
DOSIER: ACERCAMIENTOS HISTÓRICOS A LAS RELACIONES TERAPÉUTICAS /
DOSSIER: HISTORICAL APPROACHES TO THERAPEUTIC RELATIONSHIPS

ENTRE MUJERES-LOCAS Y HOMBRES-PSIQUIATRAS: ASIMETRÍAS EMOCIONALES EN LA SALA 20 DEL MANICOMIO PROVINCIAL DE MÁLAGA (1909-1950)

Celia Garcia-Diaz

Universidad de Málaga

E-mail: celiagarcia@uma.es

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2132-9502>

Recibido: 21 octubre 2021; Aceptado: 24 mayo 2022; Publicado: 24 mayo 2023

Cómo citar este artículo / Citation: Garcia-Diaz, Celia (2023), "Entre mujeres-locas y hombres-psiquiatras: asimetrías emocionales en la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)", *Asclepio*, 75 (1): e06. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2023.06>

RESUMEN: El tipo de relación que se desarrollaba entre un psiquiatra (hombre) y una paciente (mujer) durante la primera mitad del siglo XX, en un psiquiátrico de la periferia como el Manicomio Provincial de Málaga, estuvo marcado por el proceso legitimador de la especialidad, los esfuerzos por encontrar datos positivos en la medicina mental, así como elementos relacionados con la construcción generizada de la locura. Tras la Guerra Civil, veremos el desarrollo de los actos diagnósticos y la aplicación de las terapias de choque en la institución, y como se fue haciendo aún más profunda la brecha relacional entre psiquiatras y "locas". El objetivo de este trabajo es abordar qué elementos estuvieron presentes en la construcción de las subjetividades de las mujeres-locas de la sala 20, qué regímenes emocionales influyeron en estas relaciones y mostrar, por último, cómo la tecnificación de la terapéutica durante los años 40 dio lugar a la perpetuación y amplificación de una asimetría emocional entre psiquiatras y "mujeres-locas" de la sala 20, circunstancia en la que las mujeres mostraron también sus estrategias de resistencia.

Palabras clave: Género; Locura; Mujeres; Historia de la psiquiatría.

BETWEEN FEMALE PSYCHIATRIC PATIENTS AND MALE PSYCHIATRISTS: EMOTIONAL ASYMMETRIES IN ROOM 20 OF THE PROVINCIAL INSTITUTE OF MALAGA (1909-1950)

ABSTRACT: The type of relationship that was developed between a psychiatrist (male) and a patient (female) during the first half of the 20th century in a psychiatric hospital on the outskirts such as the Provincial Asylum of Malaga, sustained many peculiarities related to the legitimizing process of the specialty, the efforts to find positive data in mental medicine, as well as elements related to the gendered construction of madness. After the Civil War, National Catholicism permeated the diagnostic acts and the application of shock therapies in the institution, deepening the gap between psychiatrists and mad women. The objective of this work is to highlight what elements were present in the construction of the subjectivities of the mad women in room 20, what emotional regimes influenced these relationships and to show, finally, how the technification of therapeutics during the 40s gave rise to the perpetuation and amplification of an emotional asymmetry between psychiatrists and mad women in room 20, a circumstance in which the women also developed their strategies of resistance.

Keywords: Gender; Madness; Women; History of psychiatry.

INTRODUCCIÓN

Las relaciones entre psiquiatras y pacientes generan espacios relacionales donde interactúan dos sujetos desde posiciones diferentes y fuertemente asimétricas, inscritos dentro de una institución totalitaria. Nikolas Rose (1996) plantea la necesidad de considerar la ontología histórica del sujeto para poder hacer una genealogía de la subjetivación. Así, problematizar al sujeto histórico implica conocer las normas, instrumentos, técnicas y relaciones de autoridad que han circulado y se han utilizado socialmente en distintas épocas, para intervenir sobre la conducta de aquel que se ha considerado desviado. La relación psiquiatra-paciente se fragua en un espacio intersubjetivo donde la palabra (y la no palabra, los silencios) entretejen una matriz discursiva nueva donde conceptos como sujeto, conocimiento experto o conocimiento agregado pueden facilitar el abordaje complejo de la relación terapéutica. Según Valentín Corcés (2018, p. 69) el conocimiento agregado está formado por elementos apetecibles a los ojos de pacientes y familiares, que hacen atractivo el discurso científico porque pueden ser consumidos y asimilados por el saber de los individuos, los grupos y las colectividades. Estos elementos dan forma diversa al saber de los sujetos, saber que no siempre es introyectado y asimilado como saber subjetivo internalizado. Mediante estrategias de persuasión/dominación de un discurso que se torna totalitario inscrito en una institución manicomial, se trataba de reducir al sujeto a una posición de “no saber”, una posición de servidumbre con respecto al discurso científico. Para Corcés, el “saber del sujeto” tiene que ver con la subjetividad y el conocimiento agregado con el orden de lo social. Esto explicaría como una parte del conocimiento considerado experto es permeable a otros dispositivos macrosociales como las instituciones y las familias constituyéndose en conocimiento agregado. Sin embargo, este abordaje del papel del conocimiento en las relaciones entre expertos y no expertos se ha visto problematizado a partir del llamado “giro afectivo” en la investigación en ciencias sociales y en la historiografía. Como refiere Medina (2012, p. 165), “para teorizar lo social, es imprescindible analizar los aspectos afectivos involucrados”. Esta “emocionalización” de las relaciones, los espacios, los discursos y las tecnologías ha sido crucial para facilitar la comprensión de los mecanismos por los cuales el conocimiento es vehiculado por la emoción y, por tanto, puede ser visto como elemento facilitador (o no) de prácticas y discursos. En este trabajo las emociones serán abordadas desde varias perspectivas: primero, en su dimensión ontológica y simbólica, como participante en la construcción/deconstrucción de subjetividades; segundo, como objetos del proceso

de medicalización, siendo tomadas como síntomas psiquiátricos e influyendo en el acto diagnóstico en la institución; y, por último, como elementos de resistencia de las mujeres internadas frente a los discursos totalizadores del establecimiento.

La relación entre mujeres-locas y hombres-psiquiatras se da en un contexto institucional que influye notablemente en sus especificidades, haciendo esa asimetría entre ambos aún más profunda. En las últimas décadas en nuestro país se ha investigado de forma profusa diferentes instituciones psiquiátricas desde ópticas de demografía psiquiátrica o aspectos organizativos-asistenciales. El análisis de historias clínicas como fuentes historiográficas ha sido impulsado por los estudios de Rafael Huertas (2001) que han dado lugar a análisis institucionales como el manicomio de Conxo (Simón, González y Rodríguez, 2003), Santa Isabel de Leganés (Vázquez de la Torre, 2012; Conseglieri, 2013; Candela, 2017; Tierno, 2019) y el Manicomio Provincial de Córdoba (Ruiz, 2011), desde perspectivas cuantitativas. En Málaga, desde hace una década, abordamos el análisis de los contenidos de las historias clínicas de la sala de mujeres del Manicomio Provincial de la ciudad (sala 20)¹ desde la perspectiva de género, articulando un marco teórico que nos permita la investigación de las subjetividades de las mujeres pacientes. Partimos de la encrucijada discursiva plasmada en las historias clínicas donde se fraguan no solo elementos de asimilación de las dinámicas institucionales por parte de las mujeres, sino también la cuestión de las resistencias frente a otros ámbitos como el familiar o el social (García-Díaz y Jiménez, 2010; García-Díaz, 2019, 2020)². En estos trabajos, se plantea la cuestión del poder, inherente a unas prácticas discursivas institucionales que impregnaron la relación entre mujeres-locas y hombres-psiquiatras, pero señalamos cómo las pacientes se resistieron, usando un problemático margen de movimiento dentro de la institución para hacerse oír, explicar sus puntos de vista sobre los ingresos, rechazar prácticas terapéuticas, fugarse de la institución, denunciar situaciones de escasez y oponerse al régimen establecido dentro de la sala 20 o, simplemente, quedar en silencio.

El objetivo de este trabajo es valorar cómo a partir de los relatos incluidos en las historias clínicas se puede detectar una suerte de traducción del discurso de las mujeres (subjetivo) a la necesidad de objetivación de los expertos, delimitando lo que Oliva López (2013) ha denominado un “dispositivo emocional”, como un conjunto de emociones que son legitimadas o no en un momento histórico-social concreto, inmerso en una matriz patriarcal. Este trabajo se encuadra dentro de los estudios de género en los que trata de subrayar

otra mirada sobre las fuentes historiográficas, mirada centrada en lo que Rosón y Medina (2017) han denominado “resistencias emocionales”. Con este concepto trato de abrir nuevas condiciones de posibilidad para una mirada diferente sobre las historias clínicas como soporte donde historizar las relaciones entre las mujeres-locas y los hombres-psiquiatras de la institución malagueña.

A partir de 811 historias clínicas de mujeres que ingresaron en la sala 20 entre 1909 y 1950, localizadas en el Archivo Provincial de Málaga (ADPM, en adelante) y el Fondo Pedro Ortiz Ramos del Archivo Universitario de Granada (AUG en adelante) se abordará su contenido analizando fuentes directas, como cartas manuscritas por las propias pacientes, y fuentes indirectas como relatos, expresiones y frases recogidas entre comillas, por los psiquiatras, en los evolutivos de las historias clínicas. También han sido consultados trabajos científicos de los psiquiatras que trabajaron en la sala 20 por las mismas fechas, con la finalidad de ver qué papel tuvo el discurso científico en implementar estrategias de regulación de las subjetividades y detectar la influencia de la ideología de los médicos en la práctica clínica con las mujeres, lo que Corcés ha denominado “incrustaciones ideológicas” (Corcés, 2018, p. 60).

MUJERES-LOCAS Y “SUJETAS”

La introducción del análisis de las emociones en el marco de la historia de la psiquiatría es fundamental para dilucidar su papel en la configuración del sujeto moderno, desde una perspectiva filosófico-moral, y analizar el proceso mediante el cual, a finales del siglo XIX, se desarrolló un programa de “afectivización” de la mente, tratando de relacionarlas con un sustrato anatómico-cerebral³. Las críticas feministas a este “sujeto” moral y filosófico construido aparentemente de forma neutral, pero masculinizado, han señalado a esa imposición como un acto de violencia simbólica (Rose, 2019). En las construcciones teóricas sobre las emociones, el psiquismo de las mujeres se tornó en objeto de estudio llegando a popularizarse la idea del predominio emocional / afectivo en la línea interpretativa de la lógica de contrarios: mientras en los hombres predominaba la razón, las mujeres eran “presas” de una naturaleza dominada por los afectos (Jiménez y Ruiz, 1999), dicotomía necesaria para estructurar el orden social y económico del proyecto ilustrado. El desarrollo de las ideas sobre la locura en las mujeres identificó sus órganos sexuales como el sustrato orgánico de sus pasiones/emociones, desde una perspectiva anatomoclínica (López, 2019). En este sentido, el paradigma de la “feminización de la locura” fue planteado desde los

estudios feministas anglosajones a partir de los años 70 del siglo XX, señalando que las representaciones simbólicas sobre la locura a finales del XIX y principios del XX eran mostradas con atributos femeninos y la etiología de la enfermedad mental se externalizaba para los hombres y se internalizaba para las mujeres (Showalter, 1986; Ruiz y Jiménez, 2003; Jiménez y Ruiz, 1999). La influencia del cuerpo, como biología, y de todo lo relacionado con la sexualidad, ciclo hormonal y maternidad en las mujeres atravesó la teoría y la práctica de la medicina mental primero, y posteriormente la psiquiatría, hasta bien entrado el siglo XX.

En las instituciones psiquiátricas la subjetividad de las mujeres era moldeada durante el ingreso, siendo vistas, desde la enfermedad, como lo extraño, “lo otro”. Hablo de esas mujeres-locas y planteo la idea de “sujeto” desde el femenino, como “sujetas”, ya que es problemático ese acceso a una subjetividad dentro del manicomio siendo más bien identificadas por los expertos y por la institución como objetos cosificables. Además, eran mujeres cuyos cuerpos eran “sujetados” literalmente en las instituciones, tanto por medidas coercitivas físicas (camisas de fuerza, celdas de aislamiento, abscesos de fijación) como por coerciones del discurso médico que trataban de recortar su subjetividad, como veremos. Sin embargo, la crítica, la negativa, la fuga, el silencio y las resistencias siguieron estando presentes en acciones cotidianas que pueden considerarse auténticas “políticas de la desesperación” (Beverley, 2004, p. 63)⁴. Las historias clínicas nos introducen en la dinámica cotidiana del manicomio, en problemas íntimos, relatos escuetos que, en palabras de Rosón y Medina (2017, p. 409), nos ayudan a “acercarnos y rescatar prácticas de resistencia emocional de quiénes, en el mapa que traza el poder, ocupan el lugar de la subalternidad”. Las historias clínicas como fuentes historiográficas son analizadas como mapas discursivos donde confluyen diversas voces que constituyen un dispositivo emocional jerarquizado, donde las voces del experto y familiares posee un estatus superior frente a la voz de las pacientes. Las historias clínicas eran escritas por los médicos a cargo de la sala de mujeres, según el periodo, Miguel Prados Such y Antonio Linares Maza, siendo Pedro Ortiz Ramos el médico adscrito durante más tiempo al cuidado de las internas (García-Díaz, 2018). La información sobre los motivos por los que se demandaba el ingreso procedía de las familias (padre, madre, marido o hermanas/hermanos)⁵.

El Manicomio Provincial de Málaga fue una institución de la beneficencia, inaugurada en 1889, aunque la sala de mujeres abrió sus puertas unos años más tarde, en 1909. En el artículo 278 de las disposiciones

generales del Reglamento de 1917 del Hospital Civil⁶ se planteaba la posibilidad de ingresar en régimen de pensionista, lo que se traducía en mejoras de comidas, privilegios como postres, o más visitas de familiares. Sin embargo, la mayoría de las historias localizadas corresponden a mujeres pobres⁷. En cuanto al perfil sociodemográfico, mayoritariamente las internadas eran mujeres de edades comprendidas entre 18 y 40 años, un 48 % solteras y un 41 % casadas; casi un 55 % nacidas en pueblos de la provincia, frente a un 23 % en la capital. Este dato contrasta con el lugar de residencia, pues un 40% residían en la capital lo que guarda relación con la migración de mujeres de las zonas rurales a la ciudad. Este dato fue recogido solo en un 30 % del total, y entre estas, en el 80 % de los casos se anotó como profesión “sus labores / labores propias de su sexo o su casa”(García-Díaz, 2020).

El diagnóstico más frecuente fue el de esquizofrenia, manteniendo una prevalencia alrededor del 20-25 % en todos los periodos estudiados. Los tratamientos aplicados antes de la Guerra Civil estuvieron dominados por las piroterapias, en concreto, la malarioterapia, seguido del absceso de fijación y los nucleinatos. Durante la Guerra Civil, debido en parte al desabastecimiento, casi un 72 % de mujeres no recibieron ningún tratamiento. El electrochoque fue el tratamiento más usado en la sala 20 durante la década de los 40, en casi un 57 % de las historias analizadas (García-Díaz, 2019). Atendiendo a este perfil general de la población internada en la sala 20, me adentraré en los relatos particulares de ellas.

ASIMETRÍAS EMOCIONALES. RELACIONES ¿TERAPÉUTICAS? EN LA SALA 20

Como describe Oliva López (2013), desde la segunda mitad del siglo XIX hasta el XX, la naturalización y esencialización de determinados afectos y emociones en las mujeres ha jugado un papel central en la organización de las relaciones de género del ámbito social. En este proceso, el papel de las ciencias psi ha tenido un gran protagonismo. Desde la segunda mitad del siglo XIX los discursos sobre la locura de las mujeres encontraron justificaciones altamente ideologizadas por parte de teorías evolucionistas y frenológicas. Una medicina basada en la cuantificación y partícipe de la objetividad científica del positivismo, hizo que mediciones craneales, volúmenes de circunvoluciones cerebrales y atributos físicos se tornaran en argumentos para establecer una supuesta inferioridad mental de las mujeres frente a los hombres⁸. Estos argumentos dieron lugar a una separación ficticiamente fisiológica entre la psique masculina, más inclinada a la racionalidad y la psique femenina,

predominantemente emotiva. Este discurso sobre la diferencia sexual pretendía articular el papel de ambos sexos en la organización social, destinando los trabajos de la esfera pública a los hombres y relegando a las mujeres a la esfera privada, doméstica. Esta división se mantuvo en la organización de las salas de hombres y mujeres del Manicomio Provincial de Málaga.

La sala 20 se constituyó un espacio también asimétrico con respecto a la sala de hombres, o sala 21. La sala 20 era más pequeña que la 21, estaba adherida al edificio del Hospital General, no era un módulo diferenciado como la sala de hombres, requirió numerosas reformas en la década de los años 30, como la habilitación de un sótano en dormitorio, ya que el número de mujeres internadas sobrepasaba el número de camas y no disponía de espacios para trabajar la tierra ni huertos. La laborterapia desarrollada a partir de la década de los años 20 señalaba que el trabajo al aire libre de pacientes mentales mejoraba su estado (Rodríguez Lafora, 1931). Las mujeres de la sala 20 no tenían acceso a este tipo de trabajos, es más, desarrollaban trabajos domésticos durante el internamiento lo que puede ser visto como una prolongación de los mandatos de género durante el internamiento y una tendencia al ahorro y la autogestión (García-Díaz, 2020). A través de los discursos reformistas de los años 20 y 30, en nuestro país, con respecto a la medicina mental, la institución malagueña trató de participar de estas nuevas medidas, no sin establecerse luchas y rivalidades entre el personal antiguo de las salas y el personal con afanes reformistas, como fueron Miguel Prados Such y Pedro Ortiz Ramos. Ambos vinculados a la Asociación Española de Neuropsiquiatría, el activismo de Prados Such durante los primeros años de la asociación científica fue crucial, aportando publicaciones, conferencias y experiencias sobre estancias en otros países mediante becas de la Junta de Ampliación de Estudios, lo que cristalizó en una intención de mejorar la situación de los ingresados en la institución malagueña. Debido a su adscripción política, claramente posicionada con la república, tuvo que exiliarse a Canadá tras la Guerra Civil. Desde entonces, ejerció como profesor en la Universidad McGill, trabajo que compatibilizó con la organización de la primera asociación psicoanalítica canadiense. Pedro Ortiz Ramos, si bien compartió estos primeros años de activismo con Prados Such, fue expedientado al finalizar la guerra, acusado por no ser “adicto al movimiento”. Tras su suspensión de empleo y sueldo de dos años, se alineó con el régimen desarrollando el resto de su carrera en Málaga. Mostró un gran interés en las enfermedades nerviosas de las mujeres desde el inicio de su carrera como psiquiatra, inaugurando

en 1939 una Casa Reposo solo para mujeres, como se detalla más adelante (García-Díaz, 2018).

Los intentos de las pacientes por encontrar un espacio donde poder ser escuchadas y poder encontrar respuestas a su situación, fue una experiencia del internamiento detectable en otros manicomios italianos (Moliniari, 2005, p. 382). En este sentido, en la sala 20 puede vislumbrarse el interés de las mujeres en plasmar su subjetividad con respecto a los facultativos: en el caso de CMM que ingresó en octubre de 1926 y fue diagnosticada de psicosis maniaco-depresiva, quedó recogido en el examen al ingreso⁹ (Fig. 1) la respuesta de la paciente a la pregunta “¿Está usted contenta o triste?: Casi para morirme, Don Miguel”¹⁰. Esta mujer, con su respuesta vinculada al médico, trataba de hacer de la relación terapéutica algo donde, tanto la subjetividad de la paciente como la subjetividad del médico, tuviera un lugar.

Examen al ingreso 3

Nombre: [redacted] Exp. núm. 674

Temperatura: [redacted] Peso: [redacted] Talla: [redacted] Nutrición: [redacted]

Pulsaciones: [redacted] Carácter del pulso: [redacted]

Trastornos orgánicos: [redacted]

Fecha: 16-VIII-933 Explorador: [redacted]

¿Cómo se llama usted? [redacted]

¿Cuántos años tiene usted? 36

¿Cuándo nació usted? El Incao Santo

¿Es usted casado? sí Tiene usted hijos? 6 ¿Cuántos muertos? 1

¿A qué edad? 9 meses De qué enfermedades? Sulfonemia

¿Ha ido usted a la escuela? sí ¿Sabe usted leer y escribir? sí

¿Cuál es su profesión? Mi casa ¿Cuánto ganaba usted al mes?

¿Viven sus padres? sí ¿De qué murió su padre?

¿Y la madre?

II

¿Qué fecha es hoy? 12 ¿Qué día de la semana? No sé

¿Cuánto tiempo lleva usted aquí? Desde está mañana

¿Dónde pasó la Nochebuena última? En Málaga

¿Dígame los días de la semana? D. F. M. M. J. V. S.

¿Dígame los meses del año? E. F. M. A. M. J. J. A. S. O. N. D.

¿Cuántos días tiene el año? 36000

¿Cuántas horas tiene el día? 24

¿Cuántos minutos tiene la hora? 10

¿En que época del año estamos? Verano

¿Que hora será? Las 2

III

¿Dónde ha vivido usted hasta ahora? En Málaga

¿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?

Figura 1. Examen al ingreso. Historia clínica JAD. ADPM, lg. 10143-9.

Las historias también reflejan resistencias de pacientes que desafiaban el poder de la institución con sus

comentarios sobre los médicos, como quedó plasmado en las médicas de la historia de DGM durante un ingreso en 1935: “siempre anda destacando por unas observaciones desconsideradas e inoportunas al médico”¹¹. El fragmento, por un lado, parece tratar de patologizar observaciones o respuestas al médico como autoridad y, por otro lado, profundizar en la asimetría de ambas posiciones: los hombres-psiquiatras debían ser hablados por parte de las mujeres locas de una determinada forma, excluyendo cualquier tipo de lenguaje que se alejara de este marco normativo de corrección. Como refiere Oliva López, a través de la mirada del médico se iba conformando la impresión diagnóstica, en esa separación entre “un ojo que sabe y que decide, en definitiva, un ojo que rige” (López, 2011, p. 177). No solo la mirada modulaba esta situación de extrañeza frente a las emociones, las reacciones y las palabras de las mujeres, sino también la tendencia a encajar a las mujeres en diagnósticos rígidos, grupos sintomáticos preestablecidos. Qué anotaban y qué no en la historia clínica servía para confirmar sus propias convicciones y expectativas previas, igual que ignoraban o silenciaban informaciones o datos que no encajaban en su esquema cognitivo (Chesler, 1985, p. 31). Por tanto, una parte del discurso de las pacientes que era considerado inadecuado por el experto, podía quedar o no quedar reflejado en el contenido de la historia clínica. En el caso de AFA, una paciente que ingresó en la sala 20 en 1950 esta circunstancia fue subsanada por ella misma. Como su relato no fue escuchado dentro de la institución, al alta escribió una carta a Ortiz Ramos, explicándole su situación:

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 [...] 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 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 comentarios¹².

Además de señalar que ella era el soporte económico familiar, buscaba, en la pregunta que realiza al médico, alguna forma la confirmación de su error en un intento de aliarse con él frente a nuevos ingresos, que ella denunciaba como injustificados:

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 [...] es un jovencuelo de una familia humilde de Madrid, que por 500 o 1000 pesetas es capaz de lo que sea preciso para hacerse de ellas. En [...] 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.

Estas afirmaciones pueden ser vistas como parte del dispositivo emocional donde la paciente se insertaba: en la lógica emocional basada en la lealtad masculina, ella trataba de visibilizar la encrucijada entre el poder familiar y el poder médico. Insistió en que lo que ella le contaba era la verdad, una verdad diferente a la tejida por el dispositivo emocional para ingresarla. Rose (2019) plantea en este sentido que estas verdades son producto de dinámicas de violencia, como el ingreso involuntario en este caso, que ocurren en espacios tensionados, donde unos saberes quedan excluidos del marco de lo verdadero, con un marcado interés político y económico, desarrollando estrategias de gobierno de lo humano y llevándonos a cuestionar la pretensión de objetividad de la ciencia (Hernández Zapata y Vivares Porras, 2020, p. 165). Podemos rastrear esa conformación de un dispositivo emocional en el que participaba la familia, el médico del pueblo y posteriormente el psiquiatra de la institución. Este tipo de escritos pueden leerse como resistencias emocionales que las mujeres ponían en marcha frente a actitudes coercitivas. Ortiz Ramos la diagnosticó de “reacción esquizofrenoide con largos intervalos de remisión” acentuada en los primeros meses de embarazo.

Dentro del manicomio, las amenazas del miedo, la soledad y el hambre fueron modos de coacción/persuasión, reflejadas 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 ellas. JGG ingresó diagnosticada de debilidad mental cuando tenía 30 años en 1926. Al parecer, vagaba por la calle como transeúnte. Ella misma refería que “si me voy de aquí me muero de pena”¹³. MRC ingresó a los 20 años en marzo de 1948 en el manicomio para mujeres. En su historia, ella misma relataba 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”¹⁴. Se anotó: “es trabajadora y dócil, y dice «con tal de que no me echen de aquí, todo lo que me digan lo hago»”¹⁵. Permaneció 3 meses en la institución, y volvió a ingresar en 1949. Fue diagnosticada de oligofrenia. En junio de 1949, DSF 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”¹⁶. 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 deseos de permanecer en el manicomio y no otras expresiones, podía responder a un intento de legitimación del psiquiátrico y de sus prácticas. Este tipo de expresiones por parte del psiquiatra también puede estar relacionado con mostrar el carácter benéfico de la institución—frente a la pérdida de lazos familiares— y la valoración de nuevos vínculos afectivos creados con otras internas o con el personal, lo que puede justificar que la paciente no estuviera ni diagnosticada ni recibiera tratamiento alguno, como en el último caso. Esta última reflexión es problemática, ya que no serían vínculos libremente buscados por la paciente, sino inscritos en una situación extrema de abandono y pobreza característica del periodo de posguerra.

Algunas de las cartas de pacientes que no llegaron a su destino también suponían, en cierto modo, un acto de denuncia de la situación en la que se encontraban y, por tanto, una forma de resistencia ante las prácticas manicomiales de la sala 20 (Villasante, 2018). La preservación de estos documentos en las historias clínicas es de gran valor para dilucidar, precisamente, estos elementos de denuncia por las pacientes. En la carta que CSB, natural de Larache, escribió a su madre y a su tío en agosto de 1941, se plantea la cuestión del hambre durante el ingreso:

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 Anejal, 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 recuerdos¹⁷.

En el escrito, la paciente recalca la suerte que ha tenido de “dar con este médico” y comenta que va a ser trasladada a otro sanatorio. En septiembre de 1939, Pedro Ortiz Ramos inauguró en Málaga una institución privada llamada “Casa Reposo Los Ángeles” destinada a “señoras y señoritas” de alto nivel económico con afecciones nerviosas¹⁸. En esta institución, descrita en los folletos publicitarios desde el ambientalismo, centrado en los beneficios del clima de Málaga, las vistas a la ciudad y la naturaleza, los aires y el sol, no podían ingresar “enfermas mentales”. Esta alusión al sanatorio que hace CBS en su carta podría guardar relación con la derivación a esta clínica privada, a pesar de estar diagnosticada de psicosis maniaco-depresiva en la sala 20. Aunque en la publicidad se hacía esta distinción entre enfermedades nerviosas y enfermedades mentales, 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. En la historia de AWS la paciente hace referencia a esta situación y escribió la siguiente carta a su madre, quejándose sobre el ingreso en la beneficencia [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 [sic]. Recuerdos a todos¹⁹.

AWS estaba diagnosticada de psicosis mixedematosa y recibió tratamiento con electrochoque en la sala 20. Las mujeres que alteraban la tranquilidad de la Casa Reposo, eran enviadas a la beneficencia para recibir los tratamientos de choque (insulinoterapia, choque cardiazólico o electrochoque). También a la inversa, cuando en la sala 20 ingresaban mujeres con un poder adquisitivo alto, terminaban siendo derivadas a la Clínica de Reposo²⁰. Aunque las terapias de choque entraban en conflicto directo con la filosofía de la Casa Reposo, fueron las más usadas durante la década de los 40 en la sala 20. Las mujeres pobres de la sala 20 constituyeron una población sobre la que se experimentaron estas técnicas invasivas avaladas por el discurso científico del momento.

TERAPIAS DE CHOQUE EN LA SALA 20: HACIA UNA TECNIFICACIÓN VIOLENTA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Desde una perspectiva constructivista, Hernández y Vivares retoman las teorías de autores como Foucault y Rose para plantear cómo los “sujetos locos” son, en

parte, una creación de la norma establecida por el saber experto y su subjetividad, un producto susceptible de ser mercantilizado y usado, a su vez, para legitimar prácticas y discursos hegemónicos (Hernández Zapata y Vivares Porras, 2020, p. 169). Como refiere James (1992) la irrupción de las terapias de choque en la deficitaria cultura terapéutica de la psiquiatría de los años 30, se generalizó con cierta avidez, prescindiendo de las medidas recomendadas y sin que existieran trabajos que avalaran la viabilidad de estas terapias²¹. La naturaleza invasiva y violenta de estos tratamientos no mermaron su recepción por la psiquiatría de posguerra española. Todo lo contrario, fueron asimiladas precozmente por los psiquiatras de la época y llegaron a las instituciones antes incluso de que terminara la Guerra Civil, como fue el caso de Málaga. La insulinoterapia²² fue la primera en comenzar a usarse en la institución antes de terminar la contienda, siendo aplicada a dos mujeres en enero de 1939: una de ellas falleció y la otra fue dada de alta a los dos meses del ingreso (García-Díaz, 2019, p. 218). En las historias clínicas de la sala 20 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 anotaba cuándo despertaban, la cantidad de glucosa administrada y en el margen derecho, comentarios sobre el comportamiento, o lo que decían las pacientes al despertar. En la historia de CCO, que ingresó en la sala 20 en marzo de 1941, se registraron los choques insulínicos, con datos incluso de las variaciones del peso en función a los días de tratamiento (Fig. 2). En los comportamientos quedó registrada una conversación en el momento de recuperación del coma entre la paciente y el psiquiatra Pedro Ortiz Ramos:

Psiquiatra: Decía que quiere matarme

Paciente: Ay, he visto la muerte

Psiquiatra: ¿en dónde?

Paciente: En todas partes, de todos los colores, en todos los colores

Psiquiatra: ¿cómo era?

Paciente: La veía muchas veces en todos los lados.

Ay Don Pedro, ya le he reconocido a uds.

Psiquiatra: Lloro y está angustiada al salir del coma²³.

ingresada, diagnosticada de esquizofrenia y recibió choques insulínicos en enero de 1941.

Las terapias de choque fueron asimiladas bajo la idea de disminuir los ingresos en la institución cambiando la imagen asilar de los hospitales psiquiátricos donde se hacían pacientes sin recursos y sin cura, por hospitales “modernos” donde la ciencia podía dar una solución tecnificada a la locura y devolver a los pacientes a sus domicilios (James, 1992, p. 222). Sin embargo, la cura insulínica era compleja en su aplicación, suponía un importante riesgo vital y requería de infraestructura y personal que vigilara a los pacientes durante las hipoglucemias y en su recuperación. El choque cardiazólico desarrollado por Von Meduna²⁵ trató de solventar, teóricamente, el riesgo de los choques por insulina²⁶ (Meduna, 1938), siendo una técnica más fácil en su aplicación y con menor mortalidad. En una de las historias de la sala 20 hay constancia de las consecuencias en el tratamiento con cardiazol: DFS ingresó en 1940 en la sala 20 a los 31 años. Fue diagnosticada de esquizofrenia. Se plantearon varios tratamientos como la psicoterapia, en 1940²⁷ y las inyecciones de cardiazol, a las que ella se resistió en varias ocasiones. Estas inyecciones de 5 cc (a pesar de que se recomendaba disminuir la dosis a 4 cc en mujeres) le provocaban ataques con resultado de luxaciones de hombro y maxilares, teniendo que ser reducidas con anestesia:

[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 anestesia²⁸.

Más adelante, siguen anotándose en la historia detalles como “sigue tuteando al profesor”, 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”²⁹. La brutalidad ejercida con este tipo de terapias en contra de la voluntad de las pacientes y exponiéndolas a terribles efectos secundarios e incluso la muerte señala la necesidad de esa violencia para legitimar prácticas y generar asimetrías en la sala 20. 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 como mejoría y con un fin legitimador de la actuación

del psiquiatra. En la historia de DBB, sin diagnóstico, en septiembre de 1940 se apuntó:

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”³⁰.

Más adelante quedó recogido en la historia:

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 curación³¹.

Hay que resaltar la ambivalencia del psiquiatra con respecto a la psicoterapia, ya que se le hace, sin especificar cómo, ni de qué hablan, pero luego se apostilla que no debía recordar ni hablar nada de lo ocurrido, que tenía un origen traumático relacionado con la guerra.

El tratamiento con electrochoques aportaba mayor rapidez en la aplicación, aunque los riesgos de fracturas y luxaciones eran frecuentes³². Permitían dar altas con mayor facilidad, y, por tanto, devolver a las mujeres a su domicilio con menos síntomas, aunque en ocasiones estuporosas y con amnesia poscrítica. MMG ingresó en 1948 y fue diagnosticada de psiconeurosis a los 19 años³³. Según las anotaciones en la historia, se 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.

DOMESTICACIÓN Y RESISTENCIAS. LA SALA 20 COMO UN ESPACIO TENSIONADO

La asimetría en la relación entre las mujeres-locas y los hombres-psiquiatras se relacionaba con la autoridad del médico y un afán de domesticación de las mujeres internadas, en el sentido de ser reconducidas de nuevo a una situación de supuesta normalidad relacionada con la vuelta al trabajo doméstico y su posición de cuidadora. Esta figura del hombre-psiquiatra, al que debía tenerse respeto —entendido como inhibición de emociones en las mujeres y falta de espacio para la réplica en las decisiones que él tomaba como síntomas—, fue característica de las dinámicas que se establecían en la sala. En la historia de LLG de 21 años, que ingresó en 1940 y fue diagnosticada de esquizofrenia, 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 médico³⁴.

En este fragmento se recogen varias expresiones que tienen que ver con una tendencia a la domesticación de las mujeres dentro de la sala 20 por parte del psiquiatra y del personal, entendiéndola como el proceso mediante el cual se reconducían las conductas, emociones, discursos y sus posiciones ante conflictos sociales o familiares a los parámetros deseables dentro del binomio normalidad/anormalidad. Se alude a que tiene “conciencia de enfermedad”, que nota el cambio hacia la “normalidad”, delimitando la normalidad a las conductas que anteriormente presentaba. La anormalidad suponía mostrar preocupación por su familia, y encuadrarse en los mandatos de género que son interpretados por ella y por el psiquiatra como mejoría al adecuarse a la conducta esperable y, por último, la sumisión al criterio del médico.

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 ALV, ingresada en septiembre de 1936 y diagnosticada de esquizofrenia, que protagonizó conductas opositoras 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, manierismo, gesticulante, mutista. En el departamento se rompe la ropa, gustándole estar siempre en pantalones, al parecer tendencia homosexual”³⁵. Tras tratamientos con abscesos de fijación y nucleinatos, salió de la institución en 1940 a petición familiar. En otras historias esta autoridad del médico se mezcla con la comparación del médico con una figura del ámbito legal. Miguel Prados Such hizo referencia a esta cuestión en la memoria que redactó de la primera reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría fechada el 27 de junio de 1926 y que entregó a la Diputación Provincial:

El que trata con enfermos reclusos observa constantemente, sobre todo en los primeros días de 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 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.³⁶

Prados Such fue muy crítico con las situaciones de violencia y vejaciones a las que se veían sometidos los y las enfermas ingresados en la institución. Si además el ingreso se producía recién terminada la Guerra Civil y con un proceso judicial de por medio la confusión de las y los pacientes estaba aún más justificada. La posible permeación de información política entre el médico y el estamento judicial ponía en peligro la comunicación entre psiquiatras y pacientes. DBJ ingresó en la sala 20 en 1940 a los 54 años. 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. Se anotó:

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”³⁷.

El caso de DFL 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, a pesar de ser diagnosticada de esquizofrenia. Ella era empleada dentro del Colegio de Huérfanos de Ferroviarios, localizado en Torremolinos. El médico de la institución redactó una carta breve para que fuera reconocida por Pedro Ortiz Ramos, y para que este elaborara un informe donde quedara claro su estado mental y capacidad para desempeñar el trabajo que desarrollaba. 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”. El psiquiatra anotó que la madre no la veía mal, solo 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 trabajo³⁸.

CONCLUSIONES

Las relaciones entre las mujeres-locas y los hombres-psiquiatras que tuvieron lugar en la sala 20 durante la primera mitad del siglo XX estuvieron marcadas por una fuerte asimetría que tenía su origen tanto en el discurso

médico hegemónico como en las visiones generizadas de la locura que impregnaron los espacios, las prácticas y las zonas de contacto entre ambos. Las familias, haciendo uso de esos saberes agregados sobre la función del manicomio, junto con los psiquiatras y las instituciones se conformaron como una tela de araña donde las mujeres quedaban atrapadas ante situaciones de conflicto, disruptivas, o desafíos a las autoridades familiares, sociales o médicas. El dispositivo emocional fue tejiendo un entramado de estrategias, tecnologías, coerciones y persuasiones que se posicionaron para reconducir y reformar las actitudes de las mujeres. Sin embargo, las mujeres-locas de la sala 20 funcionaron como elementos activos del dispositivo, poniendo en marcha resistencias emocionales a diferentes niveles como quedó plasmado en las historias clínicas. La oposición a la dinámica de la institución, las fugas, las cartas como elementos de denuncias, las transgresiones en la relación con el médico, las expresiones de quejas, así como las alianzas en otros momentos de necesidad al permanecer en el manicomio como salida a la pobreza y la soledad, conforman un espacio tensionado donde se

construyen y se deconstruyen subjetividades en la relación entre psiquiatras y mujeres pacientes. Los escritos, tanto de pacientes como de médicos, ya sean en forma de cartas o anotaciones en la historia clínica pueden ser interpretados como comunicaciones coherentes de un orden de género que impactó directamente sobre la construcción de las subjetividades en un contexto doblemente represivo, moldeando las ideas de locura y cordura en las mujeres-locas. Esta “otra mirada” sobre las fuentes historiográficas y el análisis desde la microhistoria se hace imprescindible si queremos construir una historia de las subjetividades y de los procesos que la conformaron en el ámbito de las relaciones terapéuticas.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Trabajo desarrollado en el marco del proyecto PGC2018-098333-B-I00 titulado “Las tecnologías del género en las configuraciones de la biopolítica en la España de la primera mitad del siglo XX: una cartografía desde la Historia de la Medicina” y financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España.

NOTAS

- 1 Para profundizar en el estudio institucional de la sala 20 y sus profesionales ver García-Díaz, 2018.
- 2 Esta “otra mirada” sobre las historias clínicas está generando nuevos trabajos desde la perspectiva de género y el análisis de las resistencias (Conseglieri y Baquero, 2021).
- 3 Durante el siglo XIX y XX pasiones, emociones y afectos fueron debatidas en el desarrollo de la psiquiatría. Un análisis diacrónico sobre esta cuestión puede encontrarse en (López, 2019).
- 4 Véase el abordaje de las resistencias durante los internamientos psiquiátricos desde las historias clínicas en García y Jiménez, 2010; Huertas y Villasante, 2019; Villasante, *et al.*, 2018.
- 5 Eran los familiares los que relataban el proceso y justificaban su presencia en el hospital ante diferentes conductas de las mujeres. Esto quedaba recogido en un apartado llamado “Conmemorativo patológico”. En cuanto a cómo se recogía formalmente la demanda de ingreso en las historias clínicas, 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 (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 %) (García-Díaz, 2019, p. 151).
- 6 Reglamento del Hospital Civil de la Caridad. Biblioteca Municipal de Málaga (BBM en adelante), 22/27
- 7 En Málaga existían otras instituciones privadas que solían ser el destino de mujeres de alto poder adquisitivo como el “Manicomio de Hijas de Ntra. Sra. del Sagrado Corazón de Jesús”, inaugurado el 31 de mayo de 1889.
- 8 Roberto Novoa Santos, médico gallego, editó el libro titulado *La indigencia espiritual del sexo femenino* en 1908 (No-

- voa, 1908). Para profundizar en un análisis de su obra y el contexto del discurso médico desde la perspectiva de género en el primer tercio del siglo XX consultar (Aresti, 2001).
- 9 El “examen al ingreso” era un cuestionario que incluía preguntas sobre sus datos personales, operaciones aritméticas básicas, preguntas sobre política y religión, así como preguntas sobre sus emociones. Los cuestionarios aparecen más frecuentemente en las historias de la Segunda República frente a solo un caso en 1940 (García-Díaz, 2019, p. 133).
- 10 ADPM, lg. 10150:125.
- 11 ADPM, lg. 10153:88.
- 12 ADPM, lg. 10439:8.
- 13 ADPM, lg.10153:124.
- 14 ADPM, lg. 10152.
- 15 ADPM, lg. 10152.
- 16 ADPM, lg. 10153.
- 17 ADPM, lg. 10468:29.
- 18 Folleto publicitario “Casa Reposo Los Ángeles”, localizado en el Fondo Pedro Ortiz Ramos. Archivo Universitario de Granada, ORT01/002.
- 19 ADPM, lg. 10567:4
- 20 Este fue el caso de la escritora estadounidense Jane Bowles que ingresó en la sala 20 en abril de 1967 donde recibió electrochoques. En la Casa Reposo, ingresó a partir de 1969 en varias ocasiones, hasta 1970, donde quedó internada hasta su fallecimiento el 4 de mayo 1973 (Dillon, 1991).
- 21 La recepción de las terapias de choque en el ámbito internacional en (Jones, 2000; Fink, 1984).
- 22 También llamada “cura de Sakel”, por el psiquiatra vienés quien determinó, tras varios años de experimentación, que esta terapia no solo actuaba como tratamiento sintomático, sino que también actuaba sobre la psicosis misma (Sakel, 1937). Basado en la administración de dosis crecientes de insulina hasta provocar el choque hipoglucémico, este proceso se repetía 6 días a la semana, con una duración entre 3

- y 6 meses. Insabato aseguraba que las mujeres recibían dosis más altas por su mayor resistencia a la insulina (Insabato, 2004, p. 78).
- 23 ADPM, lg. 10468:21.
- 24 ADPM, lg. 10468:19.
- 25 Consistía en la inyección intravenosa del tóxico entre dos y tres veces por semana. Insabato describió los efectos secundarios del choque con cardiazol, como fracturas de mandíbula, cuello del fémur, cuello de húmero, fracturas vertebrales y abscesos pulmonares, entre otros (Insabato, 2004, p. 79).
- 26 Pedro Ortiz Ramos y Fernando Álamos, minimizaron los episodios de angustia y las fracturas derivadas de los choques y descritos por otros profesionales (Ortiz y Álamos, 1942, p. 475).
- 27 En su historia quedaron recogidas algunas anotaciones sobre los resultados del test de Rorschach. La idea de hacer psicoterapia durante el desarrollo de las terapias de choque fue un argumento planteado por algunos profesionales, como Marco Merenciano, director del Manicomio Provincial de Valencia. Este psiquiatra señaló en “Estudio comparado de las esquizofrenias por el cardiazol y el electrochoque” (1942) que el cardiazol obligaba al psiquiatra a implicarse más en el tratamiento lo que hacía más fácil la psicoterapia (Conseglieri, 2008, p. 155). Para profundizar en el desarrollo de las terapias de choque durante el franquismo ver (Conseglieri y Villasante, 2021).
- 28 ADPM 10468:12.
- 29 ADPM 10468:12.
- 30 ADPM, lg. 10470.
- 31 ADPM, lg. 10470.
- 32 La primera ficha clínica con referencias a este tratamiento está fechada en diciembre de 1941 (García-Díaz, 2019).
- 33 ADPM, lg. 10567:57.
- 34 ADPM, lg. 10470:4.
- 35 ADPM, lg. 10150:78.
- 36 Memoria redactada por Miguel Prados Such para la Diputación Provincial de Málaga 1926. ADPM, lg. 718-24.
- 37 ADPM, lg. 10150:39.
- 38 ADPM, lg. 10570.

BIBLIOGRAFÍA

- Aresti, Nerea (2001), *Médicos, donjuanes y mujeres modernas. Los ideales de la feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*, Guipúzcoa, Servicio editorial de la Universidad del País Vasco.
- Beverly, John (2004), *Subalternidad y representación: Debates en teoría cultural. subalternidad y representación*, Michigan, Iberoamericana.
- Candela Ramírez, Ruth (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, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Chesler, Phyllis (1985), *Women and madness*, New York, Doubleday.
- Conseglieri, Ana (2008), “La introducción de nuevas medidas terapéuticas: Entre la laborterapia y el electrochoque en el Manicomio de Santa Isabel”, *Frenia*, 8, pp. 131-160.
- Conseglieri, Ana (2013), *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico asistenciales*, tesis doctoral, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Conseglieri, Ana; Baquero, Miriam (2021), “Psiquiatrización de la sexualidad femenina: A propósito de los testimonios y las historias clínicas de las mujeres del Manicomio de Leganés en el periodo 1939-1952”, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41 (140), pp. 209-229.
- Conseglieri, Ana; Villasante, Olga (2021), “Shock therapies in Spain (1939-1952) after the Civil War: Santa Isabel National Mental Asylum in Leganés”, *History of Psychiatry*, 32 (4), pp. 402-418. DOI: <https://doi.org/10.1177/0957154x211030790>
- Corcés Pando, Valentín (2018), “Saber del sujeto y conocimiento agregado: Un bosquejo de la relación psiquiatra-paciente”, *Anales de la Fundación Canis Majoris*, 3, pp. 56-88.
- Dillon, Millicent (1991), *Jane Bowles*, Barcelona, Circe.
- Fink, Max (1984), “Meduna and the origins of convulsive therapy”, *American Journal of Psychiatry*, 141, pp. 1034-1041. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.141.9.1034>
- García-Díaz, Celia (2018), “El Manicomio Provincial de Málaga en el primer tercio del siglo XX: La utopía que (no) pudo ser”, *Asclepio*, 70 (2), p238. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.22>
- García-Díaz, Celia (2019), “Mujeres, locura y psiquiatría: La sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)”, tesis doctoral, Málaga, Universidad de Málaga.
- García-Díaz, Celia, (2020), “Mujeres en el manicomio: Espacios generizados y perfil sociodemográfico de la población psiquiátrica femenina en el Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)”, *Investigaciones históricas. Época Moderna y Contemporánea*, 40 (40), pp. 523-552, DOI: <https://doi.org/10.24197/ihemc.40.2020.523-552>
- García-Díaz, Celia; Jiménez Lucena, Isabel (2010), “Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (El Manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950)”, *Frenia*, 10, pp. 123-44.
- Goffman, Erving (2009), *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Hernández Zapata, Edwin A.; Vivares Porras, Diana V. (2020), “Epistemología para el mal. Saberes psi, autoridad y experticia en la locura”, *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 25 (89), pp. 164-178.
- Huertas, Rafael (2001), “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría”, *Frenia* 1 (2), pp. 7-33.
- Huertas, Rafael y Villasante, Olga (2019), “Resistencias, negociaciones y censura en la correspondencia de los pacientes de Santa Isabel de Leganés”. En: Fraile, Pedro; Bonastra, Quim; Solís, Juanma (eds.), *Los contornos del control*, Barcelona, Icaria, pp. 8-13.
- Insabato, Luigi (2004 [1940]), “La terapéutica por shocks: Insulina, cardiazol, electroshock. Tratamiento diacefalorraquídeo”, *Norte de Salud Mental*, 5 (20), pp. 74-84.

- James, F. E (1992), "Insulin treatment in psychiatry", *History of Psychiatry*, 3 (10), pp. 221-235. DOI: <https://doi.org/10.1177/0957154x9200301005>
- Jiménez Lucena, Isabel; Ruiz Somavilla, M.ª José (1999), "La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX". En: Barral, M.ª José; Magallón, Carmen; Miqueo, Consuelo; Sánchez, M. Dolores, *Interacciones ciencia género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*, Barcelona, Icaria, pp. 185-206.
- Jones, Kingsley (2000), "Insulin coma therapy in schizophrenia", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93 (3), pp. 147-149. DOI: <https://doi.org/10.1177/014107680009300313>
- López, Oliva (2013), "La pertinencia de una historia de la construcción emocional del cuerpo femenino en México entre 1850-1910. Abordaje desde el construccionismo social", *Revista latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad*, 5 (12), pp. 51-64.
- López, Oliva (2019), *Extravíos del alma mexicana. Patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940)*, Mexico DF, UNAM.
- López, Olivia (2011), "Reflexiones iniciales sobre una historia cultural de la construcción emocional de las mujeres en el siglo XIX mexicano". En: López, Oliva (coord.), *La pérdida del paraíso: El lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX*, México DF, UNAM, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, pp. 223-261
- Medina Doménech, Rosa María (2012), "Sentir la historia. Propuestas para una agenda de investigación feminista en la historia de las emociones", *Arenal*, 19, pp. 161-199.
- Meduna, Ladislau von (1938), "General discussion of the cardiazol therapy", *American Journal of Psychiatry*, 94 (suppl.), pp. 40-50. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.94.6s.40>
- Moliniari, Augusta (2005). "Autobiografía de mujeres en un manicomio italiano a principios del siglo XX". En: Castillo, Antonio; Sierra, Verónica (eds.), *Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento*, Gijón, Trea, pp. 379-399.
- Novoa Santos, Roberto (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.
- Ortiz Ramos, Pedro; Álamos de los Ríos, Fernando (1942), "Contribución al estudio de la insulina, del cardiazol y del electrochoc en psiquiatría", *Actualidad Médica*, (213), pp. 455-481.
- Rodríguez Lafora, Gonzalo (1931), "Lo que debe ser un Manicomio Provincial", *Archivos de Neurobiología*, 11, pp. 296-315.
- Rose, Nikolas (1996), *Inventing ourselves. Psychology, power and regulation*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas (2019), *La invención del sí mismo*, Santiago de Chile, Pólvora.
- Rosón, María; Medina Domenech, Rosa (2017), "Resistencias emocionales. Espacios y presencias de lo íntimo en el archivo histórico", *Arenal*, 24 (2), pp. 407-439.
- Ruiz García, Carmen (2011), "El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba: Estudio de la población manicomial en el periodo (1900-1940)". En: Martínez, Óscar; Sagasti, Nekane; Villasante, Olga (eds.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la Historia de la Psiquiatría*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 221-235.
- Ruiz Somavilla, María José; Jiménez Lucena, Isabel (2003), "Género, mujeres y psiquiatría: Una aproximación crítica", *Frenia*, 3 (1), pp. 7-29.
- Sakel, Manfred (1937), "The methodical use of hypoglycemia in the treatment of psychoses", *American Journal of Psychiatry*, 151 (6), pp. 240-247. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.240>
- Showalter, Elaine (1986), *The female malady*, New York, Panteon.
- Simón, David; González, Eduardo; Rodríguez, Antonio (2003), "Un siglo de asistencia psiquiátrica en la periferia del estado: Orense, Galicia España (1875-1975)". En: Fuentenegro, Filiberto; Huertas, Rafael; Valiente, Carlos, *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 661-694.
- Tierno Patiño, Raquel (2019), *El Manicomio Nacional de Leganés durante la segunda república (1931-1936). Organización de la asistencia y práctica clínica*, tesis doctoral, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Vázquez de la Torre, Paloma (2012), *El Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés durante la Guerra Civil Española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales*, tesis doctoral, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Villasante, Olga (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), pp. 763-778. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000400009>
- Villasante, Olga; Candela Ramirez, Ruth; Conseglieri, Ana; Vázquez de la Torre, Paloma (2018), *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*, Madrid, La Catarata.