus observaciones, propone nada menos que `tomar medidas de protección social necesarias para hacer frente a este nuevo peligro´.

Le Beau comunica un estudio basado en 152 intervenciones frontales selectivas bilaterales. Se refiere a topectomías y secciones subcorticales en el lóbulo frontal, en las áreas 4 y 6 de Brodman y en el tercio anterior del girus cingular. En las psicosis y neurosis no demenciales los resultados son buenos.

Con respecto a las modificaciones psicológicas que siguen a estas intervenciones frontales selectivas, en general son poco acentuadas, destacando a veces el síndrome maniaco post-operatorio en la ablación del cortex granular de la convexidad de las áreas 9 y 10. La ingulectomía parece ampliar la escala verbal y modificar favorablemente los trastornos neuróticos aumentando la extraversión.

Menger describe las alteraciones postlobotómicas que algunas de ellas pueden aparecer precozmente y otras, hasta dos años y más después de la intervención y cuyos síntomas son los siguientes: trastornos del carácter y de la

personalidad que se prolongan indefinidamente, apatía, falta de previsión, desinterés por el porvenir, deficiencia del instinto de conservación en lo que se refiere a prever y a garantizar la seguridad, debilitación del tono psíquico, impotencia general, abulia, inactividad, ausencia, tanto de ambiciones como de inquietudes; negligencia, lentitud y pobreza de ideación. Algunos enfermos presentan tardíamente añoranza del estado anterior a la operación, nostalgia, tristeza y angustia. Otras veces se observan actitudes infantiles: lloriqueos, vanidad estúpida, comportamiento orgulloso y altivo, coquetería no intencional. Entre las perversiones destacan la deficiencia de discernimiento moral y de los sentimientos éticos, impulsividad y violencia, tendencia a las querellas. Crisis coléricas intensas a causa de contrariedades mínimas. Afectividad perturbada, eclipsada. Incuria, desaseo. Con cierta frecuencia se observan crisis epilépticas post-lobotómicas acompañadas de alteraciones del carácter con impulsividad manifiesta.

Almeida Amaral relata los trabajos de Egas Moniz, bajo cuyos consejos Almeida Lima realizó en noviembre de 1935 la primera leucotomía. Primeramente Moniz inyectó 0,1 cc de alcohol de 90° para destruir la sustancia blanca y en vista de su escaso resultado concibió la leucotomía.

Almeida Amaral informa que, según Egas Moniz, `las perturbaciones mentales deben estar en relación con la formación de agrupaciones célula-conectivas que, volviéndose más o menos fijas, dan origen a ciertas ideas delirantes. Los cuerpos celulares permanecerían normales, pero sus conexiones serían más permeables a ciertos estímulos en detrimento de otros. Destruyendo estas conexiones cesarían los trastornos´. El autor describe las conocidas alteraciones de la personalidad que se producen después de la lobotomía, a las que llama `el temido cambio´.

En los lóbulos frontales el área 4 de Brodman rige los movimientos individuales discriminados. El área 6 o promotora gobierna las adaptaciones posturales y reacciones más complejas. El área 8 coordina la actividad de las áreas 4 y 6. Según Freeman, cuando el área 8 está seccionada, se puede todavía conversar, vertirse, bañarse si necesidad de ayuda, comer por sí solo y tener aspecto normal. Pero falta la iniciativa, no se adquieren nuevas habilidades. No hay nuevos pensamientos, el sujeto es una especie de robot que muestra mal las emociones: alegría tristeza, ira amor...etc.

Es natural que para trabajar regularmente se necesiten más aptitudes que para vivir simplemente en la casa. Una persona empleada necesita ser cortés, puntual, trabajadora, prever situaciones. Pues bien: estas capacidades se pierden cuando está lesionada el área 8.

Muy raramente se encuentra un enfermo con una amplia lobotomía que

sea capaz de acciones sociales elevadas.

Las áreas 9 y 10 parecen determinar las mejores aptitudes humanas: realizaciones sociales y creadoras que necesitan de imaginación y fantasía.

Freeman asegura que a todos los que se les practicó la lobotomía, se les estrechó la vida de la imaginación, perdiendo la mayor parte de ellos la capacidad para soñar.

Como es sabido, la sensibilidad visceral tiene una estación terminal en la base de los lóbulos prefrontales. Si éstos se seccionan muy posteriormente, se pueden morir por inanición, colapso pulmonar, obstrucción intestinal u otra disfunción visceral. Puede haber indolencia, bulimia, incontinencia e indiferencia en el aspecto personal. Las incisiones más anteriores permiten al individuo regirse por sí mismo en lo personal, pero lo dejan desprovisto de la conciencia de sí mismo como unidad en el organismo social. Estos operados carecen de tacto, son descuidados, desconsiderados, no saben valorar su responsabilidad, son como niños, propenden a reacciones egocéntricas. Y cuando las incisiones son más anteriores todavía, se conserva la conciencia social, pero pierden cierta conciencia espiritual, que es la base del sentimiento de unión con Dios, es decir, carecen de capacidad para entrar en resonancia espiritual.

El cambio fundamental del los individuos sometidos a la leucotomía, es la alteración del afecto ligado a las ideas. A medida que se avanza desde las formas de adaptación más simples a las más complejas de niveles sociales, recreativos, espirituales..etc. hay un aumento creciente de carga afectiva. Por ejemplo: poco afecto o poca vida afectiva se necesita para sentarse a la mesa y mucho afecto es necesario para realizar un acto creador espiritual o de devoción. Sin un juego constante de afectos, sensaciones y actividad, la vida humana queda reducida a un nivel inferior de existencia.

El tálamo es la fuente de los afectos. Los sujetos autopsiados mucho tiempo después de la leucotomía, presentaban una reducción considerable de las células del núcleo dorsal del tálamo.

Un hombre con los polos frontales seccionados puede resolver problemas pero le falta curiosidad , el deseo de realizaciones y de aspirar a la perfección, carece de previsión y discernimiento, particularmente en lo que respecta a sus aplicaciones personales. El hombre con sus lóbulos frontales intactos se acuerda de sus experiencias pasadas y las proyecta en el futuro para sacar consecuencias sobre la actividad que va a iniciar, igualmente puede conducir su vida en relación con aquellos que estén junto a él. Posee como mecanismo de largo circuito que permite la maduración crítica, el sacrificio del presente inmediato por la esperan-

za de mayores ventajas para el futuro.

En las enfermedades mentales, los afectos que acompañan a las ideas tienden a producir una cierta fijación o acentuación patológica, por ejemplo: el obsesivo mira hacia el futuro y se encuentra rodeado de diversas compulsiones. El deprimido se queda alarmado ante las posibilidades de tragedia. El hipocondríaco construye su enfermedad, su incapacidad y su muerte. El esquizofrénico puebla su mundo de creaciones fantásticas. Parece seguro -agrega Freeman- que sin lóbulos frontales no puede haber enfermedades mentales funcionales.

La leucotomía prefrontal separa las células de los lóbulos frontales de los núcleos del tálamo en donde hace el componente afectivo. Al perder la fantasía su carga afectiva deja de interesar y el enfermo puede hacer frente a la realidad ayudándole sus restantes mecanismos para adaptarse de un modo eficaz. Al sentir de Freeman, las incisiones deben hacerse tan atrás como sea posible para eliminar la carga afectiva procedente del tálamo, destruyendo de esta forma los núcleos emocionales de la psicosis. Pero no hay que olvidar - agrega el autor- que `cada milímetro del tejido frontal sacrificado aumenta las dificultades de la adaptación del enfermo al medio´. Así pues hay que conjugar estas dos tendencias opuestas, con el fin de realizar los cortes de los lóbulos frontales en el sitio más adecuado cumpliendo un doble objetivo: aliviar la enfermedad mental sin dejar mutilada la personalidad. Si el enfermo antes de la intervención está afectivamente deteriorado, las posibilidades de mejoría disminuyen. Cuanto más grave y crónica es la enfermedad, tanto más posterior y más extensa debe ser la incisión y si teniendo en cuenta la desorganización y gravedad de la misma sólo se aspira a tener un enfermo sosegado e inofensivo en lugar de un ser peligroso para sí y para los demás, debe realizarse la máxima sección.

Freeman insiste en explicar la recaídas de los enfermos lobotomizados con palabras tales como éstas: `La psicosis se manifiesta nuevamente cuando una vez que el circuito reverberante ha emigrado del polo frontal hacia atrás, el mecanismo normalizante se destruye por segunda vez´.

Myere afirma que `no se ha obtenido ninguna esperanza con la leucotomías en cuando a explicar la patología de las psicosis funcionales. La reaparición de los síntomas que caracterizan las psicosis afectivas y esquizofrénicas y las neurosis después de la separación de toda la corteza prefrontal y la persistencia de los síntomas esquizofrénicos después de la lobectomía total bilateral de los lóbulos frontales, hace dudar de las teorías que se esfuerzan en localizar en el lóbulo frontal el proceso patológico causal de la psicosis´.

Meyer considera que `uno de los méritos indirectos de la psicocirugía consiste en haber impulsado las investigaciones anatómicas y fisiológicas experimentales´.

Barahona Fernández distingue dos acciones fundamentales de la leucotomía prefrontal: la llamada por él `sintonización regresiva´ que produce una adaptación del sujeto al medio, junto con una cierta disolución de las funciones psíquicas y descenso del nivel de la personalidad, y además una acción de choque sobre las funciones vitales con respercusión sobre el fondo biológico.

La concepción que le parece a Kleist más exacta es que la lobotomía o las intervenciones análogas, al seccionar las fibras tálamo-frontales, atenúan la iniciativa y por consiguiente el estado de excitación psicomotor. Además disminuyen las sensaciones somáticas, los procesos instintivos y afectivos y las actividades de carácter torturante y amenazador.

Minkowski piensa que `cuanto más rica y matizada es la vida interior individual más riesgo corre la personalidad de nivelarse y banalizarse como resultado de la leucotomía, cuyos peligros y limitaciones son evidentes´.

A la enfermedad mental se le añade- según Rylander- después de la leucotomía y como resultado de ella, un síndrome frontal que consiste en un cambio de vida emocional, una modificación de los procesos intelectuales con tendencia al pensamiento concreto y una limitación de las facultades de asociación. Cree que nuestros conocimientos son demasiado fragmentarios y que es preciso reunir más hechos de observación. Según la experiencia del autor, las intervenciones subcorticales no producen ninguna modificación de la personalidad por lo que no vacila en considerarlas como las mejores operaciones en la hora actual.

Puech afirma que `los resultados de la leucotomía en la esquizofrenia son a menudo decepcionantes´

`Sólo el psiquiatra- escribe Daymezon- que conoce al enfermo y que ha vivido su historia, puede fundadamente aconsejar estar intervenciones´

`Sería conveniente -afirman Kalinowski y Scharff- que se informara por escrito de las razones que aconsejan la intervención, cual técnica es la preferida y qué opinión se mantiene sobre los posibles resultados´.

Scoville deja intacta la sustancia gris y realiza la sección subcortical bajo las áreas 9 y 10 o en la superficie orbitaria aislando las áreas 11 y 12.

Spiegel y Wycis operan directamente sobre el tálamo valiéndose de un aparato inventado por Horsley-Clarke. Demostrando que pueden obtenerse los mismo resultados cuando se destruyen pequeñas zonas en el núcleo medio del tálamo, lo que parece indicar que el sistema de protección tálamo-frontal interviene en la génesis de la psicosis.

Escolar siguiendo la iniciativa de Horsley -Clarke, ha construido un aparato estereotáxico para realizar la electrocoagulación de la zona pretalámica con objeto de destruir el haz tálamo-frontal que la lobotomía engloba dentro de una zona de destrucción que coge otros territorios. El aparato permite llevar con toda exactitud las agujas electrolíticas al plano cerebral deseado.

En otro trabajo, Escolar fija la situación yuxta-nuclear de las conexiones de los núcleos dorsomedial, ventral posterior y centromediano del tálamo con arreglo al sistema cartesiano.

Obrador, al hablar de la talamotomía, declara que ha empleado el aparato estereotáxico de Escolar, haciendo la electrocoagulación con toda exactitud en seis casos.

Justamente fue este neurocirujano (Obrador) quien practicó las primeras leucotomías temporales, seccionando el lóbulo por delante del cuerno temporal y con la idea de seccionar el circuito de Papez en su comienzo en la cara temporal y que está relacionado con la experiencia emotiva.

Stengel y Carse creen que debemos mantener una actitud crítica y guardarnos de partidismos. Como médicos no debemos lealtad ni a la psicocirugía ni a ningún otro método especial de tratamiento, sino a nuestros pacientes y a la ciencia.

La leucotomía en los esquizofrénicos actúa sólo como paliativo. Los citados autores tuvieron el 10 por ciento de remisiones en los esquizofrénicos operados entre los 320 casos de su estadística global de leucotomía. El estudio de tales casos demostró que los esquizofrénicos remitidos por la leucotomía eran de buen pronóstico, pues se trataba de personalidad bien conservadas, sintónicas, con rasgos maniaco-depresivos y tendencias a remitir en otros episodios; inteligencias normales. Con estas características encontramos casos, en cualquier experiencia psiquiátrica, que bien remiten espontáneamente o bien lo hacen bajo la influencia del tratamiento insulínico. Por consiguiente, el efecto curativo de este 10 por ciento de casos de buena remisión post-lobotómica no puede demostrarse en la estadística. Después de varios años, sabremos si estas remisiones son más o menos duraderas que las espontáneas o insulínicas.

La operación puede reportar beneficios en esquizofrénicos crónicos.

Sobre un grupo de maniaco-depresivos los autores encuentran que las melancolías crónicas se mejoran. Un cierto número de ellas pueden presentar, después de la operación, rasgos maníacos y agresividad más o menos permanente.

La enfermedad maniaco-depresiva con accesos repetidos, se beneficia del método. Los accesos siguientes se hacen más atenuados porque la intervención disminuye la capacidad de mantener al mismo nivel la tensión emocional durante largo tiempo.

En la neurosis obsesiva crónica el efecto parece ser satisfactorio.

Con respecto a la modificación de la personalidad, Stengel, señala que es pequeña cuando la operación se realiza en individuos bien integrados o 'socialmente adaptados'.

Los sujetos que presentaban tendencias antisociales pueden aumentar sus 'características indeseables' después de la intervención.

El grado de alteración de la personalidad es función de la personalidad prepsicótica tal como se revela en la conducta del paciente antes de la psicosis, a lo que se agregan ciertas características latentes que se manifiestan sólo durante la enfermedad.

Los esquizofrénicos de bajo nivel intelectual se empeoran con la leucotomía. Parece ser que se requiere una cierta calidad intelectual suficiente para compensar el trabajo de reajuste de funciones después de la intervención. En el mismo sentido se pronuncia la experiencia de la leucotomía en los débiles mentales, cuya conducta se empeora en la mayor parte de los casos.

Las relaciones con los sentimientos religiosos del paciente han sido objeto de estudio. Hay algunos casos en que los sentimientos religiosos -como en general toda la vida afectiva del enfermo- pierden profundidad y tensión, pues a esta modificación global se deben los resultados terapéuticos logrados. Según la experiencia de los autores, en la mayor parte de los casos la actitud religiosa no afectó.

Cada enfermo, antes de ser sometido a la leucotomía, debe ser bien estudiado sobre las características de su personalidad y examen cuidadoso de los síntomas. Con respecto a la técnica empleada, las autopsias revelaron que el plano de corte de los lóbulos frontales no se había realizado según las intenciones del cirujano, pues en ocasiones las secciones fueron más anteriores y otras veces más posteriores de lo deseado.

Algunos observadores aseguran que los leucotomizados presentan una disminución de su resistencia para las enfermedades somáticas.

Torrás y Fuster estudian los efectos de la leucotomía en 21 casos de psicosis crónica, llegando a la conclusión de que 'la productividad morbosa, intensamen-

te fijada por el tiempo de evolución de la psicosis, no sufrió modificación alguna por la leucotomía. En los casos con déficit intenso el resultado no sólo ha sido un fracaso, sino que con la operación se provocó una aceleración del derrumbamiento de la personalidad en el sentido de la `demencia apática'. La agresividad y conducta impulsiva o se influyó muy poco o más bien se agravó. Por eso, al establecer las indicaciones de la intervención, hay que tener presente la personalidad prepsicótica porque si hay tendencias agresivas, al libertar con la lobotomía los mecanismos instintivos inferiores, probablemente se agravarán.

El P. Saz-Orozco, S.I., estudia los problemas morales que plantea la leucotomía, afirmando que `la moral no coarta la acción en su esfera específica si ésta va guiada en sus principios por los fundamentos indestructibles de todo ser racional destinado a un fin sobrenatural".

Delmas-Marsalet y cols. estudian la leucotomía subcortical selectiva, desde el punto de vista de las actividades eléctricas cerebrales y de las modificaciones clínicas. Afirma que la leucotomía subcortico-orbitaria es seguida de una elevación de la amplitud de los ritmos cerebrales, enriquecimiento de las actividades beta e hiperactividad de las regiones temporales. Clínicamente y en paralelismo con estas gráficas, se observó un retorno a la actividad útil, recuperación del rapport con el ambiente, humor alegre, disminución de las ideas parásitas y de la angustia.

Con la doble sección subcortico-orbitaria y subcortico-pericallosa, además de ciertos cambios en la actividad eléctrica, se observó en clínica desaparición de la agresividad y de la ansiedad y en los pacientes epilépticos modificación favorable de las alteraciones del carácter.

Para explicar estos resultados los autores recuerdan nociones de neurofisiología adquiridas recientemente merced a los recientes trabajos de Fulton, Jasper, Mac Lean, Stoll...etc (...)

Un estudio detenido de los síntomas y de la personalidad de los enfermos debe efectuarse para elegir la mejor técnica en cada caso. Los autores afirman que sólo se debe operar enfermos `cuya curabilidad ha sido decretada por varios psiquiatras' y sólo en este caso la leucotomía subcortical selectiva puede realizar una obra social útil.

Desde el punto de vista de las leucotomías selectivas, son interesantes las aportaciones de Mac Donald, Tow y Whitty: describen los cambios de la personalidad en sus operaciones sobre el giro cingulado que afecta al área 24 de Brodman, extirpando una superficie de corteza de un centímetro por 3 de largo y 1 de fondo, unos tres gramos de tejido nervioso extirpado. Algunos operados se cansan por la

tarde y la capacidad de trabajo se afecta algo. En cambio, se observa un aumento de su actividad al desaparecer ciertos síntomas que disminuían la capacidad general del individuo. Los operados son menos meticulosos en sus costumbres. Parece afectarse algo su disposición para las relaciones sociales y personales, pero en cuanto se enfrentan con problemas o situaciones concretas, se ve que su capacidad de discriminación no está disminuida. No se afecta la memoria. Disminuye la profundidad intereses generales en relación con su nivel preoperatorio. Por ejemplo: un enfermo que leía buena literatura, desciende la calidad e intensidad de sus lecturas. Otro de análogas aficiones, le importa ahora poco cualquier clase de lectura, como revistas ilustradas poco selectas...etc. En la vida religiosa no se observan cambios. Los deseos sexuales no se afectan, sólo la posición del sujeto frente a conversaciones de esta clase, más libre, menos severa. Las emociones tales como celos, malhumor e impulsiones se exteriorizan con menos ímpetu. Soportan peor los ruidos, interrupciones, exigencias sociales, llegada inesperada de visitantes, disgustos...etc. Hay mayor libertad en la expresión de los sentimientos y en las relaciones sociales, aunque dentro de una conducta correcta. En estas leucotomías selectivas nunca se observan actos impulsivos e impremeditados, ni tampoco acciones incorrectas, desconsideradas o inoportunas como en la lobotomía frontal. En el lado afectivo hay una disminución de la timidez y de la exagerada responsabilidad. Si antes de la operación la capacidad para relacionarse estaba inhibida o alterada por rasgos constrictivos dependientes de la enfermedad, se les ve después con maneras más amplias y más vigorosas. Exhiben una capacidad crítica más natural, por ejemplo: sobre deficiencias del carácter de sus amigos y se encuentran más propensos a expresarse con menos severidad en cuestiones íntimas. Hay una mayor complacencia en exponer sus sentimientos, la ansiedad morbosa disminuye, pero sin afectar la capacidad normal de preocupación sana e inquietud adecuada. Se atenúan los temores obsesivos cuyo aspecto automático y repetitivo desaparece. Si se le pregunta al sujeto, declara que aún le asaltan pensamientos patológicos, pero lo cierto es que no tienen dificultad para dejarlos y dirigir su atención a otros asuntos.

Como resultado de las investigaciones psicoquirúrgicas que acabamos de estudiar, el problema de la psicocirugía, con vistas a corregir perturbaciones mentales, entra en una nueva vía. Tras estas destrucciones masivas a ciegas (lobotomía) que acarrear terribles cambios a la personalidad del enfermo que sólo algunos pueden soportan adaptándose a la nueva situación de prescindir de la masa cerebral seccionada, y que en otros determinan nuevas situaciones con frecuencia mucho peores que las que se intentaban remediar, la leucotomía pasa a una nueva fase que podemos llamar neurofisiológica. En combinación con el registro eléctrico del cerebro y con la observación clínica cuidadosa de los enfermos, se van determinando las zonas de ataque con arreglo a la sintomatología del paciente.

Estos nuevos ensayos convencen más. No provocan apenas cambios en la

personalidad de los enfermos y corrigen los síntomas adaptándonos a la vida social y familiar. Pero aun en el caso en que la operación no dé resultado, al menos no perjudica ni daña al paciente.

Yo digo que estas grandes lobotomías que hacen lisiados psíquicos, deben reclamar su empleo con las mayores garantías. Sólo el psiquiatra está capacitado para establecer las indicaciones psicoquirúrgicas mas adecuadas, correspondiendo al cirujano el papel más puramente técnico.

En mi reciente visita a Alemania, pude observar que apenas había una clínica neuropsiquiátrica de las distintas Universidades en donde se practicaran lobotomías. Ni tampoco en los manicomios provinciales. Por ejemplo, en el famoso de Gütersloh, como es sabido la cuna de la laborterapia, sistematizada por Simon, que fue durante muchos años su director, mostraban los médicos un cierto orgullo por no haber hecho una sola indicación de leucotomía, y en el mismo sentido se expresaron varios profesores universitarios. El caso más demostrativo es el de Colonia, cuyo profesor de psiquiatría, Scheid, no obstante la amistad con el Prof. Tönis – una de las mayores figuras mundiales de la neurocirugía- y trabajar vecinos, que ambas clínicas está puerta con puerta, apenas muy eventualmente y sólo para leucotomías selectivas, se envían enfermos a ser intervenidos.

Obrador reclama la colaboración de psiquiatras, internistas, y neurocirujanos, no para reunir casuísticas extensas, sino para estudiar detenidamente a los enfermos y sacar el máximun de enseñanza de cada caso, y de esta forma nuevas luces se irán proyectando en los aspectos neurológicos de la vida emocional humana que plantea problemas de tanto interés.

Por mi parte, reclamo para nuestros pacientes las mayores atenciones, no debiendo olvidar que toda atención médica debe ir encaminada en primer término a curar o aliviar, y en segundo lugar, a impulsar las investigaciones científicas, pero nunca debemos por un ansia experimental excesiva o por un afán desorbitado de curar, producir al enfermo daños irreparables o superiores a las alteraciones que intentamos corregir”.

Anexo 13: Ficha judicial condena pena de muerte Juan López de Gamarra (archivo familiar).

Acuerdo a la 42/37
Lopez Gamarra Juan de
(Apellidos y nombre)
Causa n.º 36 Juzgado n.º 8 Consejo n.º
Delito Rebellion
Se inició la causa el 11 de Marzo de 1937
Sentencia recaída Penas de Muerte
Oficio de ejecución del fallo fecha 16 de Marzo de 1937

Anexo 14: Noticia en el periódico *El amanecer* sobre la protesta de los aspirantes a auxiliares de psiquiatría (ADPM, Ig. 9220-6).

18



Vernos 2 Diciembre 1932

¿Qué pasa en el Manicomio?
Las mejoras de trata a los enfermos, ordenadas por la Superioridad y puestas en práctica por el Dr. Prados, ¿van a frustrarse?

Una comisión de aspirantes a auxiliares de Psiquiatría, que venían hasta ahora prestando servicio en el Manicomio Provincial, pone en nuestras manos la siguiente carta que publicamos sin comentario.

Se. Director de AMANE CER

Muy señor nuestro: Seguros de que en su republicanismo diario tiene acogida favorable cualquier sacrificio que tienda a beneficiar a la clase humilde, al mismo tiempo que alguna protesta por la opresión del desvalido, nosotros a título de alumnos de psiquiatría que activamente estamos haciendo las prácticas necesarias para nuestra carrera en el Manicomio Provincial de Málaga, protestamos de la actitud adoptada por el presidente de la Diputación Provincial, señor Mapelli, en la mañana de hoy.

Era verdaderamente vergonzoso el estado en que se hallaban los enfermos desamparados y el trato inhumano y criminal que por parte de los enfermeros recibían.

Podríamos citar centenares de estos casos, pero resultaría quizás demasiado largo este relato y, además, no está en nuestro ánimo delatar tan repugnantes episodios, limitándonos a dar a conocer al pueblo malagueño de Málaga ciertos detalles que de seg. le imperando en este Manicomio la tiranía que desde los tiempos de la nefasta monarquía que hemos padecido, ha tenido allí su mayor señoreamiento y que aún no se ha conseguido derrotar, pese a los incesantes esfuerzos que el dignísimo e infatigable director del Establecimiento, don Miguel Prados, lleva realizando, detando aquello de un personal de alumnos a todas luces competente, y libre de prejuicios, que llevando a la práctica el lema «Sanidad y humanidad» convirtieron en dos meses lo que fué algo peor que la cédula lapidada, en un verdadero Manicomio, donde el enfermo tenía casi todo lo que por su calidad de demente le correspondía tener, y, no todo, por carecer de los medios más perentorios para que fuese una Casa de Salud digna de la importancia de nuestra capital.

Alí se terminaron como por encanto los pingües beneficios que el antiguo personal obtenía del diario desvalijamiento de los enfermos y la constante explotación de las resignadas familias. Terminó asimismo que las reclusiones de comidos, que no llegaban ni al comedero, pasaban a servir de pastos de unos cerdos propiedad de determinado enfermero y que el pan se vendiera a personas extrañas para lucrarse con el dinero.

Igualmente desapareció el suplicio directo y sus correspondientes bagales: maniatas, vergas, guarnecidos de cuero, celdas de castigo donde morían de hambre y así sucesivamente, sabiendo cualquier hecho que su propia demencia les impulsaba a cometer y que sucumbían en el silencio después de recibir ignominiosos azotes que les dejaban sangrando las carnes.

No quedó ni un solo hombre desnudo y todos han disfrutado del trato adecuado a su enfermedad. Alí hay infinidad de ellos que por la indolencia de su padeci-

miento tienen en facultades mentales en perfecta normalidad y pueden dar buena fe de cuanto decimos, pero, quizás también a estas horas estarán nuevamente asombrados para que no hablen lo que no convenga y otra vez el vergajo y los cuartos de castigo funcionarán para amparar con su silencio el robo y sobre todo el crimen.

¿Es posible que el señor Mapelli, Presidente de la Ecm. Diputación Provincial, no le parezcan bien las nuevas normas establecidas por don Miguel Prados, reconocido justísimamente como una de las primeras figuras de la Psiquiatría en España y que atendidos estrictamente a lo decretado por el Ministerio de la Gobernación recientemente y de acuerdo con lo que el Consejo de Psiquiatría, distribuy. convenientemente turnos de alumnos que en todo momento presta el consejo moral y científico a aquellos trescientos sesenta y tantos desvalidos que allí tiene recluida fatalidad?

¿Puede concebirse en dicho señor Mapelli, tan católico y tan cristiano ideas tan repugnantes como la de amparar o todo trazo las fechorías y desvergüenzas que las referidas nuevas normas impedian abarcar?

Pues ayer, en visita de inspección girada a requerimiento de los mozos de guerra galonados que se hacen llamar enfermeros, dispuso, con atribuciones parciales o n. (co. a muy discutible) la inmediata expulsión del alumno más antiguo, el más destacado, del que con más desinterés y verdadera fe cuidaba de cumplir y hacer cumplir las tan referidas nuevas normas y, allá va el nombre por qué nos Don Juan López de Gam. ra, practicante titulado en la práctica de muchísimos años y que es lo suficientemente conocido para que contemos ahora las excesivas v. tudes que le adornan.

¿Es preferible cambiar el vergajo por la ciencia?

Creemos que esto es un error, un lamentable error que hay que subsanar inmediatamente.

Nosotros, a fuer de hombres humanos, conscientes de nuestros deberes, no podemos por menos que protestar enérgicamente de la actitud adoptada por el señor Mapelli y de las fatales consecuencias que para los infelices enfermos acarrearía esta determinación y exigimos esta determinación y exigimos con toda la fuerza que nos presta la demencia de la tragedia de que somos testigos se corrijan inmediatamente, y de manera no acomodaticia, los errores que la ignorancia lógica del profano en ciencia Psiquiátrica desconocía y que tan directamente perjudica a varios centenares de enfermos recluidos en el Manicomio Provincial de Málaga.

Gracias anticipadas y puede mandar cuanto guste a sus afectísimos y s. c. Emilio Gómez, Salvador Hoyos, Joaquín Salas Palomo, Manuel Salas Suárez y Luis Gallego Ruiz.

Anunciar en este diario es asegurar la venta.

Hijos de Manuel Ojeda S.A.

MÁLAGA
CARBONES MINERALES Y DE COKE — MADERAS PARA CONSTRUCCIÓN Y CARPINTERÍA — HIERROS LAMINADOS Y FUNDIDOS
Oficina: Alameda de Pablo Iglesias, núm. 7. Teléfono 17

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA



Hace tiempo, el director del departamento de Psiquiatría del Hospital Provincial don Pedro Ortiz Ramos viene laborando, tras minucioso estudio, por la creación en Málaga de una colonia de trabajo para los enfermos mentales. La idea es sumamente beneficiosa para la ciudad, y las consecuencias de su realización son creemos nosotros indispensables destacadas. Ha pasado algunos años, hemos visto los proyectos que siempre pedía el doctor Ortiz Ramos, y dada la apatía que en nuestro país se suelen adoptar las grandes ideas, creímos ya en el día de hoy que es bien de ese desdichado sector de enfermos debiera existir. Pero, las palabras pronunciadas en la sesión de la comisión provincial por el diputado don Rodrigo Lara, excitando el celo de sus compañeros para que permitiera en Madrid la creación del Asilo Colonia, permiten afirmar todavía una esperanza de realización. La necesidad de atender debidamente a los perturbados mentales, evitándose el peligro que su inactividad en hospitales los produce, justifica cuantos esfuerzos se realicen y cuantas cantidades se invierten en la Colonia. Afortunadamente, la terapéutica que hoy se sigue en todas las clínicas se inspira de aquella otra cruenta, antihumana, que se ponía en práctica contra estos infelices. En nuestro Hospital Civil, que visitamos con alguna frecuencia, pudimos comprobar el acierto. Los locos desahullan tranquilamente por el patio y los pabellones, sin que nadie pueda suponer en ellos, a no ser observando algunos movimientos estereotipados, su estado de servilismo y de intrasquilidad.



El departamento de enfermos mentales del Hospital, manda el Dr. Ortiz Ramos. Nosotros, juzgando incorrecta dar al público una visión de lo que es el departamento de psiquiatría del Hospital, que tanto espacio tiene todavía en ámbitos poco templados, nos hemos entrevistado con su director. El señor Ortiz Ramos, con su amabilidad habitual se ha prestado a contestar a las preguntas que en el curso de la conversación, con miras informativas, le hemos dirigido.

—¿Número de enfermos que hay en mi departamento? Para justificar la mitad del que existe en el Hospital: quinientos veinte. En los restantes servicios se hallan encamadas quinientos sesenta. Los números son más elevados que todo lo que pueda decirse.

—En esos últimos años, la situación ha mejorado notablemente; sobre todo, en el servicio de hombres las necesidades elementales están resueltas. Yo llamo necesidades elementales a cada enfermo un punto de luz, un punto de higiene, un punto de ocupación. En el Hospital Provincial se ha creado un taller para enfermos mentales durante un año más tarde, al trasladarse los enfermos a Fontilles se adaptó la clínica para los enfermos mentales denominados estados febriles. El antiguo manicomio de San Carlos, reformado y descongestionado con los dos pabellones citados, continúa siendo la clínica de observación propiamente dicha. Todo enfermo de nuevo ingreso es sometido a observación y tratamiento en este departamento.

—¿Qué medios de curación se emplean generalmente para esos enfermos?

Nuestras instituciones benéficas

DE LOS PROCEDIMIENTOS ANTIHUMANOS Y DE LAS CELDAS LOBREGAS, AL TRABAJO Y A LA UTILIZACION SOCIAL DE LOS LOCOS

lg. 9220:6 pes. 67

FOR J. VALLES PRIMO

rotando en el 50 al 60 por ciento de los casos; el porcentaje de curaciones va disminuyendo con el progreso de la enfermedad. Cuanto más avanzada está la parálisis tanto más difícil es curarla; de aquí la conveniencia de que ello se divalque y los enfermos acudan en la fase preclínica, es decir, cuando aún no tienen síntomas mentales y a lo más experimentan algunos dolores neurasténicos. El otro medio a que me refería es

nos, del manicomio actual al de hace varios años! —En general, contesta el señor Ortiz Ramos, la gente tiene una idea equivocada del manicomio y es que la sociedad no puede deshacerse de ciertos prejuicios que fueron realidades en otras épocas. El antiguo asilo de su loco por fuerza es contenido en una enfermedad científica y una crueldad absolutamente injustificada y detestada totalmente. El casti-

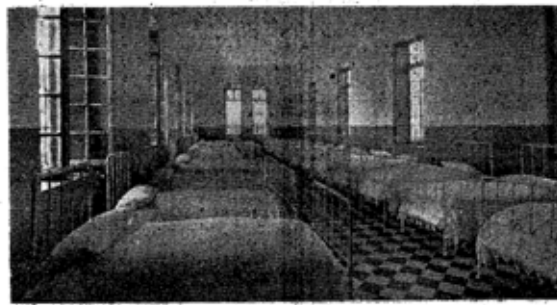
Los enfermos mentales, considerados como seres peligrosos, en la vieja terapéutica eran sometidos a un trato inhumano. Para que animales, en naturaleza, atormentada por males dolorosos, sufran todos los castigos, todas las penas, todas las crueldades que podía resistir. Haría que la ciencia viviera en casi todas ellas; castigos de incorporación a las cárceles, etc.

la llamada "Terapéutica de ocupaciones", es decir, curar a los locos poniéndolos a trabajar. Los manicomios modernos parecen más bien talleres que clínicas. Una multitud de trabajos absorben la atención de los pacientes y los distraen de las preocupaciones y dolores de su espíritu.

Ocupación práctica de los hospitalizados

—Entonces, el procedimiento de

tigo está hoy prohibido en los manicomios. Yo no he conocido en mi departamento, ni creo que se hayan aplicado nunca, ciertos sistemas para sujetar a los enfermos agitados o con tendencias impulsivas: el famoso sistema inglés o la celda con bombas o esas celdas estrechas en las que se condenaba a los enfermos traviesos a estar de pie, con las manos en cruz, y sujetas a las paredes, una traba la cabeza al techo y los pies



El nuevo taller que se les da en nuestros establecimientos benéficos permite la existencia de salas como ésta, en la que la actividad y la ordenación son fiel reflejo de lo que puede esperarse de los procedimientos que la ciencia les brinda y la solidez de los edificios y personal subalterno les atiende y vigila debidamente.

ocupación de trabajo está totalmente fuera de la terapéutica del Hospital civil de Málaga? —Nada de eso. En la medida de nuestra penuria económica, se va instalando. Lo que pasa es que la terapéutica de ocupación tiene que ser real. Para su efectividad se requieren auxiliares técnicos muy especializados y numerosos y un personal subalterno crecido. Claro que sus resultados son espléndidos. ¡Basta imaginar la maravilla de ver trans formado un manicomio en un inmenso taller! En él estaría cada loco con su tarea, pero el tema sería el trabajo agrícola, individual o colectivo, las manufacturas diversas, agarrar papel, jeringas, carpintería. Un vistazo de esta clínica así, como hallarse en una gran fábrica, y se preguntaría extrañado: Pero ¿dónde está el loco?

—¿Trabajan algunos enfermos de este departamento?

—Muchos. Nosotros vamos instalando una terapéutica. Los locos ocupan del cultivo de la huerta. Estos que trabajan así fuera son enfermos. También se emplean en múltiples servicios auxiliares y otros en la confección de manufacturas de exporto. Con la venta de las flores y macetas que ellos cultivan, de los productos del cultivo, se les hacen obsequios, para todo el producto de su trabajo queda en su bolsillo provecho.

—¿Qué diferencia le interviene

Una iniciativa remota

tiempo, merced a los esfuerzos constantes del director, se lo operado. Ya no se hacían los enfermos en las salas, ni dormían sobre inmundas almohadas de paja, ni se les maza como a seres agresivos de los que hay que apartarse, y a los cuales se les acerca la buena, en una lista, por medio de una caña. Los enfermos dormían tranquilamente, escuchaban el trabajo, comían y salían muchos del hospital y se suman en la calle a los pasantes, sin que manifestaran el más ligero síntoma de su deficiencia.

—¿Cuántos enfermos, aproximadamente, de los que entran en el Hospital pueden curarse?

—Los que prestan alguna atención a las enfermedades mentales saben que hay dos clases de enfermos: los agudos y los crónicos. Con los primeros el psiquiatra está obligado a poner a contribución todos sus afanes para conseguir la curación. Con los crónicos, los esfuerzos con finalidades curativas son inútiles. El treinta o cuarenta por ciento de los casos agudos que ingresan en la clínica, se curan, pero el resto va fatalmente in-

corporándose a la clase de los crónicos.

—¿Luego, del total de hospitalizados, las curaciones son más reducidas, ¿no?

—Ya cabría que esto se lo preguntara al Sr. Valles Primo que lleva el Manicomio actualmente en el Hospital de Curación. Esta cifra parecerá sorprendentemente baja si en contradicción con la antes citada, pero no debe olvidarse que el censista hace



El departamento de Psiquiatría del Hospital Provincial, desahullan tranquilamente por sus labores, en el taller que se les da para que puedan trabajar en ellas, sistema que se ha implantado en el Hospital Provincial de Málaga. (Fotos Arenas)

referencia a los ingresos y el día a la totalidad de las curaciones. Por lo tanto, existen en el Manicomio de Málaga cuatrocientos enfermos cuya curación es problemática. La Ciencia no posee medios eficaces y las esperanzas de reintegración social de estos desgraciados, son hoy por hoy, nulas.

—De todo lo cual replemos debemos deducir que no cabe más solución para los enfermos mentales crónicos que el Asilo Colonia. ¿Es posible que pueda establecerse en fecha no remota en Málaga?

—Man comenzo las gestiones.—¿Problemas que pueden surgir presentarse? —Si la Diputación actual, que preside el señor Román Reiza, ya está haciendo gestiones en este sentido y el doctor Sacramento está laborando eficazmente en Madrid. Pero son muchas las dificultades que se precisan vencer. Para que en Asilo Colonia se grave demasado los presupuestos de la ciudad que tenga que sostenerlo es preciso que cuando se un gran número de enfermos de mil quinientos a dos mil. De ser una primera promesa: los Asilos Colonia han de ser interprovinciales, es decir, han de albergar los enfermos mentales crónicos de varias provincias. Inmediatamente surge el problema que ¿podríamos llevar localita. Todas las provincias que han de recibir sus dementes crónicos a la Colonia quedarían con el control de su término provincial. Una construcción de esta clase no cuesta menos de diez millones de pesetas y una vez inaugurada, puede suponerse el presupuesto de su sostenimiento. Hace dos años se aprobó el proyecto para todo Andalucía oriental y por este y otros escollos fracasaron las negociaciones, no llegando a ningún resultado concreto. Varios Ayuntamientos de la provincia de Málaga, Marbella, Fuengirola, Ceja, etc., cedían gratuitamente terrenos. En vista de aquel fracaso, pensamos ahora a colaborar con otras provincias. Por el intercambio de enfermos mentales, la experiencia nos demuestra que las provincias más afines son Córdoba, Cádiz, Málaga y las poblaciones del Norte de África: Melilla y Ceuta. De hecho Melilla, que no cuenta con Manicomio, nos envía sus enfermos y Ceuta los envía a Cádiz. Si nos acordamos a la situación geográfica no hay más que contemplar el mapa para ver que en Málaga estaría situada el centro de esta zona que podríamos llamar psiquiátrica. Es de suponer que por esta razón etnogeográfica y por el hecho de ser los malagueños los iniciadores del problema, las otras provincias aceptarían el emplazamiento de la Colonia en Málaga.

—¿Hay algún precedente de tales Colonias en España?

—Las provincias de Badajoz, Cáceres y Huelva han conseguido que el Estado construya en la primera, en el término municipal de Zalra, una gran Colonia.

—Debemos preocuparnos también de los niños mentales? —Hasta ahora, nos hemos ocupado de los enfermos mentales adultos y viejos, pero no hemos hablado nada de la considerable zona infantil que arrastra taras psicológicas susceptibles de educación y de corrección. Los niños mentalmente anormales, sufren todavía en España las consecuencias de un olvido doloroso. Aparte del Instituto de Asistencia de Madrid y de instituciones secundarias en varias provincias, que educan a los débiles mentales, poco se hace por el niño que padece tales anomalías. Nuestra última pregunta al doctor Ortiz Ramos tiene que referirse a este punto.

—No olvidemos, contesta el señor Ortiz Ramos, en el manicomio con ningún departamento especial para chicos, y esto me preocupa sobremanera.

La Unión Mercantil
9 / 3 / 1927

En el Hospital civil

La Comunión a los enfermos

Ayer, día de San Juan de Dios, celebróse en el Hospital civil, el acto solemne de dar la Sagrada Comunión a los enfermos de aquel Centro benéfico, espiritual alimento que prepara el alma para los bienes de la gloria.

Más de cien enfermos, de la planta baja del edificio, y muchos también de otras salas, que solicitaron acudir a las que había de visitar el Santísimo, recibieron los auxilios de la gracia divina, confortando su alma con la substancia de la Sagrada Forma.

LOS INVITADOS

Poco después de las ocho de la mañana, empezaron a llegar al Hospital, las autoridades e invitados al acto, así como numeroso público que deseaba presenciar el mismo.

Vimos al alcalde, don Enrique Cano, al Ilmo. señor obispo, don Manuel González, y a su paje don Fernando Díaz, al presidente de la Diputación provincial, don Juan Luis Peralta; a los diputados provinciales señores Fernández Ruano, Casado, Marqués Torres, Moreno Castañeda, Alonso y Simó; al cónsul de Francia señor Girardin, al capitán de la Guardia civil don Alfredo Ferrando, en representación del coronel señor Bernal; al presidente de la Cruz Roja, don Antonio Gómez de la Bárcena, y al administrador del Hospital, señor Carreras.

A los médicos don Guillermo Jáuregui, don Rafael Pérez Bryan, don Rafael Campos, don Antonio Guerrero, don Miguel Prados, don Pedro Ortiz, don Antonio Luna, don Antonio Mohcada, don Manuel Bustamante, don Diego Nagbona y don Vicente Mugierza.

A los practicantes don Baltasar Ramos, don Diego del Río, don Carlos Carreras, don Joaquín Florido, don Miguel Díaz y don Rodrigo Vela, además a gran número de señoras y señoritas.

También asistieron nuestro fotógrafo señor Sánchez y nuestro redactor señor Velasco Damas.

EL ACTO

Organizada la procesión en la que figuraban las niñas del Convento de la Goleta, efectuóse el recorrido, llevando el obispo, bajo palio, al Santísimo y empezando la Sagrada procesión por la «Sala de San Juan Bautista», siguiendo después, las de «Nuestra Señora del Carmen», «San José», «San Ricardo», «San Manuel» y «San Jerónimos».

Los enfermos iban recibiendo la Sagrada Forma, con fervoroso recogimiento de espíritu, para mejor elevar hacia Dios las gracias por el bienestar recibido.

Entre tanto, la banda del regimiento de Alava, entonaba la Marcha Real cada vez que entraba y salía el Santísimo en las citadas Salas.

LA MISA

Cuando la procesión regresó al templo, los invitados oyeron una misa oficiada por el Padre Superior de los Salesianos, señor Monserrat, terminando, este santo acto a las once de la mañana.

La Madre sor Josefa, así como el capellán del Hospital, don Leopoldo Darles, que ya fué felicitado por la Reina, en su reciente visita a dicho Centro benéfico, recibieron los parabienes de la numerosa y selecta concurrencia.

EL DESAYUNO

Terminada la Misa, pasaron los invitados al salón de la Comunidad, en donde fueron obsequiados con un desayuno espléndido.

También a los enfermos se les sirvió un desayuno extraordinario; para ellos fué un día de regocijo espiritual, y una fiesta brillante y solemne para los invitados.



log 9220.1
pos. 4.

La Unión Mercantil
p 9/10/930

DIPUTACION PROVINCIAL

LOS SERVICIOS EN EL HOSPITAL

Datos estadísticos de las intervenciones médicas efectuadas en la Consulta pública del Hospital civil durante el mes de septiembre último por los señores profesores del Cuerpo médico de la Beneficencia provincial, a más de los servicios que cada uno presta en las Clínicas a su cargo.

Niños, Sr. Pérez Montaut, 480; Ginecología, Sr. Narbana, 376; Cirugía general, Sr. Campos, 122; Cirugía general, Sr. Bustamante, 175; Nerviosas, Sr. Prados, 120; Vías Urinarias, Sr. Morales, 275; Medicina general, Sr. Jáuregui (E.), 145; Medicina general, Sr. Pérez Bryan (M.), 226; Medicina general, Sr. Ortiz Ramos, 118; Medicina general, Sr. Pérez Bryan (R.), 76; Corazón, señor Moncada, 81; Oftalmología, señor Bosch, 2.322; Otorrinolaringología, Sr. F. Muguertza, 267; Estómago, señor Castro Nuño, 133; Odontología, Meliveo, 130; Curaciones diarias, 2.752. Total: 7.788.

Análisis en el Laboratorio

Orinas, 197; Sangre, 164; Espusos, 28; Jügos gástricos, 13; Líquido céfalo-raquídeo, 2; Heces fecales, 1; Pelos, 1. Total: 406.

Lg 9220:3

pcg. 55



La Unión Mercantil
24/9/933

ENTRE DEMENTES

S Trágico suceso en el Hospital civil

Ayer tuvimos conocimiento de un lamentabilísimo suceso desarrollado durante la madrugada anterior, en el pabellón de dementes de este Hospital provincial.

Según nuestras noticias, uno de los enfermos cerebrales, sufrió una fuerte crisis, y cogiendo una piedra de mármol de una mesita de noche, acometió a otro alienado, dándole con ella varios golpes en la cabeza.

Al darse cuenta de lo ocurrido los enfermeros acudieron prontamente, sometiendo a la obediencia al demente y socorriendo al agredido que, en el suelo, se hallaba sangrando por diversas heridas.

La víctima fué trasladada a la sala de cura donde se le atendió convenientemente, apreciándose heridas muy graves.

Del suceso se dió cuenta al Juzgado de guardia, que lo era el del distrito de Santo Domingo, el cual se constituyó a las siete de la mañana en el indicado establecimiento benéfico, para practicar las diligencias propias del trágico suceso.

69220 S
pag. 3



Anexo 17: Documento de Examen al Ingreso (FGH, ADPM, Ig. 10150:54).

Examen al ingreso

Nombre [Redacted] Expd. núm. 68
 Temperatura _____ Peso _____ Talla _____ Nutrición _____
 Pulsaciones _____ Carácter del pulso _____
 Trastornos orgánicos _____

Fecha 1 Diciembre 1931 Explorador _____

I

¿Cómo se llama usted? [Redacted]
 ¿Cuántos años tiene usted? No se
 ¿Cuándo nació usted? El 1º de Mayo
 ¿Es usted casado? Soltura Tiene usted hijos? _____ ¿Cuántos muertos? _____
 ¿A qué edad? _____ ¿De qué enfermedades? _____
 ¿Ha ido usted a la escuela? Poco ¿Sabe usted leer y escribir? Segun si
 ¿Cuál es su profesión? Segun ¿Cuánto ganaba usted al mes? Segun
 ¿Viven sus padres? No ¿De qué murió su padre? No se
 ¿Y la madre? De una ampolla en el cuello

II

¿Qué fecha es hoy? No se ¿Qué día de la semana? No se
 ¿Cuánto tiempo lleva usted aquí? Carrizosa lo se
 ¿Donde pasó la Nochebuena última? Aqui
 Dígame los días de la semana? L M M J S y D
 Dígame los meses del año E F O
 ¿Cuántos días tiene el año? "
 ¿Cuántas horas tiene el día? 24
 ¿Cuántos minutos tiene la hora? "
 ¿En que época del año estamos? En invierno
 ¿Que hora será? No se

III

¿Donde ha vivido usted hasta ahora? No lo se
 ¿Que vía o camino ha seguido usted para venir hasta aquí? En un coche
 ¿Que altura tendrá este cuarto? _____
 ¿Que longitud tiene su dedo medio? _____
 ¿Puede usted señalarme hacia donde caen el Norte, el Sur, el Este y el Oeste? _____



¿Hacia dónde caen el Levante y el Poniente?

¿Cómo se llama el pueblo en que estamos? *Málaga*

¿Qué clase de casa es ésta? *Hospital*

¿Quien le ha traído aquí? *Un guardia de seguridad*

¿Quién soy yo? *Una madre*

¿Qué clase de gente es la que vive en esta casa? *Señoras que aspiran a más de lo que son*

IV

¿Cuántas son 2×4 ? = *De eso* ¿Y 5×7 ? = _____

» » $3 + 4$? = *no se* ¿Y $10 + 10$? = _____

» » $8 - 3$? = _____ ¿Y $6 - 1$? = _____

» » $18 : 6$? = _____ ¿Y $6 : 2$? = _____

V

Dígame todo lo que vea en la habitación *Libros, puertas.*

Ahora repítamelo con los ojos cerrados *Con los ojos cerrados no veo nada*

¿Podría usted decirme qué cosas hay dentro de una iglesia? *Hasta un hombre escondido puede haber*

VI

¿Se siente usted ahora enfermo? *No*

¿Qué le duele? *Nada*

¿Está usted alegre o triste? *Estoy bien*

¿Cómo empezó su enfermedad? *De ninguna manera*

¿Siente usted en su cuerpo algo extraño? *No*

¿Le atormentan ruidos o voces? *Si siento voces*

¿Ve usted lucecillas o figuras raras? *No*

¿Siente usted pensamientos que le hagan sufrir? *No*

¿Tiene usted que reprocharse alguna mala acción? *No*



¿Alguien le ha hecho daño o le ha calumniado? *Si en mi casa*

¿Es usted feliz ~~en su matrimonio~~? *En mi persona si*

¿Se han burlado de usted en la calle o en otra parte? *Segun y conforme*

VII

¿Que diferencia hay entre la mano y el pié? *Hay mucha*

¿Y entre el buey y el caballo? *Tambien hay*

¿Y entre el hielo y el agua? *El hielo es agua*

¿Y entre el cristal y la madera?

¿Que pesa m^{ás}: un kilo de plomo ó un kilo de paja? *Lo mismo*

VIII

¿Cuántas clases de fruta conoce usted? *Regular*

¿Que animales conoce? *Tambien conosco*

¿Cómo se llaman el Rey y la Reina? *No se*

¿Que celebra la Iglesia en Semana Santa? *La muerte del Señor*

¿De dónde se saca el algodón?

¿Y la lana? *De las ovejas*

IX

¿Que haría si se encontrara una cartera llena de billetes del Banco? *Dársela a su dueño*

¿Que necesita usted para ser feliz? *Nada*

¿Cuando se dice que un hombre es valiente? *Cuando se vale de sus fuerzas*

¿Cuando se dice que un hombre es cobarde? *Cuando se vale de otros*

¿Cuando se dice que una persona es noble? *Cuando se sirve a su mismo*

¿Que diferencia hay entre error y mentira?

¿Y entre amor y odio?

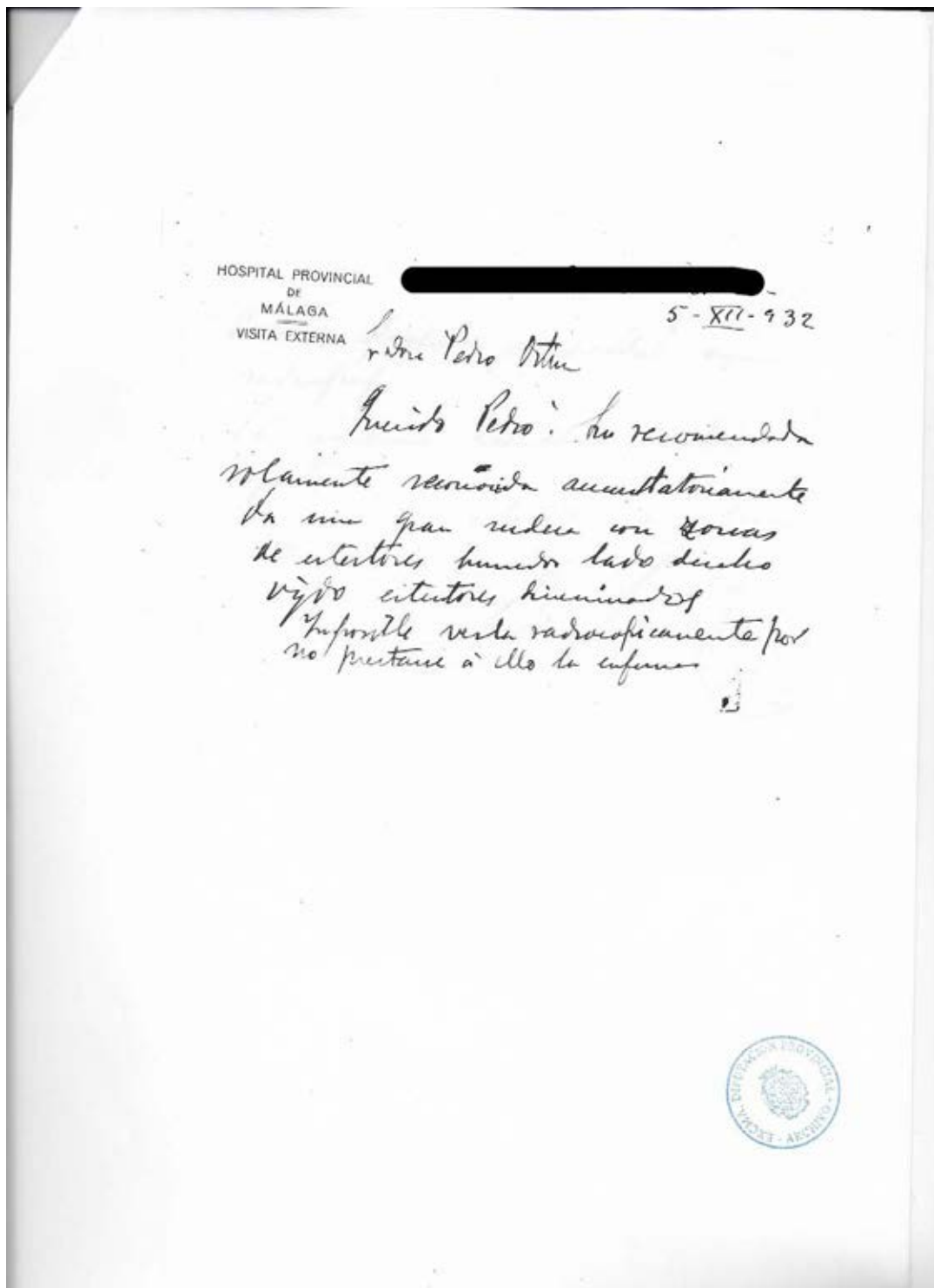
¿Y entre admiración y envidia?



1. ¿Se da cuenta al enfermo de la exploración que se le hace? *Si*
2. ¿Cual es su porte y el cuidado de su persona durante el examen? *Bien portada*
3. ¿Como son sus movimientos espontáneos?
4. Su mímica en reposo es de
5. ¿Denuncia su mímica el estado de su ánimo? *Si*
6. El tono de la voz es alto, bajo, altisonante?
7. ¿Habla espontáneamente o solo cuando le preguntan?
8. El habla es lenta, rápida, coherente, incoherente, incoercible, interceptada?
9. Se muestra tranquilo, impaciente, contrariado, hostil, agresivo, indiferente?
10. ¿Hace movimientos inadecuados? ¿Ríe o llora sin motivo reconocible? *No*
11. ¿Emplea palabras extrañas en su lenguaje? *No*



Anexo 19: Comunicación del servicio de neumología con respecto a una paciente ingresada en la sala 20, 1932 (ADPM, lg. 10143:29).



Creo de absoluta necesidad una
radiografía
La reunión resultó avaros
afectos
Se sabe en bien
ampli 7 in
Profes



Anexo 20: Descripción de cura de sueño, 1932 (FMR, ADPM, lg. 10143:4).

“[19-11-1932] A las doce de la mañana 4.4. cc de Pernoctón. Se quedó dormida muy tranquila. A las tres y $\frac{1}{2}$ toma alimento sin sonda y vuelve a dormir; a las 4 y $\frac{1}{2}$ se levanta a orinar. Dice que no puede obrar, eso que la han purgado (como así ha sido). Se acuesta hablando muy bajo y se queda dormida; a las ocho toma alimento, la noche la pasa dormida.

[20-11-1932] A las cinco de la mañana despierta, muy tranquila. A las 7 de la mañana toma alimento; sigue despierta pero ni habla ni se mueve. A las doce de la mañana 4.4. Media hora antes se agita. Intenta automutilaciones, grita y se golpea violentamente... esto es una casa de p. si ella lo hubiera sabido le hubiera hablado claro al médico. El hombre aquel entró en su casa pero no le hizo nada. Después de la inyección queda dormida cuando llevábamos 2 cc. Al terminar a pesar de haberse efectuado con la estricta lentitud y ajustando a la técnica, comienza una serie de movimientos violentos y desarodenados del tronco y de las extremidades, saca la lengua pero no la muerde con fuerza. El dedo pulgar de la mano izquierda lo mueve como en los movimientos parkinsonianos. A los diez minutos cesan los movimientos y sacudidas, respira profundamente y arranca algunos gritos agudos como llorando pero sin articular palabra. Sus ojos están cerrados. El pulso es de 110 pulsaciones y las pupilas se contraen normalmente a la luz. A los 15 minutos está en perfecta relajación muscular y duerme tranquila hasta las tres que se la dio alimento; después adormilada (tranquila), así pasa toda la noche (orina y obra bien).

[21-11-1932] Cuesta trabajo hacerla tomar alimento; a las 10 se la pone la sonda y vomita, a las 12 se la ponen 1/2cc de trementina; todo lo que toma (con sonda) lo devuelve. Toda la noche la ha pasado sentada en la cama.

[22-11-1932] Se agita: toma alimento con sonda, devuelve parte de lo que se le da.

[23-11-1932] Toma alimento con sonda y no lo devuelve.

[25 y 26] Devuelve alimento.

[26-11-1932] A las once se la pone Pernoctón intramuscular, a la $\frac{1}{2}$ hora se quedó dormida hablando mucho, a las 12 y $\frac{1}{2}$ se la dio alimento con sonda y lo tomó bien. A las 5 estaba despierta, se la puso 2,2 c.c. de pernoctón, se la dio alimento y estuvo tranquila toda la noche.

[28-11-1932] A las 12 de la mañana 4.4. cc. De pernoctón intravenoso: durante la aplicación habla algunas palabras y se quedó dormida. El pulso es de 116

pulsaciones, las pupilas se contraen normalmente a la luz; los reflejos tendinosos están abolidos; los reflejos cutáneos solamente en la planta de los pies. A las tres intentamos darla alimento pero no fue posible porque apretaba los dientes se la puso una sonda y lo tomó bien; a la ½ hora devolvió un poco, entonces se agita intenta tirarse de la cama, a las 4 se la puso 4 cc de pernoctón intravenoso, en este tiempo canta, habla bajo y se quedó dormida. La noche la ha pasado tranquila: a las 7 de la mañana del día siguiente despertó, se movió y se volvió a quedar tranquila. A las 7 y ½ tomó alimento sin sonda a las 8 y ½ se agita, se rompe la ropa. A las 11 y media de la mañana 2.2 cc de pernoctón intramuscular: se la puso muy mala cara y pulso: 3 cc de aceite alcanforado continuó moviéndose, se tiró de la cama lo que obligó a ponerla la camisa de fuerza a las 12 y ½; al rato se quedó dormida. Algunos ratos se queda sin pulso; a las 4 de la tarde aceite alcanforado, a las 5 tenía 80 pulsaciones; a las 7 y media aceite alcanforado y ½ litro de suero fisiológico. La noche la ha pasado tranquila hasta la 1 desde esta hora se agita, canta y habla siempre lo mismo.

[30-11-1932] A las 7 de la mañana tomó alimento; cuanto toma lo devuelve. Dos inyecciones de aceite alcanforado, durante el día ha dormido algunos ratos (orina bien). La noche la ha pasado regular.

[1 -12-1932] Por la mañana ha tenido la camisa de fuerza (sigue devolviendo). Ella ha pedido que se la quite la camisa de fuerza prometiendo estarse quieta, se la quitaron y siguió tranquila lo que tomó por la tarde no lo devolvió. La noche la ha pasado hablando y cantando (orina y obra bien).

[2-12-1932] Se agita, habla, canta; toma bien los alimentos. A las 7 de la noche 2 cc de somnifene intramuscular, no la han hecho nada, toda la noche la ha pasado cantando (orina y obra bien).

[3-12-1932] Habla mucho: a las 11 y ½ de la mañana 2 cc de luminal intramuscular: a las 2 de la tarde se quedó dormida hasta las 5. La noche la ha pasado hablando.

[4-12-1932] Continúa agitada, a las 11 de la mañana 2 cc de luminal, no la hizo nada, a las 7 de la noche 2 cc de luminal (intramuscular). En toda la noche ha dormido.

[5-12-1932] A las 12 de la mañana 1 cc de luminal intramuscular; el día lo ha pasado tranquila, unos ratos dormida y otros despierta. A las 8 de la noche 2 cc de luminal intramuscular; casi toda la noche la ha pasado hablando (orina bien).

[7-12-1932] A las 8 de la noche 4 cc de somnifene intramuscular; la noche la ha pasado unos ratos dormida y otros hablando.

[8-12-1932] A las 11 y ½ 2 cc de luminal intramuscular todo el día ha estado tranquila; unos ratos dormida y otros despierta. A las 8 de la noche 2 cc de luminal intramuscular; casi toda la noche la ha pasado hablando.

[9-12-1932] A las 10 de la mañana 2 cc de luminal intramuscular, durante el día ha dormido poco. A las 8 de la noche 2 cc de Luminal ha dormido hasta las once; después ha hablado mucho.

[10-12- 1932] A las 10 de la mañana 2 cc de Luminal: ha dormido poco durante el día. A las 8 de la noche 2 cc de luminal. La noche la ha pasado tranquila.

[11-12-1932] por la mañana 2 cc de luminal. Unos ratos tranquila y otros hablando. A las 8 de la noche 2 cc de luminal intramuscular; la noche la ha pasado tranquila.

[12-12-1932] Lo mismo que el día anterior.

[13-12-1932] A las 8 de la noche 2 inyecciones de somnifene intramuscular: estuvo en el baño una hora; casi todo el día lo ha pasado dormida, por la noche no se la puso inyección porque estaba muy tranquila, la noche la ha pasado relativamente bien.

[14-12-1932] A las 9 de la mañana un purgante (carabaña) estuvo en el baño unas dos horas; se la puso aceite de alcanfor por la noche tomó dos sellos de luminal y durmió bien (orina bien y obra bien).

[15-12-1932] Se la dan dos sellos de luminal al día”.

Anexo 21. Anotaciones sobre la cura insulínica y sus complicaciones (CCO, ADPM, lg. 10468:21).

HOSPITAL PROVINCIAL MÁLAGA	
SERVICIO PSIQUIÁTRICO (SALAS 20 Y 21)	
FECHA	OBSERVACIONES
24-III-41	<p>Hasta el día de hoy la enferma ha sólo mejorado a medida que al tratamiento trascurre. Ha venido corrigiendo concepto de enfermedad. Encontrando justificada su estancia aquí. Mejorando su estado general, según puede verse en la adjunta curva de peso.</p> <p>Hoy Shock prolongado. Es despierta después de su inyección de azúcar por vía nasal.</p> <p>A las 3/4 de hora se intermite según el cuadro adjunto. Está en coma profundo con abolición completa de todos los reflejos incluso los corneales y conjuntivales. Las pupilas están dilatadas y no se contraen a la luz. Primero hay un estado de relajación muscular. Después los músculos encuentran tensión de extensión con protracción prozoda de los brazos; la respiración tipo Chein-Stokes, la piel azulada, con rápidos cambios de coloración que elevan un catapso vascular periférico.</p> <p>A las 12 del día mejoran los fenómenos vegetativos, se regulariza la respiración y desaparecen las contracciones, pero la enferma no recupera su sensorio.</p> <p>Durante todo el día sigue en coma.</p> <p>A las 4/15 de la noche después de la sonda pronuncia algunas palabras ininteligibles.</p>
25-III-41	<p>A las 5 de la mañana ligero episodio de excitación que duró unos diez minutos "sentarme de pie" "el pome".....</p>



MÁLAGA

11

Servicio Psiquiátrico

(Salas 20 y 21)

Estado al ingreso: _____ Dr. _____

Psíquico.

Día 24-III-41

A las 8 de la mañana se le puso 65 unidades de insulina.
 A las 10/20 se le dio 20 g. de atropina y a los 10 minutos se le puso la sonda con naranjada y 120 g. de azúcar.
 A las 11 se le inyectó 50 c.c. de glucosa intravenosa al 40%.
 A las 11/20 se le inyectó 50 c.c. de glucosa intravenosa al 60%.
 A las 11/30 se le puso una inyección de Adrenalina por vía subcutánea.
 A las 11/45 la sonda con 120 g. de azúcar y agua.
 A las 12 se le inyectó 50 c.c. de glucosa intravenosa al 50%.
 A las 12/10 se le puso la sonda con 120 g. de azúcar y agua. Vermis.
 A las 2/30 se le inyectó 50 c.c. de glucosa intravenosa al 30%.
 A las 3/30 se le puso la sonda con una naranjada con dos naranjas y 120 g. de azúcar y a continuación 500 g. de leche.
 A las 5/30 se le hizo la punción lumbar y se le extrajo una 25 cc de líquido - cefalo - raquídeo.
 A las 6 se le tomó la temperatura y tenía 38/6.
 A las 8/30 se le puso la sonda con el mismo de dos naranjas, agua y 120 g. de azúcar y se le dio 500 g. de leche.
 A las 9/10 se le practicó una muestra y se le extrajo 200 g. de sangre. También se le puso una inyección de Estrofantina intravenosa.
 A esta hora se le tomó la temperatura y tenía 38° y 76 pulsaciones.
 A las 12 empezó a hablar algunas palabras cortas y repetidas. Temperatura 37/3.
 A las 1 se le puso 50 c.c. de glucosa intravenosa al 40%.
 A las 5/30 se le puso una inyección de Cafeína. Temperatura 38/6.
 Después de esto se sentó unos diez minutos y repitió varias veces la sensación de frío.
 A las 9/45 se le ha extraído la sangre para analizarla, se le ha puesto una naranjada con 120 g. de azúcar y una inyección de cafeína. Temperatura 37/6.
 A las 10 la sonda con naranjada y 120 g. de azúcar y una inyección de Cafeína. A las 2 horas fisiológicos por vía subcutánea 500 g. y una inyección de Cardiazol subcutánea. Temperatura 38/3.
 A las 8/30 120 g. de azúcar con naranja y un poco de leche, una inyección de Adrenalina. Temperatura 39/3.
 A las 12 tres glucosados vía subcutánea 500 g. Estrofantina. Temperatura 37/3.



Este diario es republicano desde el año 1904 fecha de su fundación

EL POPULAR

Diario Republicano

Redacción, Administración y Talleres, Martínez Campos, número 2.-Málaga

CUÁNDO IBAMOS EN BUSCA DE UN SAINETE, NOS ENCONTRAMOS CON UN DRAMA

En las primeras horas de la mañana de ayer fué detenida en la Malagueta, por fuerzas de carabineros, una bellísima joven que, en pijama, recorría los establecimientos de bebidas, obligando a cerrar, bajo la amenaza de una pistola

Al ser interrogada en "La Farra", se comprobó que la muchacha estaba perturbada y que el arma era de juguete

Durante nuestros trabajos reportéris nos enteramos de la horrible amargura de una madre que, hace cuatro meses, entregó a su hija sana y bella en un recogimiento, y ahora se la encuentra enferma y demente

LA PRIMERA NOTICIA

La noticia se divulgó por la capital y algunas en el trabajo a nuestra Redacción, poniendo en movimiento a nuestro activo reportero de sucesos. —Durante la madrugada—nos dijeron—ha sido detenida en el puerto una mujer bonita... —¿En? —¿Cómo? —¿Qué nos dice? —Lo que ocurre: los carabineros han capturado en el puerto a una mujer que se había hecho la diosa del exterior con una belleza en la mano, se trata de una joven muy bella y que—agradeciendo—vestía un precioso pijama. —Pero, ¿es cierto lo que me está diciendo? —Que sí es cierto? Usted mismo puede comprobarlo cuando quiera.

EN EL PUERTO Y EN LA MALAGUETA. — LA PISTOLERA SE HACE DUEÑA DE LA SITUACIÓN

Resultó en un trabajo de una noticia interesante. Además, había tras el público, que la comentaba a su gusto y le daba sensacionales afirmaciones. —Entonces, según las fuentes: el reportero, pues, estaba obligado a informarse de la verdad y acudir a los lectores.

Marchamos al Puerto, dirigiéndonos hacia la Malagueta. Llegamos al establecimiento de bebidas de José Fernández Ruiz.

—¡Oiga usted, amigo!—le preguntamos a un camarero. —¿Es cierto que anoche se presentó aquí una joven bonita? —Ya lo creo. Nos dio el mismo padre. Cuando más tranquila se hallaba la portuñeta, y yo expendía vasos de vino en el mostrador, hizo su aparición la joven, que, empunhando una pistola, amenazó a todos, obligándonos a cerrar la puerta.

—¿Llevaba la cara cubierta? —Nada en eso. La cara, que, por cierto, es hermosa, la llevaba al descubierto y se cubría la cabeza, con un precioso sombrero y vestía un lindísimo pijama. Como podrá usted observar, se trataba de un caso raro y curioso. Por ello mismo, al ser su comportamiento tan extraño, nos acercamos inmediatamente a la puerta y hasta al ella lo hubiéramos obligado, nos tiramos al mar de cabeza.

—¿Faltó imponer su presencia? —¡Oh, hombre! su presencia era gelatinosa. Lo que nos impresionó era el color de la pistola.

—Se presentó aquí sola? —Sí, de eso. Fíjese lo mismo en otros establecimientos y algunas veces, que llevaban la inspección correspondiente. Pero ¡cuálquiera dejaba de obedecer a la elegante pistolera!

HATA QUE LLEGARON LOS CARABINEROS. — LA MUCHACHA SE DETIENE

Algunos, sin embargo, llevó a conocimiento de los carabineros la acción amenazadora y provocativa de la pistolera en pijama y, en seguida, la policía ocupada por los guardias José Ortiz Ruiz y Miguel Melillo deves, se dirigieron hacia el lugar en que se hallaba la joven en cuestión.

En efecto, cuando llegaron la muchacha amenazaba con la pistola en la mano a un transeúnte. Los carabineros al observarla en aquella situación—y cuando pudieron hacer uso del arma—se acercaron automáticamente, llegando junto a ella y señalándole la pistola. Entonces apare-

ción que se trataba de una pistola de juguete.

A la muchacha le molestó extraordinariamente la presencia de los carabineros y que le hubieran arrebatado el arma, arrojando y resacañando de tal manera que los testigos de la escena advirtieron buen pronto que algo anormal le sucedía a la joven. Al objeto de evitar que continuara el revuelo en aquel sitio, e impedir el escándalo ocasionado por el ruido de la muchacha se trasladaron a ella, en la Farra, dándole cuenta a sus superiores de lo que había pasado.

LA TRISTE REALIDAD. — SE TRATA DE UNA POBRE MUCHACHA PERTURBADA

El sargento don Manuel Tajador Jover, la cual dijo que se llamaba Lola Sánchez Cuevas y tenía 16 años de edad.

A las preguntas que se le hacían contestaba de forma rara, haciendo gestos y dando gritos, que demostraban que no tenía sus facultades mentales en buen estado. Efectivamente, a los pocos minutos se convencieron los carabineros de que la pobre hija de la Malagueta—una desdichada joven portuñeta, le de su domicilio o del establecimiento donde estuviera recibida.

Después de muchos trabajos se logró averiguar que los padres de la muchacha se llaman Pedro Sánchez y Dolores Jover, y que viven en la calle de Chafaral número 16.

Inmediatamente se dispuso que se fuera al domicilio de la joven sus padres de Carabineros, a dar cuenta de que la muchacha se hallaba en la Farra a disposición de sus padres, a la vez que se ponía el hecho en conocimiento de las autoridades superiores.

Medio hora más tarde se presentaron los familiares de la muchacha en la Farra y se hacían cargo de ella, no pudiendo la madre evitar su extraordinaria sorpresa y su impetuosa amargura al reconocer a su hija en aquel sitio y en aquel estado.

EN LA CALLE DE CHAFARAL. — LO QUE NOS DICE UNA VECINA

Respectivamente, a medida que el reportero se adentraba en los detalles de este suceso, se iba convenciendo de que lo que en los primeros momentos—según el rumor público—se había dado de las gentes aparecía como la escena de un vodevil, convirtiéndose más tarde, al irse descubriendo la realidad, en un hecho doloroso en una verdadera drama que sufre una horrible familia trágica y cuyo principal protagonista era la joven y bella doncella.

Y, al objeto de enterarnos de todos los permanentes y antecedentes del mismo, nos trasladamos ayer tarde a la calle de Chafaral, para hablar con los padres de la infeliz muchacha. A la primera mujer que nos encontramos preguntámonle cuál era la causa de su dolor.

—¡Oh, señora! El número 16. Allí está la muchacha. Es una tragedia lo que le ha ocurrido. Ella podría haberse quedado sana y ahora se la encuentran en un recogimiento.

—¿Pero, cómo? —¿Cómo? —¿Qué nos dice? —Lo que ocurre: los carabineros han capturado en el puerto a una mujer que se había hecho la diosa del exterior con una belleza en la mano, se trata de una joven muy bella y que—agradeciendo—vestía un precioso pijama.

DOLOROSO CUADRO. — HALLADO CON LA MADRE

Cuando llegamos al patio de la casa se encuentran en el mismo varias vecinas. En el centro del patio sentada en una silla, se halla la joven Lolita Sánchez. Al verla comprendimos que era ella, esa que nadie nos lo dijera. Vestía solo el pijama, y sobre el pecho, llevaba una banda poltrona y, en el centro, un manojo de flores.

En su bello rostro y en su mirada se observaba que, desgraciadamente, su cerebro no funcionaba con normalidad.



UN SAINETE QUE SE CONVIERTE EN DRAMA. — La hija joven Lolita Sánchez Cuevas, sus ojos en la Malagueta, se abrió el pecho, amercenando con una pistola. Más tarde se comprobó que el arma era de juguete y que la desdichada muchacha se hallaba perturbada.

malicia. Al verlos, empezó a dar patéticos gritos, y llamó a su madre, que ella representaba de su habitación, almorzando.

—¿Eh, usted la madre de esta joven?—le preguntamos.

—Sí, señor. ¿Ha visto usted qué horrible desgracia? Pobre hija mía... Cuando yo estaba que estaba tan bien, me he vuelto para decirme que la han robado los ojos en la calle. ¿Cómo puede ser así? —Eh, hombre! lo que ha sucedido.

Y la pobre mujer empezó a llorar desconsoladamente. Las vecinas acudieron a su vera. La hija—pobre muchacha—se echó a reír.

El espectáculo es verdaderamente doloroso.

A LOLITA LA RECUPERO EN UN CONVENTO. — CUATRO MESES SIN VERLA

—Entonces—le preguntamos, cuando se tranquilizó un poco—¿qué se recuperó a Lolita en un convento?

—Sí, hace cuatro meses la ingresó en el recogimiento de Monseñor Hermoso «Angélica Cuevas», que está situado en El Palo. La situación económica nuestra no nos permitió atender el sostenimiento de los hijos que tenemos, recluyendo a ella en dicho convento y a otro hijo mío en San Bartolomé.

—¿Y no le ha vuelto usted a ver?

—Casi puede decirse que no la he visto en todo ese tiempo, ya que únicamente una vez me dejaron verla y hace cuatro días me mandaron aviso de que fuera a recogerla, porque estaba enferma.

—¿Y la recogió usted?

—¡Cielos por ella, y me emocioné hondísimamente comprendiendo al ver cómo estaba. Tan buena y hermosa como yo la recuerdo, me la encontré demorada y demente. La impresión que sufrió fue tremenda. Me hizo cargo de ella y me la traje a la casa, donde mi madre y los demás familiares han padecido la intensa amargura que yo.

—Pero, ¿se sabe a qué ha obedecido ese ataque de demencia, qué causas han motivado tal estado en la muchacha?

—Lo ignoro en absoluto. ¡Allá en el convento lo sabrán!

SE ESCAPA LA MUCHACHA DE SU CASA. — EN BUSCA DE LA FOLLE PERTURBADA

Mientras procedíamos a que sea reconocida o ingresada en el Hospital—continúa la madre—Lolita, encontramos aquí sujeta a violación, a para evitar que pueda hacer cualquier tontería, o fusarse.

A pesar de ello, durante la madrugada última, tal como estaba vestida—tal como está ahora—se escapó. Hevándose una pistola de fuego de su hermano y, como usted ya sabe, marchó al Puerto y a la Malagueta, amenazando a la gente, hasta que fué detenida por los carabineros.

Cuando nosotros la buscábamos con los ojos naturales, y el temor de que cae en «La Farra», y allí fuimos por ella. Ahí la vimos, usted. Mire qué dolor y qué pena para una madre, encontrarse a los cuatro meses de su hija buena y sana a una hija en ese estado, y, además, me temo otra cosa peor... Es horrible y me quita el pensamiento al preguntar nada, porque la desesperación y la amargura que sufro no puede comprenderse más que una madre.

¿QUE LE HA PASADO A LA MUCHACHA?

Abandonamos a que ella, viviendo realmente impresionada por el drama que en ella se desenvolvía durante meses de su vida. La enfermedad había de la muchacha nos produce extrañeza. ¿Qué le ha sucedido? ¿Se trata del proceso normal de una dolencia hereditaria? ¿Jámben sabe!... Señalana, probablemente podremos sentirnos esta información interesante, por la tragedia humana y horrible que en ella se escondía.

EN EL ATENEO DE CIENCIAS MEDICAS

La X conferencia

— Hoy, mañana, a las diez y media de la tarde, tendrá lugar en el local del Colegio Médico, la décima conferencia sobre el tema de la que se ocupará el doctor don Salvador Malagón.

—¿Y no le ha vuelto usted a ver?

—Casi puede decirse que no la he visto en todo ese tiempo, ya que únicamente una vez me dejaron verla y hace cuatro días me mandaron aviso de que fuera a recogerla, porque estaba enferma.

—¿Y la recogió usted?

—¡Cielos por ella, y me emocioné hondísimamente comprendiendo al ver cómo estaba. Tan buena y hermosa como yo la recuerdo, me la encontré demorada y demente. La impresión que sufrió fue tremenda. Me hizo cargo de ella y me la traje a la casa, donde mi madre y los demás familiares han padecido la intensa amargura que yo.

—Pero, ¿se sabe a qué ha obedecido ese ataque de demencia, qué causas han motivado tal estado en la muchacha?

—Lo ignoro en absoluto. ¡Allá en el convento lo sabrán!

SE ESCAPA LA MUCHACHA DE SU CASA. — EN BUSCA DE LA FOLLE PERTURBADA

Mientras procedíamos a que sea reconocida o ingresada en el Hospital—continúa la madre—Lolita, encontramos aquí sujeta a violación, a para evitar que pueda hacer cualquier tontería, o fusarse.

A pesar de ello, durante la madrugada última, tal como estaba vestida—tal como está ahora—se escapó. Hevándose una pistola de fuego de su hermano y, como usted ya sabe, marchó al Puerto y a la Malagueta, amenazando a la gente, hasta que fué detenida por los carabineros.

Cuando nosotros la buscábamos con los ojos naturales, y el temor de que cae en «La Farra», y allí fuimos por ella. Ahí la vimos, usted. Mire qué dolor y qué pena para una madre, encontrarse a los cuatro meses de su hija buena y sana a una hija en ese estado, y, además, me temo otra cosa peor... Es horrible y me quita el pensamiento al preguntar nada, porque la desesperación y la amargura que sufro no puede comprenderse más que una madre.

¿QUE LE HA PASADO A LA MUCHACHA?

Abandonamos a que ella, viviendo realmente impresionada por el drama que en ella se desenvolvía durante meses de su vida. La enfermedad había de la muchacha nos produce extrañeza. ¿Qué le ha sucedido? ¿Se trata del proceso normal de una dolencia hereditaria? ¿Jámben sabe!... Señalana, probablemente podremos sentirnos esta información interesante, por la tragedia humana y horrible que en ella se escondía.

— Hoy, mañana, a las diez y media de la tarde, tendrá lugar en el local del Colegio Médico, la décima conferencia sobre el tema de la que se ocupará el doctor don Salvador Malagón.

Publicado por el Ayuntamiento de Málaga

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA



PAGINA CUATRO EL POPULAR

CUANDO IBAMOS EN BUSCA DE UN SAINETE, NOS ENCONTRAMOS CON UN DRAMA

Una interesante entrevista con la Superiora del convento "Ángeles Custodios" donde estuvo recluida la joven [REDACTED] y del que salió días antes de ser detenida en el puerto, por los carabineros

En dicho establecimiento nos dicen en que estado ingresó la muchacha; la alimentación extraordinaria a que se le sometió y la esmerada asistencia facultativa sin resultó alguno

En vista de ello, el lunes llamaron a la familia para que se hiciera cargo de la joven, que por la tarde abandonaba el Asilo

SIGUIENDO LA INFORMACION

Antesyer, en la Malagasta, se produjo un revuelo extraordinario. Lo motivó la presencia en dicho convento de una joven vestida con llamativo plumaje y que amenazó a los carabineros. Alrededor de ella se agolpó la multitud. Se comprobó, más tarde, que la muchacha—llamada Lolita Sánchez Cuena, de 16 años de edad—se hallaba perturbada. Y que la plácida era de Buztán. Al respecto, su madre hizo presente su extrañeza y su dolor ante el estado de su hija, a la que ella recibiera buena y sana en un convento y a los cuatro meses la recogió en aquella situación.

Ya en EL POPULAR de ayer publicamos una detallada y veraz información relacionada con este hecho de drama familiar, recogida por nuestros redactores en la modesta vivienda, cuartel de los carabineros y en el domicilio de los padres de la infeliz muchacha. La impresión que nos produjo el doloroso cuadro que observáramos en la modesta vivienda trinitaria fue intensa y tristísima. La pobre mujer no podía ocultar su amargura ante el estado de la hija mayor—buena y bella—y nos hizo un amplio relato de la vida de la niña, hasta que la recibiera en el convento "Los Angeles Custodios" de la barriada de El Palo. Finalmente fueron recogidas en nuestras columnas sus manifestaciones; pero, después de ellas, quedaban ciertas necesidades que era necesario suplir. Y, puesto el reportero en pie de trabajo—e interesado el público en dicho drama—era preciso continuar y aclarar...

UNA LLAMADA TELEFONICA AL CONVENTO.—ESTA TARDE DE TRES A CUATRO.

A las diez de la mañana, aproximadamente, llamamos telefónicamente al convento de "Los Angeles Custodios", preguntando por la Superiora del establecimiento. Bien pronto se puso atentamente al aparato, acompañándonos nuestros deseos.

Perfettamente, con mucha cortesía, esta tarde, de tres a cuatro, ni antes ni después, recibirá al redactor de EL POPULAR, que quiere convenientemente venir a esta santa Casa.

Agradecemos la deferencia, porque siendo que a la ciudad hace uno de nuestros compañeros se trasladaría al Recogimiento, ya que eran muy interesantes las manifestaciones que hizo la Superiora del mismo después de todas las de la mañana.

EN "LOS ANGELES CUSTODIOS"—LO QUE NOS CUANTAN

Pocos minutos después de las cuatro llegamos a "Los Angeles Custodios". Aquellos minutos de retraso hicieron que la información quedara retrasada dos horas. La Superiora del establecimiento y las monjas que le integran hablaban retirado al Coro, donde permanecían ocultas hasta las seis.

Nos decidimos a dar un paseo por la pintoresca barriada de El Palo, y a las seis en punto, llegamos nuevamente a la santa Casa.

Fuimos recibidos inmediatamente, y una monja nos acompañó hasta un sencillo salón amueblado que en breve llegaría la Superiora.

Instantáneamente, a los pocos minutos apareció la reverenda Madre, acompañada de una hermana. La saludamos cordialmente, y ella correspondió, con toda afectuosidad, a nuestro saludo, rogándonos que tomáramos asiento y le expusiéramos nuestros deseos.

LA ENTRADA DE LA NIÑA EN EL CONVENTO.—LA ENFERMEDAD QUE LA AQUEJABA

—¿Cuándo entró la joven Lolita Sánchez Cuena en el Recogimiento?

—Mirá seguramente unos cuatro meses. Si se desea, podemos decirte la fecha exacta. Usted ya conoce el desenvolvimiento de este centro, y las de solicitudes de ingreso que existen. Por fortuna, había una vacante, y atendiendo a la recomendación de la señora marquesa de Peñar, una de las benéficas del Asilo, pudo la citada joven ingresar en el mismo.

A los dos días de encontrarse en el establecimiento empezamos a notar que la muchacha no tenía muy firmes sus facultades mentales. Sus ademanes, sus exclamaciones nos hacen comprender que algo anormal le ocurría. Que la muchacha se hallaba enferma.

ES AVISADO EL DR. SANTOS AYUSO.—DEBILIDAD MENTAL

—¿Pudé requerido algún médico?

—Sí. En vista de que el estado de la muchacha nos inspiraba cuidado, decidimos llamar al facultativo del establecimiento, al doctor Santos Ayuso, para que la reconociera. Este manifestó que padecía Lolita debilidad mental, y en vista de ello llamamos a su madre, a la cual pusimos al corriente del estado en que se hallaba la muchacha.

La madre—convencida de la gravedad del caso—lamentó de la demencia que padecía su hija, haciéndose ver que ella obedecería, sin dudar, a la falta de alimentación y de otros cuidados que carecía en el caso, por la falta de medios económicos, rogándole a las monjas que continuara en el establecimiento, ya que en el mismo podía reponerse mejor que en su casa.

CUIDO EXCELENTE.—MEJOR QUE EN UN SANATORIO

—¿Y continuó aquí la muchacha?

—Efectivamente nos produjo mucha pena el dolor de aquella madre, y aunque el estado de la joven no era el más adecuado para permanecer en el establecimiento, decidimos dejar aquí a la muchacha y cuidarla, para ver si conseguíamos que se rehabilitara.

Aquí se le sometió a un cuido excelente y a tratamiento médico, hallándose mejor que en un sanatorio. La alimentación que a la joven se le daba era diferente a la de las demás muchachas, y eso—usted mismo lo puede confirmar preguntándole a las hermanas cónicas.

LA MUCHACHA SIGUE EN LA FAMILIA DE LA LLEVA

—¿Y cuándo abandonó el convento?

—El lunes. En vista de que, a pesar de todos los cuidados, la joven seguía en el mismo estado de perturbación, sin que se observara mejoramiento alguno, se hizo nuevamente a la madre, exponiéndole que en aquella situación era realmente imposible que continuara en el Asilo. La madre, entonces, decidió regresar y llevarse a su casa.

En efecto, se hizo entrega de la joven, con las formalidades de rigor, y hasta una de las hermanas—acompañada de la atención de la familia y por afecto hacia la muchacha—le hizo entrega de una cantidad en metálico, para los primeros cuidados de su mantenimiento.

Y desde entonces—termina el ciclo de la información—se ha publicado el periódico, en las ediciones de la noche, el siguiente resumen de la noticia, que nos ha llegado a nuestra muy atenta.

SINCERIDAD Y VERDAD.—LA INFORMACION TERMINA

La Superiora hablaba con toda sinceridad. En su rostro se observaba la verdad y la emoción. Creemos muchísimo decir que sus palabras las creímos. Como más tarde, al salir del establecimiento y recorrer aquellos alrededores, hacia la ciudad, también creímos las manifestaciones que nos hicieron diversas hermanas cónicas y gratificó hasta aquel establecimiento y aquellas monjas, que tanto querían y se preocupaban de la juventud obrera.

La enfermedad de la desdichada joven Lolita Sánchez Cuena no había sido extraña y aguda, como se afirma en los primeros documentos. Daba ya de algunos meses, y, por desdicha para sus pobres padres, a pesar de todos los cuidados, se ha agravado de tal manera que ha llegado a la situación en que se encuentra. Ahora será de desear que, sujeta al necesario tratamiento en un establecimiento adecuado, la joven se alivie en su dolencia y los padres puedan verla pronto restablecida, dichosa y alegre.

Nota necrológica

El día 30 del pasado mes tuvo lugar el acto de dar cristiana sepultura a la que en vida fue virtuosa señora Doña Adelina Moreno de Valenzuela.

Modelo de esposa y madre amabilísima, la extinta pasó en vida de la estimación de cuantas personas tuvieron la dicha de tratarla, consiguendo su pérdida una degracia irreparable para todas sus familiares.

Al triste acto del sepelio asistieron numerosos amigos de la familia cónica.

Al espaso de la finada, nuestro particular amigo don José Valenzuela y a sus hijos, evolvimos nuestro más sincero pésame.

Nuestras Barriadas

SOL Y ORTEGA

LA INAUGURACION DEL NUEVO LOCAL

Como estaba anunciado, el primero de mayo, a las cinco de la tarde, se efectuó la inauguración del domicilio de la asociación de Vecinos de la Barriada Sol y Ortega y Hacia de San Juan, sito en la casa número 6 de la calle Tomás de Burgos.

Desde mucho antes de la expresada hora, empezaron a llegar los asociados en unión de sus respectivas familias. Habiéndose el local por completo, el señor presidente, acompañado de los restantes directivos, atendieron a cuantos llegaron, obsequiándoles con pastas, vinos y cerveza, que generosamente donaron los señores CASANOVA, ALEJÍA y GRAVINA.

La fiesta continuó alegremente toda la tarde, prolongándose dentro del mayor entusiasmo hasta las ocho de la noche, cuando se retiró la nuestra muy atenta.



Anexo 24. Correspondencia entre Pedro Ortiz Ramos y Sixto Obrador (1949-1950) (ADPM, Ig. 10152).

Sr Dr D. Sixto Obrador Alcalde.
Madrid.

Mi querido amigo: Conforme quedamos en París te envío a la enferma
pobre [redacted], cuya historia te adjunto, rogándote en-
caredidamente la atiendas.
Un abrazo de tu buen amigo y compañero

[redacted] que ha sido convenientemente observada
en nuestra Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital Civil y diag-
noscada de Tumor cerebral, debe marchar a Madrid con la mayor
urgencia al Instituto de Neurocirugía, dependiente del Institu-
to de Investigaciones Biológicas del Profesor Jigenez Diaz, para
ser sometida a una cura radical por el neurocirujano Dr Obrador
a quien se le envía la información clínica correspondiente. Es
de urgencia la expresada intervención porque la gran presión en-
docraneal amenaza ceguera de nuestra enferma.

Málaga, 17 Septiembre 1,949.



INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA
OLIVOS, 22 (Parque Metropolitano) TEL. 30 55 40
M A D R I D

18- Nov. 1950.

Dr. P. Ortiz Rivas
Málaga

Mi querido amigo: Muchas te
agradezco tu carta y las noticias de las
enfermas comunes que operé el curso pasado.
Te envío las reproducciones que solicitas de
[REDACTED] (ventriculografías); en ellas verás
la hidrocefalia y en una lateral he marcado
el defecto en la parte posterior del tercer
ventrículo que corresponde al tumor.



A [redacted] no le hicimos ventriculografía. El tumor era, en el estadio final de Horowitz, un oligodendroblastoma. Si hay signos de recidiva puedes ordenar repetir la radioterapia, aunque no es ya muy útil en estas glomas.

¿Cuándo vienes por esta villa y corte? Prepárate irte a París al Congreso. Yo no fui porque había pasado ya una temporada en Inglaterra, Dinamarca, Suecia y Alemania esta semana y necesitaba recuperarme un poco y no abandonar el trabajo!

Un abrazo a tu buen amigo

Antonio Trastor



Anexo 25: Examen al ingreso con alusión a Miguel Prados, 1926 (ADPM Ig 10150:125).

¿Hacia dónde caen el Levante y el Poniente? _____

¿Cómo se llama el pueblo en que estamos? _____

¿Qué clase de casa es ésta? *Un Hospital Provincial de la Diputación Provincial*

¿Quien le ha traído aquí? *p ... ¡Júpiter! -*

¿Quién soy yo? _____

¿Qué clase de gente es la que vive en esta casa? *Locas y Hnas. de la Caridad.*

IV

¿Cuántas son 2×4 ? = _____ ¿Y 5×7 ? = _____

» » $3 + 4$? = _____ ¿Y $10 + 10$? = _____

» » $8 - 3$? = _____ ¿Y $6 - 1$? = _____

» » $18 : 6$? = _____ ¿Y $6 : 2$? = _____

V

Dígame todo lo que vea en la habitación _____

Ahora repítamelo con los ojos cerrados _____

¿Podría usted decirme qué cosas hay dentro de una iglesia? _____

VI

¿Se siente usted ahora enfermo? _____

¿Qué le duele? _____

¿Está usted alegre o triste? *Casi para morir me, San Miguel*

¿Cómo empezó su enfermedad? *Porq. via los ...*

¿Siente usted en su cuerpo algo extraño? _____

¿Le atormentan ruidos o voces? *Oído q. casi veo q. me fuere a*
confitar en Galera

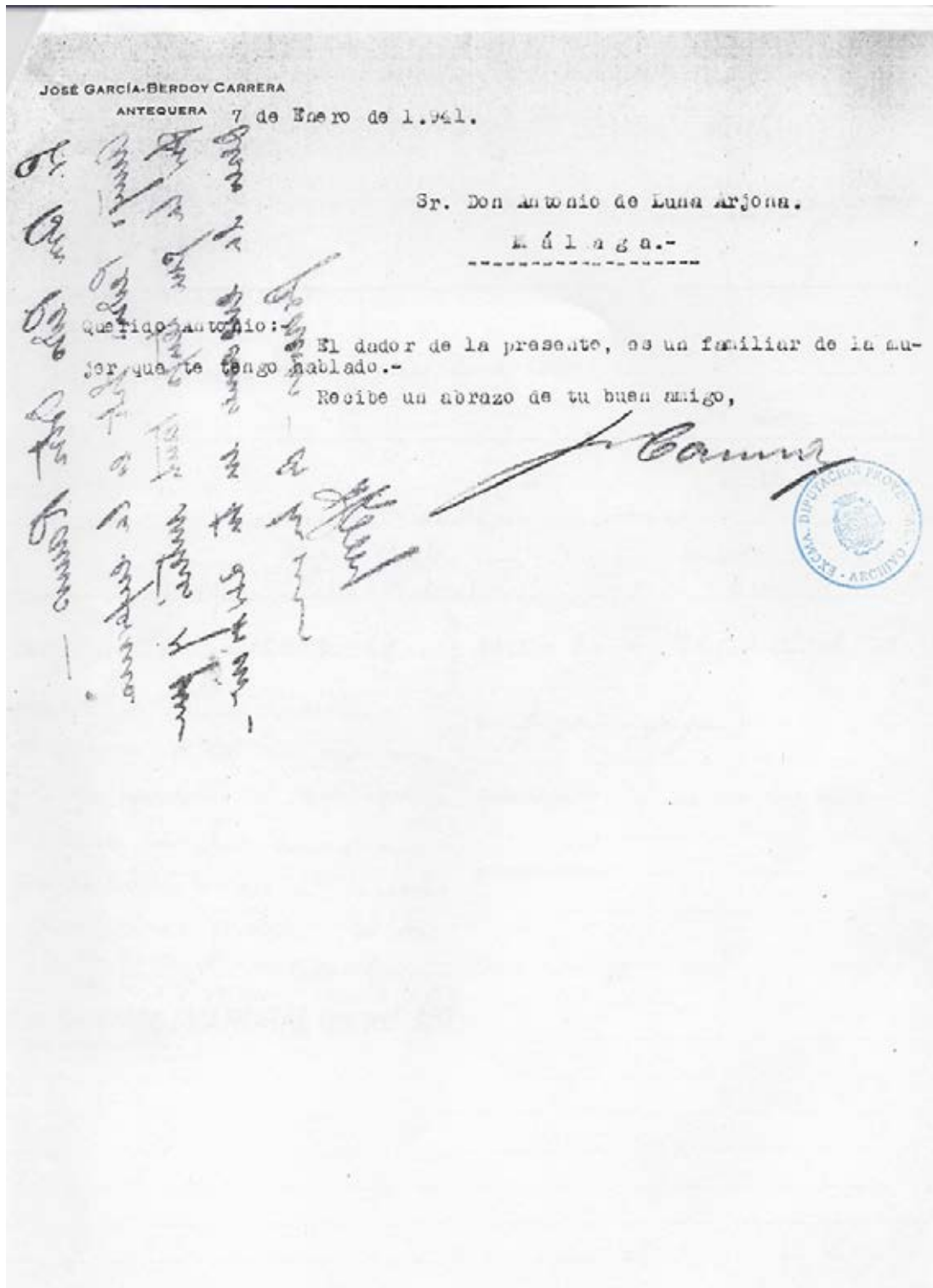
¿Ve usted lucecillas o figuras raras? _____

¿Siente usted pensamientos que le hagan sufrir? _____

¿Tiene usted que reprocharse alguna mala acción? _____



Anexo 26: Cartas de recomendación de otros profesionales (ADPM, Ig. 10467:37).



Sr. Don Pedro Otero Ramos -
Amigo Pedro: Este es la referencia
por la que tengo tanto interés y por
donde se encuentran en tu dirección -
Ponencias - de la mesa

Lucy







UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

*Mujeres, locura y psiquiatría:
la sala 20 del Manicomio
Provincial de Málaga
(1909-1950)*

Bibliografía



- Accorsi, G. E. (2015). *Entre a moléstia e a cura: a experiência da malarioterapia pelos psiquiatras do Rio de Janeiro (1924-1956)* (Tesis Doctoral). Casa de Oswaldo Cruz –Fiocruz, Rio de Janeiro (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20454/2/155.pdf>.
- Aguinaga, C. (1960). Emilio Prados: vida y obra. *Revista Hispánica Moderna*, 26(1), 1-105.
- Alanis, J., Gutiérrez, J. I., y Tapia, O. (2017). El ideal femenino y la educación emocional a principios del siglo XX. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4), 1361-1384. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi134n.pdf>
- Alcaide Gonzalez, R. (2004). La reglamentación de la prostitución en la Barcelona de la Restauración (1870-1890). *Hispania*, 64(218), 897-921.
- Álvarez, J.M. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid: Gredos.
- Álvarez, J.M. y Eiras J.R. (2006). Sobre la transmutación de la melancolía en depresión y alguna de sus consecuencias. En E. Vaschetto (Comp.), *Depresiones y psicoanálisis* (pp.101-122). Buenos Aires: Grama.
- Álvarez-Uría, F. (1983). *Miserables y locos: medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona: Tusquets.
- Allevi, J.I. (2012a). ¿La construcción de la niñez aceptable? Normalización y performatividad en la psiquiatría rosarina a inicios del siglo XX. *Jornadas de Investigación de la Facultad de Trabajo Social en el contexto latinoamericano. VI Jornadas de Investigación en Trabajo Social. III Jornadas de Investigación en Ciencia Política. Producción de conocimiento y políticas públicas: Facultad de Trabajo Social - UNER, Paraná*. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://www.academica.com/joseignacio.allevi/16>
- Allevi, J.I. (2012b). Negar la otredad. Anomalía, peligro y locura en una tesis de principios de S. XX, Argentina". *Texturas, Revista de Análisis del discurso*, (12), 15-36.
- Allmond, G. (2017). Liberty and the individual: the colony asylum in Scotland and England. *History of psychiatry*, 28(1), 29-43.
- Allodi, F. (2012). Historia del psicoanálisis en España y sus contrastes con el mundo anglófono. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(supl 2), 1-9.
- Amorós, C. y De Miguel, A. (2005). *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. Madrid: Minerva.
- Andrés Granel, H. (2008). Anarquismo y sexualidad. *Germinal*, (5), 65-84.

- Angosto Saura T., García Álvarez M., González García, A. (1997). Historia del manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas (un estudio a través de 528 historias clínicas). *En La Locura y sus instituciones, Actas de las II Jornadas de Historia de la psiquiatría* (pp. 61-87). Valencia: Diputación de Valencia.
- Antón Fructuoso, P. (1982). *Almacén de razones perdidas. Historia del Manicomio de Sant Boi (1853 - 1945)*. Barcelona: Científico-Médica.
- Araos, F. (2005). Psicoanálisis, Rorschach y Creatividad: una condensación integrativa. *Terapia psicológica*, 23(1), 59-64.
- Arcas Cubero, F. y Sanjuán Solis, L. (2016). *Periodismo, política y cultura en la II República (1931-1936): Antología Juan Rejano*. Sevilla: Renacimiento.
- Aresti, N. (2001). *Médicos, Donjuanes y Mujeres Modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Arreola. B. (2007). *¿Locura o disidencia? Un estudio sobre la locura femenina desde la ciencia psiquiátrica de finales del siglo XIX y principios del XX* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Méjico. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=14151&docs=UAMI14151.PDF.
- Astor, G., Itaquei, M.H., Medeiros, E., y Guilhermano, L.G. (2014). Profile of patients treated with malariotherapy in a psychiatric hospital in Porto Alegre, Brazil: a historical note. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 36(3), 169-172.
- Aztarain Díez, J. (2005). *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868 - 1954)*. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.
- Azuaga Rico, J.M. (1996). *La guerrilla antifranquista en Nerja*. Nerja: Izquierda Unida-Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.
- Azuaga Rico, J.M. (2005). Huídos y guerrilleros republicanos en la Axarquía durante la Guerra Civil. En L. Prieto (Coord.), *Guerra y franquismo en la provincia de Málaga. Nuevas líneas de investigación* (pp.57-80). Málaga: Servicio de Publicaciones y Divulgación Científica de la Universidad de Málaga.
- Bandrés, J. y Llanova, R. (1995). El Dr. Antonio Linares Maza y el desarrollo de la psicotecnia en España. *Revista Historia de la psicología*, 16(3-4), 33-41.
- Banerjee, S. y Jiménez-Lucena, I. (2014). When the personal is public: anxious enquiries and expert answers on bodies in the advice columns of spanish and bengali magazines (1930-1948). En *Visiones multidisciplinares sobre la cultura popular: actas del 5º Congreso Internacional de SELICUP* (pp. 329-337). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

- Barranquero Texeira, E. (2007). Mujeres malagueñas en la represión franquista a través de las fuentes escritas y orales. *Historia Actual Online*, (12), 85-94.
- Barranquero Texeira, E. y Prieto Borrego, L. (2008). Memoria e Historia de la Guerra y el Franquismo en la Axarquía. *Sociedad: boletín de la Sociedad de Amigos de la Cultura de Vélez-Málaga*, (7), 9-14.
- Barranquero Texeira E. y Eiroa San Francisco, M. (2011). La cárcel de mujeres de Málaga en la paz de Franco. *Studia. Histórica, Historia Contemporánea*, 29, 119-137.
- Bedoya-Hernández, M. y Castrillón-Aldana, A. (2018). Psicociencias y gobierno de la subjetividad. *Iatreia*, 31(1), 18-28.
- Benjamin, J. (1996). *Los lazos del amor: psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós.
- Bernabeu-Maestre J., Cid P., Esplugues J. y Galiana-Sanchez, M.E. (2008.) Categorías diagnósticas y género: los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina contemporánea (1877-1936). *Asclepio*, 60(1), 83-102.
- Bernal Borrego E. y Calero Delgado, M.L. (2013). El discurso higiénico como argumento moralizante de la mujer: "La Higiene del Bello Sexo" de Ramón Hernández Poggio (1847), *Asclepio*, 65(1): p009. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2013.09>.
- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. Méjico DF: Fondo de cultura económica.
- Beveridge, A. (1995). Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908 Part II. *History of Psychiatry*, 6(22), 133-156.
- Beverley, J. (2004). *Subalternidad y representación*. Michigan: Iberoamericana.
- Bolufer M. (2007). Género, historia e historia de la medicina: diálogos historiográficos. En R. Campos, L. Montiel y R. Huertas (Eds.), *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp. 635-645). Madrid: CSIC.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Madrid: Anagrama.
- Burgos Díaz, E. (2013). Foucault y la crítica feminista de la heterosexualidad como institución. En M.I. Del Val y H. Gallego (Eds.), *Las huellas de Foucault en la historiografía. Poderes, cuerpos y deseos* (pp. 29-54). Barcelona: Icaria.
- Busfield, J. (1996). *Men, women and madness. Understanding gender and mental disorder*. Nueva York: Palgrave Macmillian.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.

- Butler J. (1997). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis.
- Campos Marín, R. (1997a). Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936). *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 49(1), 39-59.
- Campos Marín, R. (1997b). *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*. Madrid: CSIC Press.
- Campos Marín, R. (2003). Criminalidad y locura en la Restauración. El proceso del cura Galeote (1886-1888). *Frenia*, 3(2), 111-145.
- Campos, R. (2013). La construcción del sujeto peligroso en España (1880-1936). El papel de la psiquiatría y la criminología, *Asclepio*, 65(2): p017. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2013.17>.
- Campos, R. (2016). La conjura del peligro: psiquiatría y peligrosidad social en la segunda república y el primer franquismo (1931-1960). En R. Campos y A. González de Pablo (Eds.), *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo* (pp. 112-144). Madrid: Catarata.
- Campos, R. y Huertas, R. (1998). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 99-108.
- Campos Luque, C. (1999). Género y formación de capital humano: iniciativas públicas y privadas en Málaga durante la crisis de la Restauración, *Trabajo*, 5-6, 97-114.
- Campos Luque, C. (2004). *Las cigarreras malagueñas: tecnología, producción y trabajo en la fábrica de tabacos de Málaga*. Madrid: Altadis.
- Candela, R. (2017). *El Manicomio Nacional de Leganés en el primer tercio del siglo XX (1900-1931): organización asistencial, aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos de la población internada* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Candela, R. y Villasante, O. (2011). Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosología Kraepeliniana. En O. Martínez, N. Sagasti, y O. Villasante (Eds.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp.201-220). Madrid: Asociación española de Neuropsiquiatría, Estudios.
- Candela, R. y Villasante, O. (2018). Pacientes "penales" en instituciones psiquiátricas: cien años del Manicomio Nacional de Leganés (1852-1952). *Dynamis*, 38(1), 163-187.
- Caponi, S. y Martínez-Hernández, A. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. *Scientle studia*, 11(3), 467-89. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ss/v11n3/02.pdf>.

- Carles, F., Muñoz, I., Llor, C. y Marset, P. (2000). *Psicoanálisis en España (1893-1968)*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios.
- Carrillo, J.L., Bernal, E. y Carrillo-Linares, J.L. (2010). *Medicina vs mujeres. La literatura médica sobre clorosis (S. XVII-XX) ¿ciencia o propaganda?* Málaga: Atenea Estudios sobre la mujer, Universidad de Málaga.
- Carrizo, J.A., Gutiérrez, J.I., Tapia, O. (2013). El ideal femenino y la educación emocional a principios del siglo XX. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4), 1361-1384. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69649>.
- Castellanos J. y Carrillo JL, (1985). *El Hospital Provincial de Málaga. Aportación iconográfica para el estudio de su historia*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Castellanos, J., Jiménez Lucena, I. y Ruiz Somavilla, M.J. (1990). La ciencia médica en el S. XIX como instrumento de reafirmación ideológica: la defensa de la desigualdad de la mujer a través de la patología femenina. En P. Ballarín y T. Ortiz (Eds.), *La mujer en Andalucía. Actas 1er Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la mujer* (pp. 879-888). Universidad de Granada: Feminae.
- Castilla del Pino, C. (2011). La psiquiatría española (1939-1975). En C. Castilla del Pino, *Obras Completas* (pp. 201-215). Córdoba: Fundación Castilla del Pino y Universidad de Córdoba.
- Catalina, S. (1861). *La mujer. Apuntes para un libro*. Madrid: San Martín.
- Cleghorn, R. A. (1969) Obituaries. *Journal of the Canadian Medical Association*, 100(13), 632-633.
- Cleminson, R. (2007). "La antorcha extinguida", la Bohemia y la disidencia sexual en España, principios del siglo XX. *Dossier Feministes*, 10, 51-60.
- Cleminson, R. (2008). *Anarquismo y sexualidad*. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- Cobos Fernández, I. (2001). A journey to madness: Jane Bowles's narrative and schizophrenia. *Journal of Medical Humanities*, 22(4), 265-283.
- Comelles, J, (1988). *La razón y la sinrazón: asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. Barcelona: PPU. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2017/03/Comelles-1988-La-Razon-y-la-sinrazón.pdf>.
- Conseglieri, A. (2008). La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel. *Frenia*, 8, 131-160.
- Conseglieri, A. (2013). *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939 - 1952). Aspectos organizativos y clínico asistenciales* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

- Conseglieri, A., Villasante, O. y Cura, I. (2007). El manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. Aspectos organizativos y clínicos asistenciales. En R. Campos, L. Montiel y R. Huertas (Coords.), *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI - XXI)* (pp. 555-568). Madrid: CSIC.
- Conseglieri, A. y Villasante, O. (2007a). La actividad clínico-asistencial en el Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (Eds.), *De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 269-285). Madrid: Frenia.
- Conseglieri, A. y Villasante, O. (2007b). Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 99(1), 119-141.
- Crespillo Calleja, J. M. (1986). *El fármaco como alternativa terapéutica de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de Leganés, durante el primer siglo de actividad asistencial: 1852-1951* (Tesis doctoral), Universidad Alcalá de Henares.
- Cherry, S. (2003). *Mental Health care in Modern England. The Norfolk Lunatic Asylum St. Andrew's Hospital 1810-1998*. Woodbridge, Inglaterra: The Boydell Press.
- Chesler, P. (1972). *Women and madness*. Nueva York: Doubleday.
- Churchill, W. (2012). *Female patients in Early modern Britain. Gender, Diagnosis and Treatment*. Farnham, Inglaterra: Ashgate.
- De Beauvoir, S. (1987). *El segundo sexo*, Buenos Aires: Siglo XX.
- Deacon, H. J. (1996). Madness, race and moral treatment: Robben Island Lunatic Asylum, Cape Colony, 1846-1890. *History of psychiatry*, 7(26), 287-297.
- Del Cura, M. (2003). Niños en el manicomio: la locura infantil en la casa de Santa Isabel de Leganés (1852-1936). En F. Fuentenebro, R. Huertas, y C. Valiente (Eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias* (pp. 611-634). Madrid: Frenia
- Delange Segura, D.A. (2003), *Enfermedad y Sociedad en Málaga. El cólera morbo asiático (1833-1885)* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga.
- Deleuze, G. y Foucault, M. (2001). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza/Materiales.
- Díez Fuentes, J.M. (1995). República y primer franquismo: la mujer española entre el esplendor y la miseria, 1930-1950. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 3, 23-40.

- Díez Patricio, A. (2001). La psicogénesis del delirio en la obra y en la época de E. Kretschmer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (80), 73-97. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000400007&lng=es&tln-g=es.
- Dosil, F.J. (2013). La huella de la neurociencia mexicana del exilio español, un legado de Cajal en ultramar. *Neurosciences and History*, 1(4), 154-161.
- Dualde Beltrán, F. (2004). La profilaxis de la enfermedad mental en la psiquiatría franquista: esquizofrenia, eugenesia y consejo matrimonial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92), 131-161. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352004000400008>.
- Duby G. y Perrot, M. (2003). *Historia de las mujeres*. El siglo XX. Madrid: Taurus.
- Duque, C.A. (2010). Judith Butler: performatividad de género y política democrática radical. *La manzana de la discordia*, 5(1), 27-34. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/bitstream/handle/10893/2675/Judith.pdf?sequence=1>
- Duro Sánchez A. y Villasante, O. (2016). "La asistencia al enfermo mental" de Luis Valenciano: la profesionalización del cuidado al enfermo mental durante la Segunda República Española". *Cultura de cuidados*, 20(44), 51-62.
- Espino, J.A. (1980). La reforma de la legislación psiquiátrica en la Segunda República: su influencia asistencial. *Estudios de Historia Social*, 14, 59-106.
- Espinosa, F. (2017). *La columna de la muerte*. Barcelona: Crítica.
- Evans, B. y Jones, E. (2012). Organ extracts and the development of psychiatry: hormonal treatments at the Maudsley Hospital (1923-1938). *Journal of the History of the Behaviour Science*, 48(3), 251-276.
- Fajula, S. (2013). Las ilustraciones del cuerpo femenino en el Tratado de ginecología de Miquel A. Fargas Roca (1910). *Dynamis*, 33(1), 139-168.
- Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.
- Fernández Mérida, M.D. (2004). *Los hospitales malagueños en los siglos XV-XIX. Historia y arquitectura*. Málaga: Servicio de publicaciones de la Diputación Provincial de Málaga.
- Fernández, C. (2016). Se vende Colegio. *Málaga Hoy*. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de https://www.malagahoy.es/malaga/vende-colegio_0_1081392423.html.
- Ferrándiz, A. y Lafuente, E. (1999). El pensamiento eugénico de Marañón. *Asclepio*, 51(2), 133-148.

- Foucault, M. (1972). *Historia de la locura en la época clásica*. Méjico D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la sexualidad*. Madrid: siglo XXI.
- Fox Keller, E. (1982). Feminism and Science. *Signs: Journal of women in Culture and Society*, 7(3), 589-602. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: https://www.jstor.org/stable/pdf/3173856.pdf?casa_token=t1OYwy7Ps-Q0AAAAA:8pO3ghd5yrFIPil2qCwZkRmPyLIEx6lf3kCOQ1JFb54R67gPAosRG-db-w9LsNEdVf7aooGufjvuWC-QWheAwhOUTwV9l2G2BQKU_Q41IzJgbS1S-vCH68.
- Fox Keller, E. (1985). *Reflections on Gender and Science*. Nueva York: Yale University Press.
- Franco Gande, A., Álvarez Escudero, J. y Cortés Laiño, J. (2005). *Historia de la anestesia en España (1847-1940)*. Madrid: Arán.
- Friedan, B. (1963). *La mística de la feminidad*. Nueva York: Norton.
- García Díaz, C. (2016). De la mujer ideal a la loca: psiquiatría, locura y género en las primeras décadas del siglo XX en España. En A. Pereira y J. Rui (eds), *VI Jornadas Internacionais de Historia da Psiquiatria e Saúde Mental* (pp. 39-47) [CD-ROM]. Coímbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde /Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20. Universidade de Coímbra. Universidad de Coímbra.
- García Díaz, C. y Jiménez Lucena, I. (2010). Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950), *Frenia*, 10, 123-144.
- García, C., López L. y Gutiérrez D. (2013). Comparativa entre “las mujeres” ingresadas en la Beneficencia y “las señoras” del hospital privado Sagrado Corazón: aproximación a las nuevas terapéuticas a principio de S. XX en Málaga. En D. Simón, C. Gómez, A. Cibeira y O. Villasante (Eds.), *Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 331-339). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- García-Díaz, C. (2018). El manicomio Provincial de Málaga en el primer tercio del siglo XX: La utopía que (no) pudo ser. *Asclepio*, 70(2): p238. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.22>
- García Barrios, S. (2011). *Los cuidadores del Hospital Civil de Málaga 1840-1940* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga.
- García-Bóveda, R. J. y Morejón, A. J. V. (2012). Esquizofrenia y género. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 419-434.

- García Cantalapiedra, M. J. (1992). *Historia del hospital psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*. Valladolid: Diputación de Valladolid.
- García Montoro, C. (2007). *La Málaga del siglo XIX*. Málaga: Sur.
- Gijswijt-Hofstra M., y Porter, R. (2001). *Cultures of neurastenia from beard to the first world war*. Amsterdam: Rodopi.
- Giménez Muñoz, M. (2008). La fundación del manicomio de Miraflores en Sevilla. *Frenia*, 8, 161-182.
- Goffman, E. (2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, L. (2004). Subjetivación y feminismo: Análisis de un manifiesto político. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (5), 97-123.
- Gómez Blesa, M. (2015). *Las Sinsombrero, Sin ellas la historia no está completa*. (Documental Online). Madrid: Radiotelevisión Española. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://www.rtve.es/lassinsombrero/es>.
- González Fernández, E. (1977). *A siquiatria galega e Conxo*. Madrid: Ediciones Ruedo.
- González Castillejo, M.J. (2002). Los héroes del deber o el trabajo como virtud en España durante la dictadura de Primo de Rivera. *Baética*, 24, 491-513. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: www.revistas.uma.es/index.php/baetica/article/view.
- González Cajal, J. (1989). Algunos datos sobre la psiquiatría que vivió Lafora en España hasta 1936. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 9(28), 101-113.
- González Canalejo, C. (2007). Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la "cuestión social" (1857-1936). *Dynamis: Acta Hispanica ad edicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 27, 211-235.
- González Duro, E. (1999) El final de la histeria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(71), 421-435.
- González Duro, E. (2012). *Las rapadas*. Madrid: Siglo XXI.
- Guereña, J. L (2003). *La prostitución en la España contemporánea*. Madrid: Marcial Pons Ediciones de Historia.
- Guijarro, C. (2015). *El paseo de los canadienses*. Alicante: Edicions del Ponent.
- Guha, R. (Ed.). (1989). *Subaltern Studies VI: Writings on South Asian History*. Oxford University Press.

- Gutiérrez Aguilera, C. (1978). La psiquiatría de Jaén. Apuntes históricos de nuestra asistencia psiquiátrica provincial desde principios del siglo XX. *Seminario médico*, (38), 79-126.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- Harding, S. (1995). Después del eurocentrismo: desafíos para la investigación feminista en el norte. En C. Martínez López (Ed.), *Feminismo, ciencia y transformación social* (pp. 13-30). Universidad de Granada: Feminae.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Heimann, C. (1994). *El Manicomio de Valencia (1900-1936)* (Tesis doctoral). Valencia: Universidad de Valencia.
- Hernández Padilla, M. (2009). La creación del manicomio de Jaén: reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica. *Norte de Salud Mental*, 8(33), 87-93.
- Hirshbein, L. (2006). Science, gender, and the emergence of depression in American psychiatry, 1952–1980. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 61(2), 187-216.
- Hirschbein, L. (2009). *American melancholy: Constructions of depression in the twentieth century*. Ciudad, país: Rutgers University Press.
- Hirshbein, L. (2010). Sex, gender and psychiatry: a view from History. *Journal of Medical Humanities*, 31, 155-170.
- Hubbard, R. (1996). Gender and genitals: Constructs of sex and gender. *Social Text*, (46/47), 157-165. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/466851>.
- Huertas, R. (1996). La psicobiología del marxismo como categoría antropológica en el ideario fascista español. *Llul*, 19, 111-130.
- Huertas, R. (1998). Mental Health and psychiatric care in the Second Spanish Republic. *History of Psychiatry*, 9, 51-64.
- Huertas, R. (2001a). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos, *Frenia*, 1(2), 7-31.
- Huertas, R. (2001b). Historia de la psiquiatría ¿por qué? ¿para qué? *Frenia*, 1(1), 9-36.
- Huertas, R. (2002). *Los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis*. Madrid: Novatores.

- Huertas García-Alejo, R. (2008). Las Heridas de la ciencia. A propósito del “Caso Hildegart”. En P. Fernández y M. Ortega (Eds.), *La mujer de letras o la letra herida. Discursos y representaciones sobre la mujer escritora en el s. XIX* (243-260). Madrid: CSIC.
- Huertas, R. (2010). Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swain, *Frenia*, 10, 11-28.
- Huertas, R. (2011a). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata.
- Huertas, R. (2011b). En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (111), 437-456.
- Huertas, R. (2017a), El modelo de atención psiquiátrica durante el primer franquismo: rupturas y continuidades. En R. Campos y A. González de Pablo (Eds.) *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo* (pp. 17-45). Madrid: La Catarata.
- Huertas, R. (2017b). En los inicios de la psiquiatría franquista. El congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942), *Dynamis*, 37(1), 23-43.
- Huertas, R. y Campos, R. (1991). El alcoholismo como enfermedad social en la España de la Restauración: problemas de definición. *Dynamis*, 11, 263-286.
- Huertas, R. y Campos, R. (2013). La medicina mental en la Segunda República española: retóricas legitimadoras e iniciativas políticas. En A. Gómez y A.F. Canales (Eds) *Estudios políticos de la Ciencia. Políticas y desarrollos científicos en el siglo XX* (81-103). Madrid: Plaza y Valdés.
- Huertas, R. y Novella, E. (2013). Sexo y modernidad en la España de la Segunda República. Los discursos de la ciencia. *Arbor*, 189(764), 090. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de : <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/1892/2092>.
- Huguet, T. (2007). Discursos y prácticas acerca de la introducción de la medicina de laboratorio en el escenario asistencial barcelonés (1907-1923): el caso de la cero-reacción de Wassermann. En R. Campos, L. Montiel y R. Huertas (Eds.), *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)* (pp.265-274). Madrid: CSIC.
- Jiménez Lucena, I. (1995). *Cambio político y alternativas sanitarias: el debate sanitario en la II República* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga.
- Jiménez Lucena, I. (1998). Medicina social, racismo y discurso franquista de la desigualdad en el primer franquismo. En R. Huertas R y C. Ortiz (Eds.), *Ciencia y Fascismo* (pp. 111-126). Madrid: Doce calles.

- Jiménez Lucena, I. (2014a). La exclusión de lo inapropiado e inapropiable. Mujeres y psiquiatría en la España de principios del siglo XX. En R. Ballesteros, C. Escudero y M. Postigo (Eds.), *Voces consonantes feministas desde las humanidades, las ciencias sociales y experimentales: Homenaje a la profesora Ana María Montiel Torres* (247-264). Málaga: Servicio de publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Jiménez Lucena, I. (2014b). (Des)estabilizando políticas sexuales en un contexto de lucha hegemónica revista libertaria "Salud y Fuerza" (1904-1914). En R. Campos (dir.), A. González (aut.), M. Porras (aut.), L. Montiel (aut.), *Medicina y poder político. XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina* (pp. 109-113). Madrid.
- Jiménez-Lucena, I. y Molero-Mesa, J. (2009). Problematizando el proceso de (des) medicalización. Mecanismos de sometimiento/autogestión del cuerpo en los medios libertarios españoles del primer tercio del siglo XX. En M. Miranda, A. Girón (Coord.). *Cuerpo, biopolítica y control social: América Latina y Europa en los siglos XIX y XX* (pp. 69-93). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Jiménez-Lucena, I. y Molero-Mesa, J. (2014). Una dialógica desestabilizadora del orden social y sexual : el médico argentino Juan Lazarte en la revista anarquista *Estudios* (1932-1936). *Asclepio*, 66(2), 1-15.
- Jiménez Lucena, I. y Ruiz Somavilla, M.J. (1997). El discurso de género en los órganos de expresión de la psiquiatría española del cambio de siglo. En *La locura y sus instituciones. Actas de la II Jornadas de Historia de la Psiquiatría* (pp. 267-280), Diputación de Valencia.
- Jiménez Lucena, I. y Ruiz Somavilla, M.J. (1999). La política de género y la psiquiatría española a principios de S. XX. En M.J. Barral, C. Magallón, C. Miqueo y M.D. Sánchez (Eds.), *Interacciones ciencia género, Discurso y práctica científicas de mujeres* (pp. 185-206). Barcelona: Icaria.
- Jiménez Lucena, I. y Ruiz Somavilla, M.J. (2003). Discurso y práctica en Federico Rubio desde una perspectiva de género. En J.L. Carrillo (Ed.), *Medicina y sociedad en la España de la segunda mitad del siglo XIX: una aproximación a la obra de Federico Rubio y alí (1827-1902)* (pp.441-452). Puerto de Santa María, España: Ayuntamiento del Puerto de Santa María y Asociación para la Formación, Investigación y Asistencia Médica de Andalucía "Federico Rubio".
- Jiménez Lucena, I., Sánchez, M.D. y García Díaz, C. (2008). Regular, negociar, resistir: biopoder y lucha por la hegemonía sobre el cuerpo de las mujeres en la España contemporánea. En T. Ortiz, G. Olagüe, E. Rodríguez, A. Menéndez, E. Gil-García, A. Luna et al (Coord.). *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina* (pp. 349-354). Universidad de Granada.

- Jordà Moscardo, E., Rey Gonzalez, A. y Angosto Saura, T. (2007). La psiquiatría franquista y del exilio en el I Congreso Mundial de Psiquiatría. París, 1950. En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (Eds), *De la «Edad de Plata» al exilio. Construcción y «Reconstrucción» de la psiquiatría española* (pp. 377-394). Madrid: Frenia.
- Jordanova, L. (1989). *Sexual Visions*. Éxeter, Reino Unido: BPC Wheatons LTD.
- Kuhn, T. (1997). *La estructura de las revoluciones científicas*. Méjico DF: Fondo de Cultura Económica.
- Lagarde, M. (1998). Aculturación feminista. En E. Largo (Ed.), *Género en el Estado. Estado en el género* (pp. 135-150). Santiago de Chile: Isis Internacional. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: http://www.sidocfeminista.org/images/books/01459/01459_00.pdf.
- Laín-Entralgo, P. (1954). *Historia de la Medicina. Medicina moderna y contemporánea*. Barcelona: Científico-médica.
- Laing, R.D. (1978). *El yo dividido*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- Lázaro, J. (2000). Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(75), 397-515.
- Lázaro Docio, J. (2010). *El secreto creador de Salvador Dalí. El método paranoico-crítico (1927-1937)*. Madrid: Eutelequia.
- Lázaro Arbués, M. y Cortés Blanco, M. (2005). Anarquismo y lucha antialcohólica en la Guerra Civil española (1936-1939). *Revista Proyecto*, 56, 17-21.
- Levinton, N. (2010). *El superyó femenino*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Liddington, J. (1977). Working-Class Women in the North West: II. *Oral History, Women's History Issue*, 5(2), 31-45.
- Liddington, J. y Norris, J. (1978). *One hand tied behind us: the rise of the women's suffrage movement*. Londres: Virago.
- Linares Maza, A. (1946). Estudios para una antropología del territorio del Ifni. *Trabajos del instituto Barnardino de Sahagún de Antropología y Etnología*, 3.
- Linares Maza, A. (1983). La psiquiatría andaluza en la primera mitad de nuestro siglo, *Archivos de Neurobiología*, 46(1), 59-66.
- Linares, J.L. (1976). *La historia clínica en el manicomio: el pasaporte a la locura*. Barcelona: Cuadernos Anagrama.

- Linares Abad, M., Moral Gutierrez, I. y Grande Gascón, M.L. (2010). Testimonios de mujeres y prácticas abortivas en la Comarca de Sierra Mágina a mediados del siglo XX. *En II Congreso virtual sobre historia de las mujeres* (p. 8). (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: [file:///C:/Users/ccggd/Downloads/DialnetTestimonioDeMujeresYPracticasAbortivasEnLaComarcaD-4095919%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ccggd/Downloads/DialnetTestimonioDeMujeresYPracticasAbortivasEnLaComarcaD-4095919%20(2).pdf).
- Livianos, L., Ciscar, C., García, A., Heimann, C., Luengo, M. A. y Troppé, H. (2006). *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús*. Valencia: Ajuntament de Valencia.
- López Sánchez, J.M. (2012). Una escuela, dos laboratorios: Neurociencias en la Junta para Ampliación de Estudios. *Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría*, 32(116), 805-825.
- López de Lerma, J. y Díaz Gómez, M. (1991). *Historia del hospital psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de Ciempozuelos, (1881-1989). Un siglo de psiquiatría y de historia de España*. Madrid: Fareso.
- López de Lerma, J. y Díaz Gómez, M. (2000). *Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, hoy complejo Asistencial Benito Menni (1881-2000). Más de un siglo de psiquiatría*. Madrid: Fareso.
- López-Muñoz, F., Álamo, C., Ucha-Udabe, R. y Cuenca, E. (2004). El papel histórico de los barbitúricos en las "curas de sueño" de los trastornos psicóticos y maníacos. *Psiquiatría biológica: Publicación oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*, 11(6), 242-251.
- López-Muñoz, F. y Álamo, C. (2009). Monoaminergic neurotransmission: the history of the discovery of antidepressants from 1950s until today. *Current pharmaceutical design*, 15(14), 1563-1586.
- López-Muñoz, F., Rubio, G., Molina, J. D., García-García, P., Álamo, C., y Santo-Domingo, J. (2008). Cajal y la Psiquiatría Biológica. El legado psiquiátrico de Ramón y Cajal (una teoría y una escuela). *Archivos de psiquiatría*, 71(1), 50-79.
- Louw, J. y Swartz, S. (2001). An English asylum in Africa: Space and order in Valkenberg Asylum. *History of Psychology*, 4(1), 3-23.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as Culture. Illness, disease and the body in Western Societies*. Londres: Sage.
- Llorca, A. (1996). La teoría de intersexualidad de Magnus Hirschfeld: los estadios sexuales intermedios. *Anuario de sexología*, 2, 59-67. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <https://sexologiaenredessociales.files.wordpress.com/2013/08/a2-4-llorca.pdf>.
- Martínez Azumendi, O. (2003). Wenceslao López Albo. *Norte de Salud Mental*, 5(16), 67-71.

- Martínez Azumendi, O. (2007). Barbitúricos, etimologías y "curas de sueño". *Arte y Sociedad. Psicotropías*. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Disponible en http://lmentala.net/admin/archivosboletin/2007_Barbituricos_etimologias_y_curas_de_sueno___Psicotropias_n1.pdf.
- Martínez Azumendi, O. (2012). La cuestión de los manicomios vizcaínos en la prensa de la época (1930). *Norte de Salud Mental*, (42), 87-96.
- Martínez López, D. (2015). Urbanización, inmigración y mercado de trabajo en la Andalucía del primer tercio del siglo XX. *Historia social*, (81), 29-47.
- Martínez, I. y Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de Valencia.
- Masjuan, E. (2002). Procreación consciente y discurso ambientalista: anarquismo y neomalthusianismo en España e Italia, 1900-1936. *Ayer*, (46), 63-92.
- Masjuan Bracons, E. (2008). El neomalthusianismo ibérico e italiano: un precedente de la ecología humana contemporánea. *Historia Actual On line*, (15), 69-87.
- Medina Doménech, R. y Molero Mesa, J. (1998). La ley sanitaria colonial. Marco legislativo para el análisis de la medicina colonial española en África. En A. Díez (Ed.), *Ciencia y memoria de África. Actas de las III Jornadas sobre "Expediciones científicas y africanismo español 1898-1998"* (pp. 391-400). Alcalá de Henares: Ateneo de Madrid y Alcalá de Henares.
- Medina Doménech, R. M. (2012). Sentir la historia. Propuestas para una agenda de investigación feminista en la historia de las emociones. *Arenal*, 19(1), 161-199.
- Melero, L. (2015). *La desbandá*. Málaga: Ediciones del Genal.
- Mercedarias de la Caridad (2015). *Historia de la congregación*. Madrid. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de <http://nsm.madrid.mercedarias-delacaridad.es/content/historia-congregacion>.
- Merino Hernández, R.M. (2016). *La Segunda República, una coyuntura para las mujeres españolas: Cambios y permanencias en las relaciones de género* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca.
- Micale, M.S. (1989). Hysteria and its historiography: a review of past and present writings. *History of Science*, 27(3), 223-261.
- Micale, M. S. (1990a). Hysteria and its historiography: the future perspective. *History of Psychiatry*, 1(1), 33-124.
- Micale, M. S. (1990b). Charcot and the idea of hysteria in the male: gender, mental science, and medical diagnosis in late nineteenth-century France. *Medical history*, 34(4), 363-411.

- Micale, M. S. (1993). On the "disappearance" of hysteria: A study in the clinical deconstruction of a diagnosis. *Isis*, 84(3), 496-526.
- Micale, M. S. (2008). *Hysterical men: The hidden history of male nervous illness*. Massachusetts, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Mignolo, W.D. (2003). *Historias locales/diseños globales. Colonialidad, conocimiento subalterno y pensamiento fronterizo*. Madrid: Akal.
- Miguel, M.A., Piñeiro, M., Louzao, M.J., Angosto, T. (2016). A participação dos psiquiatras espanhóis no I congresso mundial de 1950 em Paris. En: A. Pereira y J. Rui (Eds), *VI Jornadas internacionais de Historia da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de estudos interdisciplinares do século XX*, (pp. 86-93). [CD-ROM]. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde /Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20. Universidade de Coimbra.
- Millett, K. (2017). *Política Sexual*. Madrid: Cátedra.
- Mira, E. (1925). Sobre el valor del psicodiagnóstico de Rorschach. *Los progresos de la clínica*, 32, 808-845.
- Moebius, P.J. (1904). *La inferioridad mental de la mujer. La deficiencia mental fisiológica de la mujer*. (Consultado el 9 de marzo de 2019). Recuperado de: <http://bibliotecaparticular.casafernandopessoa.pt/1-106>.
- Molero Mesa, J., Jiménez Lucena, I., y Martínez Antonio, F. J. (2002). Salud, enfermedad y colonización en el Protectorado español en Marruecos. En F. Rodríguez y H. De Felipe (Eds), *El Protectorado español en Marruecos. Gestión colonial e identidades* (pp. 181-216). Madrid: CSIC.
- Molero-Mesa, J. (2006). "Del maestro sangrador al médico... europeo": Medicina, ciencia y diferencia colonial en el protectorado español de Marruecos (1912-1956). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13(2), 375-92.
- Molina Artaloytia, F. (2016). *Estigma, diagnosis e interacción: Un análisis epistemológico y axiológico de los discursos biomédicos sobre la homosexualidad en los regímenes autoritarios ibéricos del siglo XX* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia (España).
- Moliniari, A. (2005). Autobiografía de mujeres en un manicomio italiano a principios del siglo XX. En A. Castillo, V. Sierra (Eds.). *Letras bajo sospecha. Escritura y Lectura en centros de internamiento* (pp.379-399). Gijón: Trea.
- Morales Muñoz, M. (1999). El papel de las élites en la industrialización andaluza. *Baética.*, 21, 431-449.
- Morales Muñoz, M. (2012). Uso y abuso de los tópicos en historia: La Hacienda de San José (Málaga). *Baética*, 34, 491-503.

- Morcillo Gómez, A. (2015). *En cuerpo y alma: Ser mujer en tiempos de Franco*. Madrid: Siglo XXI.
- Muiña, A. (2008). *Rebeldes periféricas del S. XIX*. Madrid: La linterna sorda.
- Muncie, W. (1939). *Psychobiology and psychiatry. A text book of normal and abnormal behavior*. St. Louis, Estados Unidos: Mosby.
- Navarlaz, V.E., y Jardon, M. (2010). Los diagnósticos y las historias clínicas de mujeres en los hospicios de Buenos Aires entre 1900-1930. *Anuario de investigaciones*, 17,393-400. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100040&lng=es&tlng=pt.
- Navarlaz, V. y Jardón, M. (2012). Los Hospicios de Mujeres en Argentina. Historia institucional e historia clínica (1903-1953). *IV Congreso Internacional de Investigación y práctica profesional en psicología XIX Jornadas de investigación VIII Encuentro de investigadores en psicología del Mercosur*. Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-072/168.pdf>
- Nash, M. (1983). *Mujer, familia y trabajo en España (1875-1936)*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Nash, M. (2003). Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900 a 1939. En G. Duby y M. Perrot, *Historia de las mujeres. El siglo XX* (pp. 687-708). Madrid: Taurus.
- Noll, R. (2007). Kraepelin's lost biological psychiatry? Autointoxication, organotherapy and surgery for dementia praecox. *History of Psychiatry*, 18(3), 301-320.
- Novoa Santos, R. (1908). *La indigencia espiritual del sexo femenino (las pruebas anatómicas, fisiológicas y psicológicas de la pobreza mental de la mujer. Su explicación biológica)*. Valencia: Sempere.
- Novoa Santos, R. (1929). *La mujer, nuestro sexo sentido, y otros esbozos*. Madrid: Calpe.
- Núñez Pérez, M.G. (1993). Evolución de la situación laboral de las mujeres en España durante la Segunda República (1931-1936). *Cuadernos de relaciones laborales*, 3, 13-31.
- Núñez, C. L. (2003). Histeria de conversión y feminismo: ideología vs. utopía. En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (Eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias* (pp. 751-757). Madrid: Frenia.
- Núñez-Díaz, M. (2003). *Mujeres Caídas. Prostitutas legales y clandestinas en el franquismo*. Madrid: Oberon.

- Olalla Herrera, M. (1992). *Análisis histórico de la asistencia obstétrica en la maternidad provincial del Hospital Civil San Juan de Dios de Málaga, durante la primera mitad XX (1904-1953)* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga.
- Ortiz, T. (1999). Feminismo, Ciencias Naturales y Biomédicas: debates, encuentros y desencuentros. En I. Carrera, R. Cid, M. Pedregal (Eds.), *Cambiando el conocimiento: universidad, sociedad y feminismo* (pp.223-246). Oviedo: KRK. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/20358/TOG_feminismo_ciencias_aljaba.pdf?sequence=1.
- Ortiz, T. (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En E. Ramos (Ed.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud* (pp. 29-42). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/15380/Genero%20y%20androcentrismo.pdf;jsessionid=277A3736A17E4858A6F8B783484DF63A?sequence=1>.
- Ospina Martinez, M. A. (2006). "Con notable daño del buen servicio": sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá. *Antípoda*, (2), 303-314.
- Otero Carvajal, L.E. (2006). La depuración de la Universidad de Madrid. En: L.E. Otero Carvajal (dir.), *La destrucción de la Ciencia en España. Depuración Universitaria en el franquismo* (pp. 73-144). Madrid: Editorial Complutense.
- Padovan, M. C. (2010). A terapêutica da malarioterapia no hospital de alienados de Recife (1930-1945). *Cadernos de História*, 7(7), 85-115. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosdehistoriaufpe/article/viewFile/110062/21985>.
- Papalini, V. (2013). Tecnologías del yo: entre la gubernamentalidad y la autonomía. En R. Rodríguez. (Ed.), *El gobierno del presente. Materiales críticos*, (pp. 253-275). Chile: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Chile. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://saberepsi.ides.org.ar/files/2013/10/papalini2.pdf>.
- Passione, R. (2004). Italian psychiatry in an international context: Ugo Cerletti and the case of electroshock. *History of psychiatry*, 15(1), 83-104.
- Pateman, C. (1996). Críticas feministas a la dicotomía público/privado. *Perspectivas feministas en teoría política*, 31-52. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de Internet: http://www.multimedia.pueg.unam.mx/lecturas_ formacion/sexualidades/modulo_7/sesion_1/complementaria/Carole_Pateman_Criticas_feministas_a_la_dicotomia_publico_privado.pdf
- Peinado, M. (2012). *Enseñando a señoritas y sirvientas*. Madrid: Catarata.

- Pérez Sánchez, I. (1993). Consideraciones sobre la mujer en el movimiento obrero de El puerto durante la Segunda República. *Revista de Historia de El Puerto*, 11, 37-51.
- Pérez Navarro, P. (2004). Performatividad y subversión de la identidad: a propósito de la obra de Judith Butler, *Revista Laguna*, 14, 147-164.
- Pérez Peña, F. (2005). *Los últimos clínicos de San Carlos. Estampas y vivencias de la Facultad de Medicina de San Carlos. Parte Primera (hasta su cierre en octubre de 1956)*. Madrid: Vision Net.
- Pérez Ortiz, M. J. (2010). *Dr. Pedro Ortiz Ramos. Aproximación histórica a su vida y obra*. Málaga: Grupo Editorial 33.
- Pérez-Sedeño, E. (1999). Feminismo y estudios de ciencia, tecnología y sociedad: nuevos retos, nuevas soluciones. En M.J. Barral, C. Magallón, C. Miqueo, M.D. Sánchez (Eds.), *Interacciones Ciencia género, discurso y prácticas científicas de mujeres* (pp.17-37). Barcelona: Icaria.
- Pérez-Trullén, J. M., Giménez-Muñoz, Á., Campello, I., y Chárlez, L. (2015). La parálisis general progresiva o enfermedad de Bayle. *Neuroscience and History*, 3(4), 147-153.
- Pérez-Villanueva, I. (2011). *La residencia de estudiantes 1910-1936. Grupo universitario y residencia de señoritas*. Madrid: Acción cultural española, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Publicaciones de la Residencia de Estudiantes.
- Peset, J.L. (1995). El manicomio modelo en España. En: *Un siglo de psiquiatría en España*. Madrid, Extraeditorial.
- Pita, V. (2012). *La casa de las locas: una historia social del Hospital de Mujeres Dementes de Buenos Aires (1852-1890)*. Buenos Aires: Prohistoria.
- Plumed, J.J. y Rojo, L.M. (2010). El tratamiento de las psicosis funcionales en España a principios del siglo XX (1917-1931). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(3), 163-169.
- Porter, R (2002). *Breve Historia de la locura*. Méjico DF: Fondo de Cultura Económica.
- Potter, N. (2001). Key concepts: feminism. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(1), 61-71.
- Prados, G. (2006). *Málaga y sus médicos. De los "felicis 20" a 1936*. Málaga: Editorial 33.
- Prieto Borrego, L. (2006). La prostitución en Andalucía durante el primer franquismo. *Baética*, 28, 665-687.

- Prieto Borrego L. y Barranquero Texeira, E. (2007). *Población y guerra civil en Málaga: caída, éxodo y refugio*. Málaga: Diputación de Málaga.
- Querodia, G. (2009). Um tratamento de choque: a aplicação da malarioterapia no Hospital do Juquery (1925-1940). *Cadernos de História da Ciência*, 5(1), 7-22.
- Ramos, M.D. (1995). Historia social: un espacio de encuentro entre género y clase. *Ayer*, (17), 85-102.
- Ramos, M.D. (2003a). ¿Madres de la Revolución? Mujeres en los movimientos sociales españoles, 1900-1930. En G. Duby y M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres. El siglo XX* (pp.709-718). Madrid: Taurus.
- Ramos, M.D. (2003b). Historia de las mujeres, saber de las mujeres: la interpretación de las fuentes en el marco de la tradición feminista. *Feminismo/s*, 1, 19-32.
- Régis, E. y Hesnard, A. (1914). *La psychoanalyse des neuroses et des psychose*. París: Alcán.
- Rendueles, G. (1989). *El manuscrito encontrado en Ciempozuelos*. Madrid: La piqueta.
- Rey González, A. (1984). Clásicos de la Psiquiatría Española del Siglo XIX (VI): Antonio Pujadas Mayans (1811-1881). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4(9), pp. 73-92.
- Ribagorda, A. (2011). *El coro de Babel. Las actividades culturales de la residencia de estudiantes*. Madrid: Residencia de Estudiantes.
- Richards, M. (2004). Spanish Psychiatry c. 1900-1945: Constitutional Theory, Eugenics and the Nation. *Bulletin of Spanish Studies*, 91(6), 823-848.
- Río-Hortega, J. (2013), A propósito de los descubrimientos de la microglía y la oligodendroglía: Pio del Río- Hortega y su relación con Achúcarro y Cajal (1914-1934), *Neurosciences and History*, 1(4), 176-190.
- Ríos Molina, A. (2008). Locura y encierro psiquiátrico en México: el caso del manicomio La Castañeda 1910, *Antípoda*, (6), 73-90.
- Ríos Molina, A. (2009a). *La locura durante la Revolución Mexicana: los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. Méjico D.F: El Colegio de Mexico AC.
- Ríos Molina, A. (2009b). La locura en el México posrevolucionario: el Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944. *Históricas: boletín del Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM*, (84), 28-35.

- Rivera, J. L., Murillo, J. A. y Sierra, M. Á. (2007). El concepto de neurosis de William Cullen como revolución científica. *Enseñanza e Investigación en psicología*, 12(1), 157-178.
- Rodríguez López, S. (2017). Historia oral de la Guerra Civil y el franquismo en Andalucía. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 39, 375-386.
- Rodríguez Lafora, G. (1916). Los manicomios españoles, *España*, 90, 8-10.
- Rose, N. (1996). *Inventing ourselves. Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Roura, A. (1998). *Mujeres para después de una guerra. Informes sobre la moralidad y prostitución en la posguerra española*. Barcelona: Flor de viento.
- Ruiz Somavilla, M.J. y Jiménez Lucena, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica, *Frenia*, 3(1), pp. 7-29
- Ruiz Berrio, J. (2000). La Junta de Ampliación de Estudios, una agencia de modernización pedagógica en España. *Revista de educación (número extraordinario)*, 229-248.
- Ruiz Cantero, M.T. (2006). *El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento*. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: http://www.msrebs.gov.es/va/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/12modulo_11.pdf.
- Ruiz García, C. (2011). El hospital psiquiátrico Provincial de Córdoba: estudio de la población manicomial en el periodo (1900-1940). En O. Martínez, N. Sagasti. O. Villasante (Eds.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría* (pp. 221-235). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría colección Estudios.
- Russell, J. y Cohn, R. (2012). *Gender performativity*. Edinburgo: Bookvika publishing.
- Sacristán, C. (2005). Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12(3), 675-692. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3861/386137986003/>
- Sacristán, C. (2010). La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968. *Salud mental*, 33(6), 473-480.
- Sáenz de la Calzada, M. (2011). *La residencia de estudiantes. Los residentes*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Sociedad Estatal de Acción Cultural y Amigos de la Residencia de Estudiantes.
- Sánchez, P. (2009). *Individuas de dudosa moral: la represión de las mujeres en Andalucía (1936-1958)*. Barcelona: Crítica.

- Sánchez, M.D. (1999). Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso. En M.J. Barral, C. Magallón, C. Miqueo y M.D. Sánchez. Eds.), *Interacciones ciencia género. Discurso y prácticas científicas de mujeres* (pp.161-184). Barcelona: Icaria.
- Sánchez, M.D. (2003). *El discurso médico de finales del S. XIX en España y la construcción del género. Análisis de la construcción discursiva de la categoría la mujer* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.
- Sánchez, M.D. (2011). Translating Science: Contexts and contests on the translation of a misogynist scientific treatise in Early Twentieth-Century Spain. *The translator*, 17(2), 325-348.
- Sánchez Blanco, L. (2007). El anarcofeminismo en España: las propuestas anarquistas de *Mujeres Libres* para conseguir la igualdad de géneros, *Foro de educación*, 5(9), 229-238.
- Sánchez Rivera, M. (2016). Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Opción*, 32(13), 921-953.
- Scott, J.W. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *American Historical Review*, 91, 1053-1075.
- Scott, J.W. (2008). *Género e Historia*. Méjico D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Showalter, E. (1985). *The female malady*. Nueva York: Panteon.
- Siles González, J. y García Hernández, E. (1996). Origen histórico de la profesionalización de los cuidados mentales: los practicantes, enfermeros y visitadoras psiquiátricas. *Enfermería científica*, 174 (5), 49-53.
- Simon, H. (1937). *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*. Barcelona: Salvat Editores.
- Simón Lorda, D., González Fernández, E. y Rodríguez López, A. (2003). Un siglo de asistencia psiquiátrica en la periferia del estado: Orense-Galicia-España (1875-1975). En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (Eds.). *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*. (pp. 661-694). Madrid: Frenia.
- Simón, D., Pérez, J., Carcavilla, C., Rodríguez, M.V., y Balseiro, E. (2018). Locuras puerperales. Psiquiatría, medicina y cultura en Galicia (1875-1975). En A.L. Pereira y J. Rui (Eds.). *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental VIII* (pp.161-170). Coímbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde /Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20. Universidade de Coímbra.
- Sinués de Marco, P. (1881). *El ángel del Hogar*. Madrid: Nieto.

- Sohn, M.A. (2003). Los roles sexuales en Francia y en Inglaterra: una transición suave. En: G. Duby y M. Perrot, *Historia de las mujeres: El siglo XX* (pp. 127-185). Madrid: Taurus.
- Spivak, G. C. (1988). Can the subaltern speak? En R. Morris (Ed.), *Can the subaltern speak? Reflections on the history of an idea* (pp. 66-111). Nueva York: Columbia University Press. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de : https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35859180/Can_the_subaltern_speak.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53U-L3A&Expires=1540147884&Signature=%2Fi8KsXz%2Fu2hBh5U%2FrSD%-2FYszErd0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3D-Can_the_subaltern_speak.pdf.
- Strange, J.M. (2000). Menstrual fictions: languages of medicine and menstruation (1850- 1930). *Women´s History Review*, 9(3), 607-628.
- Swartz, S. (1995). The black insane in the Cape, 1891–1920. *Journal of Southern African Studies*, 21(3), 399-415.
- Swartz, S. (1999). IV. Lost Lives: Gender, History and Mental Illness in the Cape, 1891- 1910. *Feminism & Psychology*, 9(2), 152-158.
- Swartz, S. (2005). Can the clinical subject speak? Some thoughts on subaltern psychology. *Theory & Psychology*, 15(4), 505–525.
- Swartz, S. (2010). The regulation of British colonial lunatic asylums and the origins of colonial psychiatry, 1860–1864. *History of psychology*, 13(2), 160-177.
- Távora Rivero, A. (1997). *Diferentes modelos de atención al paciente esquizofrénico* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.
- Tierno, R. (2008). Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del manicomio Santa Isabel (1931-1952). *Frenia*, 8, 97-130.
- Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre (2007a). La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés. En R. Campos, L. Montiel, y R. Huertas García-Alejo (coords.). *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI - XXI)* (pp. 329-345). Madrid: CSIC.
- Tierno, R., Villasante, O. y Vázquez de la Torre, P. (2007b). El Manicomio Nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En R. Campos, O. Villasante y R. Huertas (eds.). *De la "Edad de Plata " al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española* (pp. 107-128). Madrid: Frenia.
- Thébaud, F. (2003). La primera Guerra Mundial: ¿la era de la mujer o el triunfo de la diferencia sexual? En G. Duby y M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres. El siglo XX* (pp. 45-106). Madrid: Taurus.

- Tomes, N. (1994). Feminist histories of psychiatry. En M. Micale y R. Porter (Eds.), *Discovering the history of psychiatry* (pp.348-383). Nueva York: Oxford University Press.
- Torrubia, R. y Cuquerella, A. (2008). Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Revista Española de Medicina Legal*, 34(1), 25-35.
- Ussher, J. (2002). *Body talk: The material and discursive regulation of sexuality, madness and reproduction*. Nueva York: Routledge.
- Ussher, J. M. (2003). The Role of Premenstrual Dysphoric Disorder in the Subjectification of Women. *Journal of Medical Humanities*, 24(1/2), 131-146.
- Vallejo Nájera, A. (1946). *La sabiduría del hogar: antes que te cases*. Madrid, España: Plus ultra.
- Vaschetto, E. (2008). En busca de las locuras puerperales en la Argentina. *Vértex*, 81(19), 292-302.
- Vázquez, A. (2009). El asilo de Doña Trinidad Grund. *La opinión de Málaga*. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <https://www.laopinionde-malaga.es/malaga/2009/03/22/asilo-dona-trinidad-grund/246277.html>.
- Vázquez, A. (2012). Hospital de Pioneros de la psiquiatría. *La opinión de Málaga*. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de <https://www.laopinionde-malaga.es/malaga/2012/06/10/hospital-pioneros-psiquiatria/511939.html>.
- Vázquez García, F. (2015) Violencias y ambigüedad sexual. Genealogía de un problema (siglos XVI-XXI). *Clio & Crimen*, (12), 11-34.
- Vázquez García, F. (2017) Los orígenes de una leyenda. Cádiz como ciudad de "invertidos" (1898). *Hispania Nova*, (15), 1-23.
- Vázquez García, F. y Moreno, A. (1998). *Poder y prostitución en Sevilla (S. XIV al XX)*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Vázquez de la Torre, P. (2008). Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. *Frenia*, 8, 69-96.
- Vázquez de la Torre, P. (2012). *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936 - 1939). Población manicomial y prácticas asistenciales* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Vázquez de la Torre, P. y Villasante, O. (2016). Psychiatric care at a National Mental institution during the Spanish Civil War (1936-39): Santa Isabel de Leganés. *History of Psychiatry*, 27(1), 1-14.

- Vázquez Ramil, R. (2015). La Residencia de Señoritas de Madrid durante la II República: entre la alta cultura y el brillo social. *Espacio, Tiempo y Educación*, 2(1), 323-346.
- Velasco Gómez, J. (1982). La conflictividad campesina en Antequera durante el bienio social-azañista (1931-1933). *Baetica*, 5, 409-426. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://www.revistas.uma.es/index.php/baetica/article/viewFile/947/910>.
- Ventajas, F. (2013). El colegio de huérfanos de ferroviarios de Torremolinos: aprobación del proyecto, construcción y puesta en funcionamiento (1933-1936). *Isla de Arriarán: Revista cultural y científica*, (40), 577-629.
- Villasante, O. (2000). La introducción del concepto de «parálisis general progresiva» en la psiquiatría decimonónica española. *Asclepio*, 52(1), 53-72.
- Villasante, O. (2002). Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado proyecto de Manicomio-Modelo. *Cuadernos de psiquiatría Comunitaria*, 2(2), 144-145.
- Villasante, O. (2003). La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva. En F. Fuentenebro, R. Huertas y C. Valiente (Eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*. (pp. 175-188). Madrid: Frenia.
- Villasante, O. (2004). La malarioterapia ¿un tratamiento revolucionario? *El Médico 919*, 68-76.(Consultado el 13 de junio de 2019). Recuperado de: <https://elmedicointeractivo.com/malarioterapia-tratamiento-revolucionario-20110919190158029688/>
- Villasante, O. (2013). Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: de la Segunda República a la Posguerra Española. En: D. Simón, C. Gómez, A. Cibeira y O. Villasante (Eds.), *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI* (pp. 315-329). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Villasante, O. (2015a). El manual del enfermero de manicomios (1902) de Vicente Goyanes: preludeo de la formación en enfermería psiquiátrica". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 403-419.
- Villasante, O. (2015b). La formación de "enfermeros psiquiátricos" durante la posguerra española: a propósito de Jaén (1939-1955)". *Norte de salud mental*, 13(53), 93-103.
- Villasante, O. (2018). El control de la correspondencia de los enfermos mentales en las instituciones psiquiátricas españolas: entre el cuidado y la censura, 1852-1987. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(3), 763-778. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000400009>

Villasante, O., Vázquez, P. y Tierno, R. (2008). La Guerra Civil en el Hospital Psiquiátrico de Leganés: Aproximación de un estudio a la población manicomial. En J. Martínez Pérez, J. Estévez, M. Cura y L. V. Blas (Coords.), *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX - XX)* (pp. 97-233). Cuenca: Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha.

Villasante, O., Vázquez, P., Conseglieri, A., y Huertas, R. (2016). Letras retenidas. Experiencias de internamiento en las cartas de los pacientes del Manicomio de Santa Isabel de Leganés, Madrid (1900-1950). *Revista Culturas Psi*, 6, 118-137.

Woolf, V. (2002). *Una habitación propia*. Barcelona: Seix Barral.

Zamora Fernández, A. (2009). La Depuración de funcionarios en la Diputación de Málaga durante el periodo franquista de 1937, a la luz de los documentos custodiados en su archivo. *Jábega*, (99), 15-30.

Fuentes impresas:

Bas, I. R. (1914). *Psicosis puerperales* (Tesis Doctoral). Universidad de Córdoba, Argentina. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/265/bas_isaia_sr.pdf?sequence=1.

Bianchini, M. y Nardi, J. (1932). Malarioterapia en las psicosis no luéticas. *Archivos de Neurobiología*, 12, 427-446; 585-629.

Bumke, O. (s.f.). *Tratado de las enfermedades mentales*. Barcelona, España: Francisco Seix Editor.

Colombier, J. y Doublet, F. (2000) [1785]. Instrucciones para gobernar a los insensatos y para trabajar en su curación en los asilos que les son destinados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(73), 71-88.

Febus, (25 de noviembre, 1936). La República salva de la barbarie fascista a los intelectuales. *ABC*. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1936/11/25/007.html>.

Insabato, L. (2004) [año 1940]. La terapéutica por los shocks: insulina, cardiazol, electroshock. Tratamiento diacefalorraquideo. *Norte de Salud mental*, 5(20), 8.

Mott, F. W. y Miguel Prados, Y. S. (1922). *Further Pathological Studies in Dementia Præcox, especially in relation to the Interstitial Cells of Leydig*. (Consultado el 27 de febrero de 2019). Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/003591572201501601>.

Ortiz Ramos, P. (1948). Psicosis puerperales. *Ser*. Año VII, (68), 29-36.

Ortiz Ramos, P. (1945). *Clínica de los estados depresivos*. AUG, Fondo Pedro Ortiz Ramos, OR E 131, ORT02/018.

- Ortiz Ramos, P y Álamo de los Ríos, F. (1942) Contribución al estudio de la insulina, del cardiazol y del electrochoc en psiquiatría. *Actualidad Médica*, (213), 455-481.
- Prados Such, M. (1928). Lepra y psicosis. *Archivos de Neurobiología*, 8(4).
- Prados Such, M. (1929). Contribución al estudio de la pelagra intramanicomial. *Archivos de Neurobiología*, 9 (2), 168-177.
- Prados Such, M. (1934). Psicosis del cambio de edad y de la involución. *Archivos de Neurobiología*, 14, 137-155.
- Prados Such, M. y Linares Maza, A. (1932a). Contribución al estudio de los estados paranoides. *Archivos de Psiquiatría*, 12, 54-85.
- Prados Such, M. y Linares Maza, A. (1932b). Psicodiagnóstico de Rorschach y cociente intelectual en el curso de la parálisis progresiva. *Los progresos de la clínica*, 40, 165-169.
- Rodríguez Lafora, G. (1931). Lo que debe ser un manicomio provincial. *Archivos de Neurobiología*, 11, 296-315.
- Rodríguez Lafora, G. (1926). Sobre el tratamiento de la esquizofrenia. *Archivos de Neurobiología*, 6, 102-7.
- Rodríguez Lafora, G. (1969). Recuerdos y añoranzas sobre el doctor Miguel Prados Such, *Archivos de Neurobiología*, 32(4), 473-474.
- Rodríguez Lafora, G. y Prados, M. (1918). La circulación del líquido cefalorraquídeo, *Boletín de la Sociedad Española de Biología* 8, 51-55.
- Rodríguez Lafora, G. y Prados, M. (1920), Nuevos métodos de análisis del líquido cefalorraquídeo, *Archivos de Neurobiología* 1, 80-89.
- Sacristán, J.M. (1929). Sobre el diagnóstico diferencial entre psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia. Suplemento de *Archivos de Neurobiología*. Málaga, España: Sur.
- Stern, K. y Prados, M (1946). Personality studies in menopausal women. *American Journal of Psychiatry*, 103(3), pp. 358-368.
- Valenciano, L. (1969). Los trabajos psiquiátricos de Miguel Prados Such. *Archivos de Neurobiología*, 32(4), 453-464.
- Vallés, J. (1936). De los procedimientos antihumanos y de las celdas lóbregas, al trabajo y a la utilización social de los locos. *La Unión Mercantil*, 67.
- WesKamp, C. y Ortíz, J. M. V. (1935). Tratamiento de las atrofas luéticas de los nervios ópticos por la malarioterapia. *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, 35(409), 54.

WesKamp, C. y Marqués, L. P. (1936). Atrofias ópticas y malarioterapia. *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, 36(427), 390.

